



**ESPACE SOCIAL, RECUEIL DES DONNEES ET RAPPORT  
D'ACTIVITES :**

**Recommandations pour une démarche intégrée**

**Par Bernard FRANCO en collaboration avec Julien PIERART**

Louvain--la-Neuve, mars 2000

Collège Jacques Leclercq, Place Montesquieu 1/1, B 1348 Louvain-la-Neuve (Belgique)  
Téléphone 32 (0)10 47.41.94  
Fax 32 (0)10 47.42.67  
e.mail :*francq*@anso.ucl.ac.be

## **SOMMAIRE**

### **Présentation de la démarche**

- I. Le terrain**
- II. Les informations socio-sanitaires**
- III. Le rapport d'activités comme outil d'auto-évaluation**
- IV. Pratiques de partenariat et échelles d'action**

## PRESENTATION DE LA DEMARCHE

Le rapport qu'on va lire suit celui qui avait été réalisé en avril 1998<sup>1</sup> et qui cherchait à vérifier l'hypothèse de l'existence de pratiques de partenariat ou de réseaux dans deux zones géographiques particulières (Les Marolles et la zone Nord-Est de Bruxelles couvrant les communes de Saint-Josse, Schaerbeek et Evere) dans les services et associations relevant de la politique de santé subventionnée par la COCOF. Il a été convenu de poursuivre la démarche en cherchant à mieux rendre compte des informations qui étaient disponibles à un triple niveau :

- l'analyse de la situation sociale de la zone, du ou des quartiers ou de l'espace social,
- la manière dont était réalisée le recueil des données,
- le contenu des rapports d'activités des différentes associations

à partir de trois questions assez simples :

- 1. combien sont-ils à œuvrer dans la zone ?**
- 2. que font-ils ? Ou encore : quelles sont les activités auxquelles ces services se livrent (consultations, actions de toutes sortes en lien avec les missions qui leur sont confiées)?**
- 3. quelle est la population touchée par l'existence de ces services ?**

C'est l'ordre - inductif - que nous suivrons en passant en revue successivement chacune des deux zones afin de repérer ce que nous avons appris ou pas en fonction des informations qui sont disponibles.

Devant la variété des manières de faire et le développement inégal de l'information statistique, il a été nécessaire - dans **une deuxième partie** - d'établir une synthèse des différents travaux qui portent sur le recueil des données afin de dégager les éléments d'un protocole commun minimum des informations indispensables qu'il est nécessaire de collecter. C'est à ce stade que nous avons dégagé deux recommandations, l'une sur les conditions nécessaires à réunir en ce qui concerne l'analyse sociale d'une zone, l'autre sur le recueil des informations minimales devant permettre un système d'échanges réciproques.

**Une troisième partie** est consacrée à passer en revue les problèmes que posent le rapport d'activités dans la perspective d'une auto-évaluation du travail effectué et des orientations à l'action des services. C'est l'occasion de prendre distance avec le discours commun qui énonce les problèmes à partir de la notion de besoin. Elle débouche sur une 3<sup>ème</sup> recommandation qui

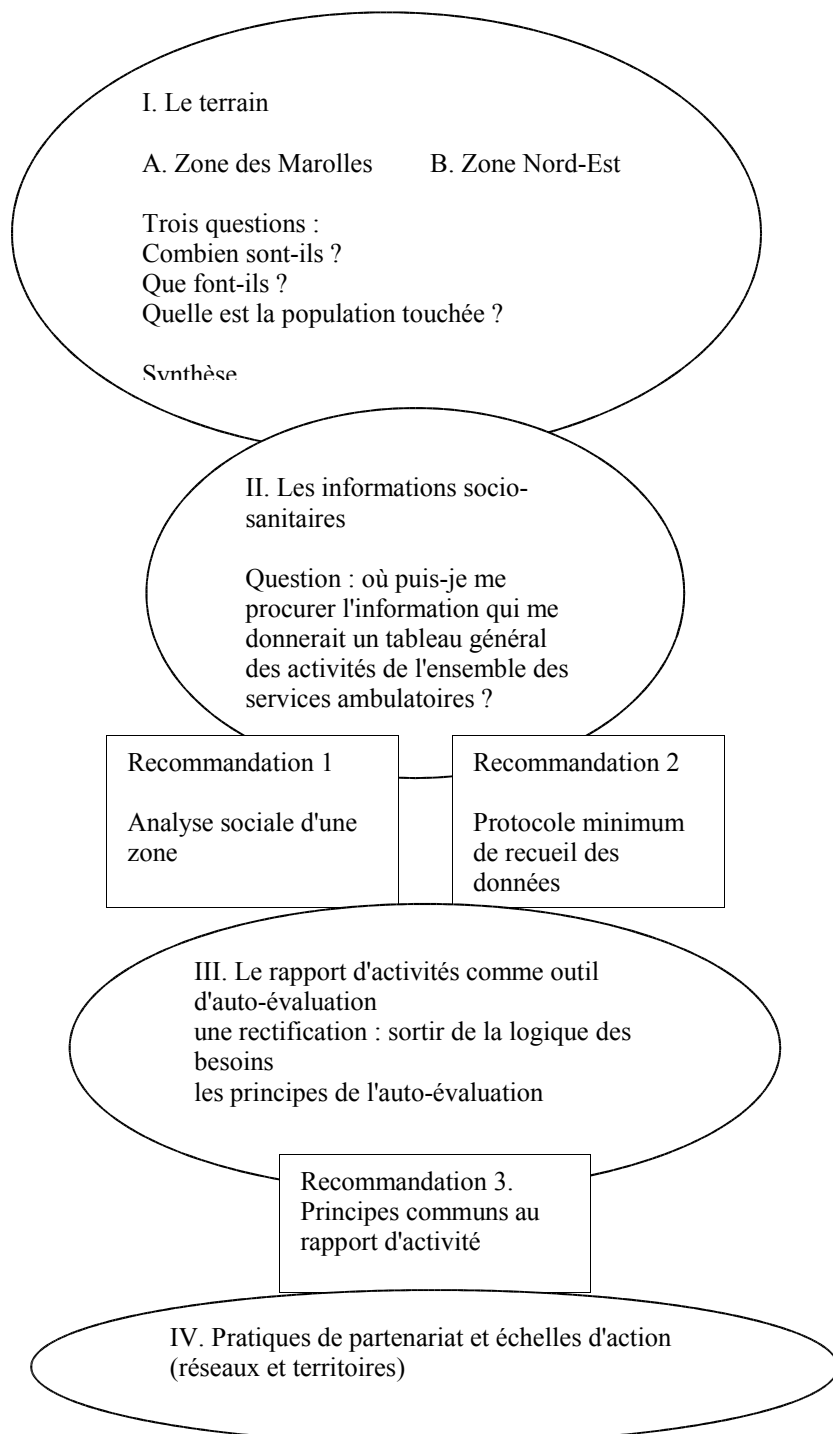
---

<sup>1</sup> B. Francq, J. Pierart, 1998, Réseaux sociaux et territoires en santé publique. Comparaison de deux zones géographiques de la Région de Bruxelles-Capitale, Unité de sociologie, UCL, 108 pages.

porte sur les exigences d'une structure commune de rapport d'activités mais aussi sur les procédures d'auto-évaluation.

Enfin, **la quatrième partie** reprend l'analyse qui avait été faite dans le premier rapport à propos des pratiques de partenariat et des problèmes que soulèvent différentes échelles d'action selon que l'on se place au niveau de l'existence d'un réseau au sein d'un territoire.

Il est facile de schématiser la démarche qui, partant du terrain, monte vers des questions qui visent à apprécier la visibilité des actions réalisées et des conditions à réunir pour améliorer cette visibilité en vue de la production d'un système d'échanges réciproques indispensable au développement d'un partenariat et de la maîtrise de l'évaluation des actions.



## I. LE TERRAIN

Cette partie se présente comme l'esquisse d'un catalogue des services en matière de santé. L'accent est mis sur le territoire et ce catalogue comporte, pour chaque service, une présentation de l'association, une description de l'équipe, un compte-rendu des activités classées par fonction, et enfin, quelques chiffres concernant le budget et/ou les patients.

Deux zones géographiques, l'une située au centre de Bruxelles-ville dans un quartier particulier, l'autre à cheval sur au moins trois communes (Schaerbeek, Saint-Josse, Evere)... Il y a là déjà un premier problème : comparer ce qui est incomparable tant au niveau des expériences historiques de ces deux espaces géographiques qu'au niveau du volume de population concernée et de leur situation socio-professionnelle ou culturelle. S'il nous faudra revenir sur ce problème de comparaison, l'objectif ici est d'établir un catalogue à partir de trois questions assez simples pour un sociologue qui cherche à décrire un terrain d'action relevant de la santé :

1. combien sont-ils à œuvrer dans la zone ?
2. que font-ils ? Ou encore : quelles sont les activités auxquelles ces services se livrent (consultations, actions de toutes sortes en lien avec les missions qui leur sont confiées) ?
3. quelle est la population touchée par l'existence de ces services ?

Cette description se fera par zone, une totalisation des informations n'ayant à ce stade aucun sens du fait des particularités spatiales de chacune des zones.

