

Institut Wallon pour la Santé Mentale



Travail en réseau en santé mentale

Rapport de recherche

Chargée de recherche : Isabelle Deliège
Direction : Christiane Bontemps

Octobre 2007.



RÉGION WALLONNE

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

Remerciements

Merci à tous ceux qui ont contribué à ce travail :

- **Le comité d'accompagnement de la recherche** : Jean-Marc Bienkowski (Président de Psytoyens), Christiane Bontemps (Directrice de l'IWSM), Jean Busby (Directeur du Centre d'accueil pour réfugiés Fedasil de Charleroi), Jean-Luc Cottin (Fédération Francophone des Initiatives d'Habitations Protégées), Jean-Louis Genard (Chargé de cours en sociologie à l'ULB et aux FUSL, Directeur de La Cambre), Marie-Jeanne Goffinet (Association des Travailleurs de Santé Mentale Ambulatoire), Alain Sansterre (Président de la Plate-Forme de Concertation en Santé Mentale du Brabant Wallon), Francis Turine (Président de l'IWSM), Maurice Vandervelden (Fédération des Institutions Hospitalières), Maryse Valfer (Association des Pouvoirs Organisateurs de SSM) ;
- **Les personnes ressources rencontrées dans la phase exploratoire** : Alain Weyers (Directeur du Centre Hospitalier Psychiatrique Chêne aux Haies de Mons, Plate-Forme Picarde de Concertation en Santé Mentale, Administrateur IWSM) ; Jean Wilmotte (Médecin Psychiatre, Directeur médical du Secteur Psychiatrique de l'Hôpital Vincent Van Gogh de Marchienne-au-Pont, Administrateur IWSM) ; Jean-Marc Bienkowski (Président de Psytoyens, Administrateur IWSM) ; Maurice Vandervelden (Administrateur IWSM) et Denis Henrard (Conseillers en santé mentale à la FIH-W) ; Olivier Crouffer (Siajef), Jean-Michel Stassen et Oreste Malavasi (Article 23) & Cécile Mormont (Revers) ; Philippe Meire (Psychiatre, SSM de Louvain-la-Neuve) ; les membres de l'Association des Travailleurs de Santé Mentale Ambulatoire ; l'équipe du SSM de Marche-en-Famenne (Michèle Jeanty, Benoît Pousset, Dr Welter, Geoffrey Robert, Caroline Benoît) ; l'équipe du SSM du Tournaisis (Michèle Gallez, Dr André Denis, Pauline Macé, Gabrielle Somville, Claudine Sohie) ; les membres de la Cellule Recherche-action du Luxembourg (Geoffrey Robertet Dr Henry Boon) ainsi que Christian Brilot (Coordinateur de la Plate-forme luxembourgeoise), Monique Lejeune et Jacqueline Colle (Hôpital psychiatrique La Clairière) ; l'équipe des urgences médico-psycho-sociales et de l'unité de crise du CHR de Liège (Eric Adam, Anne Roseboom, Julie Bracke, Laurent Somers, Samuel Noirfalise, Rosalie Di Prima, Dr Lejeune, Sophie Laguesse), Pascale Jacquet (CRF de Vottem) ainsi que les patients qui ont accepté la présence d'un chercheur durant leur entretien ;
- Les quinze **participants au groupe d'analyse et leurs institutions respectives** qui ont accepté de consacrer le temps nécessaire à la recherche, que nous ne citerons pas par souci de confidentialité ;
- Le **staff de recherche** du dispositif d'analyse en groupe (Christine Gosselin, François Wyngaerden, John Cultiaux) et Luc Van Campenhoudt (Professeur aux Facultés Universitaires Saint-Louis et à l'Université Catholique de Louvain), pour ses conseils méthodologiques ;
- Le **conseil d'administration** de l'IWSM ;
- Toute l'**équipe de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale**.

Table des matières

INTRODUCTION GENERALE	7
I. ELEMENTS DE CONTEXTE RELATIFS AU FONCTIONNEMENT EN RESEAU ACTUEL.....	8
II. OBJET ET DEMARCHE DE RECHERCHE	12
I^{ERE} PARTIE : PRINCIPES ET ENJEUX A PRIORI DU FONCTIONNEMENT EN RESEAU.....	14
I. INTRODUCTION.....	15
A. <i>Démarche d' « extraction » des principes</i>	15
B. <i>La notion de « principe »</i>	15
C. <i>Les enjeux, questions et difficultés soulevés par le réseau</i>	16
D. <i>Qu'entend-on par réseau ?</i>	16
II. « PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT EN RESEAU » IDENTIFIES	18
A. <i>Pluralité d'approches et décloisonnement</i>	18
1) Présentation	18
2) Enjeux et difficultés	20
(a) Dépasser la concurrence.....	20
(b) Persistance de certains cloisonnements.....	20
(c) Maintien de l'identité et clarification des rôles.....	21
B. <i>Horizontalisation des rapports</i>	22
1) Présentation	22
2) Enjeux : persistance de rapports verticaux.....	23
(a) Place de l'ambulatorio par rapport à l'hospitalier	23
(b) Place des acteurs hors soins	24
(c) Place des 1 ^{ères} lignes	25
(d) Place des « non professionnels ».....	25
C. <i>L'usager acteur de sa prise en charge</i>	26
1) Présentation	26
2) Enjeux.....	27
(a) L'accès à l'information sur les possibilités dans le réseau.....	27
(b) La participation à la décision	28
(c) Liberté et accessibilité.....	29
D. <i>Garantir la continuité</i>	29
1) Présentation	29
2) Enjeux.....	30
E. <i>Interconnaissance, respect et culture de la concertation entre partenaires</i>	32
1) Présentation	32
2) Enjeux.....	34
(a) Remise en question identitaire	34
(b) Connaissances personnelles à formaliser ?	34
(c) Problème pratiques	34
II^{EME} PARTIE : RAPPORT DU GROUPE D'ANALYSE	36
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION METHODOLOGIQUE.....	36
I. CADRE DU TRAVAIL ET OBJECTIFS DE LA DEMARCHE	37
II. DISPOSITIF D'ANALYSE EN GROUPE.....	38
A. <i>Principe de la méthode d'analyse en groupe</i>	38
B. <i>Présentation de la méthode et de ses étapes</i>	38

1) Recueil des récits d'expérience	38
2) Sélection des récits	39
3) Interprétation	39
4) Analyse.....	40
5) Rédaction du rapport et aval des participants.....	40
C. <i>Quelques règles déontologiques qui règlent les échanges</i>	40
D. <i>Composition du groupe</i>	40
CHAPITRE 2: RECOLTE DES RECITS.....	44
I. RECITS D'EXPERIENCES CONCRETES.....	44
A. <i>La construction d'une boîte à trucs</i>	44
B. <i>Le réseau à géométrie variable selon le patient</i>	46
C. <i>Chacun sa lecture autour du placement</i>	47
D. <i>Limiter pour rendre plus efficace les aides octroyées au patient.</i>	49
E. <i>Ouvrir le réseau et dévoiler au rythme du patient</i>	50
F. <i>Enjeux de pouvoir, narcissiques, au sein du réseau.</i>	52
G. <i>Parent : acteur à soutenir</i>	53
H. <i>Lien, continuité et place de chacun</i>	54
I. <i>Toc toc à quelle porte frapper...</i>	57
J. <i>Lentement mais sûrement</i>	57
K. <i>Concertation à la demande du terrain</i>	58
L. <i>Le patient, seul conducteur de son réseau ?</i>	59
M. <i>Réseau en jeu et collaboration contrainte</i>	60
N. <i>Patiente (trop) bien connue ?</i>	62
O. <i>Réseau prérequis : une démarche volontaire</i>	64
II. SELECTION DES RECITS	67
CHAPITRE 3: ANALYSE DETAILLEE DES DEUX RECITS	69
I. RECIT 1 : LIEN, CONTINUTE ET PLACE DE CHACUN	69
A. <i>Questions supplémentaires d'information sur le récit</i>	71
B. <i>Convergences et divergences</i>	72
1) Bases communes dans un réseau.....	72
(a) En quoi consiste cette base commune ?	72
(b) Nécessité de cette base commune	73
2) connaissance réciproque – respect mutuel – confiance – estime	74
(a) Les autres moteurs de la collaboration	75
(b) Les autres freins	76
3) Réseau dynamique/ statique : temporalité.....	76
4) Continuité du lien.	78
(a) Réadmission	78
(b) Personne de référence.....	78
5) L'autonomie du patient (dans le réseau professionnel).....	80
6) Lien entre la situation du patient et le réseau	81
7) Finalités du réseau	82
II. RECIT 2 : RESEAU PRE-REQUIS : UNE DEMARCHE VOLONTAIRE.....	84
A. <i>Questions supplémentaires d'informations sur le récit</i>	85
B. <i>Convergences et divergences</i>	88
1) Conditions de possibilités, préalables et prérequis au réseau.....	88
(a) Moyens, argent	88
(b) Volonté	89

(c)	l'institutionnalisation.....	90
(d)	la philosophie, les représentations communes	90
(e)	l'interconnaissance / la convivialité	92
(f)	Le fait d'aller à la rencontre de l'autre	92
(g)	la co-responsabilité.....	93
(h)	les caractéristiques du territoire.....	94
2)	Conditions d'activation du réseau	94
3)	Places et rôles dans le réseau.....	96
(a)	Le service de santé mentale : soigner et dénoncer ?	96
(b)	Place et implication des parents	96
(c)	Rôle du procureur.....	98
(d)	La référence / le référent	98
(e)	Egalité des places (supervision / intervision).....	98
4)	Particularité de cette situation	99
5)	Définition du réseau	99
CHAPITRE 4: CONCLUSIONS DE L'ANALYSE EN GROUPE		101
I.	PREAMBULE	101
II.	PISTES DE CONCLUSIONS	102
A.	<i>La base commune</i>	102
1)	Définitions	102
2)	Positions	103
3)	Une autre manière d'envisager la base commune	103
B.	<i>La formalisation</i>	104
C.	<i>La nécessité d'adaptation du cadre en fonction de la situation</i>	105
1)	La flexibilité du réseau	105
2)	L'adaptation du cadre.....	105
3)	Sortir du paradoxe	106
D.	<i>L'utilisateur</i>	106
E.	<i>La continuité du lien</i>	107
F.	<i>L'efficacité de l'intervention</i>	107
G.	<i>Une visée de santé publique</i>	108
H.	<i>Les obstacles et freins au travail en réseau</i>	108
III^{EME} PARTIE : CONFRONTATION DES PRINCIPES AUX RESULTATS DE L'ANALYSE EN GROUPE		109
I.	DECLOISONNEMENT	110
A.	<i>Définitions et positions par rapport à la base commune</i>	110
B.	<i>Différents (dé)cloisonnements</i>	111
C.	<i>L'enjeu des difficultés de mise en connexion</i>	111
D.	<i>Enjeu : dépasser la concurrence</i>	112
E.	<i>Enjeu : maintien de l'identité</i>	112
II.	HORIZONTALISATION DES RAPPORTS.....	112
III.	L'USAGER	113
A.	<i>Information, orientation dans le réseau</i>	113
B.	<i>Liberté de choix</i>	114
C.	<i>Mobilisation de ses ressources naturelles</i>	114
D.	<i>Répercussions pour les professionnels</i>	114
IV.	CONTINUITÉ	115
A.	<i>Dispositifs</i>	115

<i>B. Enjeux</i>	116
V. INTERCONNAISSANCE, RESPECT	116
VI. L'ACTIVATION » DU RESEAU	117
PERSPECTIVES	118

INTRODUCTION GENERALE

I. Éléments de contexte relatifs au fonctionnement en réseau actuel

Le contexte actuel est un contexte de développement et de formalisation des réseaux et circuits de soins en santé mentale et, de manière plus générale, dans le domaine psychomédico-social.

Sur le terrain, on assiste à une **multiplication des pratiques d'intervention en réseau** pour répondre aux problématiques complexes en santé mentale, qui présentent souvent conjointement d'autres volets (social, insertion professionnelle, logement, école, justice, etc.) : « *Le travail en réseau tend à s'imposer, à la fois comme une injonction et comme une aspiration, pour les professionnels de l'action publique* »¹.

Dans le champ de la santé mentale, les pratiques de fonctionnement en réseau existent en effet depuis longtemps dans certains endroits : elles ont souvent été mises sur pied et construites spontanément par les acteurs de terrain, généralement en fonction de la nécessité de faire face à des situations cliniques complexes et / ou pour répondre aux besoins d'une population spécifique. Dans certains cas, des initiatives sont nées pour parer à l'isolement des intervenants ou pour réfléchir à la manière de pallier le manque de structures spécifiques en augmentant les collaborations entre intervenants et structures existantes...

De plus, en vingt-cinq ans, on a assisté à une **augmentation considérable de l'offre**, avec une multiplication et une diversification des services et des acteurs dans le champ de la santé mentale et de l'aide en général. Le développement des pratiques de réseau et l'essor du concept, apparaissent aussi comme une réponse à cet éclatement, la raison d'être du réseau étant de mettre en lien, de coordonner différents services ou acteurs.

Le travail en réseau se base parfois sur des « bricolages institutionnels » –au sens noble du terme–, parfois sur des formalisations plus officielles –convention de partenariat, contrats, charte, etc. Les intervenants et les institutions ne disposent pas toujours de beaucoup de moyens pour rendre possible ce travail en réseau² ; ils éprouvent parfois des difficultés à le valoriser et à le faire reconnaître. Ce fonctionnement en réseau repose souvent partiellement sur l'engagement des professionnels, sur du bénévolat ou sur des subsides octroyés dans le cadre de projets limités dans le temps.

Le contexte politique est un contexte de formalisation du fonctionnement en réseau : c'est-à-dire que les **politiques en santé publique** intègrent ce mode de fonctionnement et cet impératif de coordination entre services, souvent nés d'initiatives locales sur le terrain et tentent de les systématiser davantage³. C'est ce que certains sociologues ont appelé le modèle de « l'Etat-Réseau », qui coordonne les services existants, intègre la logique du fonctionnement par projet et de la concertation des acteurs de terrain pour mettre en place les politiques de santé publique⁴.

¹ L. VAN CAMPENHOUDT, J.-M. CHAUMONT, A. FRANSSSEN, *La Méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux*, Paris, Dunod, 2005, p. 28.

² Nous parlons ici de moyens clairement identifiés comme devant servir cet objectif.

³ M. ALVOET, en collaboration avec F. VANDENBROUCKE, *Note de politique relative aux soins de santé mentale. La psychè : le cadet de mes soucis ?*, publication du Ministère de la Santé publique, de la Protection de la Consommation et de l'Environnement, Bruxelles, 2001.

R. DEMOTTE, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique, *Note politique relative à la santé mentale*, mai 2005.

⁴ J. DE MUNCK, J.-L. GENARD, O. KUTY, et alii, *Santé mentale et citoyenneté. Les mutations d'un champ de l'action publique*, Gent, Academia Press, 2003, pp. 43-67.

La tendance actuelle consiste donc à proposer aux acteurs de terrain de formaliser leurs pratiques de réseau, avec bien souvent, des moyens à la clé –même si ceux-ci sont limités. L'actualité en matière de politique publique liée au réseau est marquée au niveau fédéral par le **lancement des projets thérapeutiques** et des « concertations transversales » associées, projets expérimentaux visant à formaliser les réseaux et circuits de soins pour les patients chroniques et complexes⁵. Au niveau régional wallon, la Ministre Vienne a récemment communiqué au secteur des services de santé mentale les orientations de sa réforme en la matière et elle a notamment annoncé la mise en place d'une « fonction de liaison » au sein des équipes des services de santé mentale (SSM) : cette personne devra notamment construire et entretenir l'ancrage du SSM dans le réseau, sur un territoire donné et garantir sa visibilité⁶. Au niveau bruxellois, on note également le financement par la Commission Communautaire Française de la coordination de plus de 10 réseaux dans le domaine de la santé (et de la santé mentale).

Parler de « formalisation » des réseaux implique qu'il y ait d'une part, un réseau « informel » et d'autre part, un réseau « formel ». Dans les faits, on constate qu'une distinction entre **deux types de réseau** est opérée aussi bien sur le terrain, que dans les textes politiques avec d'une part, le « réseau clinique autour du patient » et d'autre part, le réseau, comme structure formelle administrative, de gestion.

Ainsi, une des initiatives de fonctionnement en réseau, épinglée à l'occasion du colloque « Santé Mentale et pratiques de réseau », distingue le « *réseau au sens clinique* » du « *réseau au sens de relations entre institutions* » ; à ce second niveau, il est question de « *développement de collaborations, de simplification des procédures et de systématisation des échanges d'informations sur les pratiques de services, d'évaluations psychiatriques complémentaires, en collaboration avec d'autres services* »⁷.

Dans l'atelier spécifiquement consacré à cette thématique à l'occasion du colloque de la Ligue bruxelloise, ce sont les « réseaux convoqués de manière informelle par les patients et leurs différentes interpellations auprès de professionnels » qui sont opposés aux « réseaux désignés, mis en place dans le cadre de diverses politiques en santé mentale »⁸.

On retrouve encore une distinction assez similaire⁹ dans les textes politiques d'expérimentation du fonctionnement en réseau dans le cadre des projets thérapeutiques, avec d'une part, la « concertation autour du patient » et d'autre part, « la concertation transversale ». Elles sont définies de la manière suivante dans les textes au niveau fédéral :

⁵ « Expérimentation des conditions de travail en réseaux et circuits de soins en santé mentale « Les projets thérapeutiques » », Comité de l'assurance de l'I.N.A.M.I. du 27 mars 2006, consulté sur internet <http://riziv.fgov.be/care/fr/mental-health/therapeuticProjects/pdf/basic-note.pdf>

Arrêté Royal du 22 octobre 2006 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement des projets thérapeutiques en matière de soins de santé mentale, Moniteur Belge du 6 novembre 2006.

Pour une synthèse, cfr. C. BONTEMPS, « Les Projets thérapeutiques » in *Confluences*, n° 15, pp. 20-21.

⁶ « Regards sur les services de santé mentale », journée organisée à l'initiative de la Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des Chances de la Région wallonne, Namur, 1^{er} juin 07.

⁷ « Santé mentale et pratiques de réseaux. Expériences, repères, perspectives » in *Les Cahiers de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale*, n° 1, mai 2004, p. 99.

⁸ « Jusqu'ici tout va bien... Mouvements en santé mentale entre clinique, social et politique », Congrès international de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, Bruxelles, 24-25-26 mai 2007. Atelier « Les réseaux : des dispositifs thérapeutiques ou pathogènes ? » (animé par HENRIQUET M.-C. et SEGERS M.).

⁹ Si ce n'est qu'il pourraient tous deux être considérés comme « réseaux désignés », au sens où cela a été défini précédemment, puisqu'ils sont organisés à l'initiative des pouvoirs publics.

La concertation autour du patient se matérialise sous la forme de *projets thérapeutiques*, d'expériences qui doivent organiser, coordonner la concertation au sujet du patient au sein d'un groupe cible de patients (déterminé en fonction d'un groupe d'âge et d'une pathologie bien déterminée)¹⁰ ;

La concertation transversale s'organise en rassemblant les différents projets thérapeutiques, travaillant avec un groupe-cible similaire, pour faire des propositions structurelles d'organisation de ces réseaux¹¹.

Pour illustrer davantage les liens entre ces deux niveaux ou les rapports entre ces types de réseaux, il est intéressant de constater que, quand le politique et l'administration posent la question de la « formalisation du réseau », de sa structuration, corollairement, les acteurs de terrain insistent sur la prise en compte et la **valorisation des initiatives de terrain** (auprès du politique). L'IWSM y a d'ailleurs participé. Si le Groupe de travail réseau de l'Institut a commencé par travailler les différents textes politiques traitant des réseaux et circuits de soins disponibles à ce moment, le colloque de 2003 a aussi donné une place importante au réseau sur le terrain, c'est-à-dire aux nombreuses initiatives locales, qui développent autant de réseaux différents pour autant de raisons différentes. L'optique était de s'intéresser à « ce qui se passe sur le terrain au quotidien », dans un souci de faire connaître et de valoriser les initiatives existantes, dans un contexte d'instauration d'une nouvelle politique en santé mentale basée sur les notions de soins intégrés, de réseaux et de circuits de soins. L'organisation de cette journée et la place importante qu'y tenaient les ateliers reflétaient la « conviction que la problématique du réseau ne peut se penser sans une connaissance de ce qui émerge du terrain »¹². Il faut aussi s'interroger sur la **transférabilité** des expériences locales et les conditions de ce transfert. La formalisation se présente comme une des solutions qui rend ce transfert possible.

Mais cette formalisation va généralement de pair avec l'introduction de certaines **contraintes**. A partir du moment où l'Etat finance ces pratiques de fonctionnement en réseau, il exige, en contre-partie des garanties en termes de santé publique, de collaboration avec certains acteurs, de plus-value pour le patient et d'enregistrement des données ; autrement dit, il demande en quelque sorte de « rendre des comptes ». Et ceci n'est pas sans **conséquence sur la pratique professionnelle** des intervenants. Nombreux sont donc ceux qui réfléchissent attentivement aux implications de ces politiques sur leur travail.

Dans les précédents travaux de l'IWSM, transparaissent d'ailleurs une forme de méfiance par rapport à la formalisation et une **tension entre le réseau informel et sa formalisation** :

- Dès 2003, certains acteurs pointent qu'« il y a aujourd'hui un **décalage** et c'est sans doute là le premier malentendu, entre le réseau tel qu'il est pensé par le fédéral et celui qui est perçu, vécu sur le terrain »¹³ ;
- Un « risque d'éloignement des significations »¹⁴ est pointé : vu la polysémie – pluralité de sens – du réseau, il y a un risque que le réseau ne veuille pas dire la même chose sur le terrain et dans les décisions du politique ;
- Dans la position de l'IWSM, il est question d'une « inquiétude face à un réseau structuré d'en haut »¹⁵.

¹⁰ R. DEMOTTE, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique, *Note politique...*, *op.cit.*

¹¹ *Idem.*

¹² « Santé mentale et pratiques de réseaux... », *op. cit.*, p. 34.

¹³ « Rencontre avec Yolande Husden, médecin-directrice, direction de la santé curative - Direction Générale de l'Action Sociale et de la Santé, du Ministère de la Région Wallonne », in *Confluences*, n° 1, mars 2003.

¹⁴ « Santé mentale et pratiques de réseaux... », *op. cit.*, p. 21.

Dans ce débat, la question qui se pose est de savoir s'il est souhaitable d'aller plus loin dans la formalisation du fonctionnement en réseau. Autrement dit, s'il faut systématiser davantage le fonctionnement en réseau, notamment pour pouvoir transférer des initiatives locales intéressantes. Aujourd'hui, c'est le mouvement qu'a clairement impulsé le politique au niveau fédéral.

Mais celui-ci ne fait pas l'unanimité. Déjà en 2003, il était question du « spectre de la formalisation » : « *Structurer et modéliser les collaborations, afin d'améliorer l'efficacité des interventions ne fait cependant pas l'unanimité. Tendre vers une certaine harmonisation des logiques de fonctionnement, dégager un consensus minimal, développer une « grammaire commune » n'est pas vu comme une bonne chose par tout le monde.* »¹⁶

De manière générale, dans le débat sur la formalisation, une **tension** entre deux positions apparaît :

- Souligner la singularité de la **clinique** et la nécessaire **liberté** revendiquée par nombre d'acteurs de terrain pour travailler au cas par cas, en fonction du patient –ce qui constitue une des spécificités de la santé mentale– et, corollairement, s'opposer à certaines formes de formalisation :

*« Au niveau de la modélisation des interventions en collaboration, la peur d'une trop grande formalisation est évidente. Une des craintes centrales est que cela ne permette plus à l'usager d'être sujet, acteur de ses soins, que celui-ci ne soit plus « au centre » et que ses « besoins » soient identifiés par ailleurs. La crainte de mettre l'usager « sous contrôle », de l'enfermer dans une trajectoire prédéterminée et de réduire ainsi sa marge de manœuvre est également présente. Quand tout est organisé, il se peut que l'usager soit pris dans un enthousiasme qui n'est pas vraiment le sien. Une crainte que le réseau manque de souplesse, rigidifie ou favorise une perte d'indépendance et d'identité des structures se fait également entendre. Certains ont peur de sacrifier leur créativité dans des procédures trop structurées, de ne plus pouvoir faire face à l'imprévu de la même manière. »*¹⁷

- La volonté de **standardiser, formaliser**, dessiner des cadres pour prodiguer des soins, garantir un certain service de santé publique, une égalité et une efficacité en termes de prise en charge, voire une rationalisation des moyens :

*« A contrario, d'autres constatent qu'il est parfois difficile de mettre une collaboration efficace en place, que cela ne se fait pas naturellement, même si une grande inter-connaissance et inter-compréhension est de mise. Les services manquent d'objectifs communs et ont besoin de se rassembler autour d'un projet. Certains affirment ainsi qu'il ne faut pas avoir peur de modéliser, que les risques de contrôle sont effectivement présents mais pas nécessairement plus qu'en individuel. Modéliser peut permettre de rendre des comptes à l'usager et aux autres intervenants. »*¹⁸

Le dernier avatar de la formalisation des réseaux, les projets thérapeutiques, suscite différentes réactions sur le terrain. Les réactions des différents « partenaires obligatoires » des projets thérapeutiques ont été recueillies, dans le cadre du dossier « Formaliser le réseau ? »¹⁹ de Confluences. L'Association des Travailleurs en Santé Mentale (ATSMA), et les

¹⁵ Position de l'Institut « Synthèse provisoire de la position du groupe de travail « réseaux » de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale à propos des soins intégrés en santé mentale, des réseaux et circuits de soins », 19 Avril 2004.

¹⁶ « Compte-rendu de l'atelier 2 – La concertation des professionnels » in *Santé mentale et pratiques de réseaux...*, op. cit., p. 45.

¹⁷ *Idem*, p. 44.

¹⁸ *Ibid.*, p. 45.

¹⁹ « Réactions aux projets thérapeutiques » in *Confluences*, n° 15, décembre 2006.

représentants des 1^{ères} lignes (maisons médicales, coordination des soins à domicile), y émettent notamment quelques réserves par rapport à ces projets²⁰.

Comme tout changement suscite inévitablement des craintes, des résistances ou des frilosités, cette formalisation semble bien, dans certains cas, rencontrer, elle aussi, des réserves ou **des réticences** de la part d'acteurs de terrain. Certains travaillent déjà en réseau, parfois depuis longtemps et le font souvent de manière plus informelle ou formalisée différemment : association de fait, accord de collaboration, protocole de partenariat, pour ne citer que quelques-unes des diverses formes rencontrées²¹. Ils expriment des réserves par rapport à ce qui est perçu comme l'imposition d'un nouveau mode de fonctionnement ou ne sont pas prêts à adopter n'importe quel type de fonctionnement²².

II. Objet et démarche de recherche

Dans ce contexte de formalisation des réseaux, les objectifs de cette recherche sont de :

- Mieux comprendre les problématiques et les pratiques liées au fonctionnement en réseau en santé mentale et leur évolution.
- Faire le point au niveau du fonctionnement en réseau en Wallonie, au moment du démarrage des projets thérapeutiques fédéraux, sur la situation « au temps 0 »: déterminer avec les acteurs de terrain, où en sont les pratiques par rapport à une quelconque formalisation. Repérer et analyser les questions qui posent problème aujourd'hui aux acteurs, pour mettre en œuvre ce fonctionnement en réseau et les solutions qu'ils ont mises en place pour les dépasser.

L'objet de la recherche

Cette recherche se centre sur les processus de fonctionnement en réseau en santé mentale en Wallonie, les problèmes et les questions qu'ils posent.

Démarche

Historiquement, l'hypothèse qui sous-tend cette recherche, née au milieu de tous ces débats autour de la formalisation des réseaux, était qu'il pouvait exister un décalage entre la formalisation du réseau proposée par les autorités (l'actualité étant les projets thérapeutiques au niveau fédéral) et la manière de fonctionner en réseau des acteurs de terrain, dans leurs pratiques concrètes.

Pour questionner ce processus de formalisation, il nous a paru indispensable de mieux cerner le fonctionnement en réseau sur le terrain en Wallonie et pour ce faire, nous avons dû tenter de l'élaborer, de différentes manières.

La démarche d'investigation s'est construite et déroulée en différents temps, dont rendent compte les différentes parties de ce rapport :

- Dans un **premier temps**, nous avons commencé par étudier la manière dont les praticiens élaborent leurs pratiques et les théorisent, partant de l'idée que cela pouvait constituer une première formalisation minimale des pratiques de réseau, par les intervenants eux-mêmes. Nous avons mis en évidence différents « principes » mis en avant par les acteurs de terrain

²⁰ cfr *Idem*.

²¹ Cfr. « Santé mentale et pratiques de réseaux... », *op. cit.*, pp. 65-110.

²² D'après nos entretiens exploratoires.

Cfr aussi « Réactions aux projets thérapeutiques », *op. cit.*

dans leurs réflexions sur le fonctionnement en réseau. Cette mise en exergue de « principes de fonctionnement en réseau » a été opérée via une analyse de documents issus des précédents travaux de l'IWSM. Ces principes a priori de fonctionnement en réseau apportent un éclairage sur ce qui, d'après les professionnels, guide le travail en réseau. C'est en ce sens qu'on peut considérer qu'ils constituent une (première) élaboration du travail en réseau, que nous voyons comme une sorte de formalisation du fonctionnement en réseau –telle est en tout cas notre hypothèse. Par ailleurs, une série d'enjeux relatifs au travail en réseau qui apparaissaient déjà, en lien avec ces principes et leur mise en œuvre, ont été mis en évidence, sur base notamment d'entretiens complémentaires.

- Dans un **second temps**, nous avons procédé à une phase d'investigation des pratiques de fonctionnement en réseau et d'analyse de celle-ci, avec des intervenants du secteur de la santé mentale. Pour ce faire, nous avons eu recours à une méthodologie d'analyse en groupe²³, en raison de son adéquation aux problématiques mobilisant des acteurs issus de divers champs, dont elle permet de croiser les interprétations, et de la part importante qu'elle laisse à la réflexivité des participants.
- Dans un **troisième temps**, nous avons mis en tension et confronté les principes a priori de fonctionnement en réseau, aux résultats de l'analyse en groupe des pratiques, pour tenter de donner du travail en réseau et des réalités qu'il peut aujourd'hui recouvrir, sur le terrain en Wallonie, une image plus nuancée et plus fidèle.

Ce rapport rend compte de ces trois temps. Il constitue une première ponctuation du travail. D'autres étapes sont encore envisagées ultérieurement, comme l'élaboration de balises concrètes pour le fonctionnement en réseau à l'attention des professionnels, et la confrontation de ces résultats aux projets thérapeutiques fédéraux. A confirmer en fonction des résultats et des priorités qui seront définies au sein de l'IWSM au terme de cette recherche.

²³ L. VAN CAMPENHOUDT, J.-M. CHAUMONT, A. FRANSSSEN, *La Méthode d'analyse en groupe...*, op. cit.

I^{ERE} PARTIE :

PRINCIPES ET ENJEUX A PRIORI DU FONCTIONNEMENT EN RESEAU

I. Introduction

A. Démarche d' « extraction » des principes

Dans le contexte actuel d'organisation des réseaux et circuits de soins en santé mentale (notamment par les autorités publiques, dans le cadre des projets thérapeutiques fédéraux), la formalisation du fonctionnement en réseau suscite des réactions diverses et pose un certain nombre de problèmes sur le terrain²⁴.

Ce travail, qui s'inscrit dans la première phase de la recherche « réseau », vise à mettre en évidence les principes que se donnent les professionnels pour fonctionner en réseau, en s'appuyant sur les précédents travaux de l'IWSM.

En effet, lorsqu'il est question de réseau, les propos sont souvent de nature normative ; ils expriment la manière dont les choses doivent ou devraient être ou « ce qu'il faut faire ». Mettre à jour différents « principes » sur lesquels semble se fonder le fonctionnement en réseau permet de mettre en exergue ces éléments.

Les précédents travaux de l'IWSM, fruit de la réflexion sur le réseau, en association avec les professionnels de terrain permettent d'identifier certains de ces « principes », présentés par les acteurs eux-mêmes comme étant au cœur de la mise en œuvre du fonctionnement en réseau.

Ont donc été explorés dans cette perspective :

- « Santé mentale et pratiques de réseaux. Expériences, repères, perspectives », in *Les Cahiers de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale*, n° 1, mai 2004 ;
- Dossier « Santé mentale et pratiques de réseaux », in *Confluences*, n° 1, mars 2003 ;
- Position du groupe de travail de l'IWSM sur le réseau (2004)²⁵.

A côté de la relecture et de l'analyse de ces rapports, le travail d'élaboration des principes fait également écho à une série d'entretiens exploratoires avec des équipes et intervenants de terrain.

B. La notion de « principe »

Nous avons appelé les éléments récurrents identifiés des « principes d'action » car il s'agit moins d'éléments de constat ou de description des pratiques que de normes qui semblent donner les acteurs pour guider leur action. S'ils peuvent prendre des allures d'« idéal » par rapport à une pratique –et les différentes questions et problèmes qui restent à régler pour chacun d'eux en attestent–, ils peuvent servir de base pour questionner les pratiques et la manière de fonctionner en réseau des professionnels au jour le jour. Il nous semble que les différents principes ou normes, identifiés comme « nécessaires » pour fonctionner en réseau ou « prônés » par les acteurs de terrain constituent, eux aussi, une forme de théorisation du réseau émanant directement du terrain.

Pourquoi parler de « principes » de fonctionnement en réseau ? Traditionnellement, « les principes désignent, dans les sciences comme dans la morale, des propositions premières

²⁴ Cfr « Réactions aux projets thérapeutiques », *op. cit.*

²⁵ « Synthèse provisoire de la position du groupe de travail « réseaux » de l'Institut Wallon pour la santé mentale à propos des soins intégrés en santé mentale, des réseaux et circuits de soins », 19 Avril 2004.

considérées comme des points de départ nécessaires en toute recherche »²⁶. « *Un principe est une proposition première sur ce qui est ou sur ce qui est à faire, il est la règle initiale d'une description, d'une explication, d'une loi ou d'une norme...* »²⁷. On peut donc entendre par principe du travail en réseau, ce qui le fonde, les éléments qui sont théoriquement au cœur de sa mise en œuvre. Il peut aussi s'agir de principes d'action, au sens d'idées directrices qui sous-tendent la pratique de travail en réseau, invoquées par les acteurs pour la mettre en œuvre. Les principes d'action se définissent de la façon suivante : « *Dans le registre du faire, (...) une ligne d'action se réfère, au moins implicitement à des croyances, à des visions, à des mythes fondateurs. Autrement dit, le principe des principes d'action est toujours un principe de connaissance – que cette connaissance soit rationnelle ou passionnelle.* »²⁸.

Si cinq principes de fonctionnement en réseau sont identifiés ici et abordés successivement, il convient de préciser qu'ils sont intimement liés les uns aux autres et que le découpage et l'ordre de présentation ne sont que des options parmi d'autres possibles. Il convient aussi de rappeler que ce résultat constitue une base qui sera confrontée, dans une étape ultérieure de la recherche, à l'analyse des pratiques actuelles, avec comme objectif de discuter ces principes, de les nuancer, de les compléter, voire de les questionner.

C. Les enjeux, questions et difficultés soulevés par le réseau

La réflexion sur la question du réseau est loin d'être au point zéro sur le terrain, puisqu'on en parle de manière récurrente depuis au moins dix ou quinze ans. Des groupes de travail se sont déjà mobilisés, à l'IWSM²⁹ comme ailleurs, notamment pour suivre et réfléchir les développements des politiques en matière de réseaux. Les groupes de réflexion sur le sujet se sont encore multipliés avec le lancement de l'appel à « projets thérapeutiques », afin d'élaborer et de rentrer des dossiers. A notre niveau, nous avons, en outre, eu l'occasion d'interviewer une série d'acteurs clés dans le cadre de cette réflexion.

Une série de questions et de difficultés peuvent donc déjà être répertoriés. Elles seront pointées dans cette première partie du rapport, à la suite de la présentation de chacun des principes, comme autant de signaux auxquels rester attentif pour la suite de ce travail.

Intimement liés les uns aux autres, les principes, comme les problèmes qu'ils soulèvent, seront envisagés de manière globale et interconnectée.

D. Qu'entend-on par réseau ?

Etant donné que le réseau est un concept abondamment utilisé, dans les domaines les plus divers, il est important de spécifier à quoi on se réfère quand on l'utilise. Cependant, nous ne nous lancerons pas ici dans une exploration systématique des différentes définitions possibles en fonction des différentes théories ou conceptions, ce qui pourrait constituer en soi l'objet d'un travail de recherche. Nous proposerons plutôt une **définition de travail** qui se base sur les précédents travaux de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, définition sur laquelle il sera possible de revenir ultérieurement.

Ainsi, le groupe de travail « Réseaux » de l'Institut constate en 2003³⁰ que « *pour nombre d'acteurs en Wallonie, le terme « réseau » est un terme générique généralement utilisé pour désigner les pratiques des intervenants qui se mettent ensemble pour réaliser un projet*

²⁶ E. BREHIER, *Les Thèmes actuels de la philosophie*, Paris, P. U. F., 1964, p. 57.

²⁷ <http://www.biblioconcept.com/textes/principe.htm>, consulté sur Internet le 24/40/2006.

²⁸ *Idem.*

²⁹ En 2003-2004.

³⁰ Groupe mis en place dans l'optique de la préparation du premier colloque de l'IWSM, le 21/03/2003.

concerté, quel qu'il soit, qu'il porte sur une situation ou sur une action (de prévention, de formation) »³¹.

En outre, on dénombre, dans les fiches d'initiatives réseaux répertoriées dans le premier cahier de l'IWSM, différentes modalités, différentes pratiques et différents dispositifs, qui se présentent sous le terme « réseau » :

- réunions autour d'un cas clinique aussi appelées intervisions ou « réunions casuistiques »³² ;
- réunions sur des sujets plus larges, des thématiques, avec par exemple un thème d'année ;
- coordinations sociales locales « instituées », avec un comité de gestion et des personnes qui y travaillent à temps plein ou partiel (grâce à des subsides), qui sont vues comme un « espace tiers pour se retrouver entre professionnels »³³ ;
- réunions où chacun se présente, apprend à connaître les collègues des autres institutions et leurs missions ;
- réunions avec des usagers (ou parfois sans), centrées sur leur situation³⁴ ;
- échanges de personnel entre structures, permettant ainsi de se rendre compte de la nature du travail de chacun³⁵ ;
- organisation de formations communes aux membres du réseau³⁶, de supervisions collectives³⁷ ;
- pratiques de « case management »³⁸ (avec une personne référente) et organisation d'un « plan de services individualisé » ;
- construction d'« un protocole de collaboration, permettant de donner des repères aux intervenants »³⁹ ou rédaction d'une charte.

Pour organiser ces différentes pratiques, une distinction entre deux types de réseaux a émergé des discussions lors du colloque « Santé mentale et pratiques de réseaux »⁴⁰ : il y a d'une part, les réseaux « d'interconnaissance » entre professionnels et d'autre part, les « réseaux autour du patient » :

« Dans la discussion transparait une différence entre types de réseaux. On parlera d'abord du réseau d'interconnaissance ou « de prévention générale. Les initiatives présentées à cet atelier en sont des exemples. Leurs objectifs, centrés sur le travail des professionnels et sur l'échange de pratiques, ne mènent pas à la mise sur pied d'une action clinique spécifique ou

³¹ Document préparatif au colloque : « Question autour des réseaux et circuits de soins. Synthèse des réflexions du groupe de travail « Réseaux » de l'IWSM, 10/03/03.

³² « Maison médicale le Car d'Or à Mons et le centre psychothérapeutique de Jour de l'Hôpital psychiatrique « Chêne-aux-Haies » travaillent en réseau avec les premières lignes » in *Santé mentale et pratiques de réseaux...*, *op. cit.*, p. 66.

³³ « Coordination sociale de Seraing » in *Santé mentale et pratiques de réseaux...*, *op. cit.*, p. 83.

³⁴ Par exemple la « clinique de la concertation ».

³⁵ « Soins psychiatriques intégrés à domicile » in *Santé mentale et pratiques de réseaux...*, *op. cit.*, p. 53 et 87.

³⁶ « Groupe de coordination sociale verviétois » in *Santé mentale et pratiques de réseaux...*, *op. cit.*, p. 90.

³⁷ « Projet « fa-mi-liens » » in *Santé mentale et pratiques de réseaux...*, *op. cit.*, p. 106.

³⁸ Par « fonction de « case-manager » ou « compagnon de voyage » on désigne une personne de référence pour le patient qui peut suivre ce dernier au-delà du service hospitalier, dans toutes ses démarches : information, administration, emploi, logement, soins, soutien, etc. Le suivi peut s'exercer partout, en ville, où le patient se trouve. » « La fonction de « case manager » s'inscrit dans un courant psycho-éducatif. Elle ne peut se substituer à une démarche psychothérapeutique et ne se revendique dès lors d'aucune obédience en particulier. » (« Unité de crise spécifique aux personnes présentant des troubles liés aux substances - Hôpital Vincent Van Gogh » in *Santé mentale et pratiques de réseaux...*, *op. cit.*, pp. 98-99).

³⁹ « Etude « cohérence des interventions et mineurs abusés » SAJ et SOS parents-enfants » in *Santé mentale et pratiques de réseaux...*, *op. cit.*, p. 85.

⁴⁰ « Santé mentale et pratiques de réseaux... », *op. cit.*

à des pratiques concertées. Leur action, n'ayant pas de conséquence directe sur le devenir d'un patient, passe pour avoir un but de prévention. En parallèle, il y a le réseau « autour du patient ». (...) Il est constitué de l'ensemble des intervenants, familles et personnes ressources qui élaborent un projet d'accompagnement concret avec un usager. Ce réseau se construit, se déconstruit et se reconstruit avec et en fonction du patient. »⁴¹

Par ailleurs, Hoyois éclaire aussi de manière intéressante ce que le réseau devrait être dans l'idéal⁴² : « le réseau devrait être entendu comme espace d'interaction et de travail collectif au sein duquel peuvent s'élaborer objectifs et modalités de coordination dont la mise en œuvre contribuera à générer un ensemble de trajectoires proches, permettant de répondre de façon plus efficiente à des demandes ou à des cas complexes par le biais d'interactions hétérogènes, flexibles et centrées sur les besoins »⁴³.

Sur base de ces précédents travaux et des différentes initiatives repérées, nous adopterons ici la **définition de travail** suivante pour le réseau.

Le « réseau » peut être défini à la fois comme :

- la collaboration simultanée ou successive (relais) entre intervenants autour d'une situation / d'un patient ;
- 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.

II. « Principes de fonctionnement en réseau » identifiés

A. Pluralité d'approches et décloisonnement

1) Présentation

Le premier principe concerne la pluralité d'approches et l'implication de professionnels de différents secteurs –en santé mentale et hors santé mentale– afin de proposer la prise en charge la plus adaptée possible à la problématique de la personne.

Il s'appuie sur « la nécessité de prendre en compte et d'utiliser toutes les ressources existantes : les difficultés d'une personne ne dépendent pas d'un seul secteur ou d'une seule spécialité, une structure ne peut en effet que rarement prendre en charge un usager à elle seule. »⁴⁴

Autrement dit, « le réseau, (...) naît de la complexification des trajectoires des usagers. Les pathologies deviennent multi-modales et demandent une prise en charge globale. Ces initiatives de réseaux sont toutes traversées par cette prise de conscience : il est difficile d'assurer une prise en charge efficace seul. L'intérêt pour le travail multidisciplinaire mais aussi l'échange entre structures et entre secteurs est de plus en plus grand. La diversité d'écoute de la demande, de rapport à l'usager, de regards sur un même cas est vue comme un plus indéniable pour un travail clinique efficace. »⁴⁵

⁴¹ *Idem.*, p. 47.