### **A) Zone des Marolles**

*Au cœur de Bruxelles, le quartier des Marolles compte plus de 10.000 habitants dont une moitié d'origine étrangère. Ce quartier a une longue tradition d'accueil, amical et désintéressé, en faveur des parias, des marginaux, des exilés, des déracinés, des déphasés, bref de ceux que la vie a blessé ou rejeté. Dès lors il était normal qu'éclosent dans ce quartier de nombreuses initiatives de solidarité envers les défavorisés<sup>2</sup>. Ou encore, pour reprendre la manière dont la zone est présentée par la Maison Médicale du Miroir, « Le quartier s'est constitué, dès le 13<sup>ème</sup> siècle, autour d'une ancienne voie romaine (l'actuelle rue Haute) par les ouvriers textile demeurant hors de l'enceinte de la ville. L'hôpital St Pierre actuel était alors une léproserie. Le quartier est toujours resté pauvre, voir misérable. Y vivent actuellement 12.000 personnes ; il en comptait 30.000 avant la guerre. (...) L'habitat est souvent limite. (...) L'emploi est déficient. ».* La moitié des logements sont des logements

<sup>2</sup> Coordination et solidarité sociales des Marolles asbl, Annuaire 1996/97, 4<sup>ème</sup> éd., p. 2-3, 1997.

sociaux mais "si on se focalise sur l'expérience des gens, sur ce qu'ils vivent, il faut distinguer : l'amélioration est nette sur le plan physique, mais les choses se sont dégradées, ces dernières années, sur le plan mental"<sup>3</sup>.

#### 1. Combien sont-ils à œuvrer dans la zone ?

Septante et une associations figurent dans l'annuaire "*Solidarité des Marolles*" en 1997, en plus des congrégations religieuses et clubs sportifs, soit en moyenne 1 association pour 100 habitants<sup>4</sup>.

Notre étude s'est saisie de huit associations constituant l'essentiel des services ambulatoires dans le quartier des Marolles :

1 service de santé mentale	Le centre de Guidance U.L.B.
2 maisons médicales	Des Marolles Du Miroir
2 centres toxicomanies	Interstices Citoyens Comme Les Autres
2 initiatives	Dentistes sans Frontières Solidarités Nouvelles
1 centre de soins à domicile	La Coordination des Marolles
1 service de soins palliatifs <sup>5</sup>	Le C.A.M.

De ces huit associations, la plus ancienne est le *Centre de Guidance de l'U.L.B.* créé au sein de l'hôpital Saint-Pierre en 1968. Ensuite apparaissent en 1980 la *Maison Médicale du Miroir* et l'initiative *Solidarités Nouvelles*, et en 1986, la *Maison Médicale des Marolles*. Le début des années nonante voit s'installer dans la zone les quatre autres associations, à raison de une par an : *C.C.L.A (Citoyens Comme Les Autres)*. (en 1992), *Coordination des Marolles* (en 1993<sup>6</sup>), *Interstices* au sein de l'hôpital Saint-Pierre (en 1994) et *Dentistes sans Frontières* (en 1995).

Première constatation : l'implantation de ces associations au sein de la zone émane pratiquement toujours d'un choix posé en fonction des critères du territoire. Excepté *Interstices* et le *Centre de Guidance U.L.B.*, qui sont nés d'une évaluation de critères liés avant

<sup>3</sup> "En direct de La Marolle", Bruxelles Santé, n°14, juin 1999, p. 7.

<sup>4</sup> Un satellite en orbite autour de notre bonne vieille planète ayant pour mission de repérer cette multitude associative, nous transmettrait une carte semblable à une œuvre pointilliste : très belle vue de loin (du haut d'un annuaire social par exemple), mais insaisissable quand on l'approche de trop près.

<sup>5</sup> Le Centre d'Aide aux Mourants, groupe de recherche et de formation, créé en 1981, n'a pas participé à l'étude.

<sup>6</sup> Coordination des Marolles qui se greffe sur l'Entraide des Travailleuses née en 1931.

tout à l'infrastructure hospitalière de Saint-Pierre, une association choisit de s'implanter dans la zone :

- soit parce qu'elle s'inscrit dans un projet de lutte contre la pauvreté et axe ses activités vers les démunis du quartier (c'est le cas des *deux maisons médicales* et de la *Coordination des Marolles*);
- soit qu'elle axe ses activités vers les démunis en général (et donc pas seulement ceux du quartier) en utilisant, pour se définir, l'étiquette "pauvreté" qui colle au quartier (*Dentiste Sans Frontières, Solidarités Nouvelles*);
- quant à l'étiquette "tolérance et paix sociale" qui peut également définir le quartier, elle a influencé le choix de *Citoyens Comme les Autres*, plus que les caractéristiques socio-économiques spécifiques des habitants du quartier (ces derniers ne constituent d'ailleurs pas la majeure partie de leur public).

## 2. Que font-ils ?

Ayant pris place dans la mosaïque d'associations du quartier, ce qui ne se fait pas toujours sans difficultés<sup>7</sup>, les associations développent différentes missions.

- *Interstices* et le *Centre de Guidance de l' U.L.B.* trouvent l'essentiel de leur patientèle parmi les usagers de l'hôpital Saint-Pierre. Tous deux développent des activités en lien direct avec la structure hospitalière. Le *Centre de Guidance de l' U.L.B.* définit également son identité par rapport à l'U.L.B., ce qui sous-entend une liaison évidente avec l'origine des patients et une collaboration intellectuelle.
- Les *deux maisons médicales* remplissent les missions telles que décrites par le décret des Associations de Soins Intégrés, en plus de prestations dans certaines associations du quartier. Les fonctions d'accueil qui sont expressément citées dans le décret, assurent un travail important<sup>8</sup> pour les patients en salle d'attente, et pour les habitants du quartier<sup>9</sup>.
- L'association *Dentistes Sans frontières*, volontairement décentralisée par rapport aux locaux de Médecins Sans Frontières, prend en charge démunis et exclus de la sécurité sociale; elle participe à des projets internationaux mis sur pied grâce, entre autres, à des collectes de matériel.

~~qui étaient là avant, et inscrivant~~ leurs projets dans des logiques (parfois contraintes) de court terme. Situation difficile aussi pour C.C.L.A. qui s'est heurté au refus de certains habitants de se voir coller une étiquette "toxicomanes".

<sup>8</sup> Travail d'orientation, de prise de contacts avec d'autres services, de maintien du calme dans une salle d'attente mêlant certains publics ayant parfois tendance à adopter des comportements d'exclusion à l'égard d'autres.

<sup>9</sup> Une fête de St-Nicolas organisée par une accueillante au sein d'une maison médicale a amené plusieurs patients issus du quartier à se rencontrer sous un jour plus heureux.

- *Solidarités Nouvelles* propose, dans le secteur qui nous intéresse à savoir la santé, un service juridique destiné de plus en plus aux classes moyennes endettées (isolées entre un *pro deo* et un privé tous deux financièrement inaccessibles<sup>10</sup>. Dans un cas le revenu est trop élevé, dans un autre, trop faible).
- *C.C.L.A.* développe un projet d'auto-support des usagers. Ces derniers sont informés et s'informent entre eux afin de minimiser les risques liés à l'usage de stupéfiants. Le comptoir à seringues est tenu par les usagers.
- La *Coordination des Marolles* coordonne les soins à domiciles "pour qu'on ne se retrouve pas à 30 autour du lit d'un patient". Son travail s'intercale de plus en plus entre la coordination informelle qui se développe sur un territoire de taille réduite, et la coordination directe entre les associations (où la fonction d'accueil permet une prise de contact sans passer par l'intermédiaire de la Coordination).

Si, dans notre premier rapport de recherche, nous avons centré notre attention sur les pratiques quotidiennes de réseaux ou de partenariat et sur les jeux d'échelle<sup>11</sup> qui transparaissaient, dans un deuxième temps, nous avons été amené à privilégier les associations qui se déclaraient plus directement en lien avec la population de la zone. Soit *Dentistes sans frontières* et les *deux maisons médicales*. Au moment où nous avons effectué cette deuxième phase de la recherche, le *C.C.L.A.* avait suspendu ses activités dans l'attente d'une reconnaissance de la part de l'administration de la Cocof.

---

<sup>10</sup> Car ces personnes disposent à la fois d'un salaire trop élevé pour une justice au *pro deo*, et trop faible (dettes ou autres engagements) pour s'offrir les services d'un privé.

<sup>11</sup> Voir la partie IV de ce rapport.

## *Dentistes sans frontières (DSF)*

Il y a trois ans environ, *Dentistes sans frontières* se dissocie de MSF et décide de s'installer Place du Jeu de Balle, au milieu des associations qui lui sont partenaires. Deux éléments caractérisent cette association : tout d'abord sa grande autonomie par rapport aux pouvoirs publics, ensuite sa position tout à fait particulière dans le secteur de la santé.

L'état de santé buccale est, en Belgique, tout à fait en dessous des normes européennes tant au niveau des consultations chez le dentiste qu'au niveau des consommations moyennes de dentifrices, de brosses à dents, ... Le président de *DSF* présente son service comme une « dépanne » provisoire dont l'objectif est, à terme, de disparaître : *DSF* comble un vide juridico-légal, le temps nécessaire à ce que les pouvoirs publics assument l'accès pour tous aux soins dentaires<sup>12</sup>.

Etre sans frontières implique une indépendance par rapport au cadre étatique et *DSF* est, en ce sens, un exemple d'autonomie de moyens, de gestion, de stratégie. L'équipe se compose de 15 dentistes bénévoles travaillant ½ jour par semaine et de 15 non-dentistes également bénévoles qui s'occupent de l'accueil et du secrétariat. L'équipe s'est réduite de moitié en quelques années. Le matériel de départ qui compose les deux cabinets dentaires provient de donations de deux associations anglo-saxonnes. Il faut savoir qu'un cabinet coûte approximativement 800.000 FB. L'approvisionnement en médicaments tient en grande partie de la débrouille de chacun : échantillons gratuits, donations, antibiotiques périmés, ... « *Il est essentiel que l'utilisateur sorte de DSF avec son médicament en main, sinon ça ne sert à rien* ».

La position particulière de *DSF* dans les mondes locaux de la santé tient aux caractéristiques du service offert :

- il s'agit d'un service très technique et ponctuel,
- mis en place pour combler un vide juridique concernant l'accès aux soins dentaires,
- et qui constitue pour l'utilisateur une étape de santé et de réinsertion.

Au niveau des demandes, la situation de *DSF* est également singulière : le service s'adresse essentiellement aux sans papiers. Tous les clients sont envoyés par d'autres

---

<sup>12</sup> Deux projets politiques allaient dans cette direction sans qu'aucune modalité d'application ne soit effectivement mise en œuvre : le projet de Magda de Galan, qui octroierait le statut de VIPO aux sans-abri de nationalité belge, ce qui permettrait à ceux-ci de réintégrer un système dont ils étaient exclus ; le projet Jan Peeters, qui permettrait le remboursement des prestataires de soins pour les actes médicaux à caractère urgent, y compris les actes préventifs, pour les personnes en séjour illégal en Belgique.

associations ; en principe, il ne reste que peu de belges (13,5%) car en principe ils sont en règle avec la mutuelle. Les conditions d'accès à *DSF* sont définies exclusivement par l'absence de mutuelle, de carte médicale, de minimex, de ressources financières suffisantes.

En ce qui concerne le partenariat, on peut relever deux facteurs qui influencent contrairement une pratique de réseau. D'une part, comme *DSF* se présente comme une étape de santé et de réinsertion, ce service se connecte aisément à d'autres services, à d'autres étapes d'un processus de santé et de réinsertion plus global. « *Chez nous, il n'y a pas de travailleur social car ce n'est pas notre job ! Et cela suppose que nous travaillons sur le terrain avec d'autres institutions qui fassent ce job.* » D'autre part, le fait de fonctionner en pur bénévolat empêche des réunions de travail avec d'autres associations. (demander des subsides pour avoir les moyens de se rencontrer semble les intéresser).

*DSF* a établi un contrat de collaboration avec des associations partenaires. Ces associations sont les suivantes : MSF ; La Croix-Rouge ; Steunpunt mensen zonder papier ; Transit ; Exil ; Téléservices ; Mouvement du nid ; Caritas catholica ; Espace P ; Onthaalhuis Albatros ; St Vincent de Paul ; L'Olivier.

Le budget par an en frais de fonctionnement s'élève à + ou – 450.000 FB ; en 1999, *DSF* fonctionne sans aucun subside.

### ***Maison Médicale du Miroir***

*Le centre de santé du Miroir*, créé en 1980, se situe en plein quartier des Marolles, dans une petite rue qui relie perpendiculairement la rue Haute et la rue Blaes. Depuis 1997, l'équipe a engagé une infirmière en santé communautaire et la philosophie générale du service s'est affinée dans cette direction. La santé est définie avant tout comme un bien-être social, psychologique et physique. La dimension communautaire de la santé est entendue comme une prise en charge autonome de la part de l'utilisateur et oriente la pratique vers une co-production de services, une collaboration entre le patient et le praticien.

Dans cette perspective, l'équipe tente d'élargir ses connexions. Elle collabore depuis un an, dans le cadre de réunions de travail mensuelles, avec *la Maison Médicale des Marolles* – sa voisine de 100 mètres – sur des problématiques précises de santé « urbaine » telles l'intoxication au CO, le logement, la vaccination contre l'hépatite B. L'intégration de l'équipe au sein de la Fédération des Maisons Médicales est certaine ; les contacts sont réguliers. Quant à la charte de la Fédération<sup>13</sup>, bien que les responsables de la MM trouvent qu'elle date

---

<sup>13</sup> Voir le site web de la FMM (<http://www.citizen.be.fmmcsf>)

un peu, ils évoluent en plein accord dans ce cadre très général qui assurent la cohérence des différentes Maisons Médicales.

Les problèmes de santé concernent des populations précarisées : population belge âgée et/ou dépendant du CPAS, population belge du quart-monde, population sans-abri, clandestins divers, population marocaine,...

1) L'équipe : elle se compose de 13 personnes dont deux sont salariées; le profil de l'équipe est varié et on retiendra l'existence d'une personne chargée de l'accueil à plein temps.

<b>Fonction</b>	<b>Prestation</b>	<b>Statut</b>
Médecin généraliste	Temps plein	Indépendant / Acte
Médecin généraliste	Temps plein	Indépendant / Acte
Médecin généraliste	Temps plein	Indépendant / Acte
Médecin généraliste	Temps plein	Indépendant / Acte
Kiné / Ostéopathe	20-25 h/s	Indépendant / Acte
Kiné / Ostéopathe	25-30 h/s	Indépendant / Acte
Kiné / Ostéopathe	?	Indépendant / Acte
Dentiste	?	
Infirmière	Mi-temps	Salariée
Accueillante	Temps plein	Salariée
Gynécologue	Occasionnel	
Psychiatre	3-4 h/s	
Psychologue	Suivant la demande	Bénévole

2) Les fonctions de la Maison Médicale sont au nombre de quatre :

**a) Fonction curative**

- réinsertion médico-psycho-social des cas psychiatriques lourds
- dépistage et lutte contre l'hypertension artérielle

**b) Fonction de prévention**

- réunions de prévention et d'éducation à la santé avec des groupes de femmes à l'asbl l'Epée; remise en forme par la gymnastique. Les thématiques des réunions étaient en 1999 l'enfance, le stress, la tension artérielle, la migraine, le soleil, l'obésité;
- dépistage de la tuberculose et vaccin contre le tétanos au home Les Petits Riens;
- étude et campagne de vaccination contre le tétanos, la grippe et le pneumocoque
- dépistage de la tuberculose au centre d'hébergement Poverello;
- conférences et débats anti-tabac (depuis 1996);
- campagne anti-poux (depuis 1998);

- activités ludiques : organisation de la Saint-Nicolas en 1998 avec 5 associations du quartier, jeux de cartes et de Scrabble dans la salle d'attente (lieu de convivialité), programme d'activité « jouons-santé » destiné aux enfants de 6 à 12 ans en collaboration avec l'Epée et Culture et Santé;
- prévention en salle d'attente (interactions directes);
- programme « Agir en prévention » (réunions de travail dans le cadre de la Fédération).

**c) Fonction de santé communautaire**

- partenariat avec P.A.M. (projet d'accompagnement à la mendicité), Poverello et l'Ilôt dans le cadre de l'accessibilité aux soins pour les plus démunis ;
- réalisation d'une pharmacie d'urgence avec Culture et Santé ;
- promotion de la santé des jeunes par les sport ;
- émissions médicales à la radio arabe « Al Manar » 107 FM.

**d) Fonction d'observatoire de la santé**

- travail, dans le cadre de la Fédération, à l'élaboration d'une base de données concernant le profil socio-économique des patients;
- recherche sur l'hypertension artérielle.

Les partenaires de la MM sont nombreux : avec les services cardiologiques des hôpitaux voisins, avec les services sociaux des services psychiatriques, avec diverses asbl situées dans le quartier et les centres d'accueil et d'hébergement, avec le CPAS de Bruxelles.

Le budget de la MM du Miroir était (pour l'année du 1.10.1995 au 30.09.1996) de 1.028.156 FB alors que le financement reçu pour cette même année était de 786.658 Fb

Aucune indication globale n'était donné en ce qui concerne le nombre de consultations effectués. Si la MM a participé à l'enquête de la Fédération des Maisons Médicales sur le profil socio-économique des personnes fréquentant la MM, elle n'en mentionne pas les résultats.

## ***Maison Médicale des Marolles***

La *Maison Médicale des Marolles*, créée en 1986, se situe rue Blaes, à 100 mètres du Centre de santé du Miroir. La préoccupation essentielle de l'équipe est très certainement la plus grande autonomie qu'ils tentent d'assurer aux patients ainsi que l'accessibilité aux soins. L'accent est également mis sur l'accueil : rôle central de l'accueillante qui est amenée à gérer des situations de crise, en direct et en l'absence de confidentialité, en raison du dispositif complexe de « salle d'attente » qui articule tout à la fois un lieu de convivialité, de premier contact, de prévention et d'éducation à la santé.

1) L'équipe se compose de 10 personnes.