⁴² Notons au passage que ce type de définition conforte notre constat d'un aspect « normatif » ou idéaliste associé au réseau, qui a justifié notre démarche d'identification de principes.

⁴³ P. HOYOIS, « Transformation de l'organisation des soins de santé mentale », in *Confluences*, n° 1, p. 34.

⁴⁴ « Santé mentale et pratiques de réseaux... », *op. cit.*, p. 48.

⁴⁵ « Compte-rendu de l'atelier 2 – La concertation des professionnels » in *Santé mentale et pratiques de réseaux...*, *op. cit.*, p. 42.

Dans le champ de la santé mentale et de l'aide en général, on assiste à la multiplication et à la spécialisation des acteurs. Le réseau est lié à la volonté ou à la nécessité de mettre en lien différents acteurs autour d'un cas, de prendre en considération une diversité de points de vue et de coordonner l'action de ces professionnels. L'intérêt d'avoir plusieurs regards sur une problématique est également mis en avant⁴⁶.

Si ce travail en réseau est avant tout un travail au cas par cas, centré sur l'utilisateur, –comme nous le verrons dans le 3^{ème} principe–, il est aussi « *indissociable d'un travail de liens avec d'autres intervenants, venant de tous les secteurs : sanitaires, judiciaires, sociaux, culturels, ...* »⁴⁷. Par conséquent, l'importance du travail de connaissance réciproque entre intervenants, nécessaire à la construction du réseau est également soulignée –dans le 5^{ème} principe.

Travailler en réseau, c'est donc décloisonner les **secteurs**. La collaboration, que la situation rend parfois nécessaire, permet de dépasser les frontières entre champs : médical (et psychiatrique), social, judiciaire, culturel, scolaire, socioprofessionnel, etc. Le réseau questionne et tente aussi de dépasser les **cloisonnements institutionnels** qui existent au sein même du secteur de la santé mentale : les cloisonnements entre ambulatoire et hospitalier, entre courants de pensée, entre praticiens indépendants et exerçant en institution, etc.

Le décloisonnement que le réseau a pour vocation de provoquer se situe aussi au niveau **administratif et politique** ou du moins, il peut avoir des implications à ce niveau : le paysage institutionnel belge étant ce qu'il est, les organismes ayant des compétences en matière de « santé » collaborant dans un réseau en santé mentale, peuvent relever de trois niveaux de pouvoir différents : fédéral (hôpitaux, projets pilotes, ...), régional (SSM, agrément des hôpitaux, Initiatives d'Habitations Protégées, Maisons de Soins Psychiatriques, ...) et communautaire (ONE, PMS, équipes SOS enfants ...) ⁴⁸. Il peut en effet exister de « *multiples cloisonnements et incompatibilités administratives entre différents types de structures* »⁴⁹ relevant de différents pouvoirs subsidiaires.

Le réseau peut aussi entraîner le décloisonnement entre **professionnels et « non-professionnels »**, notamment via la prise en considération des « ressources résiduelles » de l'entourage, des groupes de self-help, des associations de patients, des bénévoles : « *Cette volonté de décloisonner, de chercher les ressources à mobiliser autour de l'utilisateur implique aussi une attention particulière à ses ressources « naturelles », c'est-à-dire, sa famille, son environnement social. Une personne ressource importante peut tout aussi bien être un intervenant qu'un frère, un père ou ... l'agent de quartier.* »⁵⁰

Dans les initiatives de réseau sur le terrain, les acteurs traduisent ce principe de décloisonnement de différentes manières : « *faire sauter les barrages* »⁵¹, « *rencontrer d'autres professionnels* », « *sortir des cadres traditionnels* », « *écouter une autre formulation des demandes* »⁵². D'autres évoquent la « *consultation multi-modale, la rencontre d'autres intervenants et la coexistence de différentes logiques médicales, juridiques, sociales, thérapeutiques* »⁵³, nécessaire notamment dans les situations de crise.

⁴⁶ « Santé mentale et pratiques de réseaux... », *op. cit.*, p. 49.

⁴⁷ *Idem.*

⁴⁸ Pour plus de détails et une présentation synthétique, cfr. C. SAGESSER, « Le Contexte institutionnel des soins de santé mentale », in *Confluences*, n° 15, pp. 28-29.

⁴⁹ F. TURINE, « Santé mentale et pratiques de réseaux. Etat de la question en Wallonie et introduction aux travaux », in *Santé mentale et pratiques de réseaux...*, *op. cit.*, p. 23.

⁵⁰ « Compte-rendu de l'atelier 2 – La concertation des professionnels », in *Santé mentale et pratiques de réseaux...*, *op. cit.*, p. 42.

⁵¹ E. BREHIER, *op. cit.*, p. 69.

⁵² « Santé mentale et pratiques de réseaux... », *op. cit.*, p. 79.

⁵³ *Idem*, p. 53.

2) Enjeux et difficultés

« *La mise en connexion des points de vue des différents intervenants du réseau est un travail difficile* »⁵⁴, comme le soulignent les acteurs de terrain.

Ces difficultés associées au décloisonnement peuvent être de différents ordres, par exemple des éléments pratiques comme le manque de disponibilité d'un service ou les incompatibilités d'horaire. Des difficultés relationnelles entre certains professionnels (antipathies, conflits, ...) peuvent aussi constituer un obstacle à cette collaboration intersectorielle. Il peut également y avoir des problèmes de compréhension, de langage – dus éventuellement à l'utilisation de savoirs de référence ou de lexiques différents –, de « traduction » des termes d'un registre dans un autre, etc. A côté de cela, d'autres types d'enjeux peuvent encore être identifiés : le dépassement la concurrence, la persistance de certains cloisonnements, le maintien de son identité et la clarification des rôles.

(a) *Dépasser la concurrence*

Un premier enjeu du fonctionnement en réseau est lié au dépassement de la logique de **concurrence**, propre au marché : « *Il s'agirait de dépasser aussi la notion de concurrence ou de réseaux idéologiques. Le réseau devrait transcender ces clivages pour considérer la diversité, l'échange entre professionnels comme une richesse importante plutôt qu'une rivalité* »⁵⁵. Or, avec la généralisation du subventionnement par projet, certaines institutions partenaires dans le réseau peuvent se retrouver en compétition pour l'obtention de subsides. Sans compter que la formalisation du réseau proposée par l'Etat peut aussi avoir comme ambition de repérer (et de supprimer) les « doublons » entre institutions.

Pour « dépasser la concurrence », une certaine forme « d'éthique professionnelle et relationnelle » entre partenaires au sein du réseau peut être nécessaire : il s'agit d'une forme de « loyauté » entre eux, d'un engagement à ne pas jeter le discrédit sur l'autre, à le reconnaître et l'accepter dans ses pratiques, pour éviter le « rapt de clientèle » dans des horizons concurrentiels.

(b) *Persistance de certains cloisonnements*

Certains cloisonnements entre secteurs spécifiques semblent cependant persister, ils semblent difficiles à dépasser. Risquons-nous à en pointer quelques illustrations.

Il s'agit notamment du travail **à l'intersection du champ de la justice et du thérapeutique**, comme l'ont bien analysé Cartuyvels et al.⁵⁶, en mettant notamment en évidence les différences de langage et de significations de mêmes mots dans chacun de ces champs.

Il semblerait ainsi que les articulations au-delà des frontières entre champs de la **Santé mentale et de l'Aide à la Jeunesse**⁵⁷ (et plus particulièrement avec les services privés de l'Aide à la Jeunesse) pourraient aussi, parfois être difficiles à opérer. Luc Blondieau⁵⁸ a pour sa part montré, à partir d'une analyse de cas, les difficultés d'articulation entre l'approche plutôt socio-éducative des services d'aide à la jeunesse et l'approche en santé mentale itinérante, de même que les différences qui peuvent être identifiées entre ces logiques d'action respectives. Plusieurs des acteurs ayant participé à cette recherche soulignaient la nécessité de

⁵⁴ *Idem*, p. 56.

⁵⁵ *Idem*, p. 60.

⁵⁶ F. DE CONINCK et alii, *Aux frontières de la justice, aux marges de la société. Une analyse en groupe d'acteurs et de chercheurs*, Gand, PSF, Académia Press, 2005.

⁵⁷ Cfr à ce sujet les différences entre logiques d'action identifiées par L. BLONDIEAU, *Un adolescent, sa famille, des intervenants... un vrai défi*, Ministère de la Communauté française, juin 2005.

⁵⁸ L. BLONDIEAU, *op. cit.*

« franchir les murs d'incompréhension qui existent encore entre les secteurs : le monde hospitalier, le monde socio-éducatif, le monde de la prise en charge psychiatrique, le monde de la prise en charge AWIPH, le monde de la santé mentale ambulatoire, le monde du rappel de la loi (les IPPJ) et le monde de la justice »⁵⁹.

Il peut aussi parfois s'agir de difficultés de collaborations **entre types de services**. Citons encore, à titre d'illustration, le fonctionnement en réseau et les relais entre Services de santé mentale (SSM) et Centres de planning familial : certains suggèrent que les Centres de planning puissent prendre en charge certaines personnes qui s'adressent aux SSM, notamment en cas de listes d'attente importantes, vu qu'ils proposent parfois des services similaires⁶⁰. Si dans certains endroits, cette coordination fonctionne tout à fait bien, dans d'autres, les collaborations ne se font pas aussi aisément. Evidemment, il est impossible de faire des constats généraux au stade actuel, d'autant que, pour chaque difficulté pointée, on peut trouver des acteurs qui réussissent à les dépasser. Ces difficultés peuvent aussi dépendre des particularités de chaque réseau et de chaque région.

Notons toutefois que ces différences d'approches, de conceptions peuvent parfois exister au sein même du secteur de la santé mentale au sens large (entre institutions, entre courants ou entre psychiatrie et santé mentale).

En ce qui concerne « multiples cloisonnements et **incompatibilités administratives** entre différents types de structures »⁶¹, ils peuvent constituer autant d'obstacles pour le bon fonctionnement en réseau des acteurs. Ce qui est en jeu, c'est notamment la **cohérence** de la politique en matière de santé mentale, d'aide et de soins. Pour Thierry Detienne -Ministre de la santé en Région wallonne au moment où les protocoles d'accord en vue des réseaux et circuits de soins devaient être signés-, si le réseau « *concrétise la vision de notre société comme un système qui exige que les réponses données aux besoins de santé soient conçues aussi en termes de système (...), il implique, au niveau politique, un ajustement des stratégies, la recherche d'une cohérence qui dépasse les frontières de compétences et de niveaux de pouvoir* »⁶². Il illustre son propos en rappelant que les réseaux en santé mentale pour enfants et adolescents ne sont pas uniquement limités aux acteurs agréés pour cette compétence mais constitués à partir d'un plus large partenariat. Ceci rejoint l'interpellation récurrente des professionnels de la santé mentale à l'égard du politique : que les autorités se mettent, elles aussi, en réseau et concertent leurs politiques entre les différents niveaux de pouvoir, de manière à les rendre davantage cohérentes⁶³.

(c) *Maintien de l'identité et clarification des rôles*

Un autre enjeu de ce décroisement est lié au maintien de **l'identité** des services et des professionnels et à la définition de la spécificité et du rôle de chacun. Si le réseau implique la

⁵⁹ Cfr I. DELIEGE, V. OLIVIER, « Les Jeunes à la limite de plusieurs champs d'intervention, table-ronde avec la participation de L. Blondieau, G. Devienne, J.-C. Devyver, M. Lefèbvre et D. Rihoux » in *Confluences*, n° 12, décembre 2005, pp. 5-7.

⁶⁰ Suggestion relayée notamment dans le cadre des e-colloques des Services de Santé Mentale.

⁶¹ F. TURINE, « Santé mentale et pratiques de réseaux. Etat de la question en Wallonie et introduction aux travaux » in *Santé mentale et pratiques de réseaux...*, *op. cit.*, p. 23.

⁶² T. DETIENNE, « Introduction à la première journée d'étude organisée par l'IWSM : Santé mentale et pratique de Réseaux », in *Santé mentale et pratiques de réseaux...*, *op. cit.*, p. 15.

⁶³ Cfr notamment l'initiative en ce sens du Centre Collaborateur de l'OMS Santé et facteurs Psycho-sociaux, avec les « séminaires de validation » réunissant des représentants des trois niveaux de pouvoir et des experts de terrain, par rapport à la mise en œuvre du plan d'Helsinki. (P. NICAISE, P. STEINBERG, I. PELS, « Favoriser la concertation politique : un objectif pour le Centre Collaborateur de l'OMS Santé et facteurs Psycho-sociaux en Belgique » in *Confluences*, n° 15, p. 30).

collaboration et le décloisonnement entre acteurs de différents types d'institutions, cela signifie pour eux de se définir clairement et d'apprendre à mieux se connaître :

« Cela implique (...) de chercher à préciser son travail, son champ d'action, ses particularités, partant du principe que l'on doit bien se connaître soi-même avant d'entrer en collaboration. Une des difficultés cruciales du travail en réseau est de savoir qui fait quoi et dans quel esprit. Si l'on veut dépasser une compréhension interpersonnelle et aborder les logiques institutionnelles, un travail de définition des rôles et des missions de chaque institution est incontournable. [De même que] voir dans quelles conditions ces rôles et ces missions peuvent se répondre les uns aux autres. »⁶⁴

Or l'intensification des collaborations avec des intervenants d'autres champs et institutions questionne les rôles, les manières de fonctionner et même les identités professionnelles de chacun. Ce qui amène chacun à **redéfinir sa spécificité** –par rapport aux autres, notamment dans toutes les démarches qui visent une meilleure connaissance entre intervenants–, voire à se remettre en question :

« Par ailleurs, le réseau bouscule le cadre le travail, pousse à sortir des sentiers battus, force une remise en question permanente. Ce travail demande du temps, mais surtout de la motivation et de l'engagement personnel (...) Il s'agit de travailler sa peur de « perdre son âme » et d'accepter de se laisser transformer par les manières de faire des autres. »⁶⁵

Un des écueils du fonctionnement en réseau peut donc être le brouillage des rôles –un certain flou autour de « qui fait quoi »– voire même la perte d'identité, au cours de ces remises en question permanentes.

B. Horizontalisation des rapports

1) Présentation

La pluralité d'approches et le décloisonnement vont de pair avec une certaine horizontalisation des rapports dans un réseau. Le modèle réticulaire implique en effet cette idée de rapports horizontaux et donc d'« égalité » de place entre acteurs. Les rapports s'y définissent ainsi par opposition aux liens verticaux et hiérarchiques classiques dans l'institution, comme le confirment certains auteurs : Jean-Louis Genard développe une analyse de la construction du modèle du réseau sur une critique du modèle de l'institution⁶⁶. D. Ménard expose plusieurs éléments qui montrent que les réseaux se sont développés selon des principes en complète opposition avec le système traditionnel : une gouvernance horizontale plutôt que hiérarchique, la coopération plutôt que l'individualisme libéral, etc.⁶⁷

Le lien entre égalité et idéal démocratique peut alors être fait : les partenaires du réseau devraient tous avoir le même poids (quel que soit le secteur). C'est en tout cas la position exprimée par le groupe de travail « réseau » de l'IWSM, au terme de ses travaux en 2004 : *« Quel que soit leur pouvoir de tutelle, quels que soient leur cadre et leurs orientations de travail, quelle que soit leur inscription dans le champ psycho-médico-social, chaque partenaire doit pouvoir s'associer au réseau de soins et ce, sur une base identique, chacun*

⁶⁴ « Compte-rendu de l'atelier 2 – La concertation des professionnels », in *Santé mentale et pratiques de réseaux...*, *op. cit.*, p. 44.

⁶⁵ « Compte-rendu de l'atelier 2 – La concertation des professionnels », in *Santé mentale et pratiques de réseaux...*, *op. cit.*, p. 45.

⁶⁶ J.-L. GENARD, « Ressources et limites des réseaux », in *La Revue Nouvelle*, n° 10, tome 117, Octobre 2003, pp. 42-51.

⁶⁷ « L'Évaluation des réseaux de soins », actes du séminaire co-organisé par la CNR, le CREDES et le groupe IMAGE de l'ENSP avec le soutien du CNPS, 7-8 juin 2002, p. 16.

ayant le même poids que son voisin. »⁶⁸ Lors du colloque de 2003, la formalisation du réseau est aussi présentée comme ayant pour objectif de « garantir un fonctionnement égalitaire »⁶⁹.

Si dans le réseau, on insiste sur la prise en compte de la **diversité** des points de vue et approches (par opposition à la minimisation des différences), ces différents points de vue doivent donc être pris en considération sur une base égalitaire. Le réseau doit permettre d'organiser la coprésence de cette pluralité de regards et d'approches. Le fait que chacun définisse la spécificité de son approche y contribue, comme cela a été exposé dans le point précédent.

2) Enjeux : persistance de rapports verticaux

Le concept de réseau s'est partiellement construit en opposition au modèle « classique » de l'institution hiérarchique. Il va de pair avec une certaine horizontalisation et une certaine égalité des rapports entre acteurs. Toutefois, les institutions qui sont en réseau ont souvent elles-mêmes une **structure hiérarchique**. En outre, des **inégalités** existent au sein des acteurs psycho-médico-sociaux et ce, à différents niveaux. Tout d'abord en fonction de la profession des acteurs : un médecin psychiatre n'a généralement pas les mêmes responsabilités ni les mêmes prérogatives qu'un assistant social ou un éducateur. Les inégalités existent aussi entre types de structures : entre acteurs ambulatoires et hospitaliers (disproportions de moyens, de taille, ...). Il faut encore ajouter à cela les logiques de différenciation entre 1^{ères} lignes et 2^{èmes} lignes, professionnels et non professionnels, ...

Ce qui est en jeu, par rapport au principe d'horizontalité dans le réseau, c'est donc la place des différents acteurs les uns par rapport aux autres.

(a) *Place de l'ambulatoire par rapport à l'hospitalier*

Si on évoque la place des différents acteurs et savoirs dans le réseau, traditionnellement, on assiste à une prise de pouvoir du médical en matière de questions de santé mentale, en lien avec la place prédominante du pouvoir médical dans l'institution hospitalière.

Par ailleurs, l'hôpital tend, selon certains, à perdre petit à petit sa place centrale dans les soins de santé mentale. La logique sous-jacente aux réseaux et circuits de soins –qui apparaît notamment dans les projets thérapeutiques– modélise pour certains un système de prise en charge « hospitalo-décentrée » des cas chroniques et complexes, l'hospitalisation constituant un élément à éviter, voire même un signe d'échec⁷⁰. Dans le même ordre d'idées, on peut aussi pointer la tendance à favoriser les courts séjours à l'hôpital, qui oblige à chercher des collaborations avec l'ambulatoire, hors de l'hôpital et la tendance à la reconversion des lits en extra-hospitalier⁷¹.

Si tous ne s'accordent pas sur le caractère dépassé⁷² des rivalités entre ambulatoire et hospitalier –certains considèrent qu'elles sont toujours bel et bien d'actualité–, **la différence**, voire **la disproportion de moyens** entre l'ambulatoire et l'hospitalier est pour sa part largement reconnue par les protagonistes des deux secteurs.

⁶⁸ « Synthèse des réflexions du Groupe de travail « Réseaux » de l'IWSM - mars 2003 », in *Santé mentale et pratiques de réseaux...*, *op. cit.*, p. 30.

⁶⁹ « Santé mentale et pratiques de réseaux... », *op. cit.*, p. 53.

⁷⁰ A. WEYERS, « Les Projets thérapeutiques, regards sur quelques enjeux », in *Confluences*, n° 13, mai 2005, p. 7.

⁷¹ Cfr le Projet d'avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers relatif à l'application de l'art. 97 ter de la loi sur les hôpitaux, qui envisage une reconversion de 10% (max) des lits sous forme de projets de réseaux psychiatriques.

⁷² Interview avec un acteur issu du secteur hospitalier.

Dans ces mêmes projets thérapeutiques, de nombreux réseaux semblent s'organiser à partir de l'hôpital, qui peut y occuper une place d'acteur dominant (en termes de taille, de moyens, de nombre de patients concernés par le projet) ; ces projets peuvent alors être plus ou moins fortement structurés en fonction d'une logique hospitalière, notamment de découpage par pathologies... Certains acteurs ambulatoires rencontrés, notamment un service de prise en charge psychiatrique dans le milieu de vie, craignent que les propositions de projets thérapeutiques élaborées à partir de l'hôpital ne deviennent des « *prolongements des différentes salles de l'hôpital psychiatrique (troubles bipolaires, etc.)* ». Ils prônent plutôt une intervention en réseau qui puisse être une alternative à l'hospitalisation, qui s'intègre dans le milieu de vie et où le médical ne soit pas dominant.

Or, le chercheur Philippe Hoyois⁷³, se référant à des études françaises, a mis en évidence que selon l'origine à partir de laquelle s'organisent les réseaux (p. ex. l'hôpital psychiatrique ou les services de santé mentale), ceux-ci ont tendance à se centrer sur des choses différentes :

- origine hospitalière : réseaux centrés davantage sur des maladies (sélection par pathologies) ;
- origine ambulatoire : réseaux qui privilégient l'état de santé général des patients.

L'organisation (hospitalocentrée) du réseau peut donc induire une conception particulière, notamment une vision plus restreinte de la souffrance, d'après certains acteurs ambulatoires. Pour Hoyois, « *les transformations des dispositifs de soins de santé entraînent le passage d'un archétype à un autre : de la maladie mentale vers la santé mentale, des services psychiatriques vers des services dans la communauté, des services à dominance hospitalière ou ambulatoire à un système intégrant plusieurs acteurs institutionnels différents* »⁷⁴.

Par rapport à cette éventuelle prédominance d'un pôle d'intervention particulier, certains sociologues soutiennent aujourd'hui que toute intervention en santé mentale doit s'asseoir sur un triple support : le médical, le psychothérapeutique et le social⁷⁵. Selon que l'on prenne l'une ou l'autre direction, les réseaux pourraient bien différer sensiblement dans leur configuration et leur fonctionnement.

(b) *Place des acteurs hors soins*

Dans cette perspective de décloisonnement, les professionnels réunis lors du colloque « Santé mentale et pratiques de réseau » se demandaient s'il fallait « *faire de l'élargissement à des acteurs hors santé mentale une des conditions pour avoir l'agrément réseau* »⁷⁶. C'est déterminant pour la place des différents acteurs dans le réseau.

La question qui se pose par rapport à ces réseaux qui se mettent en place, et qui a été soulevée lors de nos entretiens exploratoires, est la suivante : se trouve-t-on dans un registre de réseaux de santé (vision plus globale de la santé) ou de réseaux de soins de santé (perspective plus étroite : acteurs de la santé curative, qui vont essayer de résoudre les problèmes de cet ordre décrits par les patients)⁷⁷ ?

Le réseau implique le décloisonnement, notamment entre fonctions de soins et autres, ce qui implique de trouver un équilibre entre ces différents types de partenaires (soignants, social, enseignement, logement, ...). La question de la place des intervenants « hors soins » (insertion socioprofessionnelle, justice, aide à la jeunesse, logement, médiation de dettes, écoles, etc.) dans le réseau se pose donc de façon explicite.

⁷³ P. HOYOIS, « Transformations de l'organisation des soins de santé mentale » in *Confluences*, n° 1, mars 2003, p. 37.

⁷⁴ *Idem.*

⁷⁵ L. DE MUNCK, J.-L. GENARD, O. KUTY et alii, *op. cit.*

⁷⁶ « Santé mentale et pratiques de réseaux... », *op. cit.*, p. 34.

⁷⁷ Entretien avec un acteur hospitalier, représentant d'une fédération d'hôpitaux.

Certains acteurs ambulatoires⁷⁸ pointent qu'il peut exister une difficulté pour les lieux « non catalogués « soins » » de trouver leur place dans le réseau, comme, par exemple, les organismes d'intégration par le travail ou par la culture, par lesquels passent une série de patients psychiatriques. De leur point de vue, « les réseaux et circuits de soins » fédéraux apparaissent plutôt « cadencés d'avance » et la marge de manœuvre résiduelle pour les acteurs y est étroite.

Dans la proposition de « réseau et circuits de soins » formulée en 2003, pour les enfants et adolescents, l'existence de « deux catégories très différentes de membres » avait d'ailleurs été critiquée⁷⁹.

(c) *Place des 1^{ères} lignes*

Dans cette perspective de décloisonnement, on peut aussi pointer plus particulièrement la question de la place des « **premières lignes** » dans la prise en charge : médecin traitant, école, PMS (en tant que généraliste des écoles)... De même, la question de l'implication des **praticiens indépendants** ou privés (infirmiers, kinés, médecins) dans les concertations et les réseaux d'institutions apparaît problématique, notamment pour des raisons d'absence de financement ou d'incompatibilité d'horaires. Certaines initiatives de coordination impliquant ces acteurs existent cependant. Prenons l'exemple d'une coordination des soins à domicile : « *La coordination regroupe une soixantaine d'indépendants (médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes) dans la région de Floreffe-Malonne. Les coordinations avec les institutions sont moins faciles pour des raisons d'accessibilité, de compatibilité d'horaires et d'absence de rémunération (les réunions des prestataires indépendants ont habituellement lieu bénévolement en soirée, celles des salariés et des institutions en journée). Cependant, ces coordinations existent, entre autres, avec les hôpitaux voisins [notamment les hôpitaux psychiatriques]* »⁸⁰.

(d) *Place des « non professionnels »*

L'implication des « **non professionnels** » dans le réseau, dans l'optique de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles, pose également question : famille, proches (cfr aussi point ci-dessous), mouvements de jeunesse, ... Faut-il les impliquer dans les réseaux ? Si oui, comment ? C'est notamment la problématique des aidants proches qui mobilise aujourd'hui sans cesse plus d'attention, et celle d'une prise en charge plus communautaire –*community health*– des personnes atteintes de problèmes de santé mentale. La question du partage du secret professionnel peut aussi se poser, de manière particulière, avec eux. Par exemple, dans le cas d'un projet de structuration du réseau, impliquant des groupes de *self-help*, l'ordre des médecins a refusé de partager le secret professionnel avec eux dans la mesure où ils sont des partenaires « non professionnels »⁸¹.

Comment impliquer ces différents acteurs, en leur donnant une « juste » place, sans pour autant les charger d'informations ou d'un rôle qu'ils peuvent ne pas être en mesure de gérer vu qu'ils sont peu ou pas outillés pour ?⁸² La question corollaire étant : quels outils prévoir

⁷⁸ Entretien avec le Siajef.

⁷⁹ « D'une part, il y aura les acteurs, responsables du réseau et cela concerne les services K, les conventions Inami et les SSM, et d'autre part il y aura les partenaires (structures dépendant de l'Awiph, celles relevant de l'aide à la jeunesse, les PMS, ...) qui seront d'une certaine manière des sous-membres du réseau car sans pouvoir formel de décision. » (« Santé mentale et pratiques de réseaux... », *op. cit.*, p. 25).

⁸⁰ « Coordination des soins à domicile de Floreffe-Malonne », in *Santé mentale et pratiques de réseaux...*, *op. cit.*, p. 95

⁸¹ Cfr I. DELIEGE, « Mise sur pied d'un projet thérapeutique à partir de l'unité d'alcoologie » in *Confluences*, n° 15, décembre 2006.

⁸² Cfr aussi dossier « Médecine générale et santé mentale » in *Confluences*, n° 12, décembre 2005.

pour les soutenir, leur permettre de participer et de s'exprimer ? Des questions similaires se posent pour l'implication de l'utilisateur et de ses proches, qui est abordée dans le point suivant.

C. L'utilisateur acteur de sa prise en charge

1) Présentation

La plupart des discours ambiants, tant les textes politiques que les discours des intervenants sur le réseau, prônent que l'utilisateur soit **acteur** de sa prise en charge. Dans un réseau, le soin doit être « orienté sur la demande » ou sur les besoins de l'utilisateur : « *Nous sommes attentifs à ce que la réflexion sur les réseaux s'appuie sur les besoins et sur la situation de ceux qui demandent et attendent une aide. Ces besoins, une fois formulés et repérés, pourront ensuite être confrontés aux offres.* »⁸³

Il s'agit de ne pas considérer l'utilisateur comme un « objet de soins »⁸⁴. Une « pratique en réseau » peut ainsi être définie comme, « *une pratique où le patient, le client, l'utilisateur est au centre de l'intervention, est la raison de l'intervention ; il s'agit d'une pratique où les cartes du réseau seraient retenues au cas par cas, selon les nécessités momentanées de chaque situation. Une telle pratique exige que les conditions administratives soient essentiellement au service du réseau ; cela exige que les prérogatives des uns et des autres se rendent discrètes par rapport à l'intérêt d'une circulation du patient* »⁸⁵. Cette position d'utilisateur au centre du réseau induit une configuration du réseau qui soit potentiellement spécifique à chaque situation.

Comme le réseau est toujours en cours de construction, il est important que l'orientation et la construction du réseau se fassent dans le **dialogue** entre le(s) professionnel(s) et l'utilisateur, notamment la préparation du passage d'un lieu à un autre⁸⁶. Il s'agit d'envisager un « *partenariat entre utilisateur et professionnels* ». La liberté de choix du patient au niveau de son parcours dans le réseau doit aussi y être garantie : « *Autre principe fondamental concernant les utilisateurs ; il s'agit de sauvegarder absolument la liberté individuelle de l'utilisateur quant au parcours qu'il adopte.* »⁸⁷

Dans un fonctionnement en réseau, cette prise en charge s'effectue aussi en lien avec son environnement naturel et en s'appuyant sur les ressources de celui-ci. Certaines initiatives de réseau intègrent cet élément dans leur dispositif-même : c'est notamment le cas de la « clinique de la concertation », où l'utilisateur détermine lui-même qui il veut inviter dans des réunions de travail en réseau, où tous les intervenants concernés sont rassemblés autour de lui⁸⁸. Les intervenants y demandent à l'utilisateur et à la famille de leur apprendre à travailler ensemble.

L'accent est aussi mis sur la **responsabilisation**⁸⁹ et le **soutien** des personnes atteintes de troubles de santé mentale ainsi que sur la **reconnaissance de l'expertise** du patient –et de ses proches. C'est le cas dans deux des priorités du « plan d'action pour la santé mentale en Europe » défini par l'OMS pour la prochaine décennie :

⁸³ « Santé mentale et pratiques de réseaux... », *op. cit.*, p. 24.

⁸⁴ *Idem*, p. 81.

⁸⁵ *Ibidem*, p. 22.

⁸⁶ D'après une interview avec un représentant d'association d'utilisateurs.

⁸⁷ « Santé mentale et pratiques de réseaux... », *op. cit.*, p. 24.

⁸⁸ « Concertation sociale de l'ISBW » in *Santé mentale et pratiques de réseaux...*, *op. cit.*, p. 68.

⁸⁹ Certains auteurs ont d'ailleurs travaillé ce thème de la responsabilisation des utilisateurs. Cfr notamment J.-L. GENARD, *La Grammaire de la responsabilité*, Cerf, Paris, 1999.

« ii. lutter collectivement contre la stigmatisation, la discrimination et l'inégalité ; responsabiliser et soutenir les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et leur famille de sorte qu'elles puissent participer activement à ce processus (...)
v. reconnaître l'expérience et l'expertise des patients et des aidants (l'entourage) et s'en inspirer largement dans la planification et l'élaboration des services. »⁹⁰

La **participation** de l'utilisateur est donc souhaitée à **deux niveaux** : au niveau individuel de sa propre prise en charge et de la constitution de son réseau –réseau spécifique à chaque situation, qui se construit au cas par cas– mais aussi au niveau de l'organisation des soins et de l'amélioration des services et de leur coordination.

Pour que l'utilisateur et ses proches puissent prendre une part active dans la prise en charge et prendre la parole, participer à la vie publique à propos de l'élaboration des politiques et des systèmes de soins, des **associations d'utilisateurs** et de proches se créent aussi un peu partout. Elles ont un rôle de soutien et d'aide à l'élaboration d'une parole aux deux niveaux précédemment cités :

« Il est bon ici de rappeler l'utilité que peuvent avoir ces associations. D'abord parce que l'implication des utilisateurs est une des conditions d'optimisation du processus de soins, puisque c'est avant tout l'utilisateur qui active un réseau autour de sa situation. Ensuite parce que reconnaître l'utilisateur acteur de sa vie et citoyen comme les autres passe également par une participation à la vie publique. En ce sens une prise de parole des utilisateurs sur ce terrain peut servir d'exemple à une participation à tous les autres niveaux. »⁹¹

Ceci nous amène au fait que le principe du patient acteur de sa prise en charge n'est bien sûr pas sans conséquence sur la nature de l'intervention des professionnels, qui évolue vers un rôle de **soutien et d'accompagnement**, corrélatif de la responsabilisation de l'utilisateur : « La liberté individuelle et l'autonomie que l'on doit valoriser chez le patient ne vont pas sans une prise de responsabilité de sa part. Considérer l'utilisateur comme acteur de sa vie et de son traitement implique de le soutenir dans cette démarche et donc de coupler le soin à l'accompagnement. »⁹²

Ce « nécessaire soutien » à la participation et à l'autonomie, évoqué dans les recommandations de l'OMS reproduites ci-dessus, se retrouve aussi à propos des associations d'utilisateurs : « si l'on veut que ces associations puissent prendre une vraie place, un soutien important est nécessaire, leur donner une place dans les endroits de concertation ne sera jamais suffisant. »⁹³

2) Enjeux

Voici quelques-uns des enjeux et des questions qui se posent quand on veut considérer l'utilisateur comme acteur de sa prise en charge. Ils sont de différents ordres :

(a) L'accès à l'information sur les possibilités dans le réseau

Cette question se pose tant pour les utilisateurs que pour les professionnels, qui ont à proposer des formules de prise en charge à l'utilisateur, à l'orienter et à l'accompagner au sein du réseau. On peut aussi se demander jusqu'où et comment accompagner l'utilisateur dans l'établissement des connexions au sein du réseau. Renseigner une adresse, effectuer avec l'utilisateur la prise de contact avec le nouvel intervenant, voire l'accompagner physiquement dans le service, sont

⁹⁰ Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe. Relever les défis, trouver des solutions, Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, Helsinki (Finlande), 12-15 janvier 2005, p. 1.

⁹¹ « Santé mentale et pratiques de réseaux... », *op. cit.*, p. 40.

⁹² Position réseau de l'IWSM « Synthèse provisoire... », *op. cit.*

⁹³ « Santé mentale et pratiques de réseaux... », *op. cit.*, p. 41.

autant de modalités possibles d'accompagnement dans le cadre du travail en réseau. Elles ne positionnent cependant pas nécessairement l'utilisateur de la même manière en tant qu'acteur ; elles n'ont pas nécessairement non plus les mêmes « chances » de succès en termes de réussite du relais et d'« accrochage » du patient avec le nouveau service ou le nouvel intervenant. Une des questions qui se pose est donc de savoir comment gérer ces passages, tout en donnant une position d'acteur à l'utilisateur ?

La question de la circulation des informations à propos de l'utilisateur se pose également, et rejoint la question récurrente du respect du secret professionnel partagé. Différentes positions sont en présence. Certains prônent la transmission de ces informations entre professionnels, pour éviter au patient de devoir répéter son histoire pour la $x^{\text{ème}}$ fois ; d'autres défendent la liberté de ne pas les voir transmises à un nouvel intervenant, notamment pour donner au patient l'occasion de ré-énoncer sa propre histoire.

(b) La participation à la décision

Une autre question potentiellement problématique est celle de la possibilité d'implication et de participation de l'utilisateur au dialogue argumenté et à la prise de décision le concernant, qu'il s'agisse des modalités de sa prise en charge ou, à un niveau plus politique, de l'organisation des soins. Cette possibilité d'implication et de participation effective de l'utilisateur est liée aux **moyens** qui sont concrètement (mis) à sa disposition pour devenir acteur soit de sa prise en charge, soit de la vie publique. Au niveau de la prise en charge, il s'agit notamment de son information sur les possibilités dont il pourrait bénéficier au sein du réseau.

L'implication de l'utilisateur est aussi liée à la possession ou à l'acquisition de **compétences** spécifiques nécessaires à la **participation au dialogue** argumenté avec les intervenants, que ce soit sur les modalités de sa propre prise en charge ou sur les modalités d'organisation des services ou d'élaboration des politiques de soins. Pour que cette participation soit possible, il faut aussi qu'il dispose des compétences discursives et des connaissances nécessaires pour prendre part activement au débat. Il faut aussi qu'il soit reconnu par le professionnel comme interlocuteur valide, avec qui partager la prise de décision –et donc éventuellement, une certaine prise de risque⁹⁴. Un des écueils à éviter serait d'organiser un semblant de participation –où le seul choix de l'utilisateur se résumerait à accepter ou refuser ce qui lui est proposé. A ce niveau, l'attitude que l'intervenant décide d'adopter est cruciale pour l'interaction. Faut-il d'office postuler que l'utilisateur dispose en toute situation de ces capacités –position qui tend à remobiliser les ressources existantes chez le sujet ? Ou le professionnel est-il dans certains cas contraint de constater que la personne n'est pas en mesure de décider elle-même⁹⁵ ? Les avis sont partagés à ce sujet et les réponses peuvent varier en fonction de la situation du patient –de son état ou du cadre de l'intervention. Ces questions rejoignent aussi le débat sur les droits du patient⁹⁷.

⁹⁴ Aux dires des associations d'utilisateurs.

⁹⁵ Un témoignage d'utilisateur suggère cette contradiction entre sa volonté d'autonomie, de faire les démarches de lui-même, et le fait que dans certaines circonstances, il est forcé de reconnaître qu'il n'est pas tout à fait capable de le faire. Et qu'à ce moment, il préfère une suggestion d'un professionnel. Cfr I. DELIEGE, S. GERARD, « Témoignage », in *Confluences*, n° 15, p. 44.

⁹⁷ Cfr notamment le dossier sur le consentement aux soins, coordonné par C. GOSSELIN (*Confluences*, n°13, avril 2006).

(c) Liberté et accessibilité

Certains enjeux se posent également en termes de liberté de du patient. Ils renvoient à des questions de santé publique, comme le coût des prestations, la zone territoriale couverte, etc. qui, le cas échéant, pourraient constituer une entrave à cette liberté : « Certains s'interrogent sur le risque qu'il y aurait, en cas de mise en place de réseaux correspondant à des territoires, de voir la liberté de parcours maintenue, à terme, mais avec un prix pour l'utilisateur : hors du réseau comprenant le lieu de domicile, les frais sont augmentés. La crainte d'une politique en santé mentale à deux vitesses est bien présente. La crainte d'une sorte de système anglais. »⁹⁸ Ceci rejoint évidemment les questions d'accessibilité aux soins en santé mentale, déjà traitées par ailleurs à l'IWSM⁹⁹.

D. Garantir la continuité

1) Présentation

Vu la multiplication des services et la complexité croissante des problématiques rencontrées par les usagers, l'intervention simultanée ou successive de plusieurs acteurs du réseau est parfois nécessaire. Tel était l'objet du premier principe consacré au décloisonnement.

Le réseau a pour vocation de faire le lien entre différentes interventions, de coordonner différents services. La coordination peut être entendue au sens de mise en ordre et d'ajustement des ressources suivant un dispositif commun entre différentes structures, négocié avec l'utilisateur et/ou la famille : règle de priorité, travail de points de vue confidentiels, etc.¹⁰⁰

Dans le réseau, l'importance du **lien** est donc centrale : il faut « construire et consolider des liens entre structures, dans le but d'éviter une rupture de lien pour l'utilisateur lors du passage d'une structure à l'autre. Il s'agit d'éviter que le changement de structure ne se fasse faute de mieux, parce que « l'on ne s'en sort pas », mais relève d'une véritable indication clinique. En un mot : éviter le syndrome de la « patate chaude »... »¹⁰¹

Cette continuité de soins implique souvent un « **changement de culture** », d'habitudes de travail, tant à un niveau interne à chaque service que dans les relations avec les « ressources extérieures »¹⁰². « Le travail en réseau revient à ne plus compter uniquement sur soi-même et à s'intéresser à l'avant et l'après notre service. »¹⁰³

Ce principe de « continuité » peut être décliné en deux maximes : penser l'amont et l'aval de la prise en charge et accorder une attention particulière aux passages et aux transitions entre deux lieux.

Concrètement la première maxime peut par exemple se traduire par « une **vision diachronique** mettant le patient dans une perspective intra et extra hospitalière ainsi que dans un continuum plurigénérationnel où l'enfant [du patient] peut avoir une place, avec une aide

⁹⁸ « Santé mentale et pratiques de réseaux... », *op. cit.*, p. 24. Ceci rejoint une des questions de l'ATSMa par rapport aux projets thérapeutiques.

⁹⁹ Cfr « Aux portes du soins : l'accessibilité en santé mentale » in *Cahiers de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale*, n° 3, juin 2006.

¹⁰⁰ « Santé mentale et pratiques de réseaux... », *op. cit.*, p. 48.

¹⁰¹ *Idem*, p. 49.

¹⁰² *Ibidem*.

¹⁰³ *Ibidem*.

éventuelle »¹⁰⁴, pour éviter la répétition transgénérationnelle. Ici, en l'occurrence, la réflexion sur l'avant et l'après de la prise en charge s'inscrit même dans une temporalité qui s'étend sur plusieurs générations.

La seconde maxime, relative à l'attention aux interstices peut pour sa part se traduire dans un fonctionnement en réseau où « *les différentes structures par lesquelles est passé le jeune participent à l'admission ; un cadre est ensuite négocié. Par exemple, en vue de favoriser un **passage** harmonieux d'une institution à l'autre, un accompagnement est assuré et éventuellement des courts retours à l'hôpital organisés pour éviter une rupture de liens brutale. Une piste est de proposer des accueils plus courts avec des retours en famille plus nombreux, avec moins de ruptures. Le réseau hospitalier doit peu à peu être remplacé par le réseau que le jeune peut mobiliser.* »¹⁰⁵

Concrètement, pour assurer cette continuité des soins, différentes choses peuvent être mises en place.

Paradigmatiquement, cette fonction de « mise en lien » et de continuité est illustrée par la figure de la « personne de référence » ou du *case manager*. Dans la plupart des institutions, qui fonctionnent sur base d'équipes pluridisciplinaires, les usagers ont leur « référent ». La fonction de *case manager* ou « agent de suivi » se développe aussi dans de multiples initiatives de terrain¹⁰⁶. Il assure le lien entre l'usager et les différents intervenants ou services potentiels, il gère les éventuels tensions ou conflits, sur base d'un projet de soins construit en collaboration avec l'usager, réajusté au fil du temps et de l'évolution de la situation.

D'autres outils rendant possible cette continuité peuvent être identifiés. Pour garantir une continuité des soins, un certain partage du secret professionnel et une « traçabilité » du patient dans le réseau¹⁰⁷ sont, selon certains, nécessaires : « *L'échange entre professionnels autour d'un cas, la mise sur pied d'un projet commun entre ces derniers et l'usager sont vus comme des outils supplémentaires pour assurer une prise en charge cohérente et efficace.* »¹⁰⁸

2) Enjeux

Sur le principe de « continuité des soins », les **positions** sont assez **mitigées** et contrastées. Certains argumentent que l'intérêt de la continuité des soins n'est toujours pas à ce jour prouvé scientifiquement. D'autres soutiennent que, sur le terrain, la non-continuité peut aussi être thérapeutique dans certains cas, argumentant qu'il en va également de la liberté du patient.