Infirmière	salariée	15h/sem
Médecin	indépendant	28h/sem
Médecin	Indépendant	34h/sem
Médecin	Indépendant	15h/sem
Médecin	Indépendant	25h/sem
Médecin	Indépendant	50h/sem
Ostéopathe	Indépendant	3h/sem
kiné	indépendant	30h/sem
accueillante	salariée	38h/sem
psychanalyste	vacataire	8h/sem

2) Les fonctions de la MM

**a) fonction curative**

- consultations quotidiennes qui permettent à une population défavorisée d'accéder à des soins de santé de qualité (médecine générale, kiné, psychiatrie);
- prise en charge de toxicomanes (collaboration avec le RAT, le Projet Lama, le SAS);
- thérapie systémique et familiale;

**b) fonction préventive**

- accueil<sup>14</sup>;
- animations en salle d'attente (connexion avec Culture et Santé et Question Santé);
- mise en place d'un échancier pour améliorer la couverture vaccinale et les mammographies;

<sup>14</sup> Sur la fonction de l'accueil dans la perspective de l'accessibilité des soins : voir M. Renaut, "Les soins, les sous et l'accueillant(e)", Santé conjugée, n°8, avril 1999, pp. 33-35.

- campagne de vaccination contre l'hépatite B dans le quartier en collaboration avec la MM du Miroir<sup>15</sup>;
- « Agir en Prévention » dans le cadre de la Fédération des Maisons Médicales;
- intervision en travail social avec trois autres services (le Comité de la Samaritaine, le service d'accompagnement des victimes et la Colombe).

**c) fonction de santé communautaire**

- animation santé au Caria (groupe de femmes marocaines situé rue Haute);
- comité de la Samaritaine (santé et logement);
- collaboration avec La Fontaine (SDF);
- animation à l'école Saint-Ghislain (rue des Capucins);
- la santé en mouvement<sup>16</sup> (animations et vacances sportives, initiation au rugby, journées nature au Rouge Cloître, promenades à vélo);

**d) fonction d'observatoire de la santé**

- étude des profils socio-économiques des patients;
- étude sur l'accessibilité aux soins;
- recherche-action sur le thème "pauvreté et santé"

Les partenaires sont multiples selon les différentes fonctions de la MM : en soins curatifs, les infirmières des soins à domicile du CPAS de BXL ; les infirmières de l'Entraide des Travailleuses ; le Home Dupré (maison d'accueil pour femmes et jeunes enfants en difficulté) ; la Fontaine (asbl procurant des soins d'hygiène aux SDF) ; les centres de guidance du quartier ; l'Hôpital St-Pierre ; le Dispensaires social d'Ostéopathie. En santé communautaire : Caria (rue Haute 135) ; l'Epée (rue de l'Epée 8) ; le 88 (rue Haute 88) ; le Foyer Montserrat (rue de la Prévoyance 46) ; le Club Jeunesse (rue des Tanneurs 168) ; la Maison des Renards (rue des Renards 10).

Le nombre de dossiers actifs pour l'année 1998 était de 3.110, le nombre moyen de consultations par semaine de 179. Pour le service en kinésithérapie, 60% des patients sont issus du CPAS. La majorité des patients au niveau de la prise en charge des toxicomanies à drogues dures ont une moyenne d'âge se situant entre 20 et 35 ans (80% sont des hommes, 30% de nationalité belge, 60% maghrébine). En matière de santé mentale, il y eut en 1996 180 consultations avec une moyenne de 17 séances par mois.

<sup>15</sup> "Prenez votre foie en main", Santé conjugulée, n°10, octobre 1999, p. 89.

<sup>16</sup> Pour une présentation de cette action, voir : M. Renaut, "La santé en mouvement...J'ai mon mot à dire", Santé conjugulée, n°5, juillet 1998, pp. 11-13.

C.C.L.A.<sup>17</sup>

Situé Rue Blaes, l'association *Citoyens Comme Les Autres* a été créée en 1992 avec la volonté de faire reconnaître les toxicomanes comme des citoyens à part entière. Pour ce faire, elle s'est donné un double objectif : mettre en place un relais de coordination, identifiable par les usagers de drogues, notamment ceux qui ne s'adressent généralement pas au réseau spécialisé existant; développer l'auto-support et l'auto-organisation des usagers de drogues.

Ce double objectif s'est développé à partir de la mise en place d'une permanence 5 jours par semaine au cœur du quartier des Marolles, du fait de sa proximité avec la gare du Midi, d'un travail de rue, de réunions hebdomadaires avec les usagers de drogues, d'un travail de réinsertion sociale des usagers et d'une collaboration avec les médecins du quartier. Plus particulièrement, CCLA a mis en place un comptoir d'échange de seringues (en 1996 : plus de 800).

CCLA s'auto-définit comme "*un lieu institutionnalisé mais sans vocation thérapeutique clairement affichée*" et comme "*une instance de pacification (auto-organisée) entre les usagers de drogues bruxellois et la "société" bruxelloise (institutions spécialisées, médecins généralistes, services d'aide et de première ligne, autorités politiques, force de l'ordre, société civile, etc).*" (R.A. 1996, p. 2) L'association insiste fortement sur la mise en place d'une stratégie de réduction des risques liés à l'usage des drogues, notamment en matière de contrôle de la qualité des produits; en cela, elle s'oppose aux politiques de prévention et de soins en matière de drogues conditionnées par le primat de l'abstinence et part du postulat que "*les usagers de drogues sont les acteurs principaux d'une prévention des dommages liés à l'usage de celles-ci*".

L'association a développé un partenariat à la fois large - avec le secteur social et spécialisé bruxellois - et communautaire - dans le quartier des Marolles et ses environs - et a cherché à se faire reconnaître comme interlocuteur compétent et incontournable. A travers la réalisation et la diffusion d'une revue quadrimestrielle (*Stup&faits*), la médiatisation des actions, le soutien de MSF, de Pharmaciens sans frontières, la mise en place de groupes Es-pairs (expertise des usagers dans la mise en place et l'évaluation des projets de réduction des risques), les actions portant sur l'accessibilité aux traitements de substitution en prison, le CCLA a voulu assurer un rôle d'interface en privilégiant la visée de réduction des risques liés à la consommation de drogues.

---

<sup>17</sup> Dans la deuxième phase de la recherche, en septembre 1999, l'association était à la recherche d'un subventionnement pour continuer ses activités, les locaux étant fermés.

Avec une équipe restreinte - deux personnes à mi-temps (19h/semaine) -, l'association disposait, dans le cadre d'une convention, d'un subventionnement d'un montant total de 1.388.500 FB provenant pour une part de la Cocof (788.500) et pour l'autre de la Communauté française de Belgique (600.000).

Les données statistiques étaient présentées de manière détaillée - mensuellement - en annexe du rapport d'activités à partir des items suivants : échange de seringues (données, rapportées), nombre de contacts, sexe des demandeurs, âge moyen des demandeurs. De juillet 1995 à mars 1996, le Comptoir avait eu 507 contacts, échangé 4.134 seringues auprès d'un public majoritairement masculin d'une moyenne d'âge oscillant autour de 30 ans.

### 3. Quelle est la population touchée par l'existence de ces services ?

La population de la zone (12.000 habitants) est très hétérogène, de tous âges et de toutes cultures ; le seul point commun c'est la précarité. Toutefois, les associations qui travaillent dans la zone identifient différents groupes de population qui chacun présentent des problématiques spécifiques. Les profils identifiés le plus couramment sont les suivants : population âgée belge ; population marocaine; population belge dépendante du CPAS ; population belge du quart-monde ; population sans-abri ; clandestins divers. Il est à noter l'apparition conséquente et assez récente d'une population clandestine jeune d'origine latino-américaine.

Les informations que nous avons pu recueillir au niveau du nombre de personnes sont assez maigres :

- pour *DSF* :

- répartition des patients selon les sexe : 56,5% hommes, 26,6% femmes, 16,6% non précisés;
- nombre de soins par patient : en moyenne 2 soins par patient ;
- répartition des nationalités : 13,5% Belges, 13,1% Roumains, 10,5% Marocains, 7% de Zaïrois, les 56% restant se répartissent en quelques 50 nationalités ;
- degré d'urgence de l'acte : 54,4% urgence réelle, 22,1% urgence relative, 18,8% pas d'urgence, 4,7% raison esthétique (ex. prothèse dentaire).

- Pour la *MM Marolles* :

- nombre moyen de consultations par semaine : 179
- nombre de dossiers actifs pour l'année 1998 : 3110

- Pour la *MM du Miroir* : pas de données

- Pour le *CCLA* :

- nombre de contacts avec échange de seringues (rapportées, données)
- âge moyen du public
- sexe

#### 4. Comment faire une synthèse de ces informations ?

Des huit associations relevant d'un subventionnement en matière de santé, nous en avons retenu quatre qui semblent plus ou moins directement avoir un ancrage par rapport à la population du quartier. D'emblée, il faut nuancer : si c'est plus le cas des deux maisons médicales, tant *Dentistes sans frontières* que le *CCLA* ont un public plus large même s'ils semblent en phase avec la zone. Mais il s'agit là plus d'une impression que d'une certitude statistique puisque nous ne disposons pas d'informations précises concernant l'origine géographique ou la domiciliation des personnes qui fréquentent ces associations.

La question est assez simple : en présence d'une zone géographiquement limitée, comment chercher à rendre compte des services et des ressources mises à la disposition de la population pour améliorer son état de santé ? Comme on va le voir, la réponse à cette question qui peut sembler banale mais qui est indispensable pour commencer à mener à bien une évaluation des actions ne va pas de soi. Outre le nom de l'association et sa date de création, le tableau qui suit est construit en fonction de quatre paramètres :

- la dominante du service et le nombre d'actions qui sont répertoriées dans le rapport d'activités;
- le nombre de travailleurs (en nombre absolu et en équivalent temps plein);
- le nombre de personnes ou d'actes (en l'occurrence, il s'agit de consultations);
- le budget ou les moyens financiers dont dispose le service ou l'association.

	Dominante(s)	Nombre de travailleurs	Nombre de personnes	Budget
Dentistes sans frontières (1995)	Urgence (soins) Prévention 3 types d'action	15 dentistes bénévoles 7,5 ETP	N.A. : ? Sans papiers, sans abri	450.000
Maison Médicale du Miroir (1980)	Accueil Santé urbaine 17 types d'action	13 personnes 6.5 ETP	N.A. : ?	1.028.156
Maison Médicale des Marolles (1986)	Accueil Thérapie 17 types d'action	10 personnes 6.4 ETP	N.A. : 8.592 consultations 3110 dossiers actifs	(1.000.000)
C.C.L.A. (1992)	Urgence (seringue) Contrôle du produit Fonction relais 3 types d'action	2 personnes 1 ETP	507 contacts 4.134 seringues échangées	1.388.500
Ensemble	40 types d'action	21.4 ETP	?	3.866.666

Un bref commentaire pour souligner les problèmes rencontrés par l'établissement de ce tableau :

- en ce qui concerne le type d'action, il est assez évident que les rapports d'activités suivent les différentes missions - pour les Maisons médicales - définies dans le décret alors que les initiatives volontaires mettent en évidence la nouveauté de leur action; soulignons, à ce stade, qu'il y a là un problème majeur quant à la visibilité des actions menées et leur qualification (en ce qui concerne la dominante); si on cherche à mieux visibiliser ce qui se fait, par exemple en réalisant un rapport d'activités collectif, il est nécessaire d'envisager un travail de typologisation des actions menées qui ne se résume pas à une liste des activités; elle implique que l'on estime le temps de travail que ces différents types d'action nécessitent;
- en ce qui concerne le nombre de travailleurs, le tableau néglige les différents statuts (indépendants, salariés, vacataires); une mesure en équivalent temps plein ne rend pas non plus compte de l'ensemble des qualifications qui sont mobilisées par les 40 personnes qui travaillent dans ces quatre services dans une zone déterminée; un rapport d'activités collectif devrait être particulièrement pointu sur la présentation des qualifications des personnes travaillant dans la zone en définissant le plus précisément possible les postes de travail (par exemple, en ce qui concerne la fonction accueil);

- pour la population qui est concernée, nous sommes devant un problème réel de saisie et de recueil des données; aucun plan d'ensemble n'existe pour décrire le profil socio-économique du public; les variables les plus utilisées sont ici le sexe, l'âge et le type de contacts ou le nombre de consultations<sup>18</sup>. Ces informations - minimales - ne permettent cependant pas d'établir une description des différentes dimensions du public qui s'adresse à ces services; il n'est pas possible de dire qui fait quoi pour qui;
- les ressources financières (budget) sont ici des approximations - peu fiables - qui ne correspondent pas à l'ensemble des moyens qui sont disponibles ou qui sont mobilisés; ceci a pour conséquence une sous-évaluation des efforts qui sont faits tant par les pouvoirs publics (en termes de subventions) que par les services eux-mêmes pour que les actions existent;
- enfin, en nous reportant aux dossiers d'agrément dont une des exigences était de décrire les problèmes démographiques, socio-économiques et culturels du périmètre de travail de l'association, l'analyse sociale du quartier ou de la zone est assez "stéréotypée" se limitant souvent à une compilation de données INS et à des approximations sur des fractions de population dite en difficultés<sup>19</sup>.

Ainsi les données établies en synthèse permettent de pointer un certain nombre de problèmes quant à l'évaluation de la portée des actions développées dans une zone géographique délimitée. Elles sont indicatives de quatre problèmes qui ne se limitent pas au seul recueil des données dans la mesure où celui-ci n'a de sens que par rapport à l'orientation des actions menées et au temps qu'elles prennent en fonction des ressources financières et des qualifications des personnels. Autrement dit, nous sommes en présence d'un problème basique au niveau de la sociologie des organisations : celui qui consiste à réunir des informations permettant d'organiser une visibilité minimale des actions et de ce qu'elles produisent.... dans le but de quitter le terrain des approximations et des impressions que laissent la lecture des rapports d'activités des services passés en revue.

### ***B) Zone « Evere – Schaerbeek – St Josse »***

<sup>18</sup> Pointons en note que les Maisons Médicales dans leur fonction d'observatoire de la santé en première ligne participent aux enquêtes qu'organise la Fédération des Maisons Médicales mais qu'elles ne pensent pas reprendre les acquis de cette participation dans leur propre rapport d'activités. Autrement dit, l'information statistique remonte vers la Fédération mais fait-elle l'objet d'un travail de comparaison ? Nous reviendrons sur ce problème dans la deuxième partie de ce rapport.

<sup>19</sup> On ne peut qu'être frappé, par exemple, par l'usage inexistant des données fournies par les rapports sur la pauvreté établis à l'échelle de la Région de Bruxelles-capitale.

Suivons le même questionnement que celui que nous avons adopté pour la zone des Marolles: combien sont-ils à œuvrer dans la zone ? que font-ils ? quelle est la population touchée par l'existence de ces services ? Du fait de la variété des approches en matière de recueil des données dans la zone considérée, nous établirons dans un quatrième point une analyse comparative des différentes variables utilisées pour décrire la population touchée et les activités des associations qui sont ici de deux types : maisons médicales et centres de santé mentale.

#### 1. Combien sont-ils à œuvrer dans cette zone ?

La zone comprend une population totale de 154.435 habitants<sup>20</sup> répartis entre les trois communes de la manière suivante : 102.599 habitants à Schaerbeek; 30.314 habitants à Evere; 21.522 à Saint-Josse. A noter la densité de la population la plus élevée (18.841 habitants au km<sup>2</sup>) à Saint-Josse.

Entre 72 et 92, soit en vingt ans, 12 associations, services ambulatoires sont nés à intervalle régulier sur les communes de Schaerbeek, Saint-Josse et Evere.

- Premier mouvement : deux services de santé mentale ouvrent leurs portes en 1972 et 1973; *La Gerbe* (où travaillent une quinzaine de personnes) et *A.N.A.I.S.* (8 personnes).
- Deuxième mouvement : les Maisons Médicales sont créées au milieu des années septante. En 75, *l'Aster* (9 travailleurs) ; en 75 également, la *Maison Médicale du Nord* (12 travailleurs) ; et en 78, *la Maison Médicale du Noyer* (9 personnes).
- Le *RAPA*<sup>21</sup>-*Autre Lieu* (4 travailleurs), repris dans le décret comme initiative, apparaît en 1980, suivi de près par *Continuing Care* (7 travailleurs), en 1985.
- Quatrième mouvement : les centres de santé mentale accroissent leurs effectifs fin des années 80. Près de vingt ans après l'apparition des deux premiers services, *le Méridien* et *le S.A.S.* sont créés respectivement en 1989 et 1990.
- Les deux derniers-nés des services ambulatoires relèvent tous deux du secteur de la toxicomanie : *l'Antenne Midrash* (13 personnes)<sup>22</sup> en 1990 et *Santé et Entreprise* (3 personnes) en 1992.
- A cela, il faut ajouter *Cosedi (service de soins à domicile)* qui s'est développé à partir du service social de la Mutualité Libérale du Brabant.

On peut penser que l'installation d'un service dans la zone étudiée ne dépend plus, à la différence des Marolles, d'un choix posé en raison des caractéristiques socio-économiques

---

<sup>20</sup> Données de 1995.

<sup>21</sup> Réseau alternative à la psychiatrie.

<sup>22</sup> Cette association a fermé ses portes en 1998.

du quartier d'implantation. En règle générale<sup>23</sup>, les initiatives, soins palliatifs, soins à domicile et centres de toxicomanie justifient leur choix selon un calcul économique et une opportunité qui se présentait à eux. Cela s'explique facilement au vu du territoire d'intervention qui est visé. Seuls les centres de santé mentale et les maisons médicales se limitent aux dimensions du quartier, de la commune ou d'une "unité sociologique" (*La Gerbe*). Les autres services s'intéressent à un public moins délimité géographiquement, issu de plusieurs communes (*Midrash*), de la région de Bruxelles-capitale (*l'Autre Lieu*, *Continuing Care*, *Cosedi*) ou d'un secteur professionnel particulier (*Santé et Entreprise*).

Sur les 12 associations, dix se situent à Schaerbeek mais il est parfois difficile de faire la distinction entre leur appartenance entre l'une ou l'autre commune (Schaerbeek, St Josse) tellement les frontières sont floues; elles sont souvent géographiquement proches l'une de l'autre (d'une centaine de mètres ou moins : ainsi de la Maison Médicale du Nord, de Cosedi, Continuing Care, Le Méridien, La Gerbe). Seuls ANAIS et le SAS, plus excentrés, paraissent localisés dans une zone géographique spécifique.