L'enjeu, du côté du patient, consisterait plutôt à éviter de reproduire une sorte de fonctionnement « abandonnique ». Blondieau et al. ont pointé, suite à leur recherche que « *le manque de continuité entre interventions successives correspondrait à un fonctionnement assez **abandonnique** dans lequel peut se retrouver inscrit le jeune qui passe de centre en institution, mettant en échec les différentes équipes, qui se « refilent alors la **patate chaude** »*¹⁰⁹.

¹⁰⁴ *Ibidem*, p. 105.

¹⁰⁵ « Travail de réseau en psychiatrie de l'adolescence - La Petite Maison, Hôpital psychiatrique pour enfants » in *Santé mentale et pratiques de réseaux...*, *op. cit.*, p. 86.

¹⁰⁶ C'est notamment le cas du réseau « Théo, Vincent, Anna et les autres », qui utilise aussi le case management et les plans de service individualisés, de l'AIGS à Liège et de l'Unité de Crise du CHR Citadelle à Liège, du CHR de Namur.

¹⁰⁷ Avec par exemple la « compilation » des informations concernant les différents épisodes de crise.

¹⁰⁸ « Santé mentale et pratiques de réseaux... », *op. cit.*, p. 49.

¹⁰⁹ Cfr I. DELIEGE, V. OLIVIER, « Les Jeunes à la limite... », *op. cit.*, pp. 5-7.

Les enjeux que soulève la continuité au niveau de la formalisation des réseaux en santé mentale sont aussi :

a) *la question du secret professionnel partagé* : l'accès à l'information (pour les intervenants de 1^{ère} et de 2^{ème} ligne, les patients, ...), la « traçabilité » du patient dans le réseau (la possibilité pour lui de « disparaître » du réseau, la « compilation » des informations concernant les différents épisodes de crise dans un dossier) sont à examiner. « Entre la préservation d'un rapport de confiance, le risque de stigmatisation et le réseau, la position à prendre n'est pas évidente à déterminer. »¹¹⁰

b) *la question de la responsabilité dans le réseau*, déjà abordée dans le 3^{ème} principe relatif à la position d'acteur de l'utilisateur se repose ici aussi : dans un réseau, comment se décide l'implication des différents partenaires du réseau ? Qui décide ? Qui a la responsabilité de trouver une solution quand un patient doit quitter une institution ? Faut-il faire en sorte que quelqu'un se sente responsable d'accompagner la personne en souffrance jusqu'à la porte d'un autre service ou même tout au long de son parcours ? Si oui, comment ? Faut-il une personne de référence ou un coordinateur pour la personne en souffrance (déterminé institutionnellement ou choisi librement par la personne?) ? Ou bien cette **responsabilité** de la continuité peut-elle être assumée collectivement, soit au niveau d'un réseau d'intervenants, au niveau local, soit au niveau d'un territoire¹¹¹ ?

a) *le risque d'une trajectoire préétablie*, liée à la formalisation des procédures et des rapports entre institutions : « La crainte de mettre l'utilisateur « sous contrôle », de l'enfermer dans une trajectoire prédéterminée et de réduire ainsi sa marge de

¹¹⁰ « Santé mentale et pratiques de réseaux... », *op. cit.*, p. 52.

¹¹¹ Faut-il, dans une optique de santé publique, introduire pour ce faire la notion de **responsabilité par territoire** ? Certains des acteurs rencontrés, comme des représentants d'hôpitaux publics ou de structures ambulatoires soutiennent cette optique :

Il est important d'insister sur la notion de « service public » des prestataires de soins en santé mentale et de proposer une porte d'accès pour tous (sans exclure les cas les plus lourds), pour l'ensemble de la population d'un territoire.

Cela soulève la question des critères d'admission dans un service, critères qui, s'ils sont trop stricts, peuvent parfois bloquer le travail en réseau, en « refusant » certains patients qui ne répondent pas aux critères. Or cela touche aux objectifs de santé publique que doit par exemple rencontrer un hôpital public (qui doit par conséquent, selon un des interlocuteurs rencontrés, proposer des services plus « délicats » comme les prises en charge des paraphilies, les mises en observation, etc.). Ce qui rejoint la notion de responsabilité de la population sur un territoire.

La question se pose aussi de savoir si tous les services, y compris les Services de Santé Mentale par exemple, se sentent eux aussi investis de cette responsabilité de proposer une prise en charge à tout qui en a besoin sur leur territoire. D'après les avis des participants réunis à la table Ronde « Travail en réseau dans et avec les Services de Santé Mentale, les avis sont partagés : certains disent que les SSM ont généralement cette responsabilité et s'en sentent investis, d'autres soutiennent que ce n'est pas le cas de tous (Cfr I. Deliége, « Des services de santé mentale en réseau », in *Confluences*, n° 14, pp.34-36)

Une structure ambulatoire rencontrée, qui fait sien ce principe de territorialité considère alors les partenaires du réseau comme indispensables pour évaluer la continuité et l'accessibilité du service : ils examinent notamment avec leurs partenaires combien de fois tel ou tel intervenant a fait appel à eux et le nombre de fois où un suivi s'est effectivement enclenché. Si on s'interroge sur les valeurs et le projet de société soutenus par tel ou tel mode de fonctionnement en réseau, l'hypothèse de cette structure ambulatoire est qu'en faisant des projets de fonctionnement en réseau par pathologie, ce sont les institutions qui déterminent leur patientèle et il y aura toujours des gens pour qui il n'y a pas de possibilité de prise en charge (logique d'adaptation de la demande à l'offre). Par contre, en se donnant une mission de santé publique de proposer une possibilité d'accueil pour tous les gens sur un territoire, et en pensant les réseaux de cette manière, on serait dans une logique d'adaptation de l'offre à la demande ou aux besoins de la population, qui permet de proposer une prise en charge plus continue et plus adaptée.

*manœuvre est également présente. Quand tout est organisé, il se peut que l'utilisateur soit pris dans un enthousiasme qui n'est pas vraiment le sien. »*¹¹²

- b) *l'uniformisation des points de vue, des approches et le règne du consensus* sont redoutés. « *Les partenaires du réseau doivent garder une indépendance, pour permettre d'avoir des points de vue différents sur une situation* »¹¹³ car un débat contradictoire est toujours nécessaire. Par ailleurs, les professionnels soulignent la difficulté de collaborer avec des membres du réseau, dont ils ne partagent pas les objectifs, les orientations thérapeutiques (notamment les divergences entre les différents courants thérapeutiques) ou la conception de l'accompagnement

E. Interconnaissance, respect et culture de la concertation entre partenaires

1) Présentation

Dans la mesure où, pour fonctionner en réseau, il faut connaître les « ressources disponibles »¹¹⁴ en son sein, il est important de prendre le temps de découvrir « **qui est qui** », quelles sont les **missions** et les manières de **procéder** propres à chaque institution. Ainsi, comme le disent les intervenants de terrain, « *le réseau passe par une connaissance plus approfondie du paysage psycho-médico-social, judiciaire et culturel* »¹¹⁵ ou encore : « *un état des lieux des ressources, une inter-connaissance, des relations de confiance sont la base de tout travail de collaboration efficace.* »¹¹⁶ Un des intérêts des initiatives de réseau mis en évidence préalablement réside dans la « *meilleure connaissance des équipes, de riches échanges et plus de respect* »¹¹⁷.

L'accent est également régulièrement mis sur le fait d'établir une **relation personnelle** avec les membres du réseau. Le registre informel, la relation de confiance établie, le respect sont souvent présentés comme des éléments qui font fonctionner le réseau et le relais : « *une des conditions d'une quelconque formalisation du réseau est le respect mutuel des institutions et la connaissance des fonctions et des limites de ces dernières* »¹¹⁸.

Que l'on se situe dans une approche informelle ou davantage formelle des réseaux, la connaissance mutuelle est considérée comme importante : dans le premier cas, on mettra plutôt l'accent sur la connaissance des personnes, dans le second, sur celle des fonctions, des institutions et des limites de chacun : « *Ce travail de construction du réseau au cas par cas nécessite de bien connaître les rôles de chacun. La première étape d'un travail de réseau est celle de la connaissance des différentes ressources disponibles et de la logique de fonctionnement des services qui les proposent. (...) Il s'agit essentiellement de prendre conscience des places, des rôles, des responsabilités respectives.* »¹¹⁹

Cette interconnaissance s'opère au travers de rencontres entre professionnels, « *nécessaires au réseau car elles permettent de réactualiser les connaissances sur des institutions qui évoluent.* »¹²⁰.

¹¹² « Santé mentale et pratiques de réseaux... », *op. cit.*, p. 45.

¹¹³ *Idem*, p. 51.

¹¹⁴ *Ibidem*, p. 81.

¹¹⁵ *Ibidem*, p. 35.

¹¹⁶ *Ibidem*, p. 44.

¹¹⁷ *Ibidem*, p. 54.

¹¹⁸ *Ibidem*, p. 51.

¹¹⁹ *Ibidem*, p. 42.

¹²⁰ *Ibidem*, p. 49.

« Ces espaces de rencontres prennent de nombreuses formes. Il y a d'abord les groupes : de discussions, de travail, de réflexions. Organisés autour d'une problématique ou centrés sur un public cible, ils permettent de rassembler une grande diversité d'intervenants : du psychiatre hospitalier à l'animateur d'AMO¹²¹, de l'infirmière en MRS¹²² au gendarme. Les groupes de travail des plates-formes de concertation, certaines coordinations sociales – groupes de professionnels organisés sans lien avec leurs institutions – comme celles de Seraing, de Verviers ou de Malmédy, proposent ce genre de lieux. »¹²³

Travailler en réseau implique aussi de « faire fonctionner » des structures ensemble, de manière harmonieuse¹²⁴. Apprendre à travailler avec d'autres suppose aussi une certaine démarche : aller à la rencontre de l'autre, « **entrer dans la logique de l'autre** »¹²⁵. Il s'agit donc pour les professionnels de développer une espèce de **culture de la concertation**, au sens de capacités à discuter ensemble, avec des acteurs d'horizons différents, de confronter les approches et les opinions, dans le respect de l'autre : « *Se connaître demande des espaces de rencontres pour y confronter les points de vues, échanger sur les pratiques, faire de la concertation.* »¹²⁶ Ces espaces de concertation peuvent notamment servir à « *établir les limites des interventions* »¹²⁷ ; il peut d'ailleurs être utile d'y « *redéfinir les rôles de chacun à chaque fois* »¹²⁸, en fonction de la spécificité de chaque situation, et du réseau qui se crée autour d'elle. Cette culture de la concertation suppose aussi une ouverture constante à la controverse (voire une attention particulière à ne pas se complaire dans une forme de consensus mou) et au débat contradictoire. En même temps, apprendre à se connaître et développer une culture de la concertation implique aussi d'élaborer des langages communs, inventer des liens, réfléchir aux complémentarités possibles entre services¹²⁹.

Pour apprendre ou faciliter le fait de fonctionner ensemble, une série d'autres **pistes** ont été proposées¹³⁰ à partir de l'expérience de réseau des professionnels et des enseignements qu'ils en retirent :

- Au-delà de la connaissance : travailler sur les **attentes** qu'on peut avoir vis-à-vis des autres institutions, sur les manières de procéder pour **que le relais se passe bien**, travailler ensemble sur la **philosophie d'intervention**, voire la formaliser dans une **charte**¹³¹.
- Les conditions de collaboration : se connaître, et ensuite, définir les rôles et les missions des institutions, voire même « *redéfinir les rôles à chaque fois* »¹³²
- Pour certains, il faut qu'il y ait une sorte d'**objectif commun** ; une finalité commune (partager une « *grammaire commune* », comme condition pour faire partie du réseau), par exemple la réhabilitation psychosociale, le bien-être de la population, etc.

¹²¹ Accueil en Milieu Ouvert (Aide à la jeunesse).

¹²² Maison de Repos et de Soins.

¹²³ « Santé mentale et pratiques de réseaux... », *op. cit.*, p. 43.

¹²⁴ Position de l'Institut « Synthèse provisoire... », *op. cit.*

¹²⁵ « Santé mentale et pratiques de réseaux... », *op. cit.*, p. 42.

¹²⁶ *Idem*, p. 43.

¹²⁷ Etude « Cohérence des interventions et mineurs abusés » SAJ et SOS parents-enfants in *Santé mentale et pratiques de réseaux...*, *op. cit.*, p. 84.

¹²⁸ « Santé mentale et pratiques de réseaux... », *op. cit.*, p. 81.

¹²⁹ Position de l'Institut « Synthèse provisoire... », *op. cit.*

¹³⁰ « Santé mentale et pratiques de réseaux... », *op. cit.*

¹³¹ *Idem*, p. 62.

¹³² *Ibidem*, p. 81.

2) Enjeux

(a) Remise en question identitaire

Comme nous l'avons vu dans les enjeux relatifs au décloisonnement, la démarche d'aller à la rencontre de l'autre, d'entrer dans sa logique, de redéfinir à chaque fois le rôle de chacun, la spécificité de la mission de chaque institution, en lien avec le réseau peut aussi bousculer, tant l'intervenant que l'institution. Cela peut aussi provoquer des **remises en question** qui amènent à revoir certaines façons de travailler et de voir les choses, des remises en question qui peuvent toucher à l'identité professionnelle ou institutionnelle : « *le réseau bouscule le cadre de travail, pousse à sortir des sentiers battus, force une remise en question permanente. Ce travail demande du temps, mais surtout de la motivation et de l'engagement personnel* »¹³³. Une autre difficulté consiste à laisser place à l'imprévu, à la créativité et en même temps, à la collaboration. Il s'agit de travailler sa peur de « perdre son âme » et d'accepter de se laisser transformer par les manières de faire des autres.

(b) Connaissances personnelles à formaliser ?

L'importance des connaissances personnelles au sein du réseau fait parfois l'objet de controverses. Pour certains, cette connaissance entre professionnels facilite le relais, et le réseau repose quasi essentiellement sur elle. Pour d'autres, cela peut donner lieu à des formes de « copinage », qui ne garantissent pas nécessairement que tout patient profite de l'orientation ou de la prise en charge la plus adaptée. Ils pointent du doigt les renvois de patients au sein du réseau qui peuvent parfois se faire uniquement par affinité ou « copinage » entre professionnels et sont partisans des procédures plus formalisées¹³⁴ :

« *Un état des lieux des ressources, une interconnaissance, des relations de confiance sont la base de tout travail de collaboration efficace, mais cela ne suffit pas pour régler les relations entre institutions. Mieux se connaître amène à se poser la question des conditions de la collaboration.* »¹³⁵

Cela pose la question de la formalisation des procédures, d'une harmonisation des logiques de fonctionnement (au-delà des connaissances interpersonnelles), qui ne sont pas nécessairement vues de manière positive par tous : « *Comment réaliser cela sans rigidifier un processus de rencontres et d'échanges qui fonctionne essentiellement sur l'enthousiasme des intervenants, sur un désir et des besoins émanant directement du terrain ? Lui donner des règles, « l'institutionnaliser » comporte le risque d'étouffer son intérêt et sa raison d'être.* »¹³⁶

(c) Problème pratiques

Notons que souvent, les professionnels insistent sur le **temps** que nécessitent toutes ces démarches d'interconnaissance. Et le fait que les périodes idéales pour la concertation diffèrent selon qu'on pratique en tant qu'indépendant ou en institution, ce qui constitue une difficulté supplémentaire pour rassembler les professionnels de ces deux « réseaux ». Ils mentionnent aussi la lassitude, le désinvestissement que les réunions de concertations peuvent engendrer au bout d'un temps chez les intervenants, si elles apparaissent comme un but en soi.

¹³³ « Compte-rendu de l'atelier 2 – La concertation des professionnels », in *Santé mentale et pratiques de réseaux...*, *op. cit.*, p. 45.

¹³⁴ Cfr I. DELIEGE, « Des services de santé mentale en réseau » in *Confluences*, n° 14, pp.34-36.

¹³⁵ « Santé mentale et pratiques de réseaux... », *op. cit.*, p. 44.

¹³⁶ *Idem*, p. 45.

Il existe également des problèmes d'ordre communicationnel, notamment des problèmes de compréhension en raison des différences de lexiques, de langage, etc. : par exemple, « *la définition de l'accompagnement n'étant pas la même pour chacun, il est parfois long et difficile de se comprendre entre institutions.*¹³⁷ »

xxxxx

Le décloisonnement des approches, l'horizontalisation des rapports, l'utilisateur acteur de sa prise en charge, la garantie de la continuité, l'interconnaissance entre professionnels et l'apprentissage du travail ensemble, autant principes ou de normes définies par les acteurs de terrain pour fonctionner en réseau, tels que nous les avons observés au travers de leur discours. Ils constituent selon nous une espèce de formalisation (minimale) et a priori du réseau. D'ores et déjà, il apparaît chacun d'entre eux recèle des enjeux, des questions, voire des difficultés au niveau de sa mise en pratique.

Il s'agit maintenant de confronter ces principes, et leurs enjeux, avec les pratiques de réseau telles qu'elles se développent aujourd'hui sur le terrain. Celles-ci sont approchées au travers d'une analyse en groupe, menée avec des professionnels de tous horizons, ce qui constitue le second volet de la recherche.

¹³⁷ « Compte-rendu de l'atelier 2 – La concertation des professionnels », in *Santé mentale et pratiques de réseaux...*, *op. cit.*, p. 45.

II^{EME} PARTIE :

RAPPORT DU GROUPE D'ANALYSE « TRAVAILLER EN RESEAU »

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION METHODOLOGIQUE

I. Cadre du travail et objectifs de la démarche

L'IWSM s'intéresse depuis un certain temps à la question du réseau. Cette question est revenue sur le devant de la scène avec les discussions suscitées, au niveau fédéral, par les « projets thérapeutiques » qui visent à aboutir à des propositions structurelles de réseaux et circuits de soins.

Le but de cette démarche de recherche consiste, avant le démarrage des projets thérapeutiques, à faire le point sur les pratiques de réseau telles qu'elles se développent sur le terrain, avec des acteurs de terrain diversifiés qui ont tous une pratique de réseau. Les projets thérapeutiques sont là en toile de fond mais le but n'est pas de lancer le débat à leur sujet.

Concrètement, il s'agit de s'intéresser à la manière dont les acteurs de terrain fonctionnent en réseau, à ce qui se met en place sur le terrain, ce qui guide les intervenants dans leur pratique au jour le jour : pourquoi agissent-ils de telle manière plutôt que d'une autre quand ils travaillent en collaboration avec des gens d'autres institutions ? Il s'agit aussi de se pencher sur la manière dont se prennent les décisions dans un réseau : en fonction de quoi se prennent-elles ?

Comme le terme de **réseau** est aujourd'hui utilisé dans une grande variété de contextes, et avec des significations parfois assez différentes, nous proposons une définition de travail¹³⁸ de ce terme, dans le cadre de cette recherche en désignant par réseau :

- à la fois la collaboration simultanée ou successive (relais) entre intervenants autour d'une situation / d'un patient ;
- et ce qui est mis en place comme collaboration entre intervenants, indépendamment d'une situation, pour qu'ils puissent fonctionner ensemble quand le cas se présente.

L'objectif consiste à faire émerger une meilleure compréhension des situations de travail en réseau actuelles, à partir de la pratique des gens sur le terrain.

La finalité ultime consiste à dégager des balises pour l'action pour le travail en réseau, au bénéfice des acteurs engagés dans des pratiques de réseau, dans le domaine de la santé mentale et dans les secteurs connexes, mais dans le but également d'éclairer les pouvoirs publics dans leur politique en la matière, plus particulièrement la Région wallonne, qui subventionne l'IWSM.

Plus précisément, le **travail en groupe** a pour objet :

- *d'analyser les pratiques de réseau* en confrontant des visions différentes des pratiques de réseau, en structures hospitalières, ambulatoires, intermédiaires ou dans des structures « spécialisées » dans le travail en réseau (plate-forme, coordination, projets pilotes comme les soins psychiatriques à domicile) à partir de situations concrètes issues de la pratique de des professionnels de ces institutions et de représentants d'usagers. Il ne s'agit pas de produire une analyse générale du travail en réseau. Il s'agit plutôt de l'aborder « par le détail » de situations précises où l'on peut voir comment s'organise le travail en réseau et en fonction de quoi ;
- *de réaliser collectivement un travail d'interprétation* de ces situations, pour construire une meilleure compréhension du fonctionnement du travail en réseau en santé mentale, dans toute sa complexité.

¹³⁸ Celle-ci pourra être remise en discussion au terme du processus.

II. Dispositif d'analyse en groupe

La méthode retenue pour ce faire est la méthode d'analyse en groupe, qui sera présentée ci-dessous.

A. *Principe de la méthode d'analyse en groupe*

Le principe général de la méthode consiste à réaliser une analyse en groupe où les participants sont impliqués, non comme « interviewés » ou objets d'étude mais comme **coproducteurs de connaissances** sur leur pratique, leur propre expérience et les situations auxquelles ils sont confrontés dans –ou en lien avec– des institutions qui fonctionnent en réseau.

Il est donc attendu de chacun qu'il s'implique dans ce travail collectif de construction de l'analyse. Et il leur a été précisé que, même si la plupart d'entre eux ont une appartenance institutionnelle (et une institution qui a dégagé du temps pour qu'ils puissent participer à cette recherche ou qu'ils ont dégagé sur leur temps personnel), ils ne sont pas ici pour relayer un point de vue officiel d'une association ou d'une institution.

B. *Présentation de la méthode et de ses étapes*

La méthode utilisée a pour but de faire émerger, à partir du récit et de l'analyse en groupe d'expériences singulières, des axes de compréhension des situations¹³⁹ :

- la *mise en récits* d'expériences singulières, concrètes, est déjà une façon de penser les situations dans lesquelles on se trouve engagé ;
- l'*analyse en groupe*, orientée par une méthodologie précise, permet ensuite une meilleure compréhension des enjeux dégagés dans chaque récit et constitue éventuellement, pour le narrateur, un outil pour « rouvrir des possibles » dans son action.

La démarche comporte **cinq étapes**.

1) Recueil des récits d'expérience

Chaque participant « *relate une expérience vécue* liée au thème sur lequel porte le travail et dont il a été l'un des acteurs. Il veille donc à choisir une expérience qui lui semble caractéristique ou significative du problème qui est à l'origine de la recherche et dont il a été plus qu'un simple témoin »¹⁴⁰.

Pour choisir l'expérience qu'il va raconter, chacun est amené à considérer les critères suivants :

- une expérience **concrète**, vécue par le participant (et non une situation imaginaire) ;
- relativement récente, située dans le **temps** et l'espace, du style : « Un jour, il est arrivé... » (et non un propos général, abstrait, hors contexte) ;
- significative**, en raison des questions qu'elle soulève ou en raison de son caractère répétitif, par exemple ;

¹³⁹ La méthode s'inspire de celle initiée par Michel Mercier et développée ensuite au Centre d'Etudes Sociologiques des Fac. St Louis, par Luc Van Campenhoudt (L. VAN CAMPENHOUDT, J.-M. CHAUMONT et A. FRANSSSEN, *La Méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux*, Paris, Dunod, 2005). Certains aménagements ont été apportés aux fins du travail en groupe proposé ici.

¹⁴⁰ R. QUIVY, D. RUQUOY, L. VAN CAMPENHOUDT, *Malaise à l'école. Les difficultés de l'action collective*, Bruxelles, Publications des Fac. St Louis, 1989, p. 73.

- dont les participants sont **prêts à parler** franchement, ne comportant pas trop d'éléments confidentiels.

Il ne s'agit pas ici de proposer un récit détaillé mais un aperçu général qui permette de choisir les récits sur lesquels le groupe va travailler. Les récits choisis seront repris de manière plus détaillée par la suite.

Après le récit de l'expérience, le narrateur est invité à **définir les enjeux** de la situation tels qu'il les perçoit, par exemple, en expliquant au groupe pourquoi il a choisi cette expérience, en quoi elle est significative, ce qui lui semble en question, etc.

Les autres membres du groupe sont invités à **demander d'éventuels éclaircissements** en veillant à ne pas entrer dans une démarche d'analyse. Il s'agira de questions factuelles visant à l'éclaircissement du récit.

Le groupe propose ensuite, pour chaque récit, un **titre** qui aura pour but d'en cerner les enjeux ou les caractéristiques qui semblent centrales.

La consigne donnée par l'animateur par rapport au recueil de récits était la suivante:

« Ils doivent illustrer ce qui guide le fonctionnement en réseau aujourd'hui, illustrer en fonction de quoi les décisions se prennent, en fonction de quoi les collaborations se mettent en place ou ne se mettent pas en place. Il s'agit d'un récit d'expérience concrète, vécue par vous, récente, située dans le temps et dans l'espace, et dont vous êtes prêt à parler franchement. Il faut également mentionner quels sont les enjeux. On passera ensuite aux éclaircissements nécessaires et puis au titre du récit. »

2) Sélection des récits

Après l'exposé de tous les récits, le groupe est invité à choisir deux récits, considérés comme les plus proches des préoccupations de l'ensemble des membres du groupe. L'analyse de ces deux récits constitue le point de départ des discussions ultérieures et donc le fondement du travail d'analyse en groupe.

Ce choix fait l'objet d'un tour de table au cours duquel chacun propose, en motivant son choix, les deux récits qu'il souhaiterait analyser.

Une discussion peut avoir lieu concernant cette sélection jusqu'à ce que les deux récits retenus fassent l'objet d'un accord général.

3) Interprétation

Dans un premier tour de table, *« chaque participant à son tour donne son interprétation de ce qui est relaté par le narrateur. Il communique sa lecture de ce qui s'est passé en insistant par exemple sur ce qui l'a frappé ou en tentant d'expliquer tel ou tel aspect de l'expérience relatée. Chacun doit veiller ici à ne pas formuler de jugement de valeur et à ne pas s'engager d'emblée dans la recherche de solutions au problème posé. Le narrateur ne peut intervenir dans ce tour de table »*¹⁴¹.

Dans un deuxième temps, le narrateur peut réagir aux interprétations qui ont été proposées apportant, s'il le juge utile, des éléments d'information supplémentaires.

Dans un troisième temps (second tour de table), chaque participant redonne sa lecture de l'expérience. Il peut réagir aux interprétations des autres, formulées dans le premier tour de table, par exemple en les contredisant, en les complétant ou en les nuanciant.

¹⁴¹ *Idem*, p. 74

4) Analyse

L'analyse vise à dégager les convergences et divergences des interprétations recueillies dans la phase précédente, à les structurer et à en organiser le propos.

Le but à ce stade n'est pas de produire un consensus ou une « interprétation unanime de la situation » mais, comme le dit souvent L. Van Campenhout, de « se mettre d'accord sur nos désaccords » en clarifiant à la fois les convergences et les divergences dans les interprétations.

5) Rédaction du rapport et aval des participants

Un rapport proposant un compte-rendu des ces journées, en reprenant ces différentes étapes est rédigé par le chercheur et soumis aux participants, qui sont invités à y réagir. Une réunion de « restitution » est organisée à cet effet¹⁴², les participants qui ne pouvaient être présents étant invités à réagir par téléphone, mail ou courrier. Les questions suivantes y ont été discutées : l'anonymat, la fidélité du contenu du rapport aux propos, les pistes de conclusion. Certains participants ont proposé des modifications, pour l'essentiel relative à leur récit, et celles-ci ont été intégrées dans le rapport.

C. Quelques règles déontologiques qui règlent les échanges

Pour régler les échanges dans le cadre de ce dispositif, quelques règles déontologiques ont été proposées aux participants :

- Que chacun puisse parler dans un **climat de confiance**, de respect et d'écoute authentique, dans le cadre de ce qui est un *dialogue réglé* (respecter les tours de paroles, ne pas s'interrompre). Il n'y a pas d'experts qui pourraient délivrer la bonne interprétation définitive mais une recherche en commun de compréhension de situations vécues par les uns et les autres.
- S'abstenir de jugement de valeur sur les autres, ne pas attaquer la personne
- Que chacun participe au travail commun en acceptant de partager, sous le sceau de la **confidentialité**, ses expériences et ses points de vue sur les situations analysées ; et qu'il soit assuré que ce qui est produit dans le groupe appartient au groupe et ne sera pas relaté à l'extérieur, sauf à respecter la règle de l'anonymat.
- Que chaque participant s'engage à **participer** aux trois réunions planifiées ou, qu'en cas de force majeure, il puisse avertir le groupe de son absence – et ce, en vue du maintien d'un nombre critique de participants, et du climat de confiance pour s'inscrire avec l'autre dans un débat contradictoire fertile.

Il a également été procédé à l'enregistrement des séances, avec l'autorisation des participants.

D. Composition du groupe

Pour constituer le groupe, un appel large à candidature a été lancé aux membres de l'IWSM, via un courrier adressé à l'ensemble des fédérations membres (et plus particulièrement à leurs représentants à l'Assemblée Générale de l'IWSM), qui les invitait à proposer au chercheur des personnes susceptibles de participer à cette recherche. L'appel à participants a aussi été

¹⁴² Elle a eu lieu le 18 avril 2007.

relayé via la Newsletter de l'IWSM, « *Confluenciel* ». Nous avons aussi demandé à l'ensemble des Plates-formes de concertation en santé mentale, en Wallonie et à Bruxelles, de diffuser l'information. En complément, des démarches de contacts personnels ont aussi été entreprises pour compléter le groupe. La recherche a également été présentée brièvement lors d'une soirée de rencontre entre médecins généralistes et intervenants en santé mentale organisée par la Plate-forme namuroise de concertation en santé mentale, en lançant un appel à participants.

Le groupe de 15 participants a été constitué de manière à diversifier les profils en fonction de différents critères¹⁴³. Voici comment ils se répartissent :

▫ **Profession ou fonction :**

- 6 assistants sociaux (ayant parfois des doubles formations ou des doubles fonctions : éducateur et coordinateur),
- 4 psychologues (dont un *case manager*),
- 1 pédopsychiatre,
- 1 criminologue,
- 1 sociologue,
- 2 représentants d'utilisateurs et de proches d'utilisateurs (fortement impliqués dans des associations).

Quatre d'entre eux occupent des postes de direction ou de responsables de services.

▫ **Institutions ou associations :**

- 2 structures hospitalières,
- 3 ambulatoires (SSM),
- 2 structures intermédiaires (hôpital de jour et Initiative d'Habitation Protégée) en santé mentale,
- 1 projet pilote de soins psychiatriques à domicile,
- 1 plate-forme de concertation en santé mentale,
- 3 structures psycho-médico-sociales dépendant de l'AWIPH (Service d'Aide à l'Intégration, Service Résidentiel pour Jeunes et Service d'Accueil de Jour pour Jeunes),
- 1 service de première ligne (maison médicale),
- 1 association d'utilisateurs,
- 1 association de proches d'utilisateurs.

▫ **Origine géographique :**

- 3 du Brabant wallon,
- 4 de Namur,
- 4 de Liège,
- 1 de Picardie,
- 1 de Charleroi,
- 1 du Luxembourg,
- 1 de Bruxelles.

▫ **Implication de l'institution dans les projets thérapeutiques pour patients chroniques et complexes (PT) :**

- 8 impliqués dans les PT,
- 7 non impliqués dans les PT.

▫ **Populations-cibles:**

¹⁴³ Il n'a cependant pas de prétention de représentativité de l'ensemble des professionnels de la santé mentale en Wallonie.

- 7 travaillaient avec des adultes,
- 5 avec des jeunes ou des enfants,
- 3 avec tout public.

▫ **Pratique de travail en réseau :**

- quotidienne pour 6 d'entre eux,
- fréquente pour 6 autres,
- occasionnelle pour les 2 derniers¹⁴⁴.

Le groupe était composé de 10 femmes et de 5 hommes, - ce qui correspond au caractère plutôt féminin du secteur -, d'intervenants chevronnés et d'autres plus jeunes.

Le staff de recherche était pour sa part composé de trois personnes :

- l'animateur, chargé d'assurer une « directivité sur la forme, non sur le fond »
- le « scribe », chargé de la prise de notes, pour l'élaboration du rapport
- l'observateur, chargé d'examiner les conditions de mise en œuvre de l'analyse.

Note par rapport à la présence des usagers :

La participation d'usagers dans un groupe d'analyse constitué des professionnels a fait l'objet d'un long débat au sein du staff de recherche et de discussions avec des sociologues chevronnés ayant mis en œuvre cette méthode dans de multiples contextes. Il a fallu concilier le risque de différence de statut de leur parole dans le groupe (susceptible de mettre en péril la dynamique même du groupe, selon Luc Van Campenhout) et la volonté des chercheurs de les associer comme partie prenante du processus et acteurs indispensables dans la discussion¹⁴⁵. Le compromis trouvé a été de solliciter des représentants d'usagers ayant une certaine expérience de la prise de parole devant des professionnels, liée à leur fonction de représentation¹⁴⁶.

Note par rapport à l'absence de médecin traitant

Malgré tous les contacts pris, il ne nous a pas été possible de trouver un médecin généraliste qui puisse se libérer trois journées. Les raisons évoquées étaient souvent le manque à gagner important occasionné et l'investissement en temps trop conséquent. Une assistante sociale d'une maison médicale était cependant présente.

¹⁴⁴ Un participant n'ayant pas répondu à la question.

¹⁴⁵ Nous nous sommes par ailleurs aussi appuyés sur le fait que des « usagers » avaient déjà été associés à de tels dispositifs avec des professionnels, sur des questions comme la médiation de dettes, et sur le fait que de tels groupes avaient eu lieu avec des sans abris.

¹⁴⁶ Notons que les deux représentants avaient notamment déjà tous deux participé à des travaux avec des professionnels de la santé mentale.

En pratique

Pratiquement, un groupe de quinze participants a été réuni durant trois journées, de 9 à 16h, à intervalle d'une semaine, en décembre 2006 dans les locaux de l'IWSM à Namur.

Un rapport de recherche rendant compte du contenu de ces trois journées a été rédigé par le chercheur et leur à été soumis lors d'une réunion de restitution (des propositions de conclusion leur ont également été présentées à cette occasion).

Chapitre 2: RECOLTE DES RECITS

I. Récits d'expériences concrètes

Ci-dessous, sont repris les récits amenés par les différents participants. Toutefois, le passage du style oral au style écrit nécessite certains aménagements, tant au niveau de la structuration des énoncés que du vocabulaire utilisé, que nous avons tenté d'opérer dans le plus grand respect des propos tenus.

Pour faciliter la lecture, chaque récit est précédé d'un *abstract*, résumant en quelques lignes de quoi il y est question et par qui le récit est amené.

A. *La construction d'une boîte à trucs*

Abstract :

Ce récit explique comment est né un projet de création d'un réseau d'échange de savoirs, au départ d'une coordination sociale locale, sans moyen mais sur base de la bonne volonté des intervenants, qui constatent un manque de structure d'accompagnement pour adultes. Il est amené par une assistante sociale en maison médicale.

Récit :

Il s'agit d'un projet de création d'un réseau d'échange de savoirs. En tant qu'assistante sociale dans une maison médicale, j'ai un mandat à la « coordination sociale » locale, un réseau psycho-médico-social qui se réunit tous les deux mois et dont le fonctionnement est indépendant de la maison médicale.

Les travailleurs de terrain qui s'y réunissent (c'est-à-dire des travailleurs d'un centre d'accompagnement de personnes handicapées, une psychologue d'un planning familial, une maison médicale, une autre maison médicale et un centre d'aide aux jeunes) font le constat, récurrent depuis des années dans la commune de X, d'un manque au niveau du suivi et de l'accompagnement psychosocial des personnes adultes en difficultés dans leur vie quotidienne, ces personnes sont donc orientées vers la santé mentale. Les adultes sont un peu ballottés entre les services, et les professionnels n'arrivent pas à faire un accompagnement psychosocial digne de ce nom.

Au sein de la coordination, il y a un atelier de travail « santé mentale et santé communautaire », qui s'est d'abord centré sur une réflexion théorique. Puis, on s'est rendu compte que le service d'aide aux jeunes n'en pouvait plus : il faisait du suivi de jeunes et d'adultes. Cette situation n'est d'ailleurs pas isolée : beaucoup de services de la région travaillent eux aussi en dehors de leur mandat.

Des travailleurs se sont réunis dans le cadre de la coordination sociale en se demandant ce qu'ils pouvaient faire. Le blocage principal a été le financement, mais on a essayé de le dépasser, de même que le manque de reconnaissance de la commune, en se disant « on fait un projet un peu fou », en tentant d'imaginer « le service idéal », peut-être plus à l'image du S., un service de prise en charge dans le milieu de vie.

Et on s'est dit qu'on allait faire un réseau d'échange des savoirs, pas simplement un lieu d'accueil. On avait envie de rencontrer les gens, de rentrer en contact avec eux dans une

philosophie de réciprocité, de citoyenneté, d'échange, de lien social. On a vraiment accroché à cette idée et cela nous a aussi permis de faire quelque chose de concret. Finalement, on n'a pas eu de subvention du Fonds Reine Fabiola pour l'appel à projet « Au plus près des gens » (pour une approche un peu originale des personnes en santé mentale) mais on a quand même trouvé une salle, on a tous, dans nos institutions respectives, réussi à dégager quelques heures par-ci par-là... Il y a eu un premier appel aux habitants et une cinquantaine d'habitants sont venus, les échanges ont commencé par un habitant qui a appris aux autres une recette de cuisine. Jusqu'à présent, ce sont des choses qui se font en groupe mais l'échange de savoir peut aussi se faire individuellement.

Enjeux :

C'est intéressant de voir comment on arrive à « tenir » au niveau du réseau ou au niveau du groupe de travailleurs, sur une question commune entre nos institutions. Le fait de se mettre à plusieurs pour réfléchir nous a permis d'approcher les problèmes de nos patients différemment et peut-être de nous soulager de ce poids-là. Ce réseau permet aussi de collaborer avec toutes sortes de nouveaux services : le professionnel, par exemple un psy, peut venir au réseau d'échange avec son patient et on peut lui expliquer notre manière de voir le travail et échanger sur nos pratiques. C'est un bel exemple de collaboration entre différents services.

Il s'agit de « tenir » en tant que professionnel : on est tous débordés, on fait tous des heures supplémentaires, on s'investit beaucoup dans certaines situations, pour lesquelles on ne trouve pas de lieu d'accueil, on ne se sent pas soutenu, et on a l'impression de ne pas faire un bon travail et de ne pas arriver à vraiment aider les gens.

- Le réseau est un moyen pour rentrer en contact avec les personnes et rehausser leur estime d'eux-mêmes. Souvent, les gens qui sont à la maison médicale sont malades, ils dépendent des allocations de handicap, ils ne travaillent pas, ils n'ont aucune reconnaissance. Et là, le réseau met en évidence les savoirs de tout le monde. En tant qu'intervenant cela nous motive...

Questions :

- *Etes-vous les premiers à penser ces réseaux d'échange ? Je sais qu'il y en a à Bruxelles.*

Cette idée vient de la maison médicale, qui était déjà fort axée sur la santé communautaire et qui a engagé une personne (grâce au plan « Rosetta ») pour réfléchir sur ce qu'on pouvait faire comme projet. On s'est renseigné, on est allé rencontrer la coordinatrice des réseaux d'échange à Bruxelles, où ils ont développé les réseaux d'échange de savoir : elle nous a fait part de la méthodologie. Et je me suis dit : « c'est ça qu'on veut faire », et j'ai rapporté cette idée dans le groupe, qui a démarré. C'est plutôt un échange de savoirs et de savoir-faire, et non pas de services...

- *Comment vous êtes-vous dit : on va travailler avec un tel et un tel ?*

Au sein de la coordination sociale, il y a 60 services sur le territoire de la commune de X. Et on avait déjà fait toute une réflexion sur la santé mentale et réfléchi à comment on travaille en réseau. On a fait un appel à tout qui était intéressé, pour un groupe de travail spécifique.

- *Qui fait partie de la Coordination Sociale ?*

Il y a de tout dans la coordination sociale. Elle a dix ans et tout un passé institutionnel. Ce sont les services psycho-médico-sociaux généraux : les services d'aides familiales, les maisons médicales, des médecins, mais il y a plus d'associations que de services communaux.

C'est propre à X. La question s'est posée de rentrer dans un système de subsidiation ou pas, on a décidé pour l'instant de rester dans le réseau informel... sans devoir justifier de rentrer dans un subsidie. Car, à côté, il y a une autre coordination « hyper subsidiée ». Ici, c'est plus sur le mode de l'autogestion.

- *Le mot savoir, c'est les savoirs de tous les professionnels qui se mettent ensemble ou les savoirs des personnes que vous voyez et qui participent ? C'est potentiellement énorme !*

On est actuellement en pleine réflexion pour savoir si nous, en tant que professionnels, on rentre dedans ou pas. Pour le moment, on n'est pas dedans et on a vraiment du mal à ne pas rentrer dans les échanges, et eux aimeraient bien qu'on y rentre. C'est vraiment pour les habitants de X et ils échangent entre eux.

- *Est-ce que c'est un réseau de travailleurs sociaux ou un réseau social ?*

On part du constat que ce réseau d'habitants a du mal à se recréer et ne fonctionne pas... La finalité du réseau d'échanges de savoirs, c'est qu'il soit autonome.

B. Le réseau à géométrie variable selon le patient

Abstract :

Ce récit explique l'évolution du réseau d'une patiente au cours de son séjour en habitation protégée (IHP), avec l'intégration et la disparition d'intervenants dans le réseau au fur et à mesure de l'évolution de la situation.

Il est amené par un assistant social en IHP, aussi responsable d'un service de santé mentale (SSM).

Récit :

Je vais vous présenter une situation concrète d'un réseau qui fonctionne, situation rencontrée dans le cadre de mon travail en tant qu'assistant social dans une Initiative d'Habitation Protégée (IHP), une de mes multiples casquettes au sein de l'A. [une asbl, secteur privé, qui regroupe une multitude de services].

La personne y est restée 36 mois et actuellement, avec le recul, on voit que la situation tient la route : c'est donc une bonne pratique...

C'est une dame de 40 ans envoyée par un hôpital psychiatrique de la région, ça fait 20 ans qu'elle végète en hôpital psychiatrique, c'est le ping-pong entre le domicile et l'hôpital. Le mari et le médecin traitant disent : « il faut stopper cela » et pensent à l'habitation protégée. L'objectif de l'IHP, c'est de mettre un terme au cycle d'hospitalisations, d'identifier les problèmes que la personne rencontre et face à cette situation, on se rend compte qu'on ne sait pas tout faire seul, donc pour cela, il faut travailler en réseau : il y a des problèmes d'anxiété, de couple, d'autonomie, des problèmes financiers.