## 2. Que font-ils ?

Un premier coup d'œil permet de repérer l'étendue des services qui sont installés dans la zone.

- Le *Méridien*, *A.N.A.I.S.* et le *S.A.S.* développent simultanément, mais sans pour autant d'effective collaboration, un projet pauvreté et santé mentale<sup>24</sup>. *La Gerbe* développe des ateliers création, ainsi qu'un projet "Mémoire vivante" avec des personnes âgées. *A.N.A.I.S.* prend en charge des psychotiques lourds et est impliquée dans la gestion de foyers de postcure (en lien avec TITECA). *Le Méridien* a développé et développe encore un travail de santé communautaire et de recherche-action (en développant des collaborations avec d'autres types de services).
- *Rapa-Autre Lieu* pratique également ce genre de séjours (en Accueil), s'occupe, à Ixelles, d'une maison habitée par des peuls (tribu de Centre-Afrique) et d'un réseau Echange de Savoir (en collaboration avec le Méridien). Son public vient parfois de l'extérieur de Bruxelles.
- Les *maisons médicales* remplissent leurs missions (curative, préventive, communautaire et d'observatoire de la santé). *La maison du Noyer* prend en charge un système de maintien à domicile d'urgence.

---

<sup>23</sup> A.N.A.I.S., centre de santé mentale spécialisé dans le foyer d'hébergement post-hospitalier, a bénéficié de l'opportunité d'avoir une maison à proximité de l'hôpital TITECA, qui est situé sur Schaerbeek. En cela, il déroge à la règle.

<sup>24</sup> Pauvreté et santé mentale, Paupérisation et santé mentale, Santé mentale et population en précarité.

- Le centre toxicomanie *Midrash* prenait en charge les problèmes des futurs ou jeunes parents (avec leur enfant). Il faisait également de la prévention dans le cadre du contrat de sécurité et société, au sein de l'entité communale. Quant à *Santé et Entreprise*, elle développe essentiellement des programmes de formation destinés aux intervenants P.M.S., en entreprise, confrontés aux problèmes de l'alcoolisme et de la toxicomanie sur le lieu de travail<sup>25</sup>.
- *Cosedi* coordonne les soins à domicile, sans restriction de public, malgré le fait qu'elle soit une coordination mixte (ce qui implique un préfinancement des frais de personnel par la Mutualité Libérale du Brabant). *Continuing Care*, hébergée dans les locaux de l'Oeuvre Belge Contre le Cancer, pratique les soins palliatifs à domicile<sup>26</sup> à l'échelon de la région de Bruxelles-capitale.

Ici aussi, nous présentons les associations - au nombre de 7 - qui se déclaraient plus centrées sur la population habitant la zone. Nous passerons successivement en revue les trois maisons médicales pour ensuite considérer les quatre centres de santé mentale.

## **a) Les maisons médicales**

### ***Maison Médicale du Nord***

"Nous avons pu constater que pour les patients, la santé : c'est pouvoir sortir et être malade, gérer ses problèmes physiques et psychiques..." (Compte-rendu des A.S. de la MMN)

La Maison Médicale du Nord, fondée en 1975, se situe à côté de l'Eglise Sainte Marie, à proximité de la gare du Nord et à la limite de St Josse. Le territoire d'intervention s'étend à la limite de Schaerbeek, St Josse et Bruxelles-ville. La zone d'influence peut être déterminée entre la petite ceinture, le canal, le boulevard Lambermont, l'avenue Voltaire, l'avenue P. Deschanel et la chaussée de Louvain. Cet ancien quartier bruxellois abritait des ouvriers et quelques demeures bourgeoises; il a évolué en 30 ans pour se vider de ses habitants anciens qui furent remplacés par des immigrants Turcs et Marocains. Les logements sont de mauvaise qualité, insalubres et surpeuplés; le quartier comprend un grand nombre de chômeurs et d'invalides et un jeune sur cinq ne fréquente plus l'école obligatoire.

<sup>25</sup> Il s'agit plus de la formation d'un groupe de pilotage au sein d'une entreprise, que d'un contact direct avec des usagers (de drogue, d'alcool, de tabac, ou de stress).

<sup>26</sup> A ne pas confondre avec l'hospitalisation à domicile, comme peut la pratiquer Aremis.

Lorsque les acteurs de la MM présentent les problématiques de santé propres au territoire d'intervention, ils mettent l'accent sur quatre points : la toxicomanie, les problèmes psychiatriques et psycho-sociaux, l'aggravation de nombreuses pathologies due à une utilisation inadéquate des structures sanitaires, la présence de quelques pathologies en plus grand nombre dans le quartier telles que la tuberculose, le diabète, la bronchite chronique, les accidents de travail et domestiques, un travail sur la plainte des patients<sup>27</sup>,...

### 1) L'équipe

Elle se compose de 14 personnes dont 4 sont salariées (à mi-temps ou un-quart temps). Elle comprend trois travailleurs sociaux et une personne chargée de l'accueil (1/4 temps).

<b>Fonction</b>	<b>Prestation (heures/sem)</b>	<b>Statut</b>
Médecin généraliste	T.P.	Indépendant / Acte
Médecin généraliste	1/4 T	Indépendant / Acte
Médecin généraliste	T.P.	Indépendant / Acte
Médecin généraliste	T.P.	Assistanat sous contrat
Médecin généraliste	1/3 T.	Indépendant/Acte
Kinésithérapeute	45h	Indépendant
Dentiste	8h	?
Assistante sociale	20h	Salariée, liée par convention
Assistante sociale	20h	Salariée, liée par convention
Assistante sociale	20h	Salariée, liée par convention
Infirmière	30h	Salariée, liée par convention
Infirmière	40h	Salariée, liée par convention
Accueil secrétariat entretien	1/4 T.	Salariée MMN
Accueil-secrétariat	1/2 T.	Salariée MMN
Accueil-secrétariat	1/2 T.	Salariée MMN

### 2) Les fonctions de la MM du Nord

Les objectifs généraux de la Maison Médicale sont de :

- développer un centre de soins primaire aisément accessible à tous;
- travailler en équipe pluridisciplinaire pour pouvoir comprendre et intégrer les différentes facettes de la personne qui consulte;
- se coordonner avec les différents intervenants socio-sanitaires du quartier.

#### a) fonction curative

<sup>27</sup> Voir : B. Vercruysse, "Des plaintes extrêmement atypiques...L'expérience d'une maison médicale immergée dans un quartier à forte densité de patients turcs", Santé conjugulée, n°7, janvier 1999, pp. 35-38.

- consultations de médecine générale et visites à domicile;
- consultations de kiné et visites à domicile;
- visites d'infirmières uniquement à domicile;

**b) fonction préventive**

- prévention individuelle dans le cadre des consultations;
- prévention, éducation, animation en salle d'attente;
- prévention de la désinsertion des personnes âgées<sup>28</sup>;

**c) fonction de santé communautaire**

- actions d'éducation permanente : D.S.Q. (développement social de quartier);
- actions d'animation de quartier avec une école;
- action « patients psychiatriques peu curables »;
- animation et secrétariat de réunion de concertation et de formation pour des médecins généralistes du quartier;
- gestion de garde médicale permanente;
- participation à la coordination sociale de Schaerbeek;

**d) fonction d'accueil** (2 employés mi-temps; fonction développée depuis janvier 1997)

- accueil en salle d'attente, préparation des dossiers et mise à jour des données signalétiques;
- prise des appels téléphoniques;
- transfert du courrier des différents intervenants ; rédaction du courrier des différents intervenants ainsi que des rapports des réunions MM;
- coordination des différentes actions;
- gestion du secrétariat et classement;
- administration des tiers-payants;
- participation aux réunions de la Fédération sur l'accueil en MM ; suivi d'une formation organisée par la Fédération en vue d'améliorer l'accueil des patients;

**e) fonction d'observatoire de la santé en 1<sup>ère</sup> ligne**

- la MM joue un rôle de témoin privilégié sur les problèmes rencontrés (avec les associations comme avec les autorités);
- collaboration à une recherche-action sur l'accès aux soins pour les plus pauvres;
- participation régulière à l'intergroupe bruxellois des MM.

---

<sup>28</sup> Voir : "Projet "Personnes âgées", Santé conjugquée, n°10, octobre 1999, pp. 63-65.

Les partenaires réguliers de la MM du Nord sont : les hôpitaux St Etienne et St Jean, les consultations ONE, le Méridien, la Gerbe, l'Aster, les médecins généralistes du quartier, la coordination sociale de Schaerbeek, le CSM de Laeken, le DSQ, l'UCL, les Services Sociaux des Quartiers.

La part du budget provenant de la Cocof s'élevait à 1.461.308 francs en 1997; à cela il faut ajouter la participation des indépendants selon un pourcentage fixe. Le compte de résultat faisait apparaître à la date du 31 mai 1997 un total de 3.172.035 francs de recettes pour 3.327.108 FB de dépenses.

Le nombre de consultations était en 1998 de 22.137.

### *Maison Médicale l'Aster*

La MM l'Aster, fondée en 1975, se situe dans le quartier du parc Josaphat. Les objectifs de la MM restent l'accessibilité et la globalité des soins, l'amélioration du travail en réseau, la fonction d'accueil et la restructuration des discussions de cas. Le dispositif « salle d'attente » répond à une double exigence : d'une part, pouvoir répondre à l'urgence; d'autre part, permettre à certains acteurs d'amorcer un travail social dans un cadre moins formel.

- 1) L'équipe : elle comprend 9 personnes; le travail d'accueil est effectué par deux personnes (avec un statut d'agent contractuel subventionné).

<b>Fonction</b>	<b>Prestation</b>	<b>Statut</b>
Médecin	40h/s	Indépendante
Médecin	40h/s	Indépendante
Médecin	?	Indépendante
Psychologue	15h/s	Employée et indépendante
Kinésithérapeute	40h/s	Indépendante
Accueillante	19h/s	ACS
Accueil. / Secrétaire	?	ACS
Assistante sociale	38h/s	Employée
Ass. Sociale / Psychologue	6h/s	Employée du RAT

- 2) Les fonctions de la MM

#### **a) Accueil**

développement du travail en salle d'attente, endroit idéal pour commencer une action en prévention et lieu de contact informel

#### **b) travail social**

- écoute, soutien, accompagnement et information aux personnes demandeuses;
- élaboration d'un carnet d'adresses d'urgence;

- participation à la coordination sociale
- c) fonction curative et préventive**
- consultations médicales;
  - consultations de kinésithérapie et cours de gymnastique;
  - travail en psychothérapie (hypnothérapie associés à des éléments de la PNL et des thérapies comportementales et cognitives);
  - travail infirmier (collaboration avec la Croix Jaune et Blanche);
  - travail en réseau dans la prise en charge des patients toxicomanes;
- d) fonction de santé communautaire**
- participation à la coordination sociale;
  - participation à la formation en santé communautaire organisée par le Méridien;
  - coin brocante (organisé dans un coin de la salle d'attente);
  - projet « faim de solidarité » (récolte de vivres);
  - projet « Aster/Toxicomanie » (collaboration avec le RAT, le Méridien, et Infor-drogue);
- e) fonction de formation continue et spécifique (colloques, conférences)**
- f) fonction d'observatoire de la santé**
- participation à l'enquête de la FMM (profil socio-économique des usagers);
  - évaluation des modalités de paiement au sein de la MM;

Les partenaires sont :

- a) pour les toxicomanes : le Rat, le projet LAMA, les CPAS, CCLA;
- b) pour les personnes atteintes du sida : AIS, AREMIS;
- c) pour toute la population : le PF, le CETIM, AREMIS, la Croix Jaune et Blanche, les hôpitaux St Pierre, Paul Brien, UCL, St Jean, les CPAS, le Méridien, la Gerbe, SAD, les PMS, les A.S. de la rue de la Poste, Alcooliques Anonymes, l'Exil, SOS Enfants, Médecin Confident;
- d) pour l'accueil : le Centre Laïque des Ascendants Musulmans

Les subsides de la Cocof pour la période du 01/10/96 au 31/05/97 s'élevait à 1.136.973 FB. Le compte d'exploitation indiquait pour cette même période 944.425 francs de charges pour 1.231.927 de recettes.

Le nombre total de consultations était en 1998 de 5.131 en médecine et de 607 en kinésithérapie.

### ***Maison Médicale « Le Noyer »***

La MM Le Noyer, créée en 1978, se situe à proximité de la place Dailly, aux confins des communes de Schaerbeek, Etterbeek, Bruxelles et Woluwe Saint Lambert. Le quartier était *"très dévalorisé au moment de l'installation de la MM; il était composé de "vieux bruxellois" et d'immigrés turcs et marocains; on assiste à une réhabilitation des logements, ce qui amène de nouveaux occupants (jeunes ménages avec enfants employés de la CEE"* (R.A. 1996). Deux grands groupes de problèmes étaient rencontrés par la MM Le Noyer : le premier concernait de jeunes adultes (dépression, angoisse, insécurité professionnelle, chômage, perte des rôles sociaux et familiaux); le second une population de personnes âgées (polypathologie, perte d'autonomie, isolement, manque de revenus)

Les objectifs généraux de la MM du Noyer sont l'éducation à la santé, la prévention, l'autonomisation des patients.

1) L'équipe : elle se compose de 9 personnes; on compte trois travailleurs sociaux avec des statuts différents (TCT, ACS, employé à mi-temps) et une aide-ménagère (TCT).

<b>Fonction</b>	<b>Prestation</b>	<b>Statut</b>
Médecin généraliste	40 heures / semaine	Indépendant / acte
Médecin généraliste	40 heures / semaine	Indépendant / acte
Médecin généraliste	40 heures / semaine	Indépendant / acte
Kinésithérapeute	40 heures / semaine	Indépendant / acte
Dentiste LSD	40 heures / semaine	Indépendant / acte
Assistante sociale	20 heures / semaine	TCT
	19 heures / semaine	Employé par la MM
Secrétariat-accueil	19h/sem	Employé par la MM
Infirmière	20h/sem	Indépendante
Aide ménagère	38 heures / semaine	TCT

2) Les fonctions de la MM

**a) fonction curative**

- l'ensemble des consultations

**b) fonction préventive**

- Agir ensemble en prévention;

- action de protection scolaire (déshydratation, problèmes respiratoires);

- information auprès de groupes du quartier;
- dépistage du cancer du sein<sup>29</sup>; prévention des chutes; prévention de la tuberculose; vaccination hépatite B; vaccination anti-grippe
- campagne anti-tabac;

**c) fonction de santé communautaire**

- accueil et éducation en salle d'attente;
- projet MAD (maintien à domicile);
- cours de gymnastique;
- prévention du surendettement;
- service social de la MM;

**d) fonction d'observatoire de la santé**

- informatisation du "fichier patient";
- enquête sur le profil socio-économique des usagers des MM (FMM).

Les partenaires les plus fréquents de la MM le Noyer sont : le Centre Familial de Bruxelles; la MM Norman Béthume; les Centres de guidance et de santé mentale du quartier (Le Méridien, Psycho-Etterbeek); la Coordination Sociale de Schaerbeek; la Centrale de Service à Domicile; le CPAS; le SAS; le Foyer des enfants; les différents organismes mutuellistes.

Le nombre de consultations en 1998 était de 442 (351 consultations à la MM, 91 visites à domicile). Il s'agit de données se référant à la participation à l'enquête de la Fédération des MM quant au profil socio-économique des usagers.

Les ressources financières proviennent d'une aide de l'ONEM pour les TCT et de subsides de la Cocof (couvrant la fonction accueil par 2 personnes travaillant chacune 19h/sem) pour un montant de 280.000 FB /an. En 1995, les recettes étaient de 1.243.912 francs pour 1.085.920 de dépenses.

## **b) Les centres de santé mentale**

***A.N.A.I.S.***

*« La philosophie de base est d'apporter à chacun et en particulier aux plus démunis, la meilleure aide possible, ceci avec un profond souci de respect*

<sup>29</sup> Voir : "Dépistage du cancer du sein", Santé conjugulée, n°10, octobre 1999, pp. 59-60.

*individuel et une attention primordiale à la qualité de vie. » (R. A. 1998, p.11).*

Le CSM ANAIS, créé en 1973, se situe à proximité de la Maison Communale de Schaerbeek. L'initiative en revient à une assistante sociale qui travaillait au Centre Hospitalier Jean Titeca et qui créa en tout premier lieu le Foyer Aurore (1971). Actuellement l'asbl ANAIS concentre quatre structures situées à proximité immédiate l'une de l'autre : le CSM, les Habitations Protégées (18 habitations mixtes réparties dans 3 maisons), le Foyer Aurore<sup>30</sup> et le Centre occupationnel de jour<sup>31</sup>.

Il semble que ANAIS se soit fortement intéressé à l'histoire du quartier. Dans le rapport d'activité figure une synthèse conséquente de données démographiques et historiques, qui rend compte de la dégradation de l'habitat depuis 1925, des vagues successives d'immigration, du récent effort de rénovation de certains quartiers. Le rapport met en évidence des indicateurs de précarité comme le nombre de chômeurs complets indemnisés (9.310), de chômeurs contrôlés une fois par mois -art 77- (722), de chômeurs à temps partiel (490), de minimexés (1.390), d'illégaux (+/- 3000). *"Près de 30% des femmes belges de Schaerbeek ont dépassé l'âge de la pension. La population étrangère est nettement plus jeune, ce qui se reflète au niveau des écoles où la grande majorité des enfants est d'origine étrangère. Le niveau de l'emploi est à l'image de la population, avec un nombre important de pensionnés parmi les Belges et de chômeurs dans la population étrangère. Nous avons 19,5% de « sans emploi » dans la population active potentielle. (...) Le décrochage scolaire est un problème grave et fréquent, encore actuellement très mal géré. Les problèmes socio-économiques sont donc dominants, avec pour conséquence la marginalisation, le repli, l'isolement, la dépression. » (R. A. ANAIS 1997, pp. 7-8)*

Les problèmes dominants tels que présentés dans les rapports d'activité successifs sont principalement *"socio-économiques avec pour conséquence la marginalisation, le repli, l'isolement, la dépression"* et concernent une population de pensionnés et de chômeurs. Pour des raisons historiques (création d'ANAIS par une AS du Centre Hospitalier Titeca), le centre a *"dans la population que nous aidons une proportion très importante de psychotiques chroniques "lourds", impliquant de très fréquents déplacements à domicile et un travail social particulièrement important"*. Comme l'indique le R.A. 1998, *"la philosophie de base est d'apporter à chacun et en particulier aux plus démunis, la meilleure aide possible, ceci*

---

<sup>30</sup> Maison d'hébergement mixte ouverte à 21 personnes handicapées, travailleuses ou non, présentant des difficultés psychologiques.