Il fallait tenir compte de la personne : elle voulait vivre seule. C'est moi qui, avec l'équipe de l'IHP, vais mettre en place le réseau. Il doit se constituer à partir des objectifs de la personne, il n'est pas question de le mettre en place sans tenir compte de sa demande. Le réseau va se construire petit à petit : à l'entrée, dans le réseau, il y a l'hôpital psychiatrique, le médecin traitant, le mari. Pendant son séjour à l'habitation, on met en place le réseau suivant : l'hôpital de jour, le SSM, le CPAS, l'administrateur des biens, ... Ces services sont entrés dans la danse en fonction des problèmes qui se posent. L'anxiété est paralysante, donc le SSM rentre dans le réseau. La personne est présente. On propose à la personne d'aller vers l'hôpital de jour, donc celui-ci rentre dans le réseau ; la mutuelle rentre

également dans le réseau à ce moment car il faut mettre en place des trajets vers l'hôpital de jour, qui est assez éloigné. C'est en fonction de l'évolution du projet, que le réseau se fait et les structures rentrent ou sortent. Travailler en réseau, c'est le fait que tous les intervenants de la situation aient le même objectif, ou en tout cas, on en débat avec la personne : on en discute, il faut tenir compte de ce qui est réalisable. Cela nécessite des réunions régulières, tous les deux ou trois mois, parfois en plus petit comité quand la situation l'exige...

On va avancer dans la situation au point tel qu'un retour est envisageable, et finalement, son mari décède et elle rencontre un nouveau compagnon, avec qui elle veut s'installer. A la sortie de l'IHP, la situation est saine au niveau financier, on a quand même retissé les liens. On arrive à une situation à l'habitation protégée où Madame dit qu'elle veut partir. On les met tous autour de la table et on s'interroge pour savoir selon quelles modalités. Après 20 ans d'hospitalisation, comment permettre la sortie ? Il faut créer aussi le lien entre les personnes des réseaux.

Ici c'est l'IHP qui a fait le réseau. Maintenant, l'IHP se retire petit à petit, c'est quelqu'un d'autre qui prend le relais. A la sortie, dans son réseau, il y a toujours le psychiatre, le service de Soins Psychiatriques à Domicile, l'administrateur de biens ; la dame vit en ménage dans un nouveau couple, le lien est refait avec sa fille, il y a toujours le médecin traitant et le psychiatre. Le réseau se gonfle et se dégonfle.

Enjeux :

Le réseau c'est le patient, c'est l'utilisateur, même si bien sûr c'est aussi une affaire d'institutions, il y a des conventions, mais c'est d'abord pour la personne.

Comment trouver le bon service au bon moment, essayer de faire en sorte que les différents intervenants d'une situation puissent se rencontrer et travaillent dans le même sens ? Il n'y a rien de pire que des services qui se contredisent.

Les services présents au sein du réseau ne sont pas liés à une institution... En l'occurrence, il y avait un hôpital de jour au sein de l'A. [asbl, regroupant une multitude de services et dont l'IHP fait partie] et celui-ci ne fait pas partie du réseau de cette patiente; dans le réseau, il ne faut pas être tenu à une structure d'appartenance institutionnelle.

Questions :

- *Est-ce que cette dame avait des ressources moins « psychiatisant » dans son réseau?*

On a mis en place des activités en dehors des structures. Il y a les clubs de loisirs, sa fille. Elle n'a plus que son psychiatre et son médecin traitant, elle vit en autonomie, ce n'était pas quelque chose de gagné d'avance. Durant son séjour en IHP, elle n'a été hospitalisée que 7 jours ! C'est peu...

C. Chacun sa lecture autour du placement

Abstract :

Ce récit expose une collaboration en réseau qui n'a pas fonctionné avec un CPAS, qui prend une décision sans concertation avec les autres membres du réseau, qui avaient pourtant élaboré tout un projet à l'initiative d'un service de Soins Psychiatriques à Domicile.

Il est amené par une assistante sociale de ce service, qui travaille également en IHP.

Récit :

Je vais vous présenter une situation du réseau psychiatrique à domicile. La demande est faite pour une dame par un service d'accompagnement à domicile qui me contacte pour savoir si je peux intervenir dans cette situation. Je réponds positivement puis la demande d'intervention est retardée, dans l'attente que la personne soit prête. L'intervenante du service d'accompagnement m'explique qu'elle va prendre le temps de m'introduire dans la situation.

Dans un second temps, je suis interpellée par un autre service, qui nous demande d'intervenir vite parce que la situation se dégrade... Je me rends compte qu'il s'agit de la même demande que celle de l'autre service qui voulait prendre son temps. J'ai donc deux demandes pour une même dame avec des objectifs différents. Il y a eu une réunion de mise au point. Le réseau fonctionne, avec une amélioration de la situation, tout en sachant qu'à un moment où un autre la dame sera amenée à entrer en home. Il y a un réseau important et j'interpelle tout le monde : la boulangère, les repas à domicile, le psychiatre, le médecin traitant, le CPAS, l'administrateur, ... La situation s'améliore progressivement. En milieu d'année, le service qui s'occupe des finances de cette dame (pas l'administrateur) décide sans concertation avec le réseau de placer la dame, alors que la situation s'améliore. C'est assez problématique, on fait des réunions de coordination, on essaie de mettre en place les choses pour essayer que cela se passe au mieux. Des objectifs sont définis pour le placement, on fait avec les moyens du bord et finalement les objectifs n'ont pas été rencontrés. Le placement a quand même eu lieu, de manière assez catastrophique.

Enjeux :

Je souhaiterais aborder cette situation dans tout ce qu'elle a de problématique au niveau de la mise en place d'un travail en réseau. Cette situation n'a pas fonctionné. Pourquoi ? Et comment aurait-il été possible de faire mieux ?

Questions :

- *En quoi consiste le non-respect des objectifs, de manière concrète ? l'objectif était qu'elle aille dans un home, aussi bien pour vous que pour le CPAS ; eux ont décidé du jour au lendemain, vous vous vouliez y aller doucement.*

C'est par rapport au fait de préparer la dame et de lui annoncer que malgré tout ce qui avait été mis en place pour améliorer son quotidien, elle devait partir de chez elle ... Les objectifs par rapport au placement étaient de préparer la dame : qui va lui annoncer ? Qui va l'accompagner ? Quel est le relais suivant ? Tout cela a été travaillé en coordination et n'a pas été respecté ; elle s'est retrouvée du jour au lendemain avec une ambulance et l'aide familiale pour l'accompagner au home.

- *Le CPAS faisait partie du réseau ?*

Le CPAS est rentré dans le réseau à partir du moment où il a décidé que Madame devait partir de chez elle, pas avant, et ce, malgré nos interpellations.

- *Est-ce qu'il y avait un manque de représentations communes, avec le CPAS ? A partir du moment où on a des lectures totalement différentes, on ne peut pas adhérer à un projet commun.*

Oui le CPAS n'a pas vu l'amélioration de la situation. Ils n'ont pas tenu compte du travail progressif, qu'on voulait faire, notamment l'accompagner progressivement dans un lieu de jour.

D. Limiter pour rendre plus efficace les aides octroyées au patient.

Abstract :

Ce récit porte sur le travail de case manager : réorganisation du réseau autour d'un patient hospitalisé en unité de crise, via l'introduction d'une structure d'accompagnement des aides familiales et un changement de psy.

Il est amené par une case manager.

Récit :

Je vais parler d'un patient que je vois régulièrement depuis un an, un patient connu de mes collègues, tant aux urgences que dans l'unité de crise où je travaille. C'est sa deuxième hospitalisation et on se demande un peu ce qu'on peut faire de plus pour lui. Comme case manager, la question que je me pose c'est « comment optimiser l'action de chacun auprès du patient ? ». Il y a pas mal d'intervenants autour de lui : la maison médicale, le psychologue, une asbl dans le domaine de la prostitution, ...

Ce patient est aussi aidé par des aides familiales et il me parle régulièrement de leurs visites. Je me rends compte qu'il y a un problème à ce niveau : quand les aides familiales arrivent, rien n'est préparé, et elles font pression sur lui... Je prévois donc une entrevue avec elles et elles expliquent toute la difficulté qu'elles ont à être placées par le patient dans une position de psy. Elles occupent également une position très maternante par rapport à ce Monsieur. Une de leurs collègues a d'ailleurs subi les « faveurs » de Monsieur durant une visite.

Lors d'un entretien, qui a lieu avec le patient, on décide de réunir tous les intervenants autour de lui : il est d'accord. On convie la coordinatrice du Service des soins à domicile qui explique qu'elle n'en peut plus, qu'elle reçoit sans cesse des retours d'aides familiales qui ont du mal à garder leur place, accaparées par les angoisses du patient. J'avais aussi convié l'assistante sociale qui s'occupait de lui depuis longtemps : ces derniers temps, ils se sentent dépassés, le patient se met en danger (on a trouvé une boîte pleine de médicaments chez lui). En principe, il doit aller chez un psychologue et il n'y va plus, etc. Cette réunion permet de préciser ce que chacun peut apporter vis-à-vis du patient. Les aides familiales ont demandé à ce qu'un contrat soit établi : à chaque visite, il doit avoir fait sa part du travail pour accueillir l'aide familiale. Je décide de contacter la psychologue du patient qui m'explique qu'elle travaille en thérapie brève et que ses interventions sont limitées. En accord avec elle, il a été proposé au patient de changer de psychologue afin qu'il puisse être pris en charge sur du plus long terme. Je revois le patient mais j'ai l'impression que cela ne bouge pas.

C'est à ce moment-là que j'ai fait appel à un nouveau service de coordination d'aide psychiatrique au domicile. Ce service ne se déplace pas au domicile concrètement mais peut avoir une mission de « coaching » des intervenants comme les aides familiales qui vont, elles, au domicile. Le service de coordination peut interpeller le réseau lorsque par exemple la situation se dégrade et nécessite un nouvel ajustement du projet de soins.

Enjeux :

Parfois, on travaille pour le bien-être du patient et on pense à ajouter des aides, mais dans quelle mesure ne faut-il pas limiter ces différentes aides et améliorer leur efficacité, par la coordination et le travail de proximité ? Dans ma pratique, l'information dont je dispose est celle que me renvoie le patient. Il s'avère toutefois important de tenir compte du vécu et de l'éclairage apporté par les autres intervenants qui côtoient le patient à son domicile. Cela permet d'avoir une vision plus complète de la situation et de soutenir les intervenants de proximité dans leur travail auprès du patient.

Questions :

- *Comment s'appelle ce service de coordination, c'est un service de soins psychiatrique à domicile?*

Le service de coordination n'est pas un service qui va directement à domicile. Au début il y a une entrevue faite au domicile du patient et le reste, ce sont des réunions de concertation entre les personnes du réseau.

- *Qui décide du changement de psy ?*

Le changement de psy s'est décidé sur base du fait que Monsieur est revenu dans un état d'angoisse très important et qu'il a fait une tentative de suicide. Il ne se rendait pas chez sa psy qui n'avait pas fait état dès le départ du caractère limité de ses interventions. Nous avons donc perdu du temps.

- *La décision s'est prise sur base d'une proposition de votre part?*

Sur base de la vignette clinique : dégradation du patient, passage à l'acte.

- *Comment ont été gérés ces passages à l'acte, notamment de viol ?*

C'est un patient qui présente un retard mental, il se met parfois dans des situations très délicates et dangereuses. On a évité de l'hospitaliser à long terme ; ce qu'on fait, en état de crise, c'est une hospitalisation de courte durée...

- *Il y a eu plainte ?*

Oui, il y a eu plainte, c'est son assistant social qui gère tout ça... Je n'étais pas là à ce moment-là.

E. Ouvrir le réseau et dévoiler au rythme du patient

Abstract :

Ce récit relate l'établissement du réseau autour d'une jeune fille hospitalisée en psychiatrie : découverte d'une situation d'abus familial, mise en place d'un suivi et relais (avec quelle transmission d'information ?) vers d'autres intervenants (SPJ, structure d'hébergement).

Il est amené par un psychiatre.

Récit :

C'est une jeune fille de 15 ans hospitalisée dans une unité psychiatrique. Elle est adressée par le service de protection judiciaire (SPJ) : il y a une décision de placement hors du milieu familial et la demande de la déléguée du SPJ est de procéder préalablement à une évaluation médicale. Il y a un problème de comportement, avec crises de colère, conduites à risque : elle se met en danger, dans une promiscuité avec d'autres jeunes, abuse d'alcool et autres toxiques. La situation est ingérable dans la famille.

Cette jeune fille est donc accueillie dans l'unité, à la demande de ce service et est accompagnée de ses parents.

Comment on crée le lien ? Petit à petit. Elle finit par dévoiler à l'hôpital une situation abusive de la part du père. Le personnel de l'unité avait d'ailleurs effectivement remarqué certaines

attitudes inquiétantes lors des visites familiales. Elle accepte d'aborder cette question lors d'entretiens de famille. A partir du deuxième entretien, le psychologue demande au père de consulter une équipe qui prend en charge les abuseurs. L'unité contacte cette équipe et lui transmet un écrit (après l'avoir soumis à la jeune et à sa famille) reprenant à la fois le dévoilement et ce qui a été observé (les attitudes qui paraissent inadéquates).

Par ailleurs, la jeune fille est présentée à une institution de placement, la déléguée du SPJ trouve une maison d'accueil. La jeune fille se présente à un entretien d'admission, où la situation n'est pas expliquée jusqu'au bout, à sa demande : elle ne souhaite pas porter plainte, elle ne se sent pas prête. Elle nous demande de ne pas en parler en dehors de l'hôpital ; par contre, l'assistante sociale explique, en contrepoint des plaintes des parents, que la jeune fille vit un malaise au sein de sa famille qui explique peut-être certaines choses...

L'unité prend contact avec un psy en SSM qui peut fournir un accompagnement sur le terrain au sein d'un milieu institutionnel –c'est un service mis en place récemment. On cherche à pouvoir respecter le rythme de cette jeune fille dans ce qu'elle accepte de dire... et en même temps, il faut trouver un moyen pour que les intervenants suivants puissent la protéger. Le psy peut prendre connaissance de la situation, il pourra veiller avec elle à ce que les protections soient prises, notamment en matière de retours en week-end : il pourra l'accompagner et l'idée est de relayer à une consultation peut-être plus instituée... parce qu'elle n'est pas prête à venir toutes les semaines dans un cabinet de consultations.

Enjeux :

J'ai choisi cette situation par rapport aux enjeux concernant la manière dont on peut transmettre des informations à d'autres intervenants, hors santé mentale, qui ont un rôle à jouer en termes de soutien et de protection d'un jeune (foyer d'habitation, déléguée du Service de Protection de la Jeunesse, ...).

Une autre question est : comment maintenir le lien avec la famille, ce qui est souhaité tant par l'adolescente que par la famille?

Questions :

- *Et l'école ? Il y a un projet de recréer des liens avec l'école ?*

Elle est en décrochage scolaire. C'est clair que cela fait partie des conditions de l'entrée dans la maison d'accueil. On la prépare via des cours individualisés à l'hôpital : c'est une manière de redonner confiance au jeune dans le milieu scolaire, de revoir son niveau de compétences et où il pourrait se réinscrire...

- *Est-ce que vous, vous avez pensé à articuler une triangulation, face à une situation d'abus, pour que, quels que soient les aléas institutionnels, elle continue à être protégée ? A travers le SAJ, SPJ ?*

On l'a placé plutôt du côté du père. La condition du travail fait avec le père prévoit de judiciariser la situation s'il y a un décrochage de la prise en charge au sein du service pour abuseurs. Cela nous paraissait violent de ne pas respecter le rythme de la jeune fille par rapport à cette situation d'abus et d'informer directement le SPJ.

- *Pourquoi va-t-elle vers une maison d'accueil (institution de l'aide à la jeunesse) ?*

Parce qu'il y a une décision de placement, le service de protection judiciaire a pris des contacts avec des institutions, indépendamment de la situation d'abus, qui n'était pas connue. Et parallèlement, ils ont fait une demande d'observation chez nous.

- *En fonction de quoi décide-t-on que l'observation est terminée et qu'elle peut quitter ?*

Elle est allée à un entretien de candidature [en foyer]... mais elle est toujours chez nous.

- *Le service garant de ce filet de protection, c'est le SPJ ?*

C'est l'équipe qui va prendre en charge le père. Ils ont l'habitude de travailler avec le service de protection judiciaire. On va voir avec eux comment donner un minimum d'infos à la protection judiciaire tout en respectant la volonté de la jeune fille de ne pas judiciairiser d'emblée la situation. Il est clair qu'à terme le SPJ doit être mis au courant mais il nous paraît important de préparer la jeune fille et ses parents à cette démarche pour préserver leur collaboration.

F. Enjeux de pouvoir, narcissiques, au sein du réseau.

Abstract :

Ce récit amené par un thérapeute en SSM relate une rupture dans le suivi d'un patient, sans contact avec l'intervenant du réseau qui a pris le relais.

Récit :

C'est une situation clôturée : elle s'est passée entre 2002 et 2005. Il s'agit d'un Monsieur d'une quarantaine d'années, en libération conditionnelle suite à un crime de sang. Il est dans l'obligation d'être suivi. Ses filles ont été abusées et comme la justice ne bougeait pas, il a tué et coupé en petits morceaux l'auteur. Il est en ménage avec une personne handicapée mentale légère, qui a quatre enfants qui ont, eux aussi, été abusés.

Je suis la cinquième personne qui fait le suivi de ce Monsieur. Il m'est référé par une collègue psychiatre qui ne pouvait pas trouver d'accord avec lui au niveau des horaires. L'accrochage est assez bon.

C'est un ancien toxicomane, avec des problèmes d'abus d'alcool, il devient parfois violent. Les enfants, qui sont des ados assez peu structurés et « qui ne marchent pas comme ils devraient » sont parfois pris à parti. Il y a une question d'éducation des enfants, par exemple : comment gérer une fille qui est en visite dans la famille ?

Le réseau est relativement limité : l'Aide en Milieu Ouvert, l'école des devoirs, l'IMP où le fils est placé, le SAJ et la maison de justice.

A un moment donné, les problèmes d'alcool augmentent. Il faut hospitaliser Monsieur et ça ne se passe pas bien : il re-consomme et l'hospitalisation prend fin. Il se déclare alors une hépatite C et il continue à boire. Pour commencer le traitement pour l'hépatite, il fallait qu'il soit abstinant. On fait une réunion avec un généraliste et la famille et il y a une deuxième hospitalisation psychiatrique. Là, ça fonctionne bien, avec une perspective de suivi dans une structure ambulatoire. Monsieur a établi une relation particulière avec le psychologue d'un service ambulatoire d'aide aux toxicomanes. A l'issue d'une nouvelle hospitalisation, on arrive à une situation où le patient me dit qu'il met fin au suivi avec moi au Service de Santé Mentale, pour poursuivre uniquement dans le cadre du service d'aide aux toxicomanes en ambulatoire.

Enjeux :

C'est un patient que j'ai perdu dans des conditions qui sont liées au fonctionnement et à la personnalité du psychologue qui a repris la situation. Comment être attentif à ce qui se joue

d'autre que la relation au patient et sa liberté de choix: les enjeux narcissiques et institutionnels entre professionnels, les luttes de pouvoir ?

Questions :

- *Vous avez des conventions avec le milieu carcéral ?*

Nous n'avons pas de convention spécifique. C'est le patient qui choisit : ici, c'était facile car c'était la même commune. Les seules conditions où il y a des conventions c'est pour les abuseurs sexuels.

- *Il y a eu une transmission du lien thérapeutique ?*

La transmission vers l'autre psychologue a pu être travaillé un peu à l'hôpital, lors d'une réunion avec le psychiatre, moi-même et le nouveau psychologue. Là, cela a été une rupture dans les faits. Il avait dit : « je vais vous donner des nouvelles » et il ne l'a jamais fait. J'ai appris qu'il y avait un travail familial entrepris dans un autre service et la coupure a été la même à ce niveau-là aussi.

G. Parent : acteur à soutenir

Abstract :

Ce récit amené par un représentant d'association de proches d'utilisateurs relate le cheminement d'un enfant et de ses parents au sein d'un réseau d'intervenants, avec un éclairage particulier sur la place, le rôle et l'implication des parents par les intervenants du réseau.

Récit :

Je suis ici au nom d'une association d'entraide et de soutien de parents d'utilisateurs. C'est donc du côté de l'utilisateur et des parents d'utilisateur, que je vais amener une expérience. C'est une expérience personnelle. C'est l'histoire de notre fils. Nous l'adoptons à trois jours. Jusqu'à ses 12 ans, la situation va crescendo : hyperactivité, nervosité, agressivité et violence, situation qui devient ingérable pour nous, simples parents. En quête d'aide, nous poussons la porte du Service d'Aide à la Jeunesse (SAJ) et de pédopsychiatres qui n'arrivent pas à nous aider. Ces services pourraient être les maillons d'un réseau mais à ce moment-là, il n'y en a pas encore. Le SAJ propose un éloignement : il a des difficultés à comprendre qu'on souhaite quelque chose au niveau de la santé mentale.

On décide donc de pousser la porte d'un hôpital pédopsychiatrique, nous-mêmes en tant que parents : ce n'est pas évident, parce qu'il faut demander au précédent pédopsychiatre, qui a échoué, de faire un papier ; or il nous dit : « c'est foutu, c'est un futur SDF ».

Dans cet hôpital pédopsychiatrique, ce qui est nouveau, pour nous, parents, c'est que cette structure nous intègre en tant qu'acteurs. Or ce n'est pas courant d'après les autres parents au sein de l'association. On se rend compte que les choses se calment, l'éloignement bien géré apporte un soulagement, si bien qu'on propose un retour à domicile tous les 15 jours. Le dimanche soir, il y a des entretiens où on peut parler de ce qui s'est passé le week-end, en présence de notre fils même si en général il s'en va après 5 minutes. Et puis, dans cette institution, quand on téléphone, tout le monde est au courant. Notre fils, lui, semble se sentir un peu mieux et cela nous rassure.

Au bout de trois mois, l'hôpital nous dit : « nous pensons qu'il n'a plus sa place chez nous » et il est transféré en IMP ... Cela va trop vite, on a peur de le déraciner, d'une nouvelle rupture.

On nous rassure en disant qu'on va mettre en place le réseau et en effet, pendant un an, tous les trimestres, on se retrouve pour une réunion avec les parents, l'hôpital et l'IMP, entre adultes puis on synthétise pour notre fils, des discussions parfois un peu trop intellectuelles. C'est là où le réseau a marché. En plus, on nous avait dit : « Si les choses ne vont pas à l'IMP, on peut le reprendre à l'hôpital. »

Quelques mois après, un proche se suicide et il décompense. L'hôpital le reprend une semaine, le réseau a l'air de marcher mais il ne reste qu'une semaine. Il retourne à l'IMP et tout se stabilise comme auparavant, retour toutes les semaines... Le réseau se limite à nous, l'IMP, l'hôpital et le SAJ, mais eux, ne sont pas un maillon actif, plutôt bureaucratique.

On a voulu mettre en avant une situation peu courante, un peu une situation modèle, ayant conduit à une certaine amélioration des choses, jusqu'à ce que qu'il quitte l'IMP. Depuis, il est passé à l'âge adulte et on recommence un réseau avec un autre type de structures.

Enjeux :

Il faut intégrer rapidement tout le monde. L'objectif final est de retrouver l'harmonie au sein de la famille, mais je me pose toujours la question suivante : qu'est-ce qui fait qu'on décide rapidement de transférer quelqu'un ? Peut-être le manque de place... Mais le réseau peut s'arrêter pour des raisons qui n'ont rien à voir avec le patient.

Une autre remarque : le personnel encadrant varie du simple au double quand on passe de l'IMP à l'hôpital.

Questions :

- *Il y a eu des services pour vous soutenir dans le milieu de vie ?*

On se soutient entre nous, au sein de l'association. Quelque part, nous nous sommes soutenus en comprenant déjà mieux la situation. C'est le rôle d'une association de permettre de mieux comprendre, pour être dans un meilleur état d'esprit.

- *Qu'est-ce qui fait que vous êtes certain que c'est un manque de place qui a conduit de l'hôpital à l'IMP?*

De toute façon, c'est très difficile d'entrer dans un hôpital psychiatrique : l'urgence n'existe pas. On a dû attendre entre un mois et un mois et demi d'incertitude. Une fois qu'on y est, on ne peut pas y rester assez longtemps à notre sens. On n'a jamais posé la question : on a fait confiance car on nous a proposé un réseau.

H. Lien, continuité et place de chacun

Abstract :

Ce récit, amené par une directrice d'un service résidentiel pour jeunes, illustre la mobilisation forte d'une multitude d'intervenants pour faire du lien entre eux autour d'un enfant au parcours chaotique au cours de son séjour dans un service résidentiel pour jeunes, et l'absence de liens au-delà de l'intervention de cette institution.

Récit :

Je vais prendre une situation tout à fait au hasard, qui montre le regard d'une institution par rapport à la situation. Il s'agit d'un jeune qui arrive chez nous. Pour me situer : je suis actuellement directrice d'un service résidentiel pour jeunes de l'Awiph, catégorie 140, c'est-

à-dire des jeunes qui présentent des troubles importants au niveau de leur développement, qui se manifestent par des troubles du comportement de tous ordres. Avant d'être directrice de ce service, j'ai été assistante sociale et c'est en tant qu'assistante sociale et responsable familiale que je présente cette situation.

Ce jeune, né en 1989, arrive chez nous en 2000. Il nous vient d'un hôpital psychiatrique pour enfants. Il s'avère que l'on a des collaborations assez préférentielles avec cet hôpital parce qu'on est, entre autres, dans un système de représentations communes par rapport aux difficultés des enfants, ce qui facilite tout à fait la collaboration. Néanmoins, le jeune qu'ils nous proposent est un jeune avec un parcours excessivement chaotique, qui est arrivé chez eux un an et demi auparavant, après cinq institutions successives. Pour le faire entrer à l'hôpital psychiatrique, le pédopsychiatre qui l'a reçu à l'époque a dû user de toute son autorité pour qu'une place se libère. Si les parents avaient fait comme vous (s'adressant au narrateur précédent), ils n'y seraient pas arrivés seuls : ce jeune est tellement déstructuré et se met tellement en danger par toute une série de comportements, qu'il a pu rentrer par l'intervention de ce pédopsychiatre. C'est aussi un dossier judiciaire, protectionnel.

Après un an et demi de prise en charge, l'hôpital psychiatrique pour enfants ne peut pas prolonger l'hospitalisation et nous fait la demande de mettre en place une procédure d'admission pour cet enfant.

La situation de cet enfant, de manière très brève, est la suivante : Sa mère, toxicomane, a été assassinée. Très jeune, il a été repris par la grand-mère maternelle, qui avait déjà connu tellement de difficultés à élever ses propres enfants, qu'elle est dans quelque chose de l'ordre de la réparation avec son petit-fils. Elle est incapable de maintenir un cadre, incapable de structurer cet enfant qui, de par son histoire, et de par ce manque de structure intra-familiale, fait des passages à l'acte tout le temps, de tous ordres.

D'emblée, on s'est dit « c'est un enfant pas facile à gérer ! ». Il est scolarisé à l'hôpital psychiatrique pour enfants, donc il faut qu'il trouve sa place dans l'enseignement spécial, ce qui n'est pas simple. On prend beaucoup de temps –plusieurs mois– avec l'équipe de l'hôpital, pour mieux connaître cet enfant avant son admission. Il vient faire une journée d'essai chez nous et puis, sur base de cette observation, on peut mettre en place un projet, avec certaines garanties. A ce moment-là, on décide de rencontrer tous les intervenants dans cette situation :

- le service K, orienteur de l'enfant
- le service de protection judiciaire (SPJ), avec un juge qui n'en peut plus, parce que ce gosse fait six mois dans une institution et puis il est éjecté, donc, ce juge est tout le temps face à la difficulté de recaser cet enfant
- la famille de la grand-mère, le père d'un demi-frère de cet enfant,
- le délégué du SPJ, qui change sans cesse – c'est le 3^{ème} ou 4^{ème} : un jeune délégué, qui ne connaît l'histoire qu'à travers les dossiers, qui est plein de bonne volonté mais a besoin d'être informé au mieux
- nous
- la nouvelle école dans laquelle on va essayer d'intégrer le jeune.

Pourquoi ai-je pris cette situation ? Parce que grâce à des rencontres régulières de tous ces intervenants, c'est un projet qui a pu être mis en place, et qui a pu tenir la route pendant tout un temps, moyennant beaucoup d'énergie que chacun était d'accord au départ d'investir. Ceci dit, si on n'avait pas mis ce cadre en place, j'aurais eu bien plus d'énergie à devoir mettre en œuvre pour gérer les crises, mais cela n'allait peut-être pas être une énergie utilement utilisée dans cette situation.

Pour chaque enfant qui arrive dans l'organisation chez nous, la condition sine qua non, c'est que la famille collabore, par le biais d'entretiens familiaux réguliers dans l'institution et de

rencontres à domicile. Donc, famille et institution doivent absolument être totalement partenaires : c'est clairement dit dans la procédure d'admission. Nous, sans les parents, on ne peut pas travailler et les parents sans nous, ne peuvent pas non plus voir leur enfant se développer au mieux avec ces problématiques-là.

Mais il se fait que cet enfant avait une histoire tellement difficile ; la famille n'était pas prête à faire confiance à une autre institution. Il fallait qu'il y ait un passage de relais, et ce passage de relais s'est fait à travers des rencontres régulières, durant les 2 années où le jeune a été hébergé chez nous : des rencontres régulières tant inter-équipe qu'avec le psychiatre de l'hôpital, le nôtre, le responsable de l'unité et moi-même, représentante de l'institution. Grâce à la participation de l'hôpital psychiatrique pour enfants aux réunions, à des rencontres toutes les semaines à l'école, ce qui demande un investissement important, le jeune a pu être réorienté, avec la garantie qu'un travail de ce type-là puisse continuer à se mettre en place.

Pourquoi ai-je pris cette situation ? Parce qu'hier, j'ai reçu un coup de fil et ce jeune se trouve actuellement à T (un hôpital psychiatrique), après une longue hospitalisation à F (un autre hôpital psychiatrique). Il va avoir 17 ans et il semblerait qu'en ayant quitté l'institution chez nous, il ait à nouveau fait une multitude d'institutions. Je ne sais pas pourquoi, je ne jette la pierre à personne mais au moment où il nous a quittés, avec l'hôpital psychiatrique pour enfants, on avait rencontré la nouvelle institution dans laquelle il allait être intégré. Et il était prévu qu'il y ait une poursuite de contacts entre les différentes institutions, pour mettre du lien dans l'histoire d'un jeune pour lequel il n'y avait jamais eu de lien avant son entrée dans notre institution. Et malheureusement, rien de cela n'a été fait... C'est un constat, je ne sais pas si ça a une incidence sur ce que ce jeune est devenu, mais cette institution ne s'est pas mise dans ce lien, pour des raisons qui lui étaient probablement propres.

Enjeux :

Ce qui est important c'est qu'on puisse avoir et partager des représentations communes et que chacun des intervenants trouve sa place et soit reconnu dans sa place, tout cela dans l'intérêt de l'utilisateur et de sa famille.

Je pense que ce réseau a marché parce que ces conditions étaient remplies et qu'on était co-responsable de cette situation, on était réellement partenaire, reconnu comme ayant une place à prendre.

Questions :

- *Comment s'est prise la décision de passage à la nouvelle institution ?*

Le passage à l'institution suivante s'est fait en concertation avec la famille, le jeune, nous, l'hôpital psychiatrique et a été avalisé par le SPJ. Le premier entretien préliminaire à la procédure d'admission dans la nouvelle institution s'est fait à l'hôpital psychiatrique pour enfants, parce qu'il était une espèce de pilier dans cette situation, entre les 4 équipes : l'hôpital psychiatrique pour enfants, le délégué du SPJ, nous-même, la nouvelle institution et la famille.

- *La raison du changement ?*

Le terme de scolarité primaire et la nécessité de réorienter vers le secondaire.

I. Toc toc à quelle porte frapper...

Abstract :

Le récit amené par une représentante d'usagers rend compte de l'histoire d'une dame qui fréquente un groupe d'entraide, qui est en difficulté mais qui refuse d'aller voir des professionnels et montre le rôle d'accompagnement du groupe et la difficulté à intégrer certaines personnes dans des réseaux « professionnels ».

Récit :

Marie fréquente le groupe d'entraide que j'anime deux fois par mois, au sein d'une ligue d'usagers. Un jour, elle me demande de l'aide et me demande de garder cela pour moi. Joseph, chez qui elle habite, lui demande de quitter la maison et de retourner dans son propre appartement. Pour Marie, c'est une catastrophe, elle est incapable de partir sans ses rituels. Elle me demande de l'aider. Elle reçoit une convocation à aller devant le juge : on l'accompagne et on la soutient, pour obtenir le plus long délai possible avant de devoir partir et elle obtient 2 mois supplémentaires.

Je vais la voir régulièrement et on discute, je lui donne des adresses de psy. Elle me dit : « tu ne peux pas toucher mes affaires » et je l'aide à faire ses vaisselles, je ne fais rien sans lui demander son accord. Le temps avance et elle me demande de téléphoner à un prêtre, chez qui Joseph va, pour prolonger le délai... Je contacte les professionnels de la ligue, ils me conseillent de mettre tout dans des boîtes en carton sans rituel. Joseph utilise la menace, la pression. On insiste pour aller voir les professionnels de la santé. Finalement, un jour, ils ont forcé la porte de la chambre de Marie et ramené ses affaires. Dans le groupe d'usagers, on lui propose de la loger, on confie ses affaires à quelqu'un du groupe.

Enjeux :

En tant que groupe d'entraide, on rencontre des gens qui ne veulent pas aller voir les professionnels, par honte, etc. Pour toutes ces raisons, on rencontre des gens que les professionnels ne rencontrent pas. Or il faut être formé pour pouvoir réagir face à ce genre de situations...

J. Lentement mais sûrement

Abstract :

Ce récit propose un exemple de développement de réseau(x) autour d'un enfant et de ses parents, à partir d'un service d'aide à l'intégration.

Il est amené par un psychologue de ce service.

Récit :

Je travaille dans un Service d'aide à l'intégration pour enfants qui dépendent de l'AWIPH. J'ai reçu une demande pour un enfant qui déprime, qui angoisse, qui s'enferme et qui ne veut plus sortir. Il est aussi en décrochage scolaire à cause de ses angoisses. Il a une mère dépressive, traumatisée par une séparation qui date d'il y a dix ans, qui vit dans un monde où elle est persécutée par son mari. Le Service d'Accueil de Jour pour Jeunes s'était déjà occupé de cette famille pour son frère, qui était violent à l'époque.

Avec la mère, on a commencé à créer du réseau, car il n'y avait rien. Elle vivait dans l'angoisse, on a fait un travail de sécurisation. Il s'agissait d'ouvrir à l'extérieur, d'ouvrir notamment par rapport à la plainte du père, où on triangule. On a aussi ouvert la mère à un centre de santé mentale, où elle va consulter un psychiatre pour elle-même. Il y a aussi le réseau de l'école, qu'on a interpellé avec le jeune lui-même. On a aussi travaillé un autre réseau, pour qu'il puisse prendre de l'assurance en lui, se défendre, exprimer certaines choses. On lui a aussi suggéré d'aller dans un club sportif. Il a demandé à travailler - sa mère est en médiation de dettes - pour avoir de l'argent pour ses propres besoins ou pour aider sa mère. On triangule aussi avec la police.

Voici un peu tous les réseaux avec lesquels on travaille. Notre demande, c'est celle d'avoir un réseau par rapport à la relation qui existe entre les parents et leur enfant...

Enjeux :

Il y a des réseaux. Il y a le réseau avec l'enfant et le réseau qu'on travaille avec la mère..., d'autres où nous sommes, nous, avec l'enfant, ... Des réseaux de professionnels ou des réseaux non professionnels, familiaux, comme le fait de travailler dans un magasin, faire du judo, etc. On a donc essayé de différencier les différents réseaux, en fonction des gens impliqués.

J'ai dû me mettre en réseau avec diverses structures et entités de l'IMP : l'éducatrice, l'assistante sociale (par rapport au médiateur) et il y a des divergences de vue à l'intérieur de l'équipe, des positions très différentes, ce qui constitue une grande difficulté – mais aussi une grande richesse. Notre premier réseau, c'est donc avec les gens de l'équipe, pour qu'on ait une cohésion ; celle-ci amène de la richesse, de la complémentarité dans la différence.

Il s'agit de s'approprier, de trouver de l'air, une petite bulle avec le réseau et pour le réseau, qui permet et stimule cela, ...

K. Concertation à la demande du terrain

Abstract :

Ce récit montre comment s'est créée une concertation à propos des personnes âgées dans le cadre d'une plate-forme de concertation en santé mentale. Il est amené par la coordinatrice de cette plate-forme.

Récit :

Cette expérience se situe dans le cadre de mon travail de coordinatrice d'une plate-forme de santé mentale : une douzaine d'années d'efforts pour que les services se concertent entre eux et avec des services de première ligne (pour rappel, les plates-formes regroupent les services psychiatriques des hôpitaux généraux, les hôpitaux psychiatriques, les SSM, les IHP, etc. d'une province).

Le travail de réseau que nous menons dans les plates-formes tente de s'appuyer sur la demande du terrain, ce qui n'est pas nécessairement le cas des « réseaux et circuits de soins » que le fédéral veut organiser via les projets thérapeutiques.

Je prendrai l'exemple de notre projet-pilote de concertation santé mentale « personnes âgées » financé par la Région wallonne de 2000 à 2003.

Ce projet a été élaboré par le groupe « personnes âgées », composé de services dans et hors santé mentale, à partir des constats suivants : les personnes âgées consultent peu les services

de santé mentale ; les services d'aides familiales, les maisons de repos, les maisons de repos et de soins, etc. sont dépourvus par rapport aux problèmes de santé mentale des personnes âgées.

Le but du projet était d'améliorer la prise en charge des personnes âgées en renforçant le rôle de relais de la première ligne. D'où la mise en place de formations et de réunions de concertation sur des situations cliniques.

Le projet a bien fonctionné parce que :

- Nous avons « commencé petit », avec quelques services sur un territoire limité et nous nous sommes étendus progressivement.*
- Nous avons été à l'écoute des participants, tant pour le contenu que pour l'organisation pratique.*
- Nous avons mis sur le même pied les participants, psychiatres, aides familiales, etc., chacun étant ressource pour l'autre.*
- Nous avions un subside, indispensable pour la coordination, la continuité de la concertation.*

Enjeux

La concertation doit être financée. Cela pose le problème des projets qui s'arrêtent quand les majorités politiques changent.

La concertation doit être adaptée à la demande du terrain. C'est pourquoi le groupe « personnes âgées » n'a pas introduit de projet thérapeutique ; les conditions imposées par le fédéral semblaient aller à l'encontre de la philosophie du travail en réseau développée au long du projet-pilote (exigences de diagnostic, partenaires imposés, rythme des concertations manquant de souplesse, etc.).

La concertation a ses limites : les intervenants de première ligne, sensibilisés aux problématiques de santé mentale, envoient plus de patients, mais se heurtent aux lacunes dans l'offre de soins : pas de place à l'hôpital ou en centre de jour, listes d'attente dans les SSM, etc.

La participation de médecins généralistes aux concertations s'est avérée difficile.

Question

- *Comment avez-vous identifié les besoins de formation ?*

Il y a eu des réunions préparatoires pour connaître la demande des participants ; et des réunions et questionnaires d'évaluation en cours de route.

L. Le patient, seul conducteur de son réseau ?

Abstract :

Ce récit, amené par une psychologue en institution, expose un cas où l'intervenant est tiraillé entre d'une part le respect de la confidentialité, et d'un espace spécifique pour le patient d'une part et, d'autre part, la volonté d'ouverture au réseau, d'implication de la famille, quand elle est demandeuse, dans une institution où « c'est le patient qui fait le réseau ».

Récit :

Je travaille dans un hôpital de jour pour adultes, où on considère que « c'est le patient qui fait le réseau », c'est lui qui fait le lien avec l'extérieur et entre les personnes qui sont importantes pour lui. Je suis chargée du lien avec les familles, en tant que psychologue. La situation dont je parle concerne un patient qui arrive chez nous sur demande de sa famille. La famille est très impliquée au départ, j'ai envie de la rencontrer. D'un côté, j'ai une famille qui est en appel de collaboration. De l'autre, l'équipe demande que l'hôpital de jour soit le territoire personnel du patient.

Enjeux :

C'est la question de la confidentialité de ce que le patient amène chez nous et du lien à faire avec la famille : mais dans quelle proportion équilibrer les deux ? Comment gérer la confidentialité et l'hôpital comme « territoire du patient », si on inclut les gens qui font partie du réseau ? Entre les intervenants qui disent « on veut savoir tout et rencontrer tout le monde » ou ceux qui disent « non, c'est le territoire du patient, on ne veut pas de lien avec vous »... Comment gérer la confidentialité, le territoire et le respect du patient tout en travaillant en réseau ?

Questions :

- *Comment l'hôpital définit-il votre casquette ?*

Suivi individuel des patients et lien avec leurs familles. C'est le patient qui fait qu'il y a un réseau, on ne prend pas contact pour lui, c'est à sa demande : on propose, mais c'est lui qui décide, c'est par exemple lui qui doit inviter sa famille à une date dont on convient avec lui. Ce patient, dans la situation dont je parlais, ne demande rien avec sa famille, c'est la famille qui téléphone.

Si le patient ne sait pas ce qui existe dans le réseau (loisirs, bénévoles, centre de consultation, ...), il y a une farde avec ce qui existe qu'il peut consulter. C'est comme ça que ça se passe chez nous, c'est le projet de l'institution, les principes qui sont au centre sont la responsabilité et la responsabilisation du patient... En fait, je ne trouvais aucune situation en réseau dont je pouvais vous parler... Notre hôpital est en train de s'ouvrir pour le moment... Comment est-ce que les intervenants doivent se contacter entre eux?

M. Réseau en jeu et collaboration contrainte

Abstract :

Ce récit relate le cas d'une famille autour de laquelle les membres du réseau n'ont pas été rassemblés, situation qui s'est soldée par le retrait du service de jour pour jeunes. Il est amené par une assistante sociale de ce service.

Récit :

C'est une famille qui est arrivée en février 2005 dans notre institution : elle est adressée par le SAJ : sous contrainte de récupérer leur enfant, qui était placé en famille d'accueil, si on ne le prenait pas dans notre institution, un service d'accueil de jour pour jeune (SAJJ), –service en transformation, déjà en partie transformé en SAI.

L'institution était d'accord, mais ensuite, la pédopsychiatre me dit que l'on a été trop vite et qu'il faut organiser une réunion de réseau. A ce moment-là, je mets les choses en place, j'invite tout le monde mais finalement, c'est assez difficile de rassembler tout le réseau : les familles d'accueil du service d'hébergement d'urgence, le SAJ, le service d'hébergement d'urgence et de coordination des familles d'accueil, les parents etc. Cette étape est compliquée à mener. Et donc je travaille avec les parents pendant 1 an et demi, de manière plus ou moins correcte.

Au bout d'un an, lors d'un bilan au SAJ, ils demandent que l'enfant ne fasse plus partie de notre institution et qu'il retourne à l'école de façon complète. Comme nous ne sommes pas vraiment emballés par cette idée, par peur que l'enfant ne soit « noyé », on demande une intégration à mi-temps et je travaille avec l'école, les parents, le SAJ.

Donc cela fait près de 4 mois que l'enfant est à l'école maternelle et les parents ne souhaitent plus collaborer avec nous parce qu'ils disent qu'on n'est pas transparent, qu'on ne collabore pas bien, etc.

Et j'ai beau leur donner des informations, la revendication est toujours la même : pas assez de transparence. Comme on est en pleine transformation, la transparence est encore plus dure mais, eux, ils ont droit à plus d'infos que les autres.

A un certain point, je propose à ma directrice de rencontrer les parents parce que je ne peux plus porter leur lutte vis-à-vis de nous. Et, je décide d'arrêter suivie par ma directrice.

Hier, il y avait une réunion au SAJ, où étaient invités l'école, les parents, nous et le centre de guidance. J'ai ré-orienté ces parents vers le centre de guidance de leur quartier, pour de la logopédie, de la psychomotricité, etc. En me disant que si je disparaissais, il y avait une porte de sortie dans le quartier ; pour moi, ce n'était donc pas un échec.

Lors de cette réunion du SAJ, je me suis quand même aperçue qu'on avait tous été manipulés par le papa qui avait fait croire certaines choses aux autres intervenants, qui avaient apparemment un avis défavorable sur notre travail. Moi qui croyais qu'ils étaient contre nous, je n'ai pas été les chercher non plus. Donc je me suis aperçue qu'on était tous un peu manipulés, par rapport à ce que l'on avait dit ou pas dit.

Mon idée avait été de rassembler tout le monde au SAJ mais comme l'assistante sociale du centre de guidance m'avait dit que les parents ne voulaient plus me voir, j'ai laissé tomber en disant: « j'ai déjà raté deux étapes de réunion de réseau ».

Je reconnais qu'hier, on s'est tous un peu sentis floués : l'assistante sociale du centre de guidance, l'école, parce qu'ils n'étaient pas prêts à récupérer l'enfant à temps plein et moi parce que les choses que j'avais dites, avaient été interprétées et raccourcies.

J'avais l'impression que quelque chose nous échappait à tous, on se rendait compte hier qu'on avait peut-être surprotégé les parents, qui critiquaient les uns et les autres.

Donc, il faut que je reste professionnelle et je reconnais qu'en mettant les choses « droites » hier, j'ai quand même été « violente » et qu'il y a peut-être beaucoup de violence dans cette famille. Finalement, nous avons été plus victimes de ce réseau, qui ne s'est pas mis en réseau (pourtant, on se téléphonait etc.).

L'institutrice m'a dit qu'elle était tout à fait pour notre formule puis je m'aperçois que les parents nous ont tellement critiqués et je lui ai avoué : « moi, je croyais que vous étiez contre nous et je ne vous ais pas contacté et j'ai demandé la fin ».

Je me suis dit que ça donne quand même une leçon.

Enjeux :

Parfois je trouve que l'on protège la personne. Moi, je cherche à être le plus transparent possible avec les familles car c'est le seul jeu que je peux vraiment jouer mais je m'aperçois

qu'il y a des éléments sur lesquels j'aurais pu aller plus loin dans mon raisonnement face à cette famille.

Questions :

- *Qu'en est-il des communications ou des liens que vous établissez?*

Et bien heureusement que j'ai communiqué tous mes soupçons à tout le monde mais je me dis que je risque aussi de me faire mal voir. Je veux dire que l'on a chacun une position à tenir vis-à-vis d'une famille. Comment est ce que l'on joue avec tout ça tout en restant professionnel : ce n'est pas toujours évident.

- *Qui est porteur du réseau?*

Quand moi, j'ai voulu le faire, il y avait chaque fois une réunion au SAJ 15 jours après. Finalement, c'est le SAJ qui a servi de référence mais j'ai quand même un peu « raté » quelque chose au début, c'est vrai. On a accepté la collaboration contrainte sans aller plus loin et le père a dit: « mais c'est grave. De quel droit ? Est-ce que j'ai droit à un avocat, est-ce que j'ai le droit de refuser tout cela? ». J'aurais pu le faire mais à chaque fois, j'ai été un peu mal mise, c'était peut-être un manque de courage d'aller jusqu'au bout ; il fallait énormément d'énergie pour mettre tout le monde autour de la table.

N. Patiente (trop) bien connue ?

Abstract :

Ce récit rapporte le cas d'une patiente ayant une longue histoire psychiatrique (hospitalisations à répétition) et la difficulté de concertation, de collaboration entre l'hôpital, la famille, la patiente et le service de soins psychiatriques en milieu de vie.

Il est amené par une intervenante de ce service.

Récit :

Cette dame fait une nouvelle demande, au S (service de soins psychiatriques en milieu de vie). Elle avait déjà été suivie auparavant par le service, puis elle s'était égarée dans les limbes de la psychiatrie et elle revient habiter dans le territoire. Comme elle nous connaît bien, elle refait une demande.

Elle est institutionnalisée depuis la nuit des temps et n'a pas vraiment de ressource en milieu de vie, à part une famille et un mari. C'est une dame qui tourne beaucoup au niveau de l'hôpital psychiatrique P : là-bas, « elle fait partie des meubles » et on l'accueille à bras ouverts. Le projet, avec cette dame, c'est qu'elle puisse peu à peu avoir des ressources dans le milieu de vie, pour retourner peut-être moins souvent à l'hôpital. Ses longues hospitalisations la désancrent chaque fois de son milieu. On se doute bien qu'elle retournera à P puisque les choses ne s'arrangent pas. Elle est fortement médicalisée : elle a tous les neuroleptiques du monde dans son traitement et donc des effets secondaires assez catastrophiques. Son mari, qui se charge de les lui donner, ne s'en sort pas, donc, quelques semaines après avoir refait sa demande chez nous, son mari la ramène à l'hôpital P parce qu'il n'en peut plus.

Dans ce genre de cas, on se manifeste auprès de l'hôpital dans le service où la personne est hospitalisée, pour dire qu'on a commencé une prise en charge dans le milieu de vie : en l'occurrence, ici, chercher des activités, parce qu'elle s'ennuie et qu'elle est fort angoissée seule chez elle et le psychiatre qu'elle a vu au service a aussi commencé à diminuer son traitement. A l'hôpital psychiatrique, on nous trouve bien gentils, on nous dit « oh mais vous pouvez venir, on va se voir et faire une concertation c'est bien ».

Comme elle a été amenée là par son mari, on suppose qu'il y a un problème de couple. Je dis à l'infirmière chef, qui connaît très bien la dame, que ce serait vraiment bien que le mari soit là et je me permets de lui téléphoner moi-même pour lui dire que ce serait fantastique de se voir tous ensemble pour discuter de ce qui va se passer pour sa dame. Il me dit qu'il a autre chose à faire. Donc on va à l'hôpital, l'infirmière nous apprend qu'il y a bien un problème de couple et que la dame n'aurait pas dû être à nouveau hospitalisée mais que c'est tellement habituel qu'ils l'ont reprise. Je repars de là en mettant le doigt sur le fait que le mari a la responsabilité du traitement et que c'est un petit peu lourd, on peut le concevoir, et au service S, on prend la responsabilité d'apporter une aide au traitement, ce sur quoi on se met d'accord.

Pendant tout un moment, la dame vient prendre son traitement chez nous, on va chez elle, on l'accompagne dans un dispositif d'insertion socioculturelle avec lequel nous sommes partenaire.

Mais malheureusement, son mari n'en peut plus, et voilà qu'il la raccompagne à l'hôpital psychiatrique P, avec l'aide de la mère de la patiente, qui avait aussi ce réflexe-là avant que le mari ne s'en charge. Et là, on est prévenu par hasard, que la dame a été ré-hospitalisée suite encore à un problème d'épuisement du mari. Une fois de plus, on se manifeste et on téléphone pour dire que vraiment ce serait magnifique de faire une concertation avec tout le monde, et là on me trouve bien aimable, on me dit : « oui oui oui », on vous tiendra au courant et on ne me tient pas au courant. Comme je suis harcelante, je retéléphone pour prendre des nouvelles et pour signaler que vraiment, on est vraiment prêt à travailler tous ensemble pour aider cette dame et on me dit sur le ton de la confiance : « c'est bien gentil mais on va la mettre dans la Maison de Soins Psychiatriques (MSP) mais qu'il ne faut pas le lui dire car elle n'est pas encore au courant »... Je raccroche, hébétée en me disant que c'est incroyable, malheureusement.

Enjeux :

J'ai pris cette situation car pour moi c'est tout à fait la négation de la personne, on ne se doute pas que la personne a envie de faire des activités, elle travaillait. Non, on la prend, « ça fait 20 ans qu'on la connaît, elle est gentille avec tous ses médicaments ». Ce qui m'a choquée, c'est qu'on prenne les décisions avec le mari, qui était franchement ambigu, et la mère, sans en discuter. On comprend bien les motivations des familles mais parfois...

C'est triste parce que nous, à partir du moment où on suit quelqu'un, c'est nous le référent, on essaie de centraliser les choses et quand quelqu'un est hospitalisé, en toute logique les institutions devraient nous téléphoner pour dire : « et si l'on se voyait, c'est important de voir ce qui a été mis en place ». Voilà, la dame va être en MSP « à l'insu de son plein gré », sans savoir pour combien de temps mais en général, ce sont des séjours au long cours. On n'a tenu compte ni de la personne, de ce qu'elle peut faire, ni de ce qui a été mis en place.

Questions :

- *Vous aviez rencontré l'équipe de l'hôpital psychiatrique P ?*

J'ai rencontré une fois la psychiatre, très gentille et polie, et l'infirmière en chef, qui connaissait la dame depuis 20 ans.

- *Ce qui est intéressant c'est la position de tiers, dans cette histoire. C'est un peu comme moi, mon rôle de case manager, on apporte un regard différent.*
- *A quel moment la patiente est-elle réellement actrice ?*

Souvent, quand elle va dans le milieu socioculturel ou par exemple à l'activité cuisine, elle participe, elle est fort liante et sympathise vite avec les gens, malgré tous les médicaments qu'elle a car c'est dur d'avoir un rôle d'acteur avec une telle médication, mais, franchement, elle y arrivait.

- *Les effets secondaires ?*

Elle est bizarre : bien sûr qu'elle l'est, avec tous les médicaments qu'elle prend, ... Comme elle vient et qu'elle est déjà venue, elle reconnaît plein de gens, elle reprend un peu vie, elle n'est pas molle. Elle est active dans le cadre des activités, elle voulait reprendre une formation et, en diminuant les médicaments, il y aurait eu moyen. Tout cela s'est passé super vite : 2 hospitalisations en 3 mois, à cause du mari qui disait : « ah là là, elle est bizarre ». On a essayé de travailler avec le mari, mais je pense qu'ils n'avaient plus grand chose à se dire l'un et l'autre.

O. Réseau prérequis : une démarche volontaire

Abstract :

Ce récit expose le travail de fond d'un service de santé mentale pour créer une collaboration en réseau avec les premières lignes (aides familiale, ONE, médecins généralistes, etc.) sur le long terme, sur son territoire. Il est amené par un psychologue en service de santé mentale.

Récit :

Je travaille comme psychologue dans le SSM de D. Il y a deux services: un service généraliste et un service de projet spécifique. S'y ajoutent plusieurs antennes. Aujourd'hui, je n'avais pas envie de vous présenter une situation particulière mais plutôt d'essayer de vous faire parcourir très rapidement, ce qu'on a le sentiment d'être : une grande tapisserie qui s'est étendue petit à petit sur un territoire, tapisserie qui a commencé à se construire il y a 25 ans. Dès le départ, le choix de l'équipe, c'était de faire un travail de consultation mais de garder, quelle que soit la quantité de demandes de prise en charge, du temps pour le réseau.

Pourquoi ce choix? Parce que l'injonction au départ des services de santé mentale, c'est de répondre à tout problème de santé mentale sur un territoire. Et on s'est rendu compte que rester dans nos murs ne servait pas à grand chose, parce qu'il y a avait un type de terrain, extraordinairement important (de 3.500 km²). Toute l'équipe a aussi été très fortement influencée, dès le départ, par la psychiatrie italienne. Ce qui était mis en avant dans ce courant, c'était la construction ou l'utilisation maximale des ressources des gens, plutôt que de mettre en avant leurs manques, et le fait d'envisager les choses en termes de globalité

Très rapidement, on a mis en place un séminaire appelé « Psychiatrie italienne », dans lequel se retrouvaient beaucoup de gens d'horizons différents, notamment pratiquement tous les CPAS de l'entité (soit 10 à 15), le SAJ, le SPJ. On y a réfléchi à toute une série de cas concrets assez compliqués, qu'on a essayé d'analyser sous l'angle longitudinal. Chaque fois, on a tenté d'émettre des hypothèses, de les confirmer ou de les infirmer, de réajuster le tir et, éventuellement, de réajuster les réponses par rapport à des problématiques. On a aussi lu beaucoup de choses ensemble.

Pour pouvoir faire du réseau, ce qui nous semble fondamental, c'est d'avoir des prérequis communs. C'est-à-dire avoir des connaissances, des représentations de la santé mentale, du développement de l'enfant et des fonctions parentales, etc.

Cela a été extrêmement sérieux, intéressant et riche. Et cela a amené très rapidement beaucoup de demandes de supervisions, de formations, de collaborations, à partir, tout d'abord, de situations concrètes et puis, petit à petit, par rapport à des situations que nous ne voyions pas du tout, en tant que Service de Santé Mentale, et que, finalement, les différentes institutions nous amenaient. Il s'agit des médecins généralistes, des infirmières de l'ONE, du CPAS, du SAJ. C'est un groupe, une équipe qui existe depuis 15-20 ans. Il y a aussi des aides familiales, des aides seniors, des CPAS, des puéricultrices encadrées, des institutions de placement judiciaires, l'AWIPH, etc.

Ceci a amené des collaborations extrêmement riches et multiples, avec quasi toutes les institutions, la seule exception finalement dans le territoire étant les hôpitaux psychiatriques. En 25 ans de travail, je pense qu'on a collaboré quatre ou cinq fois avec un hôpital psychiatrique, à leur demande. Tous les cas lourds ont été soit directement envoyés par le réseau, soit pris en charge en termes de supervision, ce qui a amené un travail de réseau extrêmement important.

C'est pour ça que j'ai insisté tellement sur le fait que ce n'était pas seulement parler à partir d'une situation ou de l'une ou l'autre situation. Il est clair que ce travail de réseau s'est articulé par rapport à plein de patients et encore maintenant, par rapport à l'enfance, la petite enfance, les adolescents, les personnes âgées, ... Chacun d'entre nous d'ailleurs, dans l'équipe, a son réseau en fonction de sa formation –les logopèdes et psychomotriciennes étant plus dans le réseau enfant. Parallèlement à cela, il y a un travail de réseau, qui envisage la situation, et, tout à la fois, le territoire de manière globale.

Cela signifie avoir un maximum de temps, de disponibilité pour toutes les premières lignes, c'est-à-dire pour des situations qui ne viendraient jamais au service mais qui étaient suivies par d'autres institutions. C'est à la fois un travail de globalité mais aussi essayer de mettre en place, avec les partenaires, un travail de prévention.

Je vais simplement citer deux exemples :

Le premier exemple s'articule par rapport à un service d'aides familiales et d'aides seniors. C'est un travail de formation, de supervision, de compréhension, de soutien, pour les aider à se protéger. En termes de globalité, il s'agit de toucher 300 aides familiales et 1.300 situations. Évidemment, on ne va pas parler de toutes les situations mais il y a des situations exemplatives. Ca, c'est un premier axe de travail. Je pourrais citer d'autres exemples notamment : les infirmières de l'ONE, les CPAS.

Au niveau de chacune des entités de cet immense territoire, on a essayé de mettre en place un travail de coordination et un travail de prévention. A chaque fois, une personne du service y participait, avec tous les autres intervenants.

Le point de départ, c'est cette acquisition, de manière globale, d'un minimum de prérequis communs, ce qui a amené finalement à une demande d'une réflexion plus globale, pour développer une politique de santé au niveau d'une série d'entités.

Je vais citer un autre exemple : dans une entité, c'est parti d'une supervision d'un CPAS, de SAJ et de SPJ. Très vite, s'est mise en place une coordination « petite enfance », dans laquelle se trouvent des SSM, l'ONE, des CPAS, des aides familiales, le bourgmestre, etc. Elle touchait toute la question de la bien-traitance et de la maltraitance. Cette coordination a amené plein d'outils et de moyens pour essayer de répondre aux problèmes de santé mentale de l'entité. On a fait des conférences, des supervisions des aides familiales et soignantes et une pièce de théâtre autour des problèmes de violence, avec de nombreux autres partenaires. On a essayé de mettre en place des massages pour bébés, des accueils de jeunes mamans, la création d'une salle de psychomotricité et pour cela, on nous a donné les moyens. On a un projet, sur 3 ans maintenant, qui rejoint un peu le projet de tout à l'heure de construire avec

d'autres partenaires tout azimut des lieux de lien social... Pour tout cela, il y a des prérequis en avant et en amont de toute cette collaboration.

Enjeux :

D'abord une cohérence au niveau du réseau. On parlait tout à l'heure, des politiques, qui n'étaient pas nécessairement complémentaires. Les « victimes » de cette incohérence sont les institutions, mais avant tout, les bénéficiaires. Cet espace de réflexion, permet d'essayer d'amener une cohérence entre les différents intervenants, par rapport à des situations particulières ou, de manière plus générale, par rapport à une politique de Santé Mentale notamment dans des projets de prévention, qui demandent tellement d'énergie et d'argent qu'ils ne tiennent pas la route si on est seul, mais qui peuvent marcher à partir du moment où l'on peut collaborer.

D'autre part, ce travail permet une économie d'échelles, une rentabilité maximale de chacun des services. Si on a quelques heures sur une semaine pour être disponible à un service d'aides familiales, on touche des personnes âgées qui ne viennent jamais consulter. Etre disponible à ce niveau, c'est pouvoir toucher des dizaines, si pas des centaines de situations.

C'est évidemment construire des collaborations à double sens, parce que si on peut être disponible à des aides familiales ou des aides soignantes, on peut, nous aussi, parfois, leur demander certaines choses dans des situations complexes.

Questions :

- *Les formations, les supervisions, elles s' adressent aux aides familiales ?*

A tout service demandeur de réfléchir à ses pratiques, de collaborer, de pouvoir s'investir dans le travail de réseau avec les autres intervenants. Le réseau est un choix, une volonté, un support à la créativité.

II. Sélection des récits

Après l'exposé de tous ces récits, les participants sont invités à choisir *deux récits* qu'ils considèrent comme les plus proches des préoccupations de l'ensemble des membres du groupe. Cela s'est fait dans le cadre d'un tour de table au cours duquel chacun a proposé, en motivant son choix, les deux récits qu'il souhaitait analyser.

Au terme de ce tour de table, ce sont les récits suivants qui remportent le plus de voix :

- H. « lien continuité et place de chacun »
- O. « Réseaux prérequis, une démarche volontaire ».

Voici un extrait des arguments avancés par les différents participants pour justifier le choix de ces récits :

H. lien continuité et place de chacun :

- « *comment arrêter ce ballottage, de lieu en lieu ? Cela fait écho à notre pratique* » (psychiatre)
- « *c'est révélateur de la difficulté que l'on a de s'occuper d'un patient dans le temps, d'avoir une personne qui coordonne tout...* » (case manager)
- « *ça montre l'engagement des intervenants par rapport au patient* » (thérapeute en SSM)
- « *en tant que parent, il faut aussi partir de chacun, on sait que le réseau peut être long dans le temps, il faut donc bien réfléchir... il faut quand même que cela marche* » (parent d'utilisateur)
- « *il y a beaucoup de choses qui se passent autour du patient. Comment structurer tout cela, se coordonner pour qu'il y ait un fil conducteur dans les soins ?* » (psychologue en institution)
- « *c'est la question de la personne de référence qui suit la personne parfois pendant 32 ans...* » (intervenante d'un service de prise en charge dans le milieu de vie)

O. Réseaux prérequis, une démarche volontaire :

- « *c'est intéressant d'avoir une base commune* » (assistant social)
- « *je m'y retrouve : dans la recherche de coller au terrain et de construire quelque chose qui soit adapté aux ressources dont on dispose et à la région dans laquelle on travaille* » (thérapeute en SSM)
- « *derrière les personnes, qu'est ce qu'il faut en amont ? On se rend compte, on rêve de mettre en place beaucoup de personnes, parfois c'est tellement grand qu'on ne sait plus qui gère* » (parent d'utilisateur)
- « *l'idée d'un réseau très actif, qui demande du temps, qui se construit... autant en faire profiter tout le monde.* » (représentante d'utilisateur)

Une discussion a lieu à propos du choix du récit. Comme le récit O ne correspondait pas tout à fait aux consignes données en début de séance (« relater une expérience **concrète**, vécue par vous, relativement récente, située dans le **temps** et l'espace du style « Un jour, il est arrivé... »), l'animatrice propose de poursuivre la discussion en essayant de voir les liens que les différents récits peuvent entretenir les uns avec les autres.

Une participante distingue deux grands axes autour desquels peuvent s'articuler les récits à savoir :

- Le respect du patient, de son rythme, de son secret : récits B, C, E, G, H, I, J, L et N
- Le fonctionnement institutionnel (relation, volonté) : récits A, C, D, F, I, M, O

Ensuite, le choix du récit O se trouve reconfirmé lors d'un second vote. L'animateur propose que ce choix ne soit entériné qu'à condition que le narrateur propose un récit conforme aux consignes (situation concrète), par exemple, en repartant d'un des exemples plus concrets qu'il a évoqués dans son récit. Le groupe accepte et le choix est entériné.

Parmi les deux récits sélectionnés, il faut noter que chacun se rapporte à un des axes identifiés : respect du patient et fonctionnement institutionnel.

On peut encore remarquer, au sujet du choix du récit O, qu'il est de type plus analytique, par rapport aux autres, le propos est plus général et abstrait. Le positionnement du narrateur en fin de tour de table (dernier récit récolté) peut également avoir influencé le choix.

Signalons aussi que les deux récits choisis en fin de journée par le groupe sont des récits qui ont été proposés l'après-midi, les récits A à G ayant été amenés le matin et les récits H à O l'après-midi.

Chapitre 3: ANALYSE DETAILLEE DES DEUX RECITS

Les deux récits sélectionnés et analysés par le groupe sont ici retranscrits in extenso, de même que les questions d'information complémentaire auxquelles ils ont donné lieu, conformément à la méthode.

Ensuite, les interprétations du récit amenées par les différents participants du groupe lors de deux tours de table successifs sont présentées, en mettant l'accent sur les convergences et les divergences entre interprétations. Cette mise en perspective des interprétations en fonction des convergences et divergences a été proposée par les chercheurs et soumise à la discussion avec le groupe, lors des journées de travail.

I. Récit 1 : lien, continuité et place de chacun

Ce récit est amené par une responsable d'un Service résidentiel pour Jeunes :

« C'est un jeune qui arrive chez nous à l'âge de 10 ans. Cet enfant a fait une multitude d'institutions avant et est placé depuis l'âge d'un an. Il vient de passer un an et demi dans une structure pédopsychiatrique. Tout un travail au niveau de son histoire y a été mis en place, dans un souci de faire des liens très concrets dans une histoire vraiment très chaotique. Au moment où il arrive chez nous, il est élevé par sa grand-mère, il a des frères et sœurs, qui sont dans des familles complètement différentes de la sienne. Il ne sait pas non plus comment il s'appelle. Il y a plein de questionnements sur son nom d'origine : il ne porte ni le nom de son père biologique ni celui de sa mère biologique.

C'est un mandat judiciaire : depuis qu'il a un an, un dossier est ouvert au tribunal de la jeunesse de B. Il faut dire que le juge est excédé par cette situation parce qu'il a été sollicité à de nombreuses reprises, dans l'urgence, avant que ce jeune n'arrive dans l'hôpital pédopsychiatrique où il est entré en janvier 1999.

C'est en tant qu'assistante sociale que je traite cette situation et en tant que « RPI », responsable de projet individuel, parce que je suis aussi formée à la systémique, je suis aussi responsable des entretiens familiaux.

D'emblée, le responsable de l'hôpital psychiatrique qui nous adresse la demande, expose que c'est une situation difficile : il a interpellé plusieurs institutions 140 et, manifestement, il n'y a pas beaucoup d'« amateurs » pour accueillir ce jeune. Comme nous avons un partenariat assez suivi avec cette institution et qu'on partage un peu les mêmes représentations, en rencontrant le responsable de l'unité où il est hospitalisé dans un premier temps, on se partage une série d'informations, en toute transparence. Et je me dis qu'il pourrait être possible de mettre en place une admission. Il y a plusieurs rencontres qui se mettent en place, avec les responsables de l'unité, moi-même et l'équipe éducative qui serait susceptible d'accueillir le jeune. Dans un second temps, il y a une présentation du jeune et nous demandons un essai, pour voir s'il peut trouver ses marques chez nous, et pour que nous puissions faire une petite observation avant de nous positionner. Au terme de cette observation, cela semble possible, mais avec différentes conditions de collaboration.

La première condition, c'est de rencontrer la famille et d'avoir des rencontres régulières au sein de l'institution. La procédure d'admission chez nous est de trois entretiens avec la famille : il s'agit notamment de partager nos exigences de collaboration, qui vont dans le sens des exigences de l'hôpital psychiatrique. Le premier entretien se met en place avec la famille. Dès le premier abord, comme il y a deux demi-frères et sœurs qui sont dans d'autres familles et que ce jeune se questionne manifestement sur tout cela, il me semble important de

tester la possibilité qu'a cette famille de nous ouvrir à ces autres familles. Et cela se met en place : la famille est ouverte à cela. Elle est très soutenue par l'hôpital psychiatrique en qui la grand-mère a mis toute sa confiance, parce que c'est la seule institution où l'enfant a eu une certaine stabilité et où il n'y a pas eu trop de crises. Donc, ça nous semble important que cet hôpital psychiatrique nous passe le relais et qu'il y ait régulièrement des entretiens avec le responsable d'unité ou le pédopsychiatre présent. Il faut vraiment qu'il y ait un bâton de relais qui se passe entre les deux institutions.

Cet enfant a une médication, que la grand-mère a eu d'énormes difficultés à accepter mais avec le travail individuel mis en place à l'hôpital et la médication, cet enfant fait preuve de possibilités de s'intégrer socialement dans différents contextes.

Une dernière chose importante : c'est le tribunal de la jeunesse. Avant l'entrée du jeune chez nous, nous demandons un rendez-vous avec le juge et nous demandons à mettre très clairement dans l'ordonnance de placement, différentes conditions qui nous permettent de pouvoir continuer à collaborer. Dans ces différentes conditions, il y a entre autres la possibilité que l'hôpital puisse ré-hospitaliser l'enfant et réouvrir ses portes le lendemain-même si nécessaire –ce qu'on n'a jamais, d'habitude avec les hôpitaux car il y a des procédures d'attente. Et l'hôpital accepte de moduler ses possibilités de réadmission.

Le jeune arrive, il est scolarisé et fréquente un enseignement spécial en lien avec l'hôpital, qui est tout à fait adapté à ses difficultés. Il va intégrer chez nous un autre type d'enseignement spécial, qui n'a pas la même tolérance que cette école. Il est donc important de mettre en place une rencontre entre l'équipe scolaire de l'école qu'il fréquente à l'hôpital et la nouvelle équipe scolaire. Le responsable de maison de l'hôpital et moi-même sommes garants que ce genre de choses puisse se mettre en place. Tout cela a lieu aux alentours de l'admission, pour bien baliser le travail et les responsabilités de chacun dans cette situation. Parce que d'emblée, je pointe, en accord avec l'hôpital, la co-responsabilité de chacun dans ce genre de situation. C'est important que chacun intègre ce type de représentation, parce que chacun aura une petite partie du travail à gérer.

La rencontre avec l'école se met en place et dès le départ, cela se passe excessivement mal parce que l'école ne comprend pas pourquoi l'institutrice de l'hôpital vient. L'institutrice de l'école vient en se disant « mais que va-t-elle nous apprendre ? Elle va faire mieux que nous. On est aussi enseignant, on sait aussi gérer les choses ». J'ai été très surprise parce que cet enfant a une histoire tellement éclatée, avec des institutions qui ont toutes été tellement dépassées, que cela me semble important que l'on prenne du temps, pour s'occuper de nous, intervenants, pour se mettre autour de la table et parler de cette situation qui va nous démunir.

L'école vit ça très mal et je me dis, avec le responsable de l'unité de l'hôpital : « oh là là, c'est mal barré », sachant comment ils fonctionnent, à l'école et très vite, il risque d'y avoir des problèmes car la nouvelle école n'est pas prête à travailler comme cela.

Le jeune arrive chez nous et nous décidons, au niveau de l'institution dans laquelle je suis, d'intégrer, à chaque moment clinique, le responsable et les membres de l'hôpital et le délégué du SPJ, pour que tout le monde ait la même information et qu'on co-construise les choses autour de la table. Parmi ces moments cliniques, il y a les réunions cliniques, avec le tour des enfants toutes les semaines et deux évaluations par an.

Cela se met en place, tout va très bien. Reste l'école que j'invite et qui viendra ponctuellement mais pas régulièrement. Donc là, « ça capote ». Il y a aussi une transmission de psychiatre à psychiatre parce que la médication est importante et là, c'est encore une rencontre ensemble avec les psychiatres et la famille. Tout au long du travail dans l'institution chez nous, nous allons fonctionner comme cela et ça va être porteur. L'enfant va

s'intégrer dans un contexte extérieur, qui est le mouvement de jeunesse. Il y a plein de relais qui vont se faire avec ses oncles et tantes. Cet enfant va rester chez nous pendant 2 ans, de manière tout à fait positive pour lui et sa famille. Il y a aussi tout un travail avec un autre membre de la famille : le compagnon de la grand-mère, qui va devenir un parrain et être investi d'un rôle de responsable, de substitut paternel dans cette situation. Au moment de la sortie, qu'on va prendre un an à préparer, ce jeune et sa famille vont paniquer à l'idée de cette sortie, parce qu'il y avait un cadre tellement protecteur, qui mettait du sens sur tout, tout le temps (mais qui demande une énergie terrible et des représentations communes). A ce moment, le jeune va beaucoup plus mal.

On a fait des visites de trois institutions, en partenariat avec l'hôpital, la famille et nous-mêmes, et le jeune bien sûr. Il y a une structure qui a accepté de se mettre dans cette continuité de lien, au moment de l'admission. Et une fois l'admission mise en place, cette institution n'a pas fonctionné comme tel, donc plus aucune nouvelle du jeune, sauf les nouvelles catastrophiques au moment de la sortie.

J'ai oublié de dire une chose importante : il a été ré-hospitalisé un mois en urgence au moment de la sortie parce qu'il paniquait terriblement, après un passage à l'acte assez violent dans l'institution, mais que l'on pouvait tout à fait contextualiser et sur lequel on pouvait mettre du sens. Quand ce jeune nous a quitté, il y avait des relais qui devaient se mettre en place et qui ne se sont pas faits, pour quelle raison ? Je n'en sais rien mais la nouvelle institution n'a pas fonctionné dans la continuité.

Les nouvelles que nous avons eues par la suite étaient tout le temps des nouvelles catastrophiques aussi bien du côté de l'hôpital que de la famille : c'était soit la grand-mère qui téléphonait, soit l'hôpital, ou l'IPPJ où il s'est très vite retrouvé. C'est pour cela que je présentais cette situation car la veille de venir ici, c'est l'hôpital psychiatrique T. qui téléphonait : il va avoir 17 ans et ils expliquaient qu'il allait être hospitalisé après une mise en observation dans un autre hôpital psychiatrique et que la situation était catastrophique. »

A. Questions supplémentaires d'information sur le récit

- *C'était quel type d'institution ?*

Le même type d'institution que la nôtre mais pour enfants et adolescents.

- *Quel âge avait-il à ce moment-là ?*

Il avait 13 ans quand il nous a quittés. Après sa scolarité primaire, il était important de trouver un établissement pour sa scolarité secondaire.

- *Les réunions sont-elles organisées à votre initiative ou à l'initiative du juge ou... ?*

A partir du moment où il a été chez nous, elles ont été organisées à notre initiative mais avec la totale collaboration et l'acceptation de cette manière de faire par le juge, l'hôpital et la famille. Et la famille était toujours au centre de cette situation.

- *Vous étiez tenus au courant par la suite après la sortie ? Est-ce que les autres intervenants l'ont aussi été ?*

On a communiqué avec l'hôpital. Chaque fois qu'on avait un coup de fil de la grand-mère ou qu'on avait vu le jeune, on se transmettait l'info entre notre institution, l'hôpital et la grand-mère.

- *C'est un enfant qui était fort "débilitéé" ?*

Pas du tout, mais il avait un quotient intellectuel très bas quand il est arrivé chez nous et il a progressé de 25 points. Il avait une intelligence tout à fait normale.

- *Moi je voudrais savoir comment ça se fait que 4 ans après qu'il a quitté votre institution vous avez encore des nouvelles ?*

Parce qu'en tant que jeune adulte, il a mentionné l'hôpital ainsi que notre institution et il a expliqué où il avait passé une partie de sa vie. C'est comme ça qu'une partie des autres institutions nous contactaient pour avoir des éléments d'information, pour parvenir à retracer son histoire, parce qu'elle est complètement éclatée.

- *Vous parlez de mouvement de jeunesse, de contact avec l'extérieur, ... le parrain, c'est devenu une personne de référence ?*

Le compagnon de la grand-mère est devenu son parrain et il s'est donc investi dans son rôle de parrain. Non ce n'était pas vraiment une personne de référence.

- *Est-ce que vous savez pourquoi cela n'a pas marché dans les autres institutions ?*

Avant l'hôpital, j'ai plein d'hypothèses que je partage avec l'hôpital, mais c'est peut-être trop long d'en parler ici...

- *Moi je voudrais poser une question : il est resté 2 ans et vous avez mis un an à l'accueillir et un an avant son départ à le propulser ailleurs donc il est resté 3 ans ?*

C'est la deuxième année qu'on prépare à la sortie. Il est resté 3 ans.

B. Convergences et divergences

1) Bases communes dans un réseau.

Une série d'interprétations portent sur la nécessité (ou non) de représentations communes pour aborder la situation, pour pouvoir travailler ensemble. Les uns soutiennent que pour bien intervenir ensemble, il faut qu'il y ait une base commune (et plus particulièrement des **représentations communes**) et que c'est ce qui a permis que le réseau fonctionne si bien dans ce cas. Les autres défendent que ce n'est pas obligatoire et que le contraire peut également être riche.

(a) *En quoi consiste cette base commune ?*

- Pour certains, il s'agit de représentations communes qui portent sur **la situation**, le patient, voire le diagnostic de la situation (pour lequel il peut être utile de se doter d'outils communs), autrement dit une perception commune de la situation.

A partir du cas d'un enfant psychotique en SAJJ, une intervenante illustre le système de représentations des intervenants et ses répercussions sur la manière d'aborder la situation : « Certains collègues, qui sont du côté de la psychose vont dire : cet enfant est psychotique et travailler cela avec lui, et à la limite, il va devenir psychotique. Et d'autres ont une autre version des choses et considèrent qu'il ne l'est pas, et travaillent tout ce qui n'est pas de l'ordre de la psychose. Ce sont les représentations qu'ont chacun des intervenants, de l'endroit où ils sont : on doit se méfier de ce qu'on peut projeter, représenter aux autres. Car la manière de penser influence ce qu'on va faire ».

- Pour d'autres, ces représentations communes portent plutôt sur **les modalités de prise en charge**, sur la méthode de travail. Certains distinguent même différentes modalités de travail : d'une part, les représentations de l'approche en santé mentale et d'autre part, celles du travail en réseau et ses modalités. Par exemple, le réseau peut plutôt évoquer,

« une forme de légèreté », par rapport à des institutions comme l'hôpital, qui représenteraient plus « une certaine lourdeur ».

- Il n'y a pas que les représentations, mais aussi les **valeurs, la philosophie de travail**, les manières de faire (des procédures, des pratiques), les outils (qui doivent être évalués dans le temps) qui peuvent servir de base commune pour la collaboration. Ces valeurs et philosophies de travail peuvent renvoyer les intervenants à leur propre histoire et sont liées à ce qu'ils peuvent induire (auprès de la famille).

(b) Nécessité de cette base commune

Plusieurs positions s'opposent par rapport à la nécessité de ces représentations communes :

- a. Certaines explications soutiennent que la représentation commune constitue **la base** du travail en réseau. Il faut des représentations communes pour travailler ensemble : il faut tout un travail préalable pour avoir les mêmes représentations, pour commencer la prise en charge.
- b. D'autres expriment qu'on n'est **pas obligé** d'avoir les mêmes représentations, pour travailler ensemble. Au contraire, il est même intéressant de travailler avec des personnes dont on ne partage pas les représentations (en référence notamment à la seconde école dans le récit, plus réticente à entrer dans le réseau). Travailler avec des gens qui ont une autre optique, autrement dit avec lesquels on ne partage pas des représentations communes, cela peut être complémentaire.

Ceci est illustré par le travail sous contrainte, où on travaille en coordination et en concertation avec les instances judiciaires, plus ou moins répressives (prison, maison de justice). Dans le cas d'un patient en semi-détention, qui a été réincarcéré, une thérapeute en SSM explique qu'il peut être intéressant, de travailler avec le patient le fait qu'il ait été réincarcéré parce qu'il n'a pas respecté certaines normes et de travailler avec lui la manière dont il peut s'y conformer. Elle précise que cela n'implique pas pour autant qu'en tant que psychologue, elle souscrive à ces normes.

Dans la même ligne d'idées, ces valeurs et ces philosophies de travail, se construisent, et se confrontent aussi aux autres. Cette dynamique de confrontation d'une multiplicité de regards et d'approches, est identifiée comme étant le propre du travail en réseau : « cela ouvre le champ de réflexion et de compréhension ». Le réseau est alors considéré comme l'ouverture à une multiplicité de regards. C'est une question de globalité et d'attention à la multiplicité des facettes.

- c. Plusieurs **positions nuancées** s'expriment également:
 - i. Une nuance est apportée à la position précédente, qui soutient la diversité des points de vue, en disant qu'il ne faut pas non plus que les conceptions soient antagonistes car si tout est opposé, on ne peut pas travailler.
 - ii. Certains, s'ils reconnaissent que les représentations communes sont nécessaires dans une certaine mesure, pointent tout de même le risque que le réseau soit un réseau dogmatique, notamment à partir de l'exemple du jeune psychotique cité précédemment.

Quand l'animateur constate l'opposition des deux ^{ères} conceptions et la renvoie au groupe, celle-ci est nuancée de deux manières:

iii. Nuance en termes de processus :

Les deux optiques ne sont pas nécessairement opposées car la multiplicité des regards peut être mise en commun, les représentations communes peuvent se forger au fil du temps, par

rapport à des regards différents qu'on s'est échangé, des regards des autres qu'on a soutenus. La dimension commune est à construire.

Les représentations communes ne vont pas se construire uniquement en situation de crise : elles se construisent au fil des interactions. La différence des points de vue est intéressante, la base commune va s'enrichir au fil du temps, d'une meilleure compréhension réciproque, de réflexions plus théoriques, d'hypothèses construites dans le long terme.

iv. Nuance en termes de degré :

Il y a une part de représentations communes et une part de différence : c'est une question de degré. Un participant suggère de parler de « représentations partagées », plutôt que communes. Le fait que celles-ci orientent l'action est également souligné : un psychologue propose de parler de « lien cohésif », plutôt que de représentations communes, en insistant sur le fait de « *construire quelque chose pour construire un projet* ». Il y a aussi là une dimension d'action performative : ces représentations communes et ce lien débouchent sur une manière de travailler. Partager des idées, c'est déjà orienter l'agir.

Un autre participant fait remarquer qu'il faut lier les représentations communes à la **connaissance réciproque** (cfr infra) de la manière suivante : on peut avoir des divergences (en termes de représentations communes), à condition qu'il y ait une connaissance réciproque, un respect et une confiance. « *Si le patient sent que deux intervenants n'ont pas le même avis sur la question mais se respectent, cela change tout* ».

Une autre nuance est encore ajoutée par rapport à l'idée de représentations communes. Elle porte sur l'opposition qui peut parfois exister, selon certains, entre l'idéologie médicale –qui a tendance à être dominante parce que plus reconnue, plus forte, constituée en lobby et à cause de l'argent– et une approche globale de la personne, qui constituerait le propre du réseau.

2) connaissance réciproque – respect mutuel – confiance – estime

Une autre série d'interprétations portent sur la connaissance réciproque, le respect et la confiance (qui se sont construits) entre les intervenants. Dans le récit, ce sont plus particulièrement les liens existants entre le Service Résidentiel pour Jeunes et l'hôpital pédopsychiatrique qui sont pointés.

A nouveau, deux positions s'expriment :

a) **Une bonne connaissance réciproque permet le travail en réseau.**

Certains participants soulignent qu'il ne s'agit pas « juste de se connaître », il y a aussi les **valeurs**, telles l'estime du travail de l'autre, la confiance, le respect (tant le respect de la personne que l'on va aider que le respect entre travailleurs sociaux). Ce sont des éléments qui permettent de travailler ensemble et de collaborer : « *C'est grâce à cela qu'on peut aller **questionner la pratique** de l'autre, et surtout se questionner et se laisser questionner soi-même, ce que l'on accepte plus facilement d'une personne à qui on accorde un certain crédit, une confiance et une reconnaissance* ». Ce qui fait le lien avec le point précédent, consacré aux représentations communes.

Un autre participant souligne l'importance de bien différencier les notions de valeur et de connaissance théorique dans les relations entre intervenants et bénéficiaires ; « *Parfois les choses sont diluées dans la notion de valeur : on dit « chacun fait ce qu'il peut / ce qu'il veut » et on fait l'impasse sur des choses fondamentales. On a eu, par exemple, un débat avec des aides familiales qui témoignent que, dans telle famille, il y a peu de structures, pas de limite... Si on met une limite, des structures dans cette famille, est-ce qu'on ne projette pas nos valeurs ? Tout est parasité par la notion de valeur.* »

Certains intervenants notent que la confiance, le respect, l'estime réciproque sont des éléments qui ne s'imposent pas a priori. Entre le fait de les déclarer importants et de les situer au centre de sa pratique et leur mise en œuvre effective, il y peut y avoir un écart : « *La confiance et le respect sont des **tartes à la crème** de notre métier. C'est une tarte à la crème de le dire. Mais le faire c'est autre chose. L'intégrer dans le travail, ce n'est pas simple. C'est un travail de longue haleine qui se construit au jour le jour. Combien de fois n'entend-t-on pas des critiques en réunion d'équipe sur les autres services ?* »

D'autres s'interrogent aussi sur la manière dont on peut **créer** ces éléments. Les participants s'accordent sur le fait qu'il faut les « **co-construire** ». Certains précisent : « *on peut **construire ces éléments avant**, indépendamment de l'urgence, ils peuvent servir au moment où un cas arrive.* »

- b) Une divergence s'exprime par rapport à la mise en avant de ces éléments de nature interpersonnelle, comme le respect, l'estime, comme (seuls) éléments permettant la collaboration. D'autres **éléments, de nature plus collective, notamment institutionnelle**, permettent ou empêchent aussi la collaboration :

« *Ce n'est pas juste une question de volonté individuelle : les intervenants sont parfois pris dans des enjeux institutionnels, hiérarchiques, financiers, de pouvoir ou de rivalité, qui les dépassent. C'est vraiment très complexe. Comment agir là-dessus ?* »

Quelqu'un s'interroge aussi sur « *les enjeux institutionnels qu'on ne peut dépasser et ceux qu'il y a moyen de faire évoluer parce qu'ils se situent au niveau des représentations et peuvent être travaillés* », ce qui rejoint la thèse de la « volonté individuelle ».

L'aspect de **subvention**, le fait d'avoir suffisamment de patients apparaît pour certains comme un élément déterminant en termes d'obstacle à la collaboration : « *quand il y a de telles contraintes, la réflexion peut s'arrêter là.* »

Des moteurs et des freins à cette **collaboration** sont alors repérés.

(a) *Les autres moteurs de la collaboration*

Une piste possible pour créer la collaboration et dépasser les difficultés susmentionnées réside dans la **formalisation** : « *La formalisation n'est pas toujours mauvaise* », « *On peut formaliser : les contrats de collaboration, les conventions, qui se situent au niveau institutionnel, permettent de faciliter le travail de création du lien pour les individus* », « *en sachant qu'au-dessus, ils sont tous d'accord, on crée les conditions favorables* ».

- La contrainte : « *la contrainte est parfois nécessaire pour qu'on fasse l'effort de travailler ensemble. Elle peut être une incitation positive, cela peut favoriser la participation, le fait d'être forcé d'aller vers des partenaires.* »
- Parfois, les enjeux financiers (et les subsides à la clé) constituent, à l'inverse de ce qui a été évoqué ci-dessus, un moteur à la collaboration et à la formalisation. Un exemple donné par un intervenant montre que c'est possible : « *il y avait, dans cette région, deux Services de Santé Mentale en forte rivalité : avec l'appel à projets thérapeutiques, tout d'un coup, ils se mettent à travailler ensemble, parce qu'il y a des enjeux financiers...* »
- La transdisciplinarité et le fait que chaque acteur ait le même poids : « *c'est une façon de se respecter les uns les autres... : la voix d'une aide familiale a le même poids que le juge, le médecin...* ». Cette position est toutefois nuancée par certains : dans les faits, tous les acteurs n'ont pas nécessairement le même poids. Le juge, le médecin et l'hôpital psychiatrique sont souvent plus puissants : ce sont des « acteurs dominants » ; ce qui n'est pas nécessairement négatif. Plusieurs participants ont souligné, dans la situation présentée,

que l'inscription du retour possible en hôpital psychiatrique, dans l'ordonnance de placement du juge, constitue un élément qui permet ou facilite la collaboration en réseau.

(b) *Les autres freins*

- la nécessité du « hors cadre » de l'adaptation au cas par cas :

Un intervenant pointe une contradiction possible entre la nécessité de formaliser et celle de pouvoir sortir du cadre, laissant apparaître de manière sous-jacente une certaine **réticence à la formalisation** : « *On parle de formaliser une certaine manière de travailler et en même temps de la nécessité d'être hors cadre, de pouvoir s'adapter à des cas spécifiques* ».

- le fait qu'il y ait des idéologies ou des acteurs dominants et donc des rapports au pouvoir :
A un niveau plus général, « *ce qui peut constituer un fameux frein, ce sont les idéologies dominantes, au niveau sociétal. L'idéologie du monde médical, une certaine façon de voir la santé mentale.* » L'idéologie médicale est souvent plus forte, plus reconnue (et soutenue par l'argent et le lobby des médicaments, fort puissant), selon un psychologue. Il y voit la « *puissance du médecin, qui s'oppose à une approche globale de la personne, une conception de l'humain...* ». Le psychiatre nuance en faisant remarquer que « *le lobby des médicaments est quand même fort malmené pour le moment ... on ne peut pas dire que les ministres de la santé actuels sont pro-lobby* ». Le psychologue a l'impression que ce n'est pas la même logique au niveau de la petite enfance.

Pour les usagers, le fait que les prestations médicales soient remboursées par la mutuelle, – contrairement à celles des psychologues – donne plus de pouvoir au médecin.

3) Réseau dynamique/ statique : temporalité

Une série d'interprétation rejoignent l'idée d'un **réseau « dynamique »**, qui évolue au fil du temps, en fonction de la situation du patient, par opposition à un réseau « *fixé une fois pour toutes* ».

Le réseau peut être vu comme une photographie à un temps « t », quand la situation est stabilisée. Les difficultés pour travailler en réseau résideraient davantage dans les situations qui sont en train d'évoluer et dans les situations qui se trouvent dans des interstices entre plusieurs zones ou types de soins ou de services : justice et santé mentale, handicap et santé mentale. Toutes ces situations, un peu floues et évolutives, impliquent un réseau qui suive la fragilité et la mobilité de la situation. Si le réseau n'est pas déterminé une fois pour toutes, il faut qu'il s'adapte pour que cela reste cohérent.

Il s'agit de la même idée lorsqu'on parle de « *réseau passage* », par opposition à un « *réseau structure* », idée qui se manifeste aussi dans le fait de « *penser la sortie dès le début de la prise en charge* ».

Dans le prolongement, quelqu'un rappelle que la finalité du réseau est de ne plus exister à terme, pour le patient. Mais une divergence apparaît à ce niveau ; le réseau existe toujours virtuellement car on a tous un réseau qui pourrait être activé : « *On a tous un généraliste, on peut tous avoir un cancer, qui fait qu'on aura besoin d'un réseau de soins palliatifs, on a tous un réseau potentiel autour de nous. C'est un réseau qui peut être activé, qui est là, au cas où...* ».

- Dans le récit évoqué, le réseau est « **cohérent** » et peut servir de contenant, ce qui est sécurisant pour la famille. La question qui se pose est de savoir comment le réseau peut continuer à être cohérent et contenant, alors qu'il bouge, qu'il évolue, en s'adaptant à la

situation et qu'on y ajoute d'autres acteurs (comme cela a été le cas avec la seconde école).

- L'idée qu'il faut prendre en compte les **ressources du patient** dans le milieu de vie, est aussi amenée, comme un élément de cette dynamique du réseau. Mais différentes positions s'expriment quant à la manière de le faire et à la place qu'elles ont :

Selon certaines interprétations, le passage entre deux institutions serait plus facile avec des ressources non institutionnelles, dans le milieu de vie.

D'autres sont d'avis qu'il faut mobiliser ces ressources du patient dans n'importe quel cas de figure.

Pour d'autres encore, il faut solliciter en même temps le réseau institutionnel et les ressources naturelles ;

Pour les derniers, notamment les usagers et l'intervenant du service de prise en charge dans le milieu de vie, il faut solliciter en priorité ces ressources dans le milieu de vie.

Le risque que l'usager, qui était au centre de cette situation, s'éloigne de plus en plus dans les discussions entre professionnels, est aussi pointé par la narratrice. Un participant fait remarquer que : *« la manière dont les choses sont amenées fait penser que parce qu'on passe à un projet institutionnel, on se passe du point de vue de l'usager »*.

- Les usagers et proches d'usagers insistent sur la nécessité d'une **explication et d'une information** du patient et de sa famille à chaque fois qu'il doit y avoir du changement dans le réseau, pour les sécuriser et les rassurer : *« Il faut que le passage soit toujours bien compris et bien expliqué, quand on doit passer de l'un à l'autre, car il y a toujours le risque que cela déstabilise un peu »*.

- Tout un débat porte aussi sur la manière de déterminer et de décider **quel est le réseau pertinent** pour une situation.

Si certains soutiennent que cela se détermine dans un **dialogue entre professionnel(s) et patient**, le parent d'usager soutient que c'est au professionnel de faire une proposition (que l'usager et ses proches ne sont pas toujours en mesure de faire), et au patient de décider. D'autres professionnels suggèrent que parfois le patient puisse proposer certaines choses aussi ou amener certains éléments à partir de son réseau « naturel ».

L'idée d'un choix ou d'une sélection au sein du réseau en fonction des objectifs de la réunion est également soutenue : *« Quand on met un réseau en action, c'est parce qu'on est confronté à une difficulté spécifique, toute l'entière du réseau du patient n'est pas nécessairement pertinente à mettre en branle. Il y a des moments où il faut mettre un réseau. Il faut une pertinence par rapport à l'objectif de la réunion. On ne va pas inviter le chef scout s'il est question d'orientation scolaire »*. Un autre soutient même que la présence des patients n'est pas toujours nécessaire non plus, notamment pour construire les prérequis communs entre professionnels, abordés dans le premier point.

Pour un autre participant, il faut parfois pouvoir poser au patient les conditions de son intervention: on fait souvent appel au réseau quand on est bloqué dans une situation et il faut savoir l'expliquer au patient *« moi, pour continuer, j'ai besoin de collaborer avec un tel et un tel »*, voire *utiliser son pouvoir d'influence* ». Mais cette conception peut être opposée à celle, soutenue par la représentante d'usager, selon laquelle il n'y a pas de réseau, s'il n'y a pas d'accord de la personne.

Enfin l'introduction d'une nouvelle personne dans le réseau et sa présentation à l'usager, peuvent être vus comme un « test relationnel » et la réaction de l'usager peut apprendre certaines choses au professionnel et servir de feed-back.

4) Continuité du lien.

Plusieurs interprétations soulignent l'intérêt de garder le lien malgré une rupture, un passage, comme cela a été fait dans le relais entre l'hôpital psychiatrique et l'IMP 140 ; le manque de continuité au-delà du séjour en IMP est aussi pointé et questionné. Le caractère « contenant » du réseau est également souligné à de multiples reprises, comme élément positif (pour faire face au parcours éclaté du jeune) qui a permis au jeune de se sentir mieux.

(a) Réadmission

La possibilité de **réadmission** du jeune à l'hôpital en cas de problème, comme exemple de cette continuité, est saluée unanimement comme un élément facilitant le travail en réseau dans cette situation. Cela permet une prévention de la crise. C'est « efficace et rassurant », tant pour le jeune que pour les professionnels. De la même manière, un intervenant en ambulatoire rend compte de l'efficacité de « *prévoir des hospitalisations périodiques (par exemple une semaine tous les 3 mois) dans un objectif de prévention... C'est rassurant pour le patient, pour ses proches* ». Cela permet d'anticiper, pour éviter la crise.

(b) Personne de référence

La question de la nécessité d'une **personne de référence** pour assurer cette continuité a été posée. Dans la situation du jeune, ce rôle était occupé partiellement par le responsable de maison de l'institution psychiatrique, qui était fortement investi par le jeune et qui avait aussi un « rôle de substitut paternel ».

- **Qui** peut être cette personne de référence ?
 - o S'agirait-il d'une « autorité morale » reconnue par tous pour assumer cette fonction ou qui aurait une espèce de mandat pour le faire, comme un coordinateur, un case manager ? Au risque qu'une personne désignée pour le faire ne soit pas nécessairement investie en tant que telle par le patient, comme le rapporte la narratrice à propos de certaines associations de l'AWIPH mandatées pour faire lien et peu investies comme telles par le patient). Un autre participant, lui-même case manager, ajoute : « *Le case manager, ne peut pas fonctionner et coordonner s'il n'est pas suffisamment investi par le patient* ».
 - o Ou bien s'agit-il d'une personne choisie et considérée en tant que telle par l'utilisateur ?

La question de la **formalisation** de ce rôle de référence est aussi posée : faut-il le formaliser ou non ? Est-ce possible de formaliser ? Si oui, comment ? La coordination doit-elle être assumée par la même personne ?

Plusieurs voix soutiennent une non formalisation : « *Cela semble très difficile de formaliser au niveau politique, quelque chose comme la personne de référence : ce n'est même pas un choix conscient, pour l'utilisateur, de se dire « tiens, j'ai investi celui-là »* » comme le fait remarquer un participant.

Par ailleurs, l'intérêt de formaliser une personne dans ce rôle est questionné : « *Ce n'est pas tellement important de systématiser un référent, si c'est quelque chose qui, par définition, est mobile* ».

L'intérêt qu'une personne de référence puisse **demeurer** pour la personne, « *parfois même pendant 50 ans* », est évoqué. L'intervenant qui a soutenu cette idée souligne par ailleurs l'importance de passer le relais au niveau de ce lien de référence : « *c'est important de transférer ce lien de référence de coordination, à chaque étape, quand il convient. Par exemple, quand je travaille, j'essaie de transférer le lien vers le médecin traitant, l'aide*

familiale, quand la personne n'a plus besoin d'un service psychiatrique. » Mais des nuances sont apportées et le besoin de stabilité est aussi mis en exergue par rapport à la spécificité de la maladie mentale : « *Le référent mobile, je suis d'accord et en même temps, avec la maladie mentale, qui est chronique, en tout cas chez les adultes, la stabilité est importante...* ».

D'autres interprétations mettent plutôt en lumière que ce « transfert du lien ou transfert du transfert » est plus difficile quand un intervenant, ou une institution, s'est beaucoup investi dans la situation (comme dans l'exemple après le passage dans l'IMP) :

« Ça va plus mal après, quand ça a été très bien quelque part... Est-ce qu'il faut faire un maximum pour bien travailler avec une situation, parce qu'après, quand on lâche, ça va encore plus mal ? Parfois si on investit une famille « d'une bonne façon », peut-être qu'après la famille ne s'y retrouve plus. C'est comme quand on tient la main de quelqu'un qui a les yeux bandés pour écrire : seul, il n'écrit pas mal, mais une fois qu'on l'a aidé, après, ça ne va plus ».

Le référent a un rôle de **tiers**.

- Il faut peut-être distinguer les rôles de **coordinateur et de psychothérapeute**, comme le propose un participant. Cela permet de distinguer les fonctions, et de maintenir la position de tiers en cas de conflit. L'investissement n'est pas le même selon qu'on est thérapeute ou coordinateur.

D'autres reconnaissent que la coordination peut avoir un effet thérapeutique « *dans le sens où ça donne du sens* ».

Le fait de dire que la coordination a un effet thérapeutique est questionné : n'est-ce pas un effet de mode que de dire cela : « *on ne le disait pas il y a 15 ans* ». Est-ce lié à des questions de « rentabilité » des prestations ?

Par ailleurs, force est de constater que certains intervenants (notamment dans la lignée du courant de l'antipsychiatrie) l'ont toujours fait.

La nécessité même de la fonction de coordinateur / référent ne fait pas l'unanimité : « *si on est dans un réseau stricto sensu, qui fonctionne bien, il y a de tels outils communs que ce n'est pas nécessaire : on joue tous dans le même jeu* ».

- La place de l'hôpital psychiatrique comme **structure de référence** est aussi questionnée : l'institution psychiatrique semble être la référence dans l'histoire de ce jeune. Ce type d'institution a-t-il une propension à servir de référence ? Est-ce parce qu'elle occupe en quelque sorte le sommet de la « hiérarchie », dans les institutions du secteur de la santé mentale, notamment en termes de subsides reçus ? Parce qu'elle est investie par le patient dans ce cas particulier (car il y réside et y a un substitut paternel) ? Ou parce que l'institution psychiatrique constitue toujours *in fine* le « dernier recours », quand la situation se dégrade, comme en fin de parcours du jeune ?
 - Parfois ce qui fait obstacle à la continuité du lien, ce sont les **contraintes administratives**. Faut-il du coup travailler « hors cadre », en fonction des besoins des patients ? Certains intervenants étaient d'avis que, dans cette situation, le retrait du service résidentiel pour jeunes, lié à l'atteinte d'une limite d'âge, n'était peut-être pas obligatoire. Ici, la contrainte administrative, induit une coupure, et est donc vue de manière négative « *parce qu'elle exclut le patient* ». Par ailleurs, le « hors cadre » constitue aussi une porte ouverte à de l'abus, de la part des intervenants (qui peuvent parfois avoir du mal à se détacher d'un jeune).
- En outre, la contrainte légale, qui formalise les accords, par exemple lorsque le juge reprend dans son ordonnance de placement la possibilité d'une réhospitalisation en urgence, est considérée comme un élément positif, qui rappelle chacun à ses

responsabilités. « *Parfois la contrainte agit comme moteur et met ensemble des gens qui ne l'auraient pas été.* »

- L'intérêt du **suivi des informations** pour permettre cette continuité dans le réseau, soit via un dossier, soit via un coordinateur ou case manager qui suit la situation et qui va assurer le lien, fait débat.

Un proche d'usager défend qu'« *il faut que les informations et le dossier suivent. Pour éviter le temps perdu, l'énergie gaspillée... Avec l'accord du patient bien sûr.* » Cela permet de profiter du travail réalisé par d'autres (comme le travail sur le nom et les origines de l'enfant réalisé par l'hôpital, pour l'IMP), de ne pas recommencer des erreurs, de savoir ce qui a été fait voire, dans certains cas, de remettre en question certaines procédures en place.

Du côté des professionnels, évaluer et interroger tout le parcours de la personne au départ apparaît comme la première étape pour assurer la continuité. Il s'agit aussi pour les professionnels de pouvoir se remettre en question. Il faut donc suffisamment de distance pour pouvoir être autocritique.

Par ailleurs, l'attention est attirée sur le secret professionnel partagé, etc. « *Il faut éviter que cela devienne un casier judiciaire* ». Certains intervenants disent : « je préfère ne rien savoir ». Mais cette non-transmission peut aussi répondre à un souhait de l'usager : « *parfois, en tant qu'usager, on a envie de changer de professionnel et qu'il ne sache rien pour repartir à zéro.* »

Sinon il y a un risque de stigmatisation et donc d'exclusion possible, en fonction des représentations des professionnels (cfr premier point), notamment par rapport au passage par la psychiatrie, identifié comme stigmatisant.

5) L'autonomie du patient (dans le réseau professionnel)

Une série d'interprétations concernent la place de l'usager. Si on dit qu'on met l'usager au centre, comment le fait-on? Comment prendre en considération son point de vue ?

Il faut considérer qu'il peut y avoir dans le réseau un certain « effet tribunal » pour l'usager, confronté à une multitude de professionnels.

- Certaines explications pointent le **cloisonnement** qui peut exister entre les ressources du réseau institutionnel et les ressources du réseau dans le milieu de vie, en se demandant comment prendre davantage en compte ces ressources existantes, ce qui apparaît fondamental à plus d'un. Certains usagers se demandent aussi si davantage de ressources dans le chef de l'usager et de compétences (à développer) ne facilitent pas la transition entre institutions, qui était difficile dans ce cas.
- Par ailleurs, les deux types **de réseaux, primaire** (naturel : famille, etc.) **et secondaire** (professionnel) peuvent se retrouver dans un rapport de substitution, de remplacement, voire de rivalité : « *Pour un jeune, le réseau professionnel (lieu résidentiel) devient un peu sa famille.* » On est alors davantage du côté de la dépendance.
- Le réseau professionnel a un caractère « **contenant** », qui répond au besoin de sécurité du patient (et des professionnels) ; il constitue en quelque sorte un « cocon », dont le jeune devra de toute façon sortir un jour. Cette dépendance peut être double : autant l'usager peut être attaché à l'institution, autant cela peut être l'institution qui est attachée à l'usager, dépendante de son feed-back (éventuellement gratifiant). Ce cadre protecteur va quelque peu à l'encontre du mouvement d'autonomie, préoccupation qui se manifeste notamment dans le fait de « penser la sortie à l'entrée ». Il faudrait donc, comme le suggère un participant, « *voir si, par rapport au cadre très protecteur mis en place,*

progressivement, la place du jeune peut évoluer et voir si cela a été travaillé au niveau de son autonomie ».

Il y a un débat à ce sujet, sur **ce qui est nécessaire à l'utilisateur** pour pouvoir atteindre cette autonomie. Pour que l'utilisateur puisse acquérir cette autonomie, il lui faut, pour certains, une information (maximale, selon la représentante d'utilisateurs) tant sur le réseau, que sur le fonctionnement des institutions et sur les « valeurs » qui guident chacune d'entre elles.

D'autres disent que ce n'est pas suffisant. L'utilisateur et sa famille ne sont pas toujours « en état » pour recevoir cette information et en faire quelque chose. Il ne suffit pas de donner une information complète, en expliquant par exemple tout ce qui existe au sein du réseau (par exemple d'ouverture à un nouveau membre du réseau), il faut aussi que le professionnel de confiance puisse conseiller une solution en particulier, parmi toutes celles exposées, en expliquant pourquoi c'est selon lui plus adapté à sa situation. Car ne faire qu'une seule proposition revient en quelque sorte à l'imposer. Pour les utilisateurs et proches d'utilisateurs, il faut aider la personne à faire son choix ou l'aider à articuler les différentes aides, par opposition à une conception où c'est l'utilisateur, seul, qui fait son réseau et mobilise les intervenants. Par ailleurs, ceci s'oppose à une conception de l'utilisateur comme acteur du réseau, ayant ses propres responsabilités : « *il a une part active, il n'attend pas seulement les démarches des uns et des autres* »

- **L'autonomie de l'utilisateur, le fait d'être acteur de son parcours** s'exprime –dans la situation de référence– par un passage à l'acte. Cette autonomie peut parfois aussi s'exprimer via une certaine forme de « manipulation du réseau », qui peut constituer la seule liberté et la seule créativité possible pour l'utilisateur. Une participante rapporte que dans les cliniques de la concertation, certains utilisateurs expliquent par exemple clairement qu'ils ont utilisé tel ou tel service du réseau.
- Une autre conception de l'autonomie est aussi proposée : ce n'est pas uniquement la disparition du réseau de professionnels (ce qui correspondrait plutôt à l'indépendance), cela peut aussi être la possibilité pour le patient de faire un choix (ce qui présuppose qu'il y a plusieurs possibilités), voire mettre en échec ce que les professionnels lui proposent (par exemple en ne venant pas à un rendez-vous).

6) Lien entre la situation du patient et le réseau

- A plusieurs reprises, l'**analogie est faite entre l'évolution** (positive) de la situation du jeune et le fait que le **réseau** soit cohérent, que des concertations entre intervenants aient lieu en son sein. De la même manière, le parallélisme est fait entre la dégradation de la situation du jeune –passage à l'acte, passage d'institution en institution, notamment psychiatrique– et le fait qu'il n'y ait plus eu de liens avec les institutions précédentes au sein du réseau.
Mais ces explications sont nuancées par l'idée que l'évolution et le bien-être du patient sont multifactoriels : « *Il y a plein de facteurs qui nous échappent complètement* » ; « *il y a l'évolution intrinsèque de la personne, avec l'entrée dans l'adolescence* »
- Plusieurs interprétations allaient dans le sens de souligner l'**analogie** entre le jeune et son parcours institutionnel : dans cette situation, l'enfant est à l'adolescence, qui constitue un passage entre deux âges et il est aussi confronté à un passage d'une institution à l'autre, il doit changer de structure.
- Il se situe à un (des) « **moment(s) charnière(s)** », comme il y a en a autour de 12, de 18 et de 65 ans, du point de vue des institutions et du point de vue légal ou des contraintes

administratives. Et à côté de cette temporalité institutionnelle, il y a la temporalité du patient, son rythme de vie, qui sont parfois différents de ceux des institutions.

- Dans le cas de ce jeune, il avait recommencé à trouver un équilibre, il évoluait positivement, selon la narratrice et il est obligé de quitter ce lieu, à cause du passage du primaire au secondaire.
 - Cela pose la question de l'offre de soins dans ces moments de transition (entre enfance et adolescence, adolescence et adulte, actif et pensionné, ...).
 - Cela pose aussi aux intervenants l'éventualité de **sortir du cadre**. Pour certains, fonctionner en réseau, ce n'est pas sortir du cadre mais « dessiner un nouveau cadre ». Mais cette pratique « hors cadre » a aussi pour inconvénient qu'elle ne fait que repousser le problème à une date ultérieure.
 - Dans ces moments charnières, « *faire le lien entre la situation du patient et le réseau, dans l'optique d'un passage, peut permettre l'établissement de rituels* ». Ces rituels (par exemple, pour le passage à l'adolescence, le fait d'organiser une fête) marquent le passage (« tu es un homme / une femme »), et peuvent sécuriser le jeune, le désangoisser. Cela peut aussi positiver le passage d'un type d'institution à l'autre : à un nouveau « statut » correspond un nouveau réseau. Certains éléments du travail en réseau peuvent rentrer dans ce rituel : « *Le rituel, ça peut être les entretiens de pré-admission, les liens dans le réseau* ».
- Quand le réseau propose quelque chose au patient, cela peut constituer un test relationnel : la réaction du patient au choix proposé dans le réseau (ou au passage d'une institution à l'autre) peut constituer un indice sur le fonctionnement du patient... Les professionnels peuvent nuancer, peaufiner la proposition : « *c'est un travail en boucle, qui conduit à une meilleure connaissance réciproque* ». De plus, comme le souligne une représentante d'utilisateur : « *Cela montre une certaine souplesse et une remise en question du professionnel, qui réajuste* ».

7) Finalités du réseau

Différents objectifs du travail en réseau sont énoncés :

- **mettre du sens ou de la cohérence, donner un « contenant »**
« *Cela se fait beaucoup, dans des situations avec une problématique très complexe, des histoires confuses, où il y a beaucoup de passages à l'acte, et où le fil rouge est complètement emmêlé, situations qui constituent une des indications de travail de réseau* ». Mais pour un autre, cela n'est pas suffisant : « *Le réseau ce n'est pas seulement « donner du sens », c'est aussi, aborder la fonction d'un symptôme et comment une personne fonctionne* ».
L'idée de donner un « contenant » au patient est également revenue à de multiples reprises, le fait de mettre de la structure autour du patient pour qu'il se sente soutenu. Cela consiste également à faire le lien entre le passé et le futur : « *On regarde en arrière pour savoir où on va...* ».
Les représentants d'utilisateurs et de proches interrogent l'intérêt et l'utilité de cette démarche de « mettre du sens », en demandant à quoi cela sert. Les intervenants, interrogés sur l'intérêt de cette « mise en sens », avancent que « *souvent les gens vont mieux après cela* », « *cela sécurise le patient, cela le rassemble* ».
- **Accompagner la personne dans son projet de vie**, le concrétiser ou bien en construire un avec elle, si elle n'en a pas (ou plus).

Pour cela, « *il faut commencer par identifier ses besoins, ses désirs et voir avec elle comment mettre ça en place* ».

Mais, par opposition, la finalité du réseau professionnel peut aussi être de disparaître.

Et le fait que les institutions demandent souvent à la personne d'avoir un projet, peut être « harcelant ». En ce sens, une des finalités du réseau, c'est aussi de « *permettre à la personne de ne pas avoir de projet* », lui permettre de « *souffler un peu* ». Cela suppose une certaine souplesse.

Ou encore permettre à la personne d'avoir « de tout petits projets », comme le fait de retourner une heure à l'école pour un jeune en décrochage. Ce qui rejoint la troisième optique, selon laquelle le réseau peut également avoir un but très concret, comme le fait de remettre un enfant qui sort de l'enseignement spécial dans l'enseignement régulier ou « aider à la survie », quand la famille est dans une situation vraiment difficile, ou encore « vivre avec sa maladie à l'extérieur » –le réseau peut alors constituer une alternative à l'hospitalisation.

- **Gérer les flux de patients**, pallier le fait que les institutions soient pleines, « dispatcher » les patients et les réorienter éventuellement ailleurs.
Cette finalité, est questionnée par un proche d'utilisateur, en la remettant en lien avec le projet de l'utilisateur : « *Le réseau est probablement une solution logique. Mais est-ce seulement une solution pour dé-saturer, ou a-t-il comme finalité un projet thérapeutique dans l'intérêt des usagers ?* »
- **S'entraider** entre professionnels, quand on est dépassé et mettre **ensemble des compétences**.

Plusieurs des autres points abordés précédemment dans les convergences et divergences sont également repris comme des finalités du travail en réseau :

- la continuité du lien ;
- l'autonomie du patient (et la sécurité) ;
- la connaissance réciproque, le respect et la confiance. Mais le fait que ces derniers constituent un objectif ne fait pas l'unanimité : certains le considèrent plutôt comme une conséquence qu'un objectif en soi.

II. Récit 2 : Réseau pré-requis : une démarche volontaire

Ce récit est amené par un psychologue, responsable de Service de Santé Mentale :

« Je voulais présenter une tapisserie de travail de réseau, qui dure depuis 25 ans et qui embrasse vraiment un territoire relativement important – 3 500 km² – et je suis parti d'une situation tout à fait concrète. Mais j'imagine que l'on peut rebondir sur d'autres aspects des choses, suivant le point de vue que l'on va prendre.

Il s'agit d'une situation où j'ai été partie prenante, mes collègues du SSM l'étant tout autant que moi, sinon plus. Je vous parle d'un enfant qui s'appelle Kevin, la situation commence il y a plus ou moins sept ans. Cela part d'une consultation ONE. A l'époque, il a quelque mois. Dans un choix que je dirais « stratégique » et « de collaboration », la psychomotricienne de l'équipe participe à la consultation ONE avec l'infirmière et le médecin. On a beaucoup de contacts avec l'infirmière de l'ONE, dans la mesure où elle a participé aux séminaires de psychiatrie italienne et à une supervision avec plusieurs groupes d'infirmières de l'ONE, qui existe depuis très longtemps et qui continue d'ailleurs. Il y a une évolution extraordinaire du travail des infirmières ONE dans cette réflexion : en partant d'une perception de l'enfant à travers le poids, la taille, les régimes et ce genre de choses, pour rentrer de plus en plus dans une vision cohérente et intégrée du développement de l'enfant et d'une attention particulière à l'état de l'enfant et de son évolution. A nouveau, quand je parle de cela, il y a évidemment des prérequis communs.

Dans le cadre de cette consultation ONE, il y a ce petit enfant qui s'appelle Kevin, qui a quelques mois, qui vient avec ses parents, souvent avec sa mère seule. Cet enfant inquiète assez fort ma collègue ainsi que l'infirmière ONE parce qu'il a un retard de poids, de taille, qu'il est assez blafard, qu'il sourit peu et qu'il a certains comportements de retrait.

La maman est présente et elle intervient très peu dans cette consultation, où ils viennent de manière assez régulière, aussi bien lors de la consultation ONE que lorsque l'infirmière va à domicile. Les mêmes inquiétudes existent et de manière assez importante. Assez rapidement, en insistant un peu et en demandant une certaine aide financière, par le SAJ, on trouve une place dans une crèche. Crèche qui, par ailleurs, est supervisée par ma collègue psychomotricienne, et dans laquelle il y a toute une réflexion sur l'évaluation des enfants, le développement de l'enfant, l'articulation par rapport aux parents.

Très vite, viennent sur la table des problèmes par rapport à cet enfant, qui n'évolue toujours pas, malgré la bonne volonté et les soucis de la crèche, malgré les articulations qu'elles essaient de mettre en place par rapport aux parents, malgré l'interpellation des parents, qui se mobilisent très peu. Avec cette interprétation, qui émerge assez rapidement : est-ce qu'il n'y a pas un problème de maltraitance voir même d'abus ?

La situation se développe mal et ma collègue psychomotricienne revient avec cela au niveau de l'équipe du SSM et nous en discutons assez abondamment. Nous sommes effectivement assez inquiets du tableau dressé par ma collègue.

Nous nous adressons au SPJ parce que, nous nous inquiétons vraiment très fort. Finalement, dans ce genre de situation, relativement rare à l'époque, un contact rapide, avec comme finalité une action rapide, vu la gravité, s'imposait. Le SPJ nous conseille d'envoyer assez rapidement une lettre au procureur du roi, ce que nous faisons en équipe. Et il n'y a pas de réaction à cette 1^{ère} lettre. Puis une 2^{ème} lettre est envoyée et là, je demande, en tant que responsable d'équipe, à aller rencontrer le procureur du roi. Je vais rencontrer cette dame et je vais discuter avec elle, explicitant toutes les inquiétudes à différents niveaux par rapport à cet enfant qui ne se développe pas et qui régresse.

Assez rapidement suite à cette démarche, l'enfant est placé dans un centre d'urgence : une structure que l'on connaît bien, dans laquelle une de mes collègues, psychologue, travaille également. Là, il y a une évaluation de l'état de l'enfant et il se révèle qu'il y a effectivement

maltraitance grave, qu'il y a abus dans cette famille, d'ailleurs pas seulement pour cet enfant, mais aussi pour un grand frère de Kevin. Suite à ce placement dans ce centre d'urgence et à cette évaluation, qui dure 3 à 6 mois, l'enfant est placé dans une institution de la justice.

L'histoire pourrait s'arrêter là : l'enfant placé, à raison, mise en place de certaines mesures, d'un essai de travail avec les parents de la part de l'institution de placement où l'enfant est. Mais l'histoire continue un peu puisque, ayant déjà eu des contacts avec cette institution, nous pourrions rester présents dans le suivi : l'enfant est d'abord suivi par une autre psychomotricienne de l'équipe puis, l'enfant se développant petit à petit, par la logopède. Et parallèlement à cela, il y a aussi un suivi au niveau des parents via l'institution et quelques rencontres organisées par le SPJ, puisque le SPJ est dans le jeu, par rapport à un travail avec les parents. Voilà, donc ce que je veux expliquer simplement ici : évidemment, c'est qu'à tous les niveaux, il y a ces prérequis qui étaient importants.

Les enjeux sont doubles : l'aide au développement de l'enfant et l'évaluation de la capacité éventuelle, partielle ou nulle des parents et évaluer s'il faut envisager un placement à long terme par rapport cet enfant –je dois dire qu'on est assez pessimiste à ce niveau-là. »

A. Questions supplémentaires d'informations sur le récit

- *Quelle est la taille du SSM ?*

Il y a deux équipes. Dans l'équipe généraliste, il y a deux temps plein et demi de psy, 16 heures de psychiatre, un temps plein et demi de psychomotricienne, deux mi-temps de logo et un mi-temps assistante sociale. L'autre équipe de projet spécifique comporte trois mi-temps de psychologue.

- *Ces personnes, sont-elles dans le cadre d'une équipe de base ou sont-elles indépendantes?*

C'est une équipe de base pour un centre de guidance : psychiatre, psy, assistante sociale, logopède et puis il y a possibilité d'augmenter l'équipe suivant les demandes ; il faut dire aussi que le pouvoir organisateur subsidie pratiquement la moitié du personnel.

- *Les différents intervenants qui sont intervenus au cours de cette situation ont tous d'une manière ou d'une autre un lien avec le SSM?*

Oui.

- *Ce lien, cela veut dire qu'ils travaillent en partie au SSM et en partie à la crèche, dans les différentes institutions ou bien c'est un lien de coordination qui a été mis en place ?*

En fait tous ces liens sont des choix de l'équipe de délivrer du temps pour ce qu'on appelle des « lieux d'articulation », où toutes les questions de santé mentale se posent, c'est-à-dire pouvoir être là en termes de relais, de soutien, de formation éventuelle.

- *Il y a une histoire qui vous lie aussi?*

Oui, de 25 ans.

- *Et il y a donc des représentations qui régulièrement, sont partagées et sont connues ?*

Exactement et au niveau de l'infirmière ONE, point de départ de la situation à la consultation des nourrissons, cela fait 25 ans que l'on se connaît, quand il y a eu cette question par rapport à Kevin, cela faisait 15 ans.

- *Et quand vous dites que les personnes de l'équipe travaillent en partie avec le SSM et dans la crèche cela veut dire que le SSM dégage du temps pour que cette psychomotricienne puisse aller à la crèche ?*

Exactement.

- *Ce n'est pas une psychologue qui est à mi-temps au SSM et qui a son autre mi-temps à la crèche ?*

La seule exception, c'est la structure d'accueil d'urgence d'enfants où là, effectivement, il y a un mi-temps d'une psy qui se trouve au SSM et son autre mi-temps est dans cette structure-là. Le reste, ce sont tous des intervenants du service de santé mentale qui participent, sont présents, disponibles par rapport à toute une série de lieux où on peut interférer : la crèche, la consultation nourrissons, consultation pédiatrique –mon collègue fait la supervision de la pédiatrie de l'hôpital–, un service d'aide familiale. C'est un choix dès le départ de garder du temps à ce niveau-là.

- *Dans la situation de maltraitance signalée au procureur du roi, les parents étaient également informés de toutes ces démarches ? Ils ont participé à votre cheminement au niveau de cette réflexion ?*

Oui, d'ailleurs on a eu ce rôle de tiers pendant tout un temps au niveau de la crèche, pour garder à la crèche cette place de collaborateur, on a joué ce rôle de tiers par rapport à la justice.

- *Combien de temps (plus ou moins) les gens consacrent-ils en dehors du SSM sur leur temps de travail ? Et sous quelles formes font-ils ces liens ?*

C'est difficile à dire, moi je dirais 1/4 du temps plus ou moins, à faire des liens. Sous forme de supervisions, de coordinations, de groupes d'intervision, –les groupes ONE sont des groupes d'intervision... les infirmières de l'ONE pourraient donner des cours à beaucoup de gens !

- *Mais avec quelqu'un du SSM ?*

Non, je pense qu'elles sont tout à fait indépendantes. Mais oui, on le fait toujours ce processus d'intervision, c'est vrai, mais je pense qu'elles sont capables maintenant, même en dehors de ce groupe-là, d'avoir des visions sur le développement de l'enfant qui sont précises et pertinentes.

- *Mais il y a quelqu'un du SSM qui est présent à ces interventions ?*

Oui, toujours. Il y en a plusieurs : la psychomotricienne et le pédopsychiatre.

- *Comment se fait-il que les parents n'aient pas été déchus ?*

La situation était limite ; à un moment la question s'est posée, en tout cas, on se l'est posée, mais manifestement au niveau du procureur, cela ne s'est pas fait. Ils sont toutefois toujours en jeu, dans la mesure où ils ont des contacts avec l'institution et, de temps en temps, ils rencontrent la psy qui suit la situation au SSM.

- *Le centre d'accueil de crise, cela dépend d'un hôpital psychiatrique pour enfant ?*

C'est une structure indépendante et originale qui est le fruit notamment de la collaboration financière de plusieurs pouvoirs organisateurs.

- *C'est indépendant ? Cela fonctionne tout seul ?*

C'est un lieu où on accueille les enfants en urgence et on fait une évaluation de l'enfant pendant 6 mois pour le réorienter. C'est clair que ce n'est pas une institution à long terme comme une institution de placement par la justice.

- *Cela dépend de l'aide à la jeunesse ?*

Oui.

- *Et le deuxième enfant ?*

On a interpellé mais je ne sais pas où cela en est.

- *C'est quoi l'intervision ?*

On parle d'intervision à partir du moment où on a fait un cheminement ensemble et qu'on est arrivé à peu près au même niveau ; donc on va parler de situations des uns et des autres et on va être finalement une équipe, qui ne sera pas une supervision de certains par rapport à d'autres, mais une réflexion globale de tout le monde, ensemble.

- *Et donc en intervision on apporte des situations problématiques, des situations qu'on a su résoudre ou non et qu'on livre au groupe, on en discute, on réfléchit et on avance dans une réflexion plus approfondie ?*

Oui, avec les hypothèses que l'on peut faire au niveau de l'état de l'enfant et de ce que l'on peut mettre en place par rapport à l'état de l'enfant, ce qui nécessite pour les différentes institutions, d'avoir un minimum de cohérence dans un diagnostic de l'état de l'enfant.

- *Et supervision, ce sont des gens qui ont plus de savoir que d'autres, qui sont des personnes-ressources et qui interviennent dans une équipe où l'on pose des questions et où eux, donnent des réponses ?*

Oui, c'est cela.

- *Le milieu social?*

C'est le quart-monde.

- *Et finalement il y a 7 ans qui se sont écoulés, on voit bien le début de la situation et après que se passe-t-il?*

Cet enfant évolue relativement bien, dans la mesure où c'était un enfant mutique, qui ne parlait pas du tout. C'est pour cela que le début du suivi est beaucoup plus de l'ordre de la psychomotricité et d'une construction tout à fait basique de l'enfant. Petit à petit, on accède à une capacité de penser et je pense que c'est dans ce cadre-là que la logopède peut rentrer en jeu, avec la parole.

- *Et vous ou des membres du SSM continuez à suivre l'enfant et la famille pendant qu'il était placé?*

Oui.

- *La famille aussi?*

Non pas directement, mais il y a de temps en temps des réunions organisées par l'institution et où le thérapeute et la logopède de l'enfant étaient présents.

- *Vous avez des ré-évaluations nécessaires à certains moments par un autre organe? Vous n'êtes pas le centre orienteur ?*

Non.

- *Et il est dans une institution d'aide à la jeunesse ?*

Oui. Le SPJ reste car on a des liens avec eux, eux aussi ont participé à ces séminaires de psychiatrie italienne : la direction était d'ailleurs présente et a fait, par la suite, une formation avec le pédopsychiatre du SSM au niveau du développement de l'enfant.

B. Convergences et divergences

1) Conditions de possibilités, préalables et prérequis au réseau

Dans cette situation, plusieurs interprétations insistent sur la préexistence d'un certain nombre d'éléments, qui permettent que le réseau et que la collaboration se mettent en place dans la situation spécifique de Kevin.

Cela donne même à certains membres du groupe l'impression que le réseau existait déjà avant cette situation: « *Ce qui m'interpelle c'est l'impression que le réseau s'est créé bien avant l'apparition de la difficulté et de cette situation... Comment ça s'est passé pour créer le réseau à l'origine ?* ».

Il semble y avoir un préalable : « *Ici, on ne part pas directement de la situation, mais d'une façon d'aborder différentes situations sur un territoire donné.* ».

Les interprétations des participants identifient les conditions préalables qui permettent qu'un réseau fonctionne, et fonctionne bien, dans cette situation, par opposition au « facteur chance », pour l'usager, de tomber dans un tel réseau, qui a aussi été évoqué :

« *La « chance » est notamment basée là-dessus : ce n'est pas vraiment une chance, mais ce sont plutôt des conditions de possibilité, qui font que le suivi est assuré, qu'il n'y a pas eu de malentendu, et qu'il s'est déroulé de manière solide...* ».

En tout, huit éléments qui peuvent constituer des conditions de possibilité du réseau sont discutés :

- a) les moyens / l'argent
- b) la volonté
- c) la philosophie, les représentations communes
- d) l'interconnaissance / la convivialité
- e) le fait d'aller à la rencontre de l'autre
- f) l'institutionnalisation
- g) la co-responsabilité
- h) les caractéristiques du territoire

Ces différents éléments sont parfois mis en concurrence pour expliquer ce qui permet de (bien) fonctionner en réseau –c'est notamment le cas de l'argent et de la volonté– d'autres fois, ils sont présentés de manière cumulative et complémentaire par certains participants.

(a) *Moyens, argent*

Deux positions s'opposent par rapport à l'importance des moyens et de l'argent pour réaliser un bon travail en réseau :

- Il faut des moyens pour travailler en réseau : plus on en a, meilleur sera le travail de réseau. Dans le cas présenté, l'équipe du SSM dispose de quasi deux fois plus d'équivalents temps-plein que l'équipe de base d'un SSM classique, grâce à un soutien de son pouvoir organisateur, comme le met en évidence un autre responsable de SSM. Selon lui, c'est ce qui permet un travail d'une telle ampleur et d'une telle qualité :

« *Il n'y a rien à faire : il faut des moyens. Si on n'a pas de **moyens**, on peut travailler en réseau mais **pas à la même échelle** que ce SSM, ce qui n'empêche de développer des petits projets : je prends l'exemple des urgences psychiatriques dans notre région où des personnes de Centres de Réadaptation Fonctionnelle sont allées travailler dans l'unité de crise, aux urgences, pour se rendre compte de la réalité de travail, de « pourquoi ils font comme ça ».*

Le fait que l'ensemble des SSM ne fonctionnent pas de cette manière est également expliqué (en partie) par cette différence de moyens : « *Tous les SSM font de la concertation et de la collaboration, mais ici on est vraiment à un « échelon supérieur »*

(...) détacher quelqu'un d'une équipe pour aller travailler dans une autre équipe (une crèche, l'ONE), ce n'est pas banal ! (...) Est-ce que c'est toujours possible si on enlève la moitié des travailleurs (ce qui équivaut à l'équipe de base)? C'est un peu une réponse à la question : pourquoi est-ce que tous les SSM ne le font pas ? Il y a des SSM qui dépendent du secteur privé et il y a des moyens qui font que c'est plus facile... Dans cette région, on s'est organisé pour avoir les moyens. »

- Les moyens ne sont pas importants, l'absence de moyens ne constitue pas une « excuse » pour ne pas faire de réseau :

« C'est plus le côté philosophique, politique, que les moyens. Nous, au niveau de la coordination sociale de X, avec notre « petit réseau d'échange de savoirs », on a décidé d'aller au-delà du manque de moyens financiers... ce qui ne veut pas dire qu'à terme il ne pourrait pas y en avoir. »

L'importance des moyens financiers est ici niée, au profit d'autres critères : la volonté, qui sera abordé ci-dessous, la philosophie ou la nécessité.

Et à la limite, au contraire : moins on a de moyens, plus le travail en réseau est une nécessité, comme le rapporte une autre intervenante en SSM, qui explique que son SSM a fonctionné deux ans sans locaux, sans équipe et sans téléphone. « Moi, je devais faire du réseau pour faire tiers : c'était vital, ce n'est pas une question de moyens. C'était extrêmement important de passer du temps à cela ».

Notons que par « moyens », on peut entendre l'argent, les subsides, mais aussi le temps (en ce compris des horaires, qui doivent être compatibles).

(b) Volonté

La volonté est présentée comme un élément déterminant : « Une chose qui m'a frappée, c'est la **création volontariste** de ce réseau ».

Pour d'autres, c'est une question de conviction, de « tournure d'esprit »¹⁴⁷.

Parfois, cette bonne volonté est située au niveau de l'équipe : « Ici il y a une bonne volonté de l'équipe qui libère un quart du temps pour aller dans les lieux-clefs en 1^{re} ligne, mais ce n'est vraiment pas systématique. »

A d'autres moments, elle est située au niveau d'une politique de l'institution (ici le SSM), qui consisterait à faire du travail en réseau une priorité :

« c'est un **choix philosophique** de se dire : je ne vais pas seulement attendre les clients... je vais en cibler certains. Car ce sont les gens qui sont dans les situations les plus favorables qui vont venir consulter mais les gens dans des situations abominables ne viendront pas, parce qu'ils ne sont pas demandeurs et que la représentation de la santé mentale n'existe même pas ou est mauvaise... » .

Mais ce choix institutionnel est, pour le narrateur, à mettre en lien avec la mission de service public de l'institution (et dans ce cas-ci du service de santé mentale) : « C'est vraiment un choix on peut décider de rester dans ses murs... : mais je trouve qu'on ne répond pas à sa mission de service public et ce coté actif est important pour nous, depuis le début. »

Un débat a lieu pour savoir si cette bonne volonté doit se retrouver dans le chef des deuxièmes ligne et/ ou des premières lignes.

Pour certains, elle est toujours présente chez les premières lignes, qui sont en forte demande (de soutien, de supervision, ...). Et les SSM doivent avoir la volonté de « sortir de leurs murs » et de voir quelles sont les demandes de ces 1^{res} lignes, – c'est-à-dire de leur proposer le cadre et l'espace pour que leur demande puisse s'exprimer.

D'autres soulignent que cette volonté ou cette priorité doit aussi se situer dans le chef des 1^{res} lignes : une thérapeute en SSM donne l'exemple d'une collaboration avec un service d'aides

¹⁴⁷ Qui pourrait aussi être rapproché de la « philosophie » qui sera abordée dans le point suivant.

familiales de CPAS, qui n'a pu se poursuivre « à cause de l'organisation du service de première ligne... (l'horaire, les charges) parce que maintenir deux heures de réflexion, pour les aides familiales, c'est difficile et ce n'est pas une priorité. »

Plusieurs interprétations font également remarquer que si cette volonté existe à certains endroits (et dans certains SSM comme celui présenté dans le récit), ce n'est pas le cas partout (dans tous les SSM). Certains SSM ne partageraient pas cette même volonté de travailler en réseau, comme le relate cette assistante sociale en maison médicale :

« Il y a ici une volonté politique du SSM d'avoir une action, d'aller en première ligne, une volonté réelle d'y aller physiquement... une volonté de prévention, d'intervention au niveau du terrain (...) Je suis en 1^{re} ligne et je n'arrive pas à communiquer à la deuxième ligne... je suis face à un SSM qui nous dit : « ce ne sont pas nos missions de travailler en dehors de nos murs, vous exprimez là une demande mais, nous, on ne la sent pas, prouvez-le avec des chiffres! »

Le refus de travailler en réseau s'exprimerait même ouvertement, appuyé sur des raisons thérapeutiques : « Dans ma région, le SSM crie haut et fort, en tout cas c'est la représentation que j'en ai, que c'est un lieu privilégié, un lieu d'écoute, ils disent ouvertement qu'ils refusent de travailler en réseau pour garder ce lieu-là comme un investissement particulier pour le patient... (...) Ca m'interpelle par rapport à la manière dont interpellier le SSM de ma région pour pouvoir travailler en réseau avec lui. »

S'il a majoritairement été question de la volonté des professionnels, certains rappellent qu'il y a aussi la volonté du patient, qui peut mettre tout en œuvre pour que le réseau n'existe pas.

D'autres interprétations soutiennent que la volonté ne suffit pas, il y a une nécessité d'autre chose, désignant par-là soit les moyens, soit une certaine « institutionnalisation » du travail en réseau –qui constitue l'objet du point suivant.

(c) L'institutionnalisation

Le fait que le travail en réseau constitue une mission de service public pour certains, qu'il soit institutionnalisé par exemple dans un décret ou inscrit dans des conventions (qui peuvent ou doivent éventuellement être assouplies) peut constituer un incitant au travail en réseau. Cela permet de dépasser les particularismes locaux, ou de ne pas être uniquement dépendant de la bonne volonté d'une équipe –même si le fait que l'institutionnalisation n'est pas souhaitable dans tous les cas est aussi souligné :

« Dans la problématique d'accès aux soins, ici il y a une bonne volonté de l'équipe (...) mais ce n'est vraiment pas systématique. Et bien que je trouve qu'il ne faut pas systématiquement systématiser les réseaux de soins, cela plaide, pour un minimum d'incitation soit financière soit par contrat, pour favoriser le genre de pratiques décrites... »

Le travail en réseau, c'est une mission de service public, pour le narrateur :

« Si on imagine que le modèle pour un travail de santé mentale c'est rester dans ses quatre murs, je crois qu'on ne fait pas son travail de service public, on touche presque à la faute professionnelle grave, sans nier que les conditions de travail de certains services sont différentes... parce que les ressources, les moyens sont différents »

(d) la philosophie, les représentations communes

Deux options se dégagent :

- Le fait d'avoir une philosophie et des représentations communes a permis de bien travailler en réseau : « Il y a des représentations qui passent dans cette suite d'intervenants, une cohérence et une continuité ».

Il faut « croire au travail en réseau », au fait qu'il est efficace et « rentable », comme c'était le cas dans le réseau décrit dans le récit. Notamment le fait que le temps passé en concertation, que certains considèrent comme « perdu », est regagné en efficacité d'intervention.

D'autres parlent **d'un référentiel commun et partagé** à la construction duquel le réseau a participé.

Ces représentations portent soit sur un contenu, une approche, soit sur des procédures, des manières de construire quelque chose ensemble. « *On parle d'intervision, cela prouve à quel point l'équipe est soudée et il y a vraiment des pré-requis communs et une facilité de communiquer entre vous autour de situations.* »

Il est également question de procédures ou d'outils communs nécessaires pour fonctionner en réseau: « *pour travailler en réseau, il faut partager des méthodologies, développer des politiques communes (on voit que ce n'est pas partout le cas).* »

Le narrateur explicite ce à quoi il se réfère en parlant des outils développés dans leur réseau : « *Les outils, c'est cette perception de manière globale de l'état d'une personne, avec un tas d'informations venant de la psychanalyse, de la thérapie familiale, de la psychosomatique, ... la systémique... c'est partagé au niveau de l'équipe et puis, en partie au niveau des supervisions.* »

Cet outil commun s'est donc élaboré à partir de savoirs et de compétences différentes, dont l'intérêt est lui aussi souligné par une autre participante : « *je trouve que partir d'une base commune et avoir des **compétences différentes**, diversifiées, cela peut être très intéressant pour l'émulation autour d'une situation, cela peut être très créatif...* » .

Quand on parle de ce qui est commun, cela peut aussi être des manières de « *faire avec la diversité* ».

Pour parvenir à ces représentations ou cette « philosophie » commune, différents moyens sont cités : l'échange de personnel entre deux structures, les séminaires et le travail sur des textes, les supervisions et les interventions.

Une représentante d'utilisateurs souligne « *l'importance de ces concertations et **intervisions** : cette manière de travailler fait que la situation de l'enfant évolue favorablement, et peut être résolue assez rapidement* ». Dans le même ordre d'idée, la philosophie et la logique communes sont aussi vues comme une condition pour que l'utilisateur ne soit pas écartelé entre les différents intervenants et des discours contradictoires.

- Certains questionnent la possibilité d'ouverture à d'autres nouveaux intervenants (comme cela a été le cas avec le procureur du roi) de ce réseau d'intervenants ayant une approche commune. D'autres encore interrogent l'existence de divergences dans ce réseau où « *chacun a des représentations communes* », où « *tout le monde va dans le même sens* » en demandant : « *Où se trouvent les petites divergences qu'on a parfois dans le réseau ?* ». Et le narrateur reconnaît d'ailleurs que « *des divergences, il y en a eu au début* » et il souligne le processus d'élaboration.

D'autres risques sont pointés : le risque de « *fonctionner en vase clos* », d'étouffement, de baisse de créativité ou d'absence de remise en question chez des intervenants habitués à travailler ensemble, –que ce soit au sein d'une institution ou d'un réseau–, qui pourraient alors se sentir insatisfaits.

D'autres soulignent enfin le caractère exceptionnel de cette situation et s'interrogent sur ce qui se passe lorsque le modèle diffère entre les intervenants : « *Qu'est-ce qui se passe quand ça n'est pas le même modèle entre le SSM et l'ONE ? la plupart du temps... ça ne fonctionne pas comme ça...* ».

(e) *l'interconnaissance / la convivialité*

Plusieurs interprétations mettent en exergue l'importance des relations existantes entre les membres du réseau et de leur qualité : « *ces liens privilégiés entre professionnels, dans la continuité, permettent une meilleure prise en charge* ».

Un autre participant souligne la « *présence dans toutes ces institutions de nombreux travailleurs en lien physique –comme la psychomotricienne du SSM à l'ONE– et philosophique –avec l'infirmière qui a fait partie du séminaire* ».

Le fonctionnement fluide et la facilité avec laquelle se font les relais dans ce réseau, sans qu'il y ait même de coordinateur clairement identifié, sont attribués à ces relations préexistantes : « *Il y a énormément de liens entre les gens, comme une grande toile où tout le monde est en connaissance, en lien et c'est ça qui permet une certaine **fluidité**. Je n'ai pas perçu qu'il y avait une personne qui coordonnait vraiment et qui devait rester, on passe la main facilement, c'est un réseau mobile : l'ONE, le SSM, on passe au SPJ, on peut finalement laisser la situation partir, ce qui n'est pas toujours évident pour des intervenants de santé mentale.* »

Au contraire de cette idée selon laquelle aucun intervenant n'a de place plus importante qu'un autre dans ce réseau, certains considèrent que le SSM a un rôle particulier dans la « *continuité du suivi de l'enfant : jusque quand ? On ne sait pas. Mais qu'il y ait toujours un lien avec le SSM, où qu'il aille* ».

Le côté préétabli de ce réseau est aussi mis en évidence : « *Ce qui m'a frappé, c'est l'accessibilité des soins en SM qui est facilitée par quelque chose de préétabli, par une organisation concertée préétablie des intervenants du SSM qui rejoignent la 1^{re} ligne.* »

Cet aspect est même quelque peu questionné par certains, en demandant si les relais –du SSM– ne sont pas un peu « trop directs » au sein de ce réseau : « *Tu dis : ma collègue travaille à la crèche, l'autre au PMS. Est-ce que les relais ne sont pas trop directs ? Il y a tout de suite un « pion » qui est là ou là. (...) J'ai l'impression qu'ici, il y a un réseau tellement préétabli qu'il n'y a plus de concertation.* »

A contrario, certains soulignent, outre les liens privilégiés existant entre les professionnels, le « *souci d'installer ce lien avec un nouveau partenaire* », amené à intervenir dans le réseau, en l'occurrence le procureur du roi, vis-à-vis duquel le responsable du SSM fait des démarches pour le sensibiliser à la situation.

Outre la bonne connaissance réciproque, l'importance de la convivialité est également mise en avant : le fait de pouvoir s'appuyer sur des relations informelles et sur un certain plaisir de travailler ensemble, qui peut alimenter la « volonté » de travail en réseau, évoquée plus haut. Mais immédiatement, d'autres rappellent qu'il n'y a pas que le plaisir que les intervenants peuvent avoir à travailler ensemble, mais aussi l'efficacité et la rentabilité que permettent une intervention cohérente auprès du patient.

(f) *Le fait d'aller à la rencontre de l'autre*

Il y a un consensus pour saluer positivement la démarche proactive du SSM vis-à-vis de la première ligne et le fait d'aller à la rencontre de ces intervenants, en travaillant *extra muros* : « *Ce mouvement « d'aller vers » est primordial* », « *L'idée qui m'a frappé, c'est le fait de pouvoir être détaché de son institution, sortir de ses murs, et aller dans d'autres institutions ; c'est aussi l'action de tiers soutenant que vous avez, par rapport à d'autres institutions* ».

Cette démarche est considérée comme de la prévention, qui est, elle aussi, considérée comme très importante : « *La prévention... je trouve fort important de travailler avec les premières lignes pour prévenir les situations qui peuvent devenir catastrophiques si on ne décèle pas les problèmes dès qu'ils arrivent (ici dès la petite enfance)...* »

Cette démarche « d'aller vers » est aussi adoptée vis-à-vis du procureur du roi, puisque le psychologue du SSM va le rencontrer personnellement, après son courrier resté sans réponse.

La faisabilité d'une telle pratique dans d'autres types de structures est questionnée et comparée, notamment à partir du cas de l'hôpital :

« Cette proximité possible dans votre cas (les passages au domicile, les consultations ONE, facilitent bien les choses) et qui ne l'est pas toujours dans d'autres types d'institutions, notamment à l'hôpital, où on attend que les patients et la famille se positionnent en tant que demandeurs. En milieu hospitalier, on a plus l'habitude de travailler avec des acteurs comme l'éducateur de rue, les aides familiales qui font ce lien avec le patient et la famille. »

L'articulation de ce service de santé mentale, qui travaille *extra muros* et va à la rencontre des premières lignes, avec les autres services de santé mentale ou services psychiatriques, qui ne partageraient pas cette pratique, est aussi questionnée. Cela peut avoir une répercussion négative sur les relations avec ces services : *« D'après mon expérience en plate-forme de concertation, quand des services ont des pratiques assez différentes (notamment par rapport au fait de sortir des murs et de faire de la supervision) ce n'est pas évident avec les autres services. Là, je me situe au niveau de l'organisation des soins : comment organiser l'articulation des pratiques, pour éviter les rivalités ou les réflexions du style « mais quand est-ce qu'ils reçoivent des patients ? »*

Enfin, le fait de considérer cette démarche proactive d'aller à la rencontre de l'autre comme une « condition de possibilité » du réseau est discuté par les participants : on peut considérer qu'aller à la rencontre des premières lignes, c'est déjà faire du réseau. Ce serait plutôt une condition de possibilité pour que le réseau puisse s'activer dans une situation particulière, comme celle de Kevin.

(g) la co-responsabilité

Plusieurs interprétations vont dans le sens de souligner qu'il existe une forme de « co-responsabilité » au sein du réseau, formé entre l'ONE, le SSM, le SPJ et les lieux d'accueil. Il n'y a pas une seule équipe ou institution qui est référente. Cette co-responsabilité s'exprime notamment par rapport à la maltraitance ; la situation et le risque sont considérés avec sérieux : *« Les choses sont prises au sérieux, pas de rigolade par rapport au danger réel : ce sont des choses que j'aime bien parce que parfois dans les réseaux, il peut y avoir un effet de banalisation. »*

Ce réseau est empreint de « fluidité » et de cohérence : les choses (tant les messages que les représentations) y circulent. Les passages de témoins se font sans qu'on ait l'impression que les intervenants tentent de « se débarrasser de la situation », selon le principe bien connu dans le réseau qui consiste à « se refiler la patate chaude ».

La co-responsabilité est aussi mise en lien avec la capacité qu'a le réseau de se questionner sur ses failles et avec l'articulation claire des missions de chacun (par opposition à une certaine indifférenciation des rôles) :

« Ce que j'entends me laisse supposer que le réseau a la possibilité de se remettre en question, il est co-responsable par rapport à la situation : le juge est quelqu'un qui doit être garant de la loi, l'ONE, etc. chacun a sa mission, qu'il se doit de respecter. La mission de chacun s'arrête là où commence celle de l'autre ».

Par contre, le SSM a pris la responsabilité d'avertir la protection de la jeunesse, par rapport à cette situation, or dans un contexte de co-responsabilité, la question est posée de savoir s'il s'agissait bien de sa responsabilité : *« La question de la responsabilité est moins claire pour moi : la situation pose bien à un moment la question de « qui prend la responsabilité de dire on va interpeller », ça ne me paraît pas évident que c'était au SSM à le faire... c'est peut-être quelque chose de concerté... »*

(h) *les caractéristiques du territoire*

Enfin, une dernière condition de possibilité du réseau peut être liée au territoire et à ses spécificités. L'offre d'aide et de soins existant sur un territoire peut être mise en lien avec la propension à travailler en réseau, selon deux mécanismes opposés:

- D'un côté, le fait qu'il y ait peu de structures, voire qu'il en manque, pousse à faire réseau et à « activer » ce qui existe déjà. Autrement dit, en zone rurale, où les services sont éparés, on peut avoir d'autant plus besoin de se mettre en réseau. Mais alors « *comment le réseau a-t-il sa fonction dans une ville comme Bruxelles ?* », comme le demande elle-même la participante qui avance cet argument.
- D'un autre côté, il faut qu'il y ait suffisamment d'institutions, de personnes qui offrent des soins, pour pouvoir travailler en réseau.

Ce critère du territoire renvoie à différents éléments : l'équipement en structures, leur caractère éparés et donc le côté plutôt rural ou citadin, les mentalités et les conceptions de la santé mentale qui peuvent y être liées (« *consulter en SSM dans une petite ville, c'est quasiment être fou* ») et la politique locale mise en place (notamment un soutien politique, dans ce cas). Il est opposé au critère de « philosophie », précédemment cité, comme élément déterminant pour fonctionner en réseau :

« il y a quand même la question du territoire, qui est tellement éparés, qu'on ne sait faire qu'aller vers ». Ce n'est pas seulement une question de philosophie c'est une question de créer sa propre fonction et sa propre offre ».

2) Conditions d'activation du réseau

Si le point précédent avait pour objet les conditions de possibilité et les prérequis qui font qu'un réseau peut se mettre en place –et ce, indépendamment d'une situation– ici, il est plutôt question des éléments qui font que ce réseau potentiel est activé dans une situation particulière, comme celle de Kevin.

Différents éléments sont répertoriés, qui peuvent servir de moteurs concrets pour activer le réseau :

- On retrouve la **proximité entre intervenants de première et seconde ligne**, tant au sens physique, avec les intervenants du SSM détachés *extra muros* pour des permanences ou des supervisions dans d'autres services, que la proximité en termes de conceptions et de représentations (qui renvoie au point sur la philosophie et les représentations communes abordé dans les prérequis) : « *Il se fait qu'il y a eu une prise en charge et cette famille a pu accéder aux soins parce que dans cette consultation ONE, il y avait une présence d'un SSM, ce qui n'est pas courant, sinon il aurait sûrement fallu attendre des années* ».
- Les **compétences et l'expertise** des intervenants de **première ligne**, notamment celles développées grâce au travail de prévention en santé mentale (travail en réseau), qui leur permet de détecter les troubles le plus tôt possible et d'activer le réseau : « *L'ONE est un maillon super important qu'on oublie souvent, comme premier détecteur de danger : ils ont souvent un premier contact avec des situations que les institutions ne verront que bien plus tard.* »
- l'existence de **structures adaptées**, leur accessibilité géographique et la disponibilité de places, par exemple pour le Centre d'Accueil d'Urgence
- **L'urgence, le danger**

Dans ce cas-ci, il s'agissait de la crainte de maltraitance, qui a agi chez les intervenants comme moteur pour mettre en place le réseau : « *En cas de maltraitance, le réseau se met*

souvent tout de suite en place, parce qu'on partage une peur, ce sont des situations interpellantes, automatiquement ».

Deux risques opposés sont pointés : la banalisation (en soulignant positivement que ce n'est pas le cas ici) et la dramatisation de la situation, qui peut parfois pousser les professionnels à agir trop vite, en « ratant l'étape de l'explication aux parents ». Le risque consiste à les évincer, voire à les « déposséder » de leur problématique, comme le pointe un participant, rejoint par d'autres : « *Comment questionne-t-on ce qu'est la maltraitance pour les parents ? Je ne le vois pas. Or cela permet qu'ils deviennent « compétents de leur maltraitance ».* Un autre risque, c'est que « *le réseau prime et là, souvent, on est un peu maltraitant par rapport à ces situations ».*

A contrario, face à la peur des intervenants, le fait qu'il y ait un réseau préexistant peut constituer un garde-fou : « *Un réseau qui est créé comme cela permet d'offrir un bon aiguillage et un bon étayage (un soutien, un encadrement) à des situations qui provoquent la peur, un sentiment d'urgence, ... C'est à la fois sécurisant pour les intervenants, parce qu'on sait que les autres vont être aussi soutenant, cadrant, et pour la famille ».*

Si le danger est un moteur, certains participants se demandent ce qu'il en est des situations de « grande souffrance », où il n'y a ni urgence ni demande:

« *Qu'est-ce qui se passe quand il n'y a pas de danger (d'abus de maltraitance), mais « simplement » de la souffrance... ? Le réseau se met-il en place si facilement ?* »

- Les **difficultés éprouvées par les intervenants**, le sentiment d'impuissance dans une situation ou celui d'être confronté à une impasse, voire parfois le désespoir des premières lignes peuvent aussi constituer un moteur pour activer le réseau, notamment dans les cas de souffrances, sans aucune demande, évoqués ci-dessus.

A contrario, le sentiment que le patient va mieux peut également être un déclencheur : « *à travers ce travail de lien, on espère qu'ils vont de nouveau être acteur, être de nouveau demandeur par rapport à l'institutionnel ».*

- La volonté et l'énergie pour **mobiliser d'autres intervenants** comme partenaires.

On pense ici particulièrement à la démarche personnalisée vis-à-vis du juge (même s'il a un statut particulier puisqu'il est un acteur « indispensable »), par opposition ou en supplément au simple respect des démarches administratives classiques (le courrier).

Cela soulève aussi la question du nécessaire **transfert d'informations** et de ses modalités, par rapport au respect de la confidentialité : « *Quelles infos ? Quand ? Comment ? En connaissance de qui ? C'est une situation de réseau, où forcément pour décrire la situation à l'intervenant suivant (quand ils sont allés voir le SPJ), il y a du transfert d'information. Est-ce toujours avec la famille ?* ».

En réponse, le narrateur dit : « *Si le secret continue, par rapport à des situations d'enfants, cela ne bénéficie qu'aux abuseurs et maltraitants. On ne va pas tout dire à tout le monde n'importe comment.* » Et il propose d'utiliser comme critère « l'état de l'enfant ».

- Le facteur « **chance** », qui fait en sorte que la famille arrive dans un endroit où il y a déjà du réseau et du lien entre intervenants, –même s'il s'agit selon d'autres d'une « *chance organisée* », fruit de la volonté, de l'investissement et du temps consacrés au travail en réseau : « *Les gens se connaissent bien, ils savent comment parler de certaines choses à d'autres, ils savent à quelle porte frapper. Si par chance, une famille arrive et toque à la bonne porte... »*

Certains nuancent en soulignant que cela peut être considéré comme une malchance également, si le lien entre les différents intervenants est trop automatique –c'est l'argument des relais trop directs évoqué précédemment.

3) Places et rôles dans le réseau

(a) *Le service de santé mentale : soigner et dénoncer ?*

Il y a une convergence entre les interprétations pour souligner la difficulté de la position qui consiste à la fois à devoir avertir une autorité judiciaire d'une situation préoccupante et en même temps à aider ou soigner la famille en question. Comme le résume un intervenant : « *La question du mandat judiciaire : d'un côté, cela permet d'aider, mais cela pose aussi la question de comment aider malgré le mandat ?* »

Plusieurs intervenants questionnent ce double rôle qu'a dû jouer ici le SSM et la difficulté de cette position:

« *Ca doit être difficile en tant qu'intervenant du SSM, de prendre aussi ses distances quand il le faut vis-à-vis de la justice, comment travailler en **alliance** avec la famille quand on a quand même une obligation de soin ?* »

Les répercussions quant à la possibilité d'installer un rapport de confiance avec la famille, pour l'aider et la remobiliser sont aussi soulevées :

« *Le SSM est en même temps la structure **qui dénonce** et celle qui est **là pour aider**... est-ce que ce n'est pas mauvais pour la position du SSM... ? Si j'étais le parent, je serais plus à l'aise avec des gens qui ne m'ont pas dénoncé et qui sont là pour comprendre avec moi pourquoi je maltraite mes enfants...* »

La question est aussi posée de savoir « qui prend la responsabilité de dire : on va interpellier », et si c'était bien le rôle du SSM que de dénoncer (en plus de soigner) –ou s'il devait se limiter au soin. Si oui, une piste pour faciliter les choses est proposée : utiliser l'équipe, différencier les intervenants qui travaillent avec les parents et l'enfant. Et si ce n'était pas le rôle du SSM, à qui la responsabilité incombait-elle ? Etait-ce une responsabilité partagée ?

La dénonciation par rapport à la maltraitance est comparée au travail sous contrainte.

Pour certains, elle s'appuie sur un diagnostic élaboré en commun par les professionnels au sein du réseau.

D'autres mettent en garde, en situation de maltraitance, contre les préjugés, dont les professionnels ne sont pas à l'abri (notamment le fait de stresser par rapport à un danger), qui peuvent faire se mettre en place un réseau très vite, sans les parents, ou en les disqualifiant (comme évoqué dans les conditions d'activation du réseau).

D'autres encore nuancent et soulignent que ces « préjugés », et le fait d'avoir des valeurs, peuvent aussi constituer pour le professionnel un outil thérapeutique.

Par rapport à la co-responsabilité et au partage du secret professionnel deux positions se sont également exprimées : d'une part, en situation de maltraitance, le silence profite uniquement à l'abuseur, d'où la nécessité de partager l'information, même s'il ne s'agit évidemment pas de tout dire à tout le monde ; d'autre part, si l'information circule très (trop ?) vite, le réseau peut parfois être « envahissant ».

(b) *Place et implication des parents*

Plusieurs intervenants questionnent la manière dont les parents ont été **impliqués** dans cette situation, comme ce psychologue : « *où la question « **Qu'est-ce que ça représente pour les parents cette maltraitance ?** » a-t-elle été posée au niveau de la consultation ONE, de la crèche ? Je ne le vois pas. Il y a beaucoup de choses qui ont été agies, tout de suite mises en place. En quoi ont-ils été confrontés à cette question fondamentale ?* »

Quelle place ces parents peuvent-ils prendre dans le réseau si tous les professionnels du réseau sont en quelque sorte « d'accord pour dire qu'ils sont mauvais »?

D'où la suggestion qui est faite : veiller à ce qu'il n'y ait **pas trop de consensus** dans le réseau, à ne pas être trop convaincu, à ce que les parents « aient toujours un allié ». L'objectif est que le réseau puisse être « *un agent de changement pour la famille* », pour ne pas aggraver la situation (et par exemple provoquer une attitude abandonnique des parents vis-à-vis de cet enfant ou l'envie de concevoir un nouvel enfant pour tout recommencer à zéro avec lui) à l'inverse d'un « *réseau sauveur* », qui peut être maltraitant pour la famille. Un professionnel pointe d'ailleurs la difficulté dans un réseau de ne pas céder à la majorité des avis et, si on a un avis différent, de savoir comment le poser, car « *on peut être maltraitant en ne disant rien* ».

Un **écueil** possible est pointé : le fait que les parents intériorisent l'idée qu'ils ne sont pas compétents, ou pas suffisamment *bien-traitants*, qu'ils s'habituent à leur réseau, et ne voient pas comment faire sans lui. C'est toute la question de la remobilisation des ressources, même imparfaites, de ces personnes.

Or le même intervenant fait remarquer que les parents sont tout de même **présents** à la consultation ONE : « *les parents viennent, souvent la mère seule, donc ça veut dire que le père vient aussi, l'infirmière est reçue à domicile : il y a quelque chose de l'ordre de l'échange et d'une place que les parents peuvent prendre dans le réseau ...* »

Mais plusieurs s'interrogent sur le **soutien** dont ils ont réellement bénéficié dans ce réseau : « *je ne l'ai pas entendu* », dit un participant.

Certains expriment l'importance de les impliquer autant que possible :

« *Si on veut que les parents puissent de nouveau reprendre leurs enfants, il faut leur donner la possibilité d'exprimer leur souffrance et pourquoi ils abusent et qu'ils puissent petit à petit être amenés à ne plus abuser de leur enfant (par une thérapie, ou autre), pour que l'enfant ne soit pas ad vitam eternam dans l'institution. C'est aussi important que les parents puissent voir l'enfant, et qu'on puisse lui parler aussi de ses parents...* »

Leur **implication** dans la prise de responsabilité apparaît particulièrement importante dans ce **moment difficile** d'interpellation d'une instance protectionnelle : « *on côtoie une famille et en même temps on doit aller dire : on est inquiet, ça ne va pas* ». Par conséquent la manière dont on les informe est, elle aussi, très importante : sont-ils au courant des démarches entreprises vis-à-vis du Service de Protection de la Jeunesse et du partage d'information avec ce service? Comment les y associer ?

Une piste est suggérée en proposant que les parents disposent d'un **lieu de parole** pour eux seuls, pour s'exprimer, exprimer ce que la maltraitance représente pour eux et leur souffrance éventuelle. Autant certains revendiquent en ce lieu une « écoute inconditionnelle », débarrassée de tout préjugé de la part des professionnels, qui permette d'entendre la souffrance des parents. Autant d'autres défendent que ces préjugés, et le fait d'avoir des valeurs, sont aussi ce qui permet à un intervenant d'être thérapeutique et de ne pas être dans la banalisation ou la complaisance par rapport à l'abus : « *les préjugés, le fait d'avoir des valeurs, c'est ça aussi qui fait que je peux être thérapeutique. Si je suis simplement là pour l'accompagner sans jamais réagir, c'est de la complaisance, de la banalisation* ».

Pour résumer les places que l'utilisateur peut prendre dans le réseau, reprenons la métaphore du réseau comme toile d'araignée, proposée par une participante, où l'utilisateur peut être soit la mouche soit l'araignée :

« *J'ai eu l'image de la toile : l'utilisateur peut être la mouche (il pourrait devenir prisonnier), mais il peut aussi être l'araignée, qui peut se déplacer plus facilement parce qu'il y a la toile (que les professionnels ont tissée), l'araignée qui tisse construit aussi la toile...* »

(c) *Rôle du procureur*

Le rôle du procureur consiste à rappeler la loi, à être tiers dans la situation. Ce rôle de tiers permet, pour certains, que le travail thérapeutique se fasse.

Quelqu'un suggère qu'il puisse aussi entendre ce que les parents ont à dire, notamment à propos du SSM. Le risque d'indifférenciation des rôles, si le procureur « fait le psy », est aussi pointé. Les procédures administratives classiques n'ont pas été respectées mais le SSM a entrepris des démarches pour « concerner » le procureur. Il y a donc un risque de collusion, de l'avis de certains. Ce qui rejoint les préoccupations qu'il n'y ait pas un trop grand consensus dans le réseau, pour laisser une place aux parents. Le narrateur trouve par contre que c'est justifié, étant donné qu'il s'agit d'un cas gravissime, dans le cadre d'une non-assistance à personne en danger.

(d) *La référence / le référent*

Plusieurs interprétations identifient le SSM, en tant qu'équipe, comme référence : « *même si les personnes interviennent dans des services différents, il y a toujours non pas une personne mais un service (le SSM) qui devient la référence.* ».

Différents atouts de cette référence en équipe sont pointés : cela permet de la souplesse, en fonction de la situation ; certains intervenants peuvent travailler avec l'enfant, d'autres avec la famille ou les parents seuls. Pour le professionnel cela permet « *de ne pas se sentir accablé par la lourdeur d'une situation et de pouvoir partager* ». Il y en a qui trouvent que le SSM doit rester la référence, d'autres qui se demandent comment cela sera possible quand cet enfant grandira.

D'autres encore sont plutôt d'avis que la référence circule dans le réseau : il n'y a pas vraiment quelqu'un qui coordonne, si c'était le SSM la référence au départ, ce rôle est passé au SPJ, puis à l'institution de placement.

D'un côté, le réseau est considéré comme une extension de l'équipe pluridisciplinaire du SSM. Dans ce cas, deux questions se posent : comment intégrer de nouveaux partenaires (comme le procureur) et n'y a-t-il pas un risque de fonctionner en vase clos ?

D'un autre, le réseau mobilise d'autres extensions en son sein, il est plus autonome. Le narrateur nuance la position centrale du SSM : « *le centre guidance n'est pas le centre de tout... les autres partenaires apportent beaucoup : les relais qu'on peut avoir au niveau du suivi à domicile, en termes d'informations ou de soutien au quotidien, c'est aussi riche et aussi intéressant...* »

(e) *Egalité des places (supervision / intervision)*

Il a été question de supervision et d'intervision, la différence entre les deux –définie lors des questions-réponses– réside dans le fait que dans la supervision, quelqu'un détient un savoir que l'autre n'a pas, il y a une position particulière d'un des acteurs (en l'occurrence le SSM, qui assure la supervision) tandis que dans l'intervision, les intervenants sont plus sur un pied d'égalité.

Certains disent : on est passé de la supervision à l'intervision.

Pour d'autres, l'intervision entre professionnels en amont permet, dans la situation de Kevin, une concertation caractérisée par un apport d'informations par rapport à la situation, avec toutes les personnes concernées.

Ce qui rejoint aussi l'idée selon laquelle un acteur (par exemple le SSM) peut être plus crédible qu'un autre (la première ligne) pour dénoncer une situation préoccupante auprès du procureur du roi.

Le fait qu'il puisse ainsi y avoir des acteurs en position dominante au sein du réseau pour différentes raisons –plus de crédibilité, partenaire indispensable, comme le SPJ, etc.– s'oppose à l'idée d'une égalité, d'un fonctionnement entre pairs.

La question de la place des institutions psychiatriques, absentes dans ce récit car, selon le narrateur, « *ils ne s'occupent pas de la petite enfance, et même par rapport à la population adulte, ils ne sont jamais demandeurs* » est également soulevée. Quelles relations un SSM qui travaille en réseau de cette manière, entretient-il avec les autres SSM et d'autres services psychiatriques ? D'autres acteurs apportent des infos plus nuancées : l'un explique que, dans son hôpital, ils sont demandeurs vis-à-vis du réseau : quand une personne revient plusieurs fois aux urgences, ils prennent contact avec les gens qui l'ont suivie. Selon tel autre, la propension au travail en réseau est assez variable d'un hôpital à l'autre : c'est une question de personnes ou de politique institutionnelle.

4) Particularité de cette situation

La particularité de la situation de travail en réseau présentée dans ce récit a été soulignée à de nombreuses reprises. En se demandant à quoi elle peut être attribuée, les participants invoquent différentes raisons – déjà citées précédemment :

- particularité du territoire, rural et assez étendu, que couvre ce SSM
- volonté d'aller vers les autres intervenants (de première ligne)
- moyens disponibles (avec l'intervention du pouvoir organisateur)
- partage de valeurs communes – philosophie

Un intervenant, inscrit dans une autre zone rurale, témoigne de la différence sensible entre l'approche de ce SSM et de celui de sa région, moins enclin à travailler en réseau « *pour garder ce lieu là comme un investissement particulier pour le patient...* ». Il s'interroge : « *Est-ce qu'entre centres de SM, vous en discutez? Est-ce une philosophie propre au centre de santé mentale de ma région ?* »

5) Définition du réseau

Enfin, plusieurs interventions tentent de définir le réseau :

- Dans un cas, il est présenté comme une somme de compétences : « *On se met ensemble parce qu'on se dit « j'ai besoin des compétences des autres... », la nécessité c'est de rencontrer les compétences des autres, pour rencontrer les besoins des patients...* » D'ailleurs, parfois, le patient oblige les intervenants à travailler ensemble. Le réseau a aussi des effets de prévention et d'amélioration des services.
- Le réseau, c'est avoir une vision globale, en termes de soins, de santé, de logement, etc., c'est « *considérer la personne dans sa globalité* ».
- Le réseau, c'est aussi ne pas être en concurrence ou la dépasser, vu la multiplicité des services. Certains parlent même de « multiplication » des services, soulignant la différence par rapport à une époque antérieure : « *C'est comme si on avait un problème à plusieurs données maintenant, ce n'est pas pareil qu'avant, il y a plus de services...* »
- Le réseau a aussi une dimension économique et de rentabilité (gain de temps et d'argent) : « *si on fonctionne en réseau quand on n'a pas beaucoup de moyens, c'est que c'est efficace* ». La dimension économique pour l'institution : « *le réseau, c'est ce qui permet*

aux usagers d'avoir plus d'intervenants ou d'en avoir moins au contraire (car le réseau, c'est aussi pouvoir « élaguer ») ». La rentabilité peut se traduire de la manière suivante : « à partir du moment où on est dans une cohérence, l'intervention vis-à-vis du patient sera bien meilleure. »

Chapitre 4: CONCLUSIONS DE L'ANALYSE EN GROUPE

I. Préambule

En guise d'introduction, il semble important d'expliquer la difficulté de proposer des « conclusions » à ce travail d'analyse en groupe. En effet, on remarque à la lecture de l'analyse des récits qu'une des richesses de cette approche réside justement dans toute la nuance qu'elle peut apporter dans l'analyse des pratiques, par rapport à un sujet délicat comme le travail en réseau en santé mentale. Quand une idée est avancée, elle se trouve souvent nuancée, voire contre-argumentée par la suite. Il n'y a pas de vérité définitive qui y soit affirmée massivement. Cela est probablement en partie à la grande réflexivité et à toute la nuance dont font généralement preuve les travailleurs de ce secteur et en partie à la méthode utilisée. Celle-ci incite en effet tant les chercheurs que les participants à une lecture en termes de convergences et de divergences entre les interprétations, les mettant ainsi en tension. Prenons l'exemple du débat sur la nécessité de l'argent pour travailler en réseau : l'analyse avance à la fois que les moyens sont nécessaires voire indispensables pour travailler en réseau –il faut des moyens pour développer un travail en réseau de qualité– et que l'absence de moyens financiers peut aussi constituer un incitant à travailler en réseau, dans certains cas.

On peut aussi voir dans ces idées a priori contradictoires, l'expression de toute la complexité des situations auxquelles les intervenants de terrain sont confrontés et la nuance dont ils font preuve dans leurs jugements, leurs analyses et leurs actions. Ceux-ci semblent ajustés au cas par cas à la situation, tout en s'en distançant pour porter la réflexion à un niveau de généralité supérieur.

Dans ce contexte, pour ne pas en rester à l'impossibilité d'une conclusion autre que : « en matière de réseau, il faut juger au cas par cas et toute généralisation est impossible », en renvoyant à la singularité de la clinique –discours classique dans le secteur, comme nous l'avons vu dans la première partie– nous tenterons tout de même de proposer quelques pistes de conclusions, parmi les éléments récurrents ou marquants dans les deux analyses de cas.

Quant au statut de ces conclusions, notons qu'il est quelque peu différent des précédentes parties de l'analyse en groupe (récolte et analyse des récits, élaborations des convergences et divergences) qui ont été entièrement produites lors des trois journées de travail avec le groupe. Les conclusions ont en effet été produites après-coup : une proposition de conclusions a été élaborée lors de la rédaction du rapport par le chercheur, elle a ensuite été soumise au groupe oralement lors de la réunion de restitution et discutée en séance. Une version des conclusions intégrant les apports de la discussion avec le groupe a ensuite été soumise pour réaction à l'ensemble des participants par e-mail.

II. Pistes de conclusions

La question posée au départ de cette phase empirique de la recherche était : qu'est-ce qui guide le travail en réseau sur le terrain ? Quels « principes » guident l'action concrète dans des situations de travail en réseau rencontrées par les acteurs de terrain ? Voire, en fonction de quoi se prennent les décisions ?

Cette question sert de fil conducteur pour structurer les conclusions. Elles se basent sur les éléments de réponse présents dans les analyses des deux récits réalisées avec le groupe¹⁴⁸.

A. *La base commune*

Une idée revient à plusieurs reprises dans les analyses : pour fonctionner en réseau, il est intéressant qu'il y ait une forme de « base commune » entre les personnes. C'est ce qui permet le travail en réseau.

1) Définitions

Quand on s'intéresse de plus près, à ce que peut recouvrir cette appellation de « **représentation commune** », on se rend compte qu'elle est définie de plusieurs façons, dans les interprétations des participants pour désigner :

1. *Les représentations par rapport à la situation ou au bénéficiaire* : une perception commune de la situation, une manière identique de comprendre ce qui se passe ou d'y mettre du sens ; elles peuvent même parfois aussi se référer au diagnostic ou à une « *perception de manière globale de l'état d'une personne* »
2. *Un accord sur les modalités de prise en charge* ou de la méthode de travail –que celle-ci soit relative au travail en santé mentale en général, dans son institution en particulier ou au travail en réseau ; cela peut également désigner les outils et ou les procédures communs développés pour fonctionner en réseau.
3. *Le fait d'« avoir une même philosophie », des références et des valeurs communes*. Que l'on désigne par-là des courants théoriques ou thérapeutiques ou une conception de l'intervention en général ou du travail en réseau en particulier. A propos de la conception du travail en réseau, différents éléments ont été évoqués, notamment : la démarche d'« aller vers » les autres partenaires du réseau, la « co-responsabilité » (conception d'une responsabilité partagée par rapport à la situation entre intervenants au sein du réseau), le réseau comme « tournure d'esprit », la volonté (des individus, d'une équipe) de fonctionner en réseau¹⁴⁹.

¹⁴⁸ Il faut préciser que l'ordre dans lequel les éléments sont abordés ne reflète nullement un quelconque ordre de priorité entre eux.

¹⁴⁹ Parmi les trois acceptations des « représentations communes » ou de la base commune proposées ci-dessus, une certaine « gradation » apparaît : on passe d'une conception plus substantielle à une conception plus procédurale de la base commune. Dans le premier cas, la représentation porte sur le contenu, il s'agit de la représentation par rapport à la situation de l'utilisateur : à la limite, on pourrait dire qu'« il faut voir la situation de l'utilisateur de la même manière pour travailler ensemble ». Dans le second et le troisième cas, les représentations portent sur plutôt sur la conception et des procédures de la prise en charge et de l'intervention, de manière générale ou au sein du réseau.

2) Positions

Différentes positions se dégagent entre les acteurs de terrain quant à la **nécessité** de cette « base commune » :

1. Le fait d'avoir une base commune peut être considérée comme *préalable*, comme la base du travail en réseau : pour certains, ces représentations communes sont nécessaires pour pouvoir aborder la situation et travailler ensemble ou en tout cas, elles facilitent le travail en réseau.

De manière générale, l'existence d'une base commune peut avoir pour avantages l'évolution positive de la situation et le fait que l'utilisateur ne soit pas écartelé entre des intervenants, étant donné que les gens se connaissent bien et ont, les mêmes valeurs.

2. Dans la seconde position au contraire, *l'intérêt de la diversité* des points de vue dans un réseau est mis en exergue, renvoyant à des notions de pluridisciplinarité, d'enrichissement via les différences. Dans cette optique, il est intéressant de travailler avec des personnes dont on ne partage pas les représentations : cela crée de l'émulation et stimule la créativité. Si les représentations sont (trop) communes les risques d'un réseau « dogmatique » et de « fonctionnement en vase clos » sont pointés.
3. Le troisième type de position se situe plutôt dans *l'entre-deux*. Il apporte certaines nuances à ces positions contrastées :
 - La diversité des points de vue peut être positive mais s'ils sont **antagonistes** ou extrêmes, on ne sait pas travailler.
 - Le caractère commun, c'est plutôt une question de **degré** que de dichotomie : il y a toujours une part d'éléments communs et une part de différence dans les représentations au sein d'un réseau.
 - C'est aussi une question de **processus** : des représentations communes ou des outils communs peuvent se construire petit à petit, à partir de représentations initiales ou de compétences différentes, l'intérêt de combiner base commune et compétences différentes est d'ailleurs souligné. Si l'élaboration d'une base commune est envisagée en termes de processus, elle peut alors être **reliée à la connaissance réciproque** et aux valeurs entre intervenants, comme l'ont fait certains participants à l'analyse. On peut avoir des représentations différentes et bien fonctionner ensemble si on connaît bien les autres membres du réseau et qu'il y a un rapport de confiance et de respect.

3) Une autre manière d'envisager la base commune

Pour intégrer l'intérêt de la diversité et la dimension de processus d'élaboration d'une base commune *en lien avec les différents éléments susmentionnés (l'importance des valeurs, le lien avec la connaissance réciproque)*, la base commune pourrait encore être envisagée d'une quatrième manière :

La base commune – existante ou à créer – au sein du réseau résiderait alors dans la **connaissance réciproque**, dans les liens privilégiés – par affinités personnelles, idéologiques, de courant ou autres –, le respect, la **confiance**, la reconnaissance et l'estime réciproques entre partenaires du réseau. Il s'agit de **valeurs** qui, par définition, ne « se décrètent pas » et doivent se co-construire petit à petit dans le cadre d'un processus, – soit en amont de la prise en charge, soit au fur et à mesure de celle(s)-ci. La base commune définie de cette manière peut permettre aux intervenants de créer ensemble un autre type de base commune (au sens de la 2^e

ou de la 3^e définition) : soit des outils communs ou une philosophie d'intervention commune.

On se situe à nouveau ici dans une conception procédurale d'une base commune au sein du réseau. En effet, *la connaissance réciproque, le respect et la confiance permettent de questionner la pratique de l'autre et de se laisser questionner*. Autrement dit, elles permettent la diversité des points de vue. Il a notamment été pointé dans les analyses que le fait d'avoir un ensemble de professionnels « soudés » permet qu'il y ait une facilité à communiquer sur les situations, à discuter, à s'interroger sur sa pratique. Le parallélisme peut d'ailleurs être fait avec le processus opérant au sein même du groupe de recherche¹⁵⁰ : le lien qui s'est peu à peu créé dans le groupe d'analyse où le climat d'écoute et de confiance qui s'est installé a permis aux intervenants d'échanger, de s'interpeller sur leur pratique, leur expérience et leurs interprétations et de les confronter.

Il est également apparu que le fait d'accorder à chaque acteur, à chaque lecture la même attention, voire pour certains le **même poids** dans la discussion quelle que soit sa fonction, son institution d'appartenance (notamment dans une conception de transdisciplinarité) permettait ce travail en réseau. Par ailleurs, il est aussi question du « respect des rôles, des fonctions et des capacités et des limites de chacun ». D'autres reconnaissent que tout le monde n'occupe pas la même position dans le champ et qu'il peut y avoir des acteurs plus puissants. Toutefois, cette inégalité de position et de pouvoir des acteurs dans le réseau, voire la « domination » de certains d'entre eux (l'exemple du médecin et du juge ont été cités) ne sont pas toujours considérées négativement. Dans le cas du juge, l'intérêt qu'il puisse formaliser les accords de collaboration entre les autres intervenants du réseau (par exemple la possibilité de réintégrer l'institution précédente si nécessaire) en les inscrivant dans une ordonnance a notamment été pointé.

Signalons enfin qu'il pourrait alors être intéressant de parler plutôt de « base cohérente », plutôt que de « base commune » – puisque les représentations ne doivent pas nécessairement être identiques –, comme le suggérait un des participants lors de la réunion de restitution.

B. La formalisation

Une certaine formalisation d'outils ou de procédures communes peut aussi permettre, guider, inciter, voire forcer le travail en réseau. Elle apparaît dans les analyses comme un moteur possible de la collaboration, pour dépasser les freins institutionnels qui peuvent exister (enjeux financiers, de pouvoir, etc.). La formalisation (qui se situe généralement à un niveau institutionnel) permet notamment de dépasser le fait que certains individus ou équipes puissent ne pas avoir cette volonté de travail en réseau : « *en sachant qu'au-dessus, ils sont tous d'accord, on crée les conditions favorables* ».

Cette formalisation peut prendre différentes formes :

- conventions, contrats signés ;
- accord sur un certain nombre d'outils ou de procédures communes ou élaboration de ceux-ci (par exemple la désignation d'une « personne de référence » pour le bénéficiaire dans le réseau ou le transfert de cette référence) ;
- recherche de subsides ou d'argent en partenariat, qui peut motiver les collaborations ou les envenimer. (Rappelons que l'argent a fait débat, pour savoir s'il permet le travail en réseau ou si son absence stimule le réseau – qui tente de pallier l'absence de moyens) ;

¹⁵⁰ Comme le suggèrent les développeurs de la méthode. Cfr L. VAN CAMPENHOUDT, J.-M. CHAUMONT et A. FRANSSSEN, *La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux*, Paris, Dunod, 2005, pp. 39-40.

- l'inscription du fonctionnement en réseau comme « mission de service public » dans un cadre réglementaire pour certaines institutions ou comme priorité dans une politique institutionnelle.

Si la formalisation peut constituer une forme de contrainte, car on est lié par ce qu'on a décidé ensemble, cette contrainte est parfois nécessaire pour qu'on fasse « l'effort » ou le pas de travailler ensemble et qu'on se donne l'opportunité de construire tous les autres éléments de nature plus informelle évoqués ci-dessus (connaissance réciproque, confiance, estime, respect, représentations communes, outils, etc.) qui peuvent constituer la base du travail en réseau : « *On peut formaliser : les contrats de collaboration, les conventions, qui se situent au niveau institutionnel, permettent de faciliter le travail de création du lien pour les individus* ». En ce sens, une dimension formelle du réseau peut fournir un cadre aux aspects plus informels, pour qu'ils puissent se créer.

C. La nécessité d'adaptation du cadre en fonction de la situation

Si, comme cela vient d'être montré, le réseau peut être guidé par une certaine formalisation, il peut aussi –peut-être paradoxalement¹⁵¹– être guidé par la nécessité de s'adapter à la spécificité de la situation et donc « d'élargir le cadre », voire d'en sortir. Il est ici question du cadre institutionnel, réglementaire ou légal, parfois trop strict ou inadapté à certaines situations.

1) La flexibilité du réseau

Le fait de prendre en charge des situations qui se situent dans les interstices entre plusieurs champs (justice, santé, santé mentale, ...) constitue la raison d'être du travail en réseau. De même, le fait d'évoluer au fil du temps et des développements de la situation de l'utilisateur (jusqu'à, éventuellement disparaître) fait aussi partie de son essence.

L'évolution de la situation fait se modifier le réseau et vice versa. Cependant le parallélisme entre évolution du réseau et de la situation, qui a été opéré à de nombreuses reprises, en remarquant que si le réseau est contenant, la situation évolue bien, a aussi été nuancé en rappelant que l'évolution d'une situation est multifactorielle – elle dépend aussi notamment de la dynamique de la personne, etc.

On est donc là face à un paradoxe pour le réseau appelé à la fois à être « contenant » et cohérent en même temps qu'il est appelé à bouger, évoluer, s'adapter en fonction de la situation.

2) L'adaptation du cadre

Si l'appellation de « hors cadre » a été utilisée dans l'analyse en groupe¹⁵² et met en exergue la créativité et la souplesse possibles, plusieurs suggèrent plutôt de parler d'une « extension », d'une « adaptation », d'une « flexibilité » du cadre : justement, pour ne pas être « hors cadre » (institutionnel, réglementaire, ...), on reste dans un cadre que l'on élargit par le réseau¹⁵³.

Il s'agit alors d'assumer la responsabilité (et le risque) d'une situation ensemble, entre partenaires du réseau. Par exemple, si aucun intervenant seul, au niveau de son institution, ne

¹⁵¹ Nous y reviendrons à la fin de ce point.

¹⁵² Dans l'analyse en groupe, la question de l'intérêt du « hors cadre » a été posée à propos d'une situation où un jeune devait changer d'institution parce qu'il passait dans la tranche d'âge suivante.

¹⁵³ Lors de la réunion de restitution, certains participants ont exprimé leur malaise par rapport à l'utilisation de cette expression et l'ont nuancée de cette manière.

veut ou ne peut se charger de telle situation, tout en ayant conscience qu'il y a lieu de proposer une prise en charge à la personne, au sein d'un réseau, on peut se lancer pour une prise en charge de cette situation en réseau, avec le soutien de celui-ci –si la base commune existe, diront certains.

Le fait d'élargir le cadre peut aussi désigner le fait d'avoir l'énergie d'aller mobiliser un (ou plusieurs) autre(s) partenaire(s) du réseau, –comme cela a par exemple été le cas dans un récit analysé où un responsable de SSM va rencontrer en personne un procureur, pour le concerner par rapport à une situation d'abus.

3) Sortir du paradoxe

Si on fait le lien entre la formalisation et l'adaptation du cadre, un paradoxe apparaît à propos du réseau, à la fois appelé à « se formaliser » et à faire du « hors cadre ».

Ce paradoxe et cette contradiction apparents entre la formalisation et l'adaptation du cadre peuvent donc être relativisés, voire dépassés de plusieurs manières.

Tout d'abord, parce que les deux propos se situent peut-être à des niveaux différents. Quand on parle dans les analyses des récits de « hors cadre », on se situe peut-être davantage à l'échelle d'une institution : celle-ci est éventuellement amenée à sortir de son cadre ou à déroger à certaines de ses règles par rapport à un bénéficiaire, Grâce au soutien et aux procédures mises en place dans le réseau. Quand il est question de formaliser les procédures entre organisations, on se situe plutôt d'emblée à un niveau « inter-institutionnel » et il s'agit d'un élargissement du cadre, hors institution.

Ensuite ce paradoxe peut aussi être dépassé en adoptant une position plus nuancée par rapport à la formalisation, en considérant qu'elle peut être utile à condition qu'il y ait une souplesse suffisante : une certaine liberté de fonctionner au cas par cas, ne pas être tenu à un certain nombre de concertations, etc... « *Les deux ne sont pas nécessairement incompatibles* », comme le suggère un participant.

D. L'usager

Le réseau se construit aussi en fonction de l'usager ou du bénéficiaire (potentiel). Ce qui guide le travail en réseau, c'est :

- *la mobilisation des ressources de l'usager (à côté ou en plus des ressources institutionnelles)*

Il y a eu un débat sur la question suivante : Y a-t-il un moment auquel la mobilisation de ces ressources est plus opportune : dans les moments de transition entre institutions (une certaine autonomie ou des ressources propres facilitant ces moments de transition ou de relais entre institutions, souvent difficiles) ou est-ce nécessaire tout le temps ? Le débat portait sur : le fait de mobiliser les ressources de l'usager en priorité ou en complément des ressources professionnelles.

- *le fait de mettre l'usager au centre, de le considérer comme acteur*

Ce qui soulève les questions complémentaires de savoir comment sélectionner les membres du réseau pertinents (en y associant ou non le patient ?), quelle information est donnée au bénéficiaire, et de quelle manière est-il associé à la discussion et aux choix sur son orientation dans le réseau ; sans oublier le rôle éventuel de « suggestion », de proposition et de conseil du professionnel.

- *l'accompagnement de la personne dans son projet* (ou dans l'élaboration de celui-ci avec elle si elle n'en a pas) et / ou *l'aider à acquérir davantage d'autonomie*

Il y a ici une tension entre la mise en lien opérée par le réseau –son aspect « contenant »– et le fait de penser et de développer l'autonomie de l'utilisateur. Cette dernière peut s'exprimer par un choix qu'il pose (et pas seulement par la disparition du réseau) mais peut aussi s'exprimer dans un sens pas toujours souhaité par les professionnels (passage à l'acte, manipulation du réseau, mise en échec de la prise en charge proposée dans le réseau).

- *Le fait de lui donner une place dans le réseau.*

Il a notamment été mis en exergue qu'il était plus dur pour les bénéficiaires ou leurs proches de prendre une place dans le réseau, s'il y avait un consensus important entre les professionnels à leur sujet.

Un **problème** qui est apparu à ce propos réside dans les situations de « non demande », où il n'y a pas non plus d'urgence à intervenir puisqu'il a été mis en évidence que l'urgence, la situation de danger ou le fait que les intervenants éprouvent des difficultés constituent souvent des moteurs pour mobiliser le réseau dans une situation.

E. La continuité du lien

Ce qui guide encore le travail en réseau, c'est l'idée de prendre en considération « le maillon d'avant et le maillon d'après » dans une intervention, afin de créer ou de maintenir du lien malgré les passages d'une institution à l'autre.

Cela est notamment possible grâce à différents dispositifs qui ont été évoqués – sans que tous ne fassent l'unanimité :

- une « personne de référence » ou un case manager ;
- un « transfert du lien » de référence au sein du réseau ;
- un suivi d'information (voire de dossier) ;
- des procédures comme interroger et évaluer le parcours de la personne quand on l'accueille dans son institution (et pouvoir se remettre en question en tant qu'intervenant) ;
- prévoir la possibilité de réadmission dans une institution précédente, en cas de nécessité ;
- prévoir des « rituels » au moment du passage d'une institution à l'autre ;
- « aller à la rencontre de l'autre » (premières lignes, etc.).

F. L'efficacité de l'intervention

Ce qui guide aussi le travail en réseau, c'est qu'il est « rentable » : il peut permettre un gain de temps et d'argent ou une meilleure intervention, en termes de qualité. Il demande d'investir du temps, notamment en concertation, qui est regagné en « efficacité de l'intervention », davantage cohérente.

Rappelons toutefois que le lien entre évolution de la situation de l'utilisateur et évolution du réseau a fait l'objet de discussions : si les intervenants ont généralement tendance à penser et à constater que quand le réseau est cohérent, l'utilisateur va mieux, ils ont aussi souligné que l'évolution était multifactorielle. Ou encore que si le réseau était trop cohérent, en lien et d'accord, il risquait de ne plus laisser de place au bénéficiaire ou à ses proches.

G. Une visée de santé publique

Ce qui peut également guider le travail en réseau, c'est le fait d'élaborer une politique de santé publique cohérente, à destination de la population en général, d'usagers « potentiels » et pas uniquement de ceux qui sont déjà désignés comme « patients » et qui fréquentent déjà des services de santé mentale. Et d'élaborer cette politique et des projets avec l'ensemble des acteurs concernés (intervenants partenaires du réseau), y compris hors santé mentale : en travaillant avec des acteurs du logement, des PMS, de l'ONE, de l'AWIPH, etc.

Dans cette optique, le réseau inclut la prévention, qui s'organise en partenariat avec les autres membres du réseau, souvent « en allant vers » les services de première ligne, pour les services de seconde ligne (comme le service de santé mentale).

L'importance de ce travail « préalable » entre intervenants, incluant la prévention, déjà partiellement présent dans l'analyse via le processus d'élaboration d'une base commune et via la formalisation du réseau, a été rappelée avec force lors de la réunion de restitution : les participants ont souligné par-là que les pratiques de réseau ne se limitaient pas à un « réseau de soins autour d'un patient (désigné) », comme cela tend à être le cas dans certains projets politiques.

Cette idée, qui a été relayée de manière forte par un participant lors de la réunion de restitution, et qui a ensuite donné lieu à un débat a aussi permis que s'exprime une forme de ras-le-bol des intervenants de terrain, par rapport à des projets trop spécifiques, à court terme, à visée uniquement curative, qui ne prennent pas suffisamment en considération l'ensemble du travail en réseau dans lequel ils se sont investis sur leur territoire, dans une optique de prévention et d'élargissement du champ de la santé mentale à d'autres secteurs¹⁵⁴.

H. Les obstacles et freins au travail en réseau

A côté de tous les éléments qui viennent d'être cités qui guident le travail en réseau, il y a aussi des obstacles et des freins à celui-ci :

- les contraintes institutionnelles, financières etc. (Certains décrivent la situation actuelle en parlant de « bricolage dans la pénurie ».)
- la domination de certains acteurs ou idéologies (qui se traduisent aussi en termes d'allocation de moyens plus importants à ces acteurs, notamment hospitaliers, selon des intervenants ambulatoires. Or actuellement, on coupe aussi les moyens de l'hôpital, répondent les acteurs hospitaliers mais on se demande s'ils sont transférés ailleurs...)
- l'absence de volonté de travail en réseau
- la volonté de l'utilisateur
- les difficultés de collaboration avec certains acteurs, comme les médecins traitants (d'ailleurs rencontrée dans la constitution même du groupe d'analyse)
- la difficulté de transversalité et de coordination entre les différentes instances politiques dont tant les bénéficiaires que les institutions peuvent faire les frais.

¹⁵⁴ Il semblait aussi y avoir là, pour quelques-uns, du moins, une crainte que les résultats de cette recherche ne soient pas exploités, ou que leurs revendications ne soient pas relayées vis-à-vis du politique, vu l'investissement conséquent consenti pour cette recherche.

III^{EME} PARTIE :

**CONFRONTATION DES PRINCIPES AUX RESULTATS DE L'ANALYSE
EN GROUPE**

Après avoir extrait des principes de fonctionnement en réseau et après avoir analysé les pratiques via l'analyse en groupe, il s'agit de confronter et de comparer les résultats de ces deux parties de la recherche.

Pour ce faire, les idées essentielles des principes a priori de fonctionnement en réseau et leurs enjeux –issus du premier travail– sont confrontées aux principales idées mises en évidence dans l'analyse des pratiques via le dispositif empirique en groupe¹⁵⁵.

De manière générale, il n'apparaît pas de décalage flagrant entre les principes de fonctionnement en réseau identifiés a priori et les résultats de l'analyse en groupe, basés sur l'analyse des pratiques. Les seconds viennent plutôt compléter et nuancer les premiers.

Les idées exposées dans ces deux parties ne rentrent pas souvent en contradiction. Parfois, quand les résultats de l'analyse en groupe développent des arguments opposés aux « principes a priori de fonctionnement en réseau », ceux-ci étaient déjà esquissés dans les « enjeux » relatifs aux principes ou présents en filigrane.

Généralement, les résultats de l'analyse en groupe viennent plutôt complexifier et nuancer certains principes de fonctionnement en réseau. Ils proposent souvent différents points de vue sur la situation, différentes manières d'envisager les choses. Ils pointent des problèmes concrets auxquels sont confrontés les acteurs de terrain, ainsi que les solutions ou les bricolages qu'ils trouvent pour y répondre.

Pour effectuer cette comparaison, les différents principes a priori de fonctionnement en réseau et leurs enjeux sont repris systématiquement, en les confrontant aux apports de la partie empirique.

I. Décloisonnement

Dans les principes de fonctionnement en réseau, il est question de decloisonnement tandis que l'analyse en groupe amène plutôt l'idée de création d'une **base commune** au sein du réseau. Ces deux idées sont plutôt complémentaires.

La « base commune » vient en quelque sorte **complexifier à différents niveaux** la vision des choses en termes de decloisonnement et de frontières à dépasser ; cette complexification tient tant aux différentes définitions de la base commune qui sont données qu'aux différentes positions exprimées à son égard.

A. Définitions et positions par rapport à la base commune

Différentes **manières d'envisager** cette base commune ont en effet été proposées : comme représentations communes par rapport à une situation, comme procédures communes ou encore comme philosophie et valeurs communes.

Il n'y a pas non plus d'unanimité mais bien **différentes positions** exprimées par rapport à la base commune, au sein de l'analyse en groupe. Et elles s'inscrivent chacune dans un rapport particulier avec le principe de decloisonnement :

La première position s'inscrit plutôt dans la complémentarité. Elle considère la base commune comme une nécessité pour travailler ensemble, tandis que le principe de decloisonnement insiste plutôt sur la diversité des approches à mobiliser au sein du réseau.

¹⁵⁵ Pratiquement, nous avons d'abord confronté ces idées à l'aide d'un tableau en deux colonnes, présentant d'un côté les idées des principes et de l'autre, celles de l'analyse en groupe ; puis nous l'avons retraduite dans la forme du texte présent.

La seconde position est plus similaire au principe, puisqu'elle insiste sur l'intérêt de la diversité des points de vue et l'enrichissement par les différences, par rapport au risque de « fonctionnement en vase clos » qui peut être lié à une (trop grande) base commune.

La troisième position, intermédiaire, se présenterait plutôt comme une piste de solution pour opérer le décloisonnement : créer une base commune, qui s'appuie sur la connaissance, le respect et l'estime réciproque, le questionnement sur les pratiques (les siennes et celles des partenaires) au départ de positions parfois différentes.

B. Différents (dé)cloisonnements

Par rapport au **décloisonnement au niveau administratif et politique**, l'analyse en groupe développe davantage l'intérêt de **sortir du cadre** institutionnel quand il est inadapté ou d'élargir celui-ci, de l'adapter au sein du réseau. Elle pointe aussi les « risques » qui peuvent y être associés, comme le fait de rester « accroché » à une situation, pour les intervenants.

Elle souligne aussi que le **cloisonnement entre professionnels et non professionnels** est toujours bien présent, au travers du débat sur la mobilisation des ressources et du réseau de l'utilisateur et le moment où celle-ci est opportune. Les réseaux primaires et secondaires peuvent en effet parfois être dans un rapport de substitution ou bien le second peut ne pas être (suffisamment) pris en considération, même si plusieurs intervenants affirment qu'il est nécessaire de le faire.

Par rapport à l'articulation particulière **avec la justice** et ses difficultés, l'analyse en groupe amène une autre idée en mettant l'accent sur la difficulté de concilier soins et « dénonciation » d'une situation préoccupante, pour un acteur comme le SSM par exemple.

C. Enjeu : difficultés de mise en connexion

Quant aux **enjeux** du décloisonnement comme la **mise en connexion difficile**, le « **manque de disponibilité** » mentionné dans les principes est développé :

Une explication en est proposée : il faut que le réseau constitue une **priorité** pour se rendre disponible. C'est donc aussi une question de **volonté** et de politique institutionnelle. D'ailleurs, des disparités apparaissent au sein des SSM à ce niveau : certains considérant qu'il s'agit d'une priorité, qui rentre dans leur mission de service public, d'autres mettant l'accent sur le fait de rester un lieu d'investissement privilégié du patient.

Le **manque de disponibilité** de certains acteurs en particulier y est aussi pointé : médecins généralistes¹⁵⁶, SSM, mais aussi partenaires de première ligne comme les aides familiales etc. Le fait que certains acteurs ne soient pas toujours demandeurs de collaboration avec le réseau est aussi évoqué (notamment entre institutions psychiatriques et SSM).

Il apparaît aussi qu'il est parfois nécessaire, au-delà des procédures formellement prévues, d'entreprendre des démarches particulières nécessitant un **investissement plus important** (par exemple une rencontre de face à face, à la place d'un courrier), pour se mettre en lien avec certains acteurs du réseau.

Une autre « solution » possible pour dépasser les cloisonnements, les freins institutionnels et le manque de volonté est envisagée et mise en débat dans l'analyse en groupe : **la formalisation**. Elle peut permettre de créer les conditions favorables à la coopération, la contrainte pouvant parfois pousser à aller à la rencontre d'autres partenaires, mais ce point ne fait pas l'unanimité au sein du groupe. Celui-ci attire aussi l'attention sur le fait de maintenir une certaine flexibilité et une souplesse du cadre dans le réseau.

¹⁵⁶ D'ailleurs impossibles à mobiliser dans le cadre de cette recherche-ci également.

D. Enjeu : dépasser la concurrence

Cette idée n'est pas vraiment abordée en tant que telle dans l'analyse en groupe, même si on y souligne plutôt une approche inverse, à savoir qu'une des finalités du réseau est de **s'aider** entre professionnels, en mettant ensemble des compétences.

Par rapport à l'intérêt de la diversité comme richesse et non comme rivalité, une nuance assez étonnante y est aussi apportée: quand des services identiques (comme les SSM) ont des pratiques tout à fait différentes, notamment par rapport à l'implication dans le réseau et au travail extra muros, cela peut aussi avoir des répercussions négatives sur les relations avec leurs pairs et notamment entraîner des **rivalités** entre services.

Quant à la concurrence entre institutions pour les **subsidés**, l'idée est évoquée, mais il y apparaît aussi que l'existence de subsidés et l'argent disponible peuvent agir comme moteur pour créer des projets entre partenaires du réseau.

E. Enjeu : maintien de l'identité

Les enjeux relatifs au maintien de l'identité se retrouvent dans les principes et dans l'analyse en groupe : intérêt de la clarification des rôles (connaissance réciproque) et attention particulière à éviter l'indifférenciation au sein du réseau ; insistance sur l'engagement personnel que la démarche de fonctionnement en réseau (et de création d'une base commune) demande, notamment en termes de capacité à se remettre en question en tant qu'intervenant.

II. Horizontalisation des rapports

Ce principe est sous-tendu par un « idéal démocratique » : que chacun ait le même poids dans le réseau, quel que soit son secteur, son pouvoir de tutelle, son cadre et ses orientations de travail. L'analyse en groupe a amené une idée similaire : accorder la **même écoute** à chacun dans le réseau (aide familiale, médecin, ...), ce qui participe notamment à créer une base commune.

Ce principe s'oppose par contre à la **domination** de certains acteurs en fonction de leur statut, de leur secteur (judiciaire, médical), de leur crédibilité ou de leur caractère indispensable : domination de certaines idéologies (le cas de l'idéologie médicale est cité) ou institutions (notamment l'hôpital psychiatrique, dont le rôle de « référence ultime » a été questionné). Ces éléments ont tous été pointés dans l'analyse comme traversant les pratiques actuellement. Un autre facteur de différence de positions entre intervenants psycho-médico-sociaux a aussi été mis en lumière : les différences de remboursement des prestations (par exemple entre médecin et psychologue), qui peuvent influencer leur perception aux yeux des usagers.

Mais une nuance intéressante y est aussi amenée : **l'asymétrie de positions** dans un réseau, qui est généralement critiquée, peut aussi avoir des aspects **positifs**, comme la compétence du juge à formaliser des accords et des modalités de partenariats au sein du réseau.

Une mise en tension identique entre positions égalitaires ou asymétriques dans le réseau se retrouve dans la discussion qui a eu lieu à propos de certaines réunions entre professionnels au sein du réseau, en se demandant s'il s'agissait plutôt de **supervision ou d'intervision**. La différence entre les deux étant que dans une supervision, le superviseur détient en quelque sorte un savoir que les autres n'ont pas (par exemple dans le cas d'un superviseur issu d'un service de santé mentale et qui travaille avec des intervenants de première ligne), alors qu'en intervention, il y a une certaine égalité de positions entre participants.

Par rapport à la place respective de **l'ambulatoire par rapport à l'hospitalier** et leurs disparités de moyens, des nuances sont aussi apportées. D'une part, **l'hôpital peut aussi « subir »** cette politique de déshospitalisation, qui va souvent de pair avec la diminution de ses moyens ; certains acteurs hospitaliers se demandent même si ces moyens qui leur sont retirés sont véritablement transférés ailleurs.

En outre, **l'importance** en elle-même **des moyens** par rapport à la **qualité du travail en réseau** fait l'objet d'une controverse dans l'analyse en groupe, où deux thèses s'opposent : d'une part les moyens sont indispensables à un travail de réseau de qualité (plus de moyens permettant un meilleur travail) ; d'autre part, l'absence de moyen fait du réseau une nécessité vitale et incite à y avoir recours.

A propos de la place des **acteurs hors soins**, le groupe a insisté sur la visée de santé publique et de prévention que peut avoir le réseau, ce qui plaide pour que ces acteurs aient leur place dans le réseau.

Quant aux cloisonnements entre **professionnels et non professionnels**, leur persistance a déjà été évoquée précédemment.

III. L'utilisateur

L'utilisateur a été mentionné et a aussi fait l'objet de discussions dans l'analyse en groupe :

Rappelons qu'il y a été question de **l'adaptation du cadre** à la situation de l'utilisateur, ce qui rejoint l'impératif de « conditions administratives essentiellement au service du réseau », exprimé dans les principes.

Néanmoins les participants ont aussi fait remarquer que la finalité du réseau peut parfois apparaître comme le fait de « **gérer des flux** de patients » et de les réorienter ; le lien avec l'intérêt des patients ou un projet thérapeutique pensé pour eux peut alors être questionné.

L'analyse en groupe apporte un éclairage particulier sur différents éléments évoqués dans les principes: l'information et l'orientation de l'utilisateur, le fait qu'il puisse poser un choix, dans un dialogue avec le professionnel, et avoir une certaine liberté à ce niveau, ainsi que les répercussions pour les professionnels.

A. Information, orientation dans le réseau

Ceci concerne le **choix de l'orientation** dans le réseau de l'utilisateur en dialogue avec le professionnel et l'**information** du patient.

L'information du patient paraît particulièrement importante dans **les moments de transition** entre institutions : elle permet notamment de le rassurer, de le sécuriser, lui et ses proches.

Il apparaît qu'il peut aussi être utile d'informer l'utilisateur sur les « **valeurs** » et la « **philosophie** » de l'institution proposée.

Par ailleurs, quand les professionnels informent l'utilisateur et sa famille des possibilités existantes dans le réseau, son « **état** » influence la réception de ces informations. De plus, informer ne suffit pas nécessairement : il peut aussi être important que le professionnel suggère l'une ou l'autre institution en particulier et **conseille** l'utilisateur (en expliquant les raisons qui le motivent à formuler telle proposition).

B. Liberté de choix

Pour qu'il puisse y avoir un choix de l'utilisateur (en dialogue avec le professionnel), il faut qu'au moins **2 alternatives** lui soient proposées.

Notons d'ailleurs que le fait de poser un **choix**, pour l'utilisateur, notamment par rapport à son orientation dans le réseau, peut être considéré comme une manière de s'orienter vers plus d'**autonomie**, qui n'est donc pas conçue uniquement comme la disparition du réseau.

Cependant cette **liberté de l'utilisateur** peut aussi s'exprimer **contre le réseau**, dans un sens non souhaité par les professionnels :

- la volonté ou l'absence de volonté de l'utilisateur peut constituer un **obstacle** au travail en réseau
- parfois l'autonomie de l'utilisateur et le fait qu'il soit acteur s'exprime par une manipulation du réseau, une mise en échec de la prise en charge proposée ou un passage à l'acte.

Par rapport à la **participation de l'utilisateur à la décision** le concernant, une nouvelle manière d'envisager la décision, de manière dynamique est proposée : la **décision** comme « **travail en boucle** ». La réaction du patient à la proposition faite par le professionnel peut constituer un indice sur son fonctionnement, une sorte de « test relationnel », conduisant à une meilleure connaissance réciproque » ; les professionnels peuvent alors nuancer et peaufiner la proposition.

Un bémol est toutefois apporté au niveau de la mesure dans laquelle le patient est associé au choix en soulignant que parfois l'intervenant doit aussi pouvoir **poser les conditions** de son intervention auprès de lui (en expliquant par exemple au patient qu'il a besoin de collaborer avec telle autre personne pour pouvoir continuer à travailler).

C. Mobilisation de ses ressources naturelles

En lien avec la responsabilisation, le soutien et la reconnaissance de l'expertise de l'utilisateur évoqué dans les principes, il est question dans l'analyse en groupe de la mobilisation des ressources de l'utilisateur. Les questions suivantes y sont posées : faut-il les mobiliser à côté ou en plus des ressources institutionnelles ? Faut-il toujours les solliciter ou à certains moments particuliers (comme les moments de transition entre institution, où l'appui sur les ressources de l'utilisateur pourrait avoir un rôle facilitant) ? Ces points font débat.

D. Répercussions pour les professionnels

Le rôle de **soutien et d'accompagnement du professionnel**, corollaire du principe de l'utilisateur acteur de sa prise en charge, peut porter sur le « projet de vie » de l'utilisateur, tout en reconnaissant que ce projet peut aussi, pour certains, consister à ne pas en avoir, ou en avoir de « tout petits ».

Quant à la place à donner à l'utilisateur dans le réseau, l'analyse en groupe a mis en exergue qu'il est plus difficile pour les bénéficiaires ou leurs proches de prendre une place dans le réseau s'il y a un **consensus** important entre les professionnels à leur sujet (a fortiori dans des situations de suspicion de maltraitance ou d'abus).

Il est apparu que le réseau peut parfois être **disqualifiant**, en raison notamment des préjugés et des valeurs des professionnels ; cependant certains rappellent que ce sont ces mêmes valeurs qui peuvent permettre aux intervenants d'être thérapeutiques (notamment face à des cas d'abus).

Des suggestions sont également faites pour être attentif à ces derniers éléments :

1. veiller à ce que les usagers et leurs proches aient (toujours) des **lieux de parole** qui leur soient consacrés (un lieu d' « écoute inconditionnelle » a même été suggéré).
2. veiller à ce qu'il y ait toujours (au moins) un professionnel qui prenne **le point de vue de l'utilisateur** et / ou de ses proches au sein du réseau.

IV. Continuité

D'après les principes, la continuité, le fait de faire le lien entre les interventions, implique un « **changement de culture** » et d'habitudes de travail (tant au niveau interne d'un service que dans ses relations avec les « ressources extérieures ») : penser « l'avant et l'après », accorder une attention particulière aux passages, éviter les ruptures.

La « **création d'une base commune** » entre membres du réseau illustre dans l'analyse en groupe une manière possible d'opérer ce changement de culture.

Un **paradoxe** y est aussi pointé: le réseau doit être « contenant », c'est-à-dire maintenir le lien et permettre à la personne de se sentir mieux malgré les changements, mais il doit aussi être dynamique, c'est-à-dire évoluer au fil du temps, en fonction de la situation. Autrement dit cela implique de changer tout en restant cohérent avec ce qui s'est fait auparavant. Ceci apparaît particulièrement difficile dans les situations d'interstices entre champs, entre tranches d'âge etc.

Par ailleurs, l'analyse en groupe a aussi montré que l'idée d'un réseau « contenant » peut aussi aller à l'encontre (du développement) de **l'autonomie** de l'utilisateur, qui est évoquée dans le principe de l'utilisateur acteur. Si un tel réseau peut être protecteur et rassurant pour l'utilisateur, il peut aussi susciter la dépendance –tant des professionnels que de l'utilisateur. Il apparaît donc important de veiller à ce que la place de l'utilisateur puisse évoluer au fil de la prise en charge en réseau.

A. Dispositifs

Quant aux **dispositifs** qui rendent possible la continuité, certains d'entre eux, évoqués dans les principes, sont développés plus avant dans l'analyse :

A propos de **la personne de référence**, l'analyse en groupe propose une réflexion sur ce rôle : Qui pourrait l'endosser ? Une personne ou une institution ? Si c'est une personne, il apparaît plus intéressant qu'elle ait une fonction de coordinateur, auprès de l'utilisateur, que de thérapeute, qui demande un investissement plus important. Ce rôle doit-il être désigné institutionnellement ou occupé par une personne « choisie » par l'utilisateur ? Il apparaît en tout cas nécessaire que cette personne de référence soit investie par l'utilisateur pour pouvoir bien fonctionner. La personne de référence doit-elle être rattachée à une institution ? Parfois un service peut aussi servir de référence et la référence peut être partagée entre plusieurs intervenants ou passer de l'un à l'autre. Etant donné l'évolution constante du réseau, la possibilité de « transfert du lien de référence » y est aussi évoquée, tout en soulignant, en contre-point, le besoin de stabilité des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Ce rôle doit-il être institutionnalisé ? Beaucoup défendent sa non-formalisation en raison du caractère potentiellement mobile de la fonction, du fait qu'elle dépend d'un choix non conscient de l'utilisateur, etc. Certains enfin sont même carrément contre une telle fonction, argumentant qu'elle n'est pas nécessaire si le réseau fonctionne bien et si les intervenants sont dotés d'outils communs.

Pour **la traçabilité** et le suivi d'informations, des arguments pour et des arguments contre sont donnés. D'un côté on trouve : éviter le gaspillage de temps et d'énergie, connaître ce qui

a été fait pour ne pas répéter les erreurs ; de l'autre : risque de stigmatisation, d'exclusion sociale et possibilité pour l'utilisateur de « repartir à zéro ». Dans les deux cas, le fait d'avoir l'accord de l'utilisateur apparaît essentiel –sans celui-ci, l'intervenant risque bien de ne rien pouvoir faire de ces informations.

De nouveaux dispositifs sont également suggérés dans l'analyse en groupe :

- mettre en place des procédures qui consistent à interroger et évaluer le parcours passé de l'utilisateur qui arrive dans un nouveau lieu
- prévoir la possibilité de réadmission dans une institution précédente si nécessaire ou prévoir des « hospitalisations périodiques », comme mode de prévention de la crise
- prévoir des « rituels de passage » entre institutions (p. ex. une fête lors du passage d'une institution à l'autre)
- aller à la rencontre de l'autre, notamment les premières lignes.

B. Enjeux

Les **enjeux** abordés dans les principes et l'analyse en groupe sont plus ou moins similaires:

Par rapport à l'argument d'**absence de preuve** scientifique de la continuité et de l'intérêt de la « non-continuité thérapeutique », l'analyse en groupe réaffirme que l'investissement consacré au réseau est « **rentable** », en termes d'intervention plus cohérente et de possibilité de mise en place d'un réseau « contenant ».

On remarque d'ailleurs qu'un **réseau « contenant »** va souvent de pair avec une évolution positive de la situation de l'utilisateur, –tout en admettant que celle-ci est multifactorielle. Il offre d'ailleurs une réponse au manque de continuité et à la reproduction de mode de fonctionnement « abandonnique » de certains patients et au phénomène institutionnel bien connu de « la patate chaude ». Cependant, le caractère (trop) contenant du réseau peut aussi aller à l'encontre de l'autonomie de l'utilisateur, comme cela a été souligné précédemment.

Par rapport à la responsabilité dans le réseau, la notion de **co-responsabilité** au sein du réseau apparaît. Il s'agit notamment de l'articulation claire des missions de chacun et de la capacité du réseau (et de ses membres) à se remettre en question sur leurs failles.

Concernant les **risques d'uniformisation** des pratiques, de règne du consensus et de trajectoire préétablie pour l'utilisateur au sein du réseau, des suggestions concrètes sont faites dans l'analyse en groupe : veiller à ne pas « être tous d'accord » entre professionnels et à ce qu'il y ait toujours au moins une personne dans le réseau responsable de faire alliance avec l'utilisateur.

V. Interconnaissance, respect

Ce principe est présenté comme « la première étape d'un travail en réseau réussi ». Dans l'analyse en groupe, il rejoint l'élaboration de la base commune, conçue comme processus d'interconnaissance, de construction d'un respect, d'une confiance et d'une estime réciproque au départ d'une diversité d'approches.

Si ces éléments semblent aller de soi, l'analyse en groupe pointe l'écart qui peut exister entre le fait de les déclarer importants ou au centre de sa pratique –ce qui peut d'ailleurs apparaître

comme une espèce de « tarte à la crème »— et leur mise en œuvre effective sur le terrain. Ils ne se décrètent en effet pas et doivent au contraire s'élaborer au fur et à mesure de l'interaction.

Quant à l'importance des **relations interpersonnelles et informelles** préexistantes, qui faisaient l'objet d'un débat dans les principes, l'analyse en groupe nuance et complexifie le propos :

- L'existence de liens physiques et philosophiques préétablis entre les intervenants peut aider un réseau à se mettre en place.
- Il faut cependant être attentif à ce que ces relais ne soient pas « trop directs » au sein du réseau, au risque que le patient ne soit pris un peu malgré lui dans un réseau.
- Au-delà des relations existantes, l'ouverture et le souci d'instaurer un lien avec de nouveaux partenaires (potentiels) au sein du réseau sont également importants. Cela permet notamment d'éviter l'écueil du fonctionnement « en vase clos » évoqué précédemment.

Dans ce principe, il est aussi question du développement d'une certaine « culture de la concertation » au sens d'une compétence à discuter entre acteurs d'horizons différents, à confronter les approches tout en se respectant ; au sens aussi d'une attention particulière à la controverse et au débat contradictoire ; ce qui implique de développer des langages communs, de réfléchir aux complémentarités, voire de travailler sur les attentes respectives, de réfléchir aux procédures ou d'avoir un objectif commun.

Tous ces éléments ne sont pas sans rappeler, une nouvelle fois, l'élaboration d'une base commune », même si certains éléments comme le langage commun, le travail sur les attentes etc. ne sont pas évoqués si explicitement.

VI. L'activation » du réseau

Cet élément ne faisait pas partie des « principes a priori » de fonctionnement en réseau mais est apparu dans la seconde partie. L'analyse en groupe a en effet proposé une analyse de ce qui peut constituer un moteur à « **l'activation** » du réseau (éventuellement préexistant) dans une situation particulière. Les éléments suivants ont été identifiés :

- la proximité entre intervenants de première et de deuxième ligne
- les compétences des intervenants de première ligne à détecter un problème (de santé mentale)
- l'existence de structures adaptées à la situation (et disponibles)
- l'urgence et/ ou le danger
- les éventuelles difficultés éprouvées par les intervenants dans la situation (sentiment d'impuissance, de se situer dans une impasse)
- l'évolution positive du patient et de sa situation
- la volonté et l'énergie pour mobiliser d'autres intervenants (pour en faire de nouveaux partenaires du réseau)
- le facteur « chance » pour l'utilisateur d'arriver là où préexiste déjà un réseau et du lien entre intervenants (pour certains, ce qui peut apparaître comme une chance pour l'utilisateur, peut être « organisée » et être le fruit d'une volonté des intervenants)

PERSPECTIVES

Pour conclure

La formalisation via les « principes a priori de fonctionnement en réseau » est plutôt complétée et nuancée par les résultats de l'analyse en groupe des pratiques. Il pourrait être intéressant de confronter le résultat de cette comparaison aux principes qui guident les projets thérapeutiques pour patients chroniques et complexes, pour voir si un décalage existe ou non entre les deux.

Des « balises concrètes » pour le fonctionnement en réseau à destination des professionnels du secteur de la santé mentale (et notamment des SSM) pourraient être élaborées à partir de ce travail, afin de leur permettre de profiter de l'expérience d'autres intervenants, ou de les aider à développer voire améliorer leurs pratiques de réseau ou de les accompagner dans leur réflexion sur certains mécanismes à l'œuvre dans le réseau.

Il pourrait d'ailleurs être utile et intéressant d'associer un groupe de professionnels (issus de SSM, voire d'autres services) à la démarche, afin de construire et d'élaborer cet outil (en partant de leurs questions et de leur pratiques).