<sup>31</sup> Ouvert aux non-travailleurs du foyer et aux résidents des habitations protégées, en semaine de 9h30 à 12h et de 14h à 16h30.

*avec un profond souci de respect individuel et une attention primordiale à la qualité de la vie"*  
(p.11).

- 1) L'Equipe : elle se compose 8 personnes dont 2 travaillent avec des horaires variables à la fois au Centre de santé et dans le cadre des Habitations protégées. A noter la présence d'un sociologue à mi-temps dans l'équipe.

<b>Fonction</b>	<b>Heures / Semaine au Centre de santé</b>	<b>Heures / Semaines au Habitations protégées</b>
Neuropsychiatre	19h	-
Neuropsychiatre	19h	-
A.S.	38h	-
Psychologue	19h	9h30
Psychologue	19h	19h
Infirmière	-	28h30
Sociologue		19h
Secrétaire	38h	-

## 2) Les fonctions du CSM :

### **a) accueil – diagnostic – traitement**

- problématique du surendettement;
- problématiques culturelles : notions d'ethnopsychiatrie;
- problématique relativement spécifique de patients d'origine turque et marocaine;
- prise en charge de « familles à problèmes multiples »;
- suivi de patients chroniques occupant des logements indépendants dans le quartier;
- travail spécifique de psychogériatrie;
- aide aux toxicomanes;
- mesure de probation et de défense sociale;
- problématiques liées à la Loi sur la protection de la personne malade mentale et de ses biens;
- expertise pour le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé Publique;

### **b) activités de prévention**

- sensibilisation non systématisée;
- prévention de la violence dans les écoles;
- travail d'intervision avec les médiateurs sociaux et les éducateurs de rue de la commune de Schaerbeek;
- supervision individuelle de travailleurs de terrain en santé mentale dans la commune;

### **c) projets spécifiques**

- fonctionnement de la maison communautaire pour patients psychotiques;
- projet "paupérisation et santé mentale";

### **d) formation continue**

- formation et participation à des groupes de travail;
- encadrement de stagiaires.

Les partenaires réguliers sont :

- l'administration communales de Schaerbeek : l'échevinat de la jeunesse, de la prévention et de l'intégration ; la police ; le service d'Aide aux Familles ; bureau d'Aide aux Victimes ; le service des Classes moyennes ; le Foyer Schaerbeekois ; le CPAS;
- les services pour l'emploi (ALE, différentes asbl);

- les services médicaux et psychosociaux : les services hospitaliers de 11 hôpitaux ou cliniques ; 9 services ambulatoires tels la Gerbe, le Méridien, la MM du Nord, la MM l'Aster, le CSM de l'UCL, le CSM de l'ULB, ...
- les instances judiciaires : SAJ, prisons, Justice de Paix, ...

En 1998, le nombre de patients était de 374 (274 nouveaux dossiers et 100 anciens). Le R.A. indique que "2.657 entretiens thérapeutiques ont été dénombrés, les autres prestations n'étant pas comptabilisées dans ce relevé".

Au moment de l'agrément (1996), l'enveloppe prévisionnelle s'élevait à 8.282.177 francs (7.682.177 frs de rémunérations et 600.000 frs de coûts généraux d'exploitation). Les ressources financières - outre le subside de la Cocof - provenaient des recettes des consultations médicales (829.857 FB) et de la participation financière des usagers (38.850 FB).

### *La Gerbe*

*"Vous parlez du travail de l'équipe ACCUEIL, de la clinique particulière du particulier qui est la nôtre, c'est vous faire aujourd'hui l'écho avant tout d'un travail d'équipe et de ce que toute une équipe peut en dire." (R.A. 1995, p. 14)*

Le CSM La Gerbe, créé en 1972, se situe non loin de la place des Bienfaiteurs. Il s'agit d'un des plus vieux CSM, doté de structures conséquentes et d'une équipe nombreuse. Le rapport d'activité 1998 dénote un peu de par sa structure. Il se compose de trois parties distinctes : tout d'abord, la composition de l'équipe, ensuite 20 pages de statistiques, enfin 5 textes écrits par les travailleurs du Centre qui rendent compte, dans un style très personnel, de l'esprit du travail dans cette association, de la création d'une pratique.

Pour ce qui est du compte-rendu des activités, au sens strict du terme, il faut se référer aux rapports d'activités des années précédentes (par exemple, le R.A. 1995), où sont décrites les différentes structures de la Gerbe :

- un espace d'accueil (clinique de l'humain dans le quotidien, urgence sociale et parcours de vie),
- un espace thérapeutique (délimitation du travail clinique, trouble psychique du parent, maltraitance),
- aide en milieu ouvert (aide individuelle, action collective, action communautaire),

- un espace de prévention (action du Balluchon - décrochage scolaire, atelier pédagogique; Babimo - espace accueil parents et jeunes enfants),
- des projets spécifiques (espace de parole et de création pour adultes; séminaire d'ethnopsychiatrie; réseau d'insertion sociale et mise à l'emploi; initiative d'habitation protégée; approche du vieillissement),
- un espace formation (sensibilisation à l'approche d'une pratique de santé mentale en milieu ouvert; supervision de travailleurs médico-sociaux; mise en place de lieux de formation pour les aides-familiales),
- un espace coordination (participation à diverses coordinations, intersecteur avec les CSM de l'Est de Bruxelles,...)

1) L'Equipe du CSM : elle se compose de 12 personnes et d'une personne - psychologue (10h) - qui travaille dans l'équipe Mémoire vivante.

<b>Fonction</b>	<b>Heures / semaines</b>
Secrétaire	40
Coordinatrice	30
Médecin-directeur	20
Pédo-psychiatre	20
Psychologue enfants	30
Psychologue enfants	30
Psychologue	20
Psychologue	20
Psychologue	20
A. S. psychiatrique	40
A. S.	37
Logopède	20

A noter qu'en 1995, le R.A. établissait un "bref aperçu de l'ensemble du travail réalisé à La Gerbe, l'ensemble des heures de travail salarié par semaine étant de 533 heures" réparties de la manière suivante :

- 22% par le travail de l'équipe accueil
- 24% par le travail thérapeutique (travail clinique, consultations, guidances, entretiens,...)
- 15% par le travail AMO
- 4% par le travail de prévention
- 18% pour les projets spécifiques
- 1% pour le travail de supervision-intervision

- 3% pour le travail de coordination
- 13% pour le travail de direction et de secrétariat

Les partenaires étaient aussi bien les différentes initiatives de coordination développées à Schaerbeek que les relations avec les autres CSM (intersecteur), soit une vingtaine de partenaires.

Le nombre de clients s'élevait en 1998 à 943 (610 nouveaux, soit 64.7% et 333 anciens).

Si le rapport d'activités 1998 ne comportait pas d'informations financières, le dossier pour l'agrément en 1996 faisait apparaître un montant de 14.211.469 francs en rémunérations et 700.000 francs de coûts généraux d'exploitation.

### *Le SAS*

Le territoire d'intervention de ce centre de guidance créé en 1990, s'il concerne toute la commune d'Evere, comprend aussi le quartier Helmet (Schaerbeek) et le quartier Haren (ville de Bruxelles). Selon les membres de l'équipe, la commune d'Evere est considérée, à tort, comme une commune qui ne connaît pas la pauvreté; ils insistent également sur la présence de réfugiés du Kosovo, du Rwanda et du Congo, qui vivent, en attente d'un statut, dans des conditions très pénibles. Les problématiques rencontrées sont très diversifiées : problèmes familiaux, divorces, deuils, violences intra-familiales, comportements agressifs, anti-sociaux, ...

1) L'équipe se compose de 8 personnes plus 1 stagiaire.

Pédopsychiatre	Equipe enfants/adolescents	19h/sem
Psychologue	idem	38h/sem
Assistante sociale	idem	38h/sem
psychiatre	Equipe adultes/personnes âgées	19h/sem
Psychanalyste-criminol.	idem	38h/sem
Assistant social	Idem	19h/sem
Accueil et secrétariat		38h/sem
Psychologue dév. psychomoteur	Indépendante	8h/sem

2) Les fonctions :

## a) Accueil – diagnostics - traitement

	<b>Enfants</b>	<b>Adolescents</b>	<b>Adultes</b>	<b>Personnes âgées</b>
<b>Prévention/ coordination</b>	- consultation ONE - projet Patio - animations	- Comité de Contact - concertation SAJ - contacts avec les hôpitaux psychiatriques - adolescents suicidaires équipe de prévention	- participation à la coordination sociale d'Evere	- contacts dans les homes (5)
<b>Recherche / formation / évaluation</b>	- orientation dans l'ens. spécial - orientation vers les IMP - travail avec les familles en relation avec la maltraitance et les abus sexuels - groupe ATD Quart Monde	- recherche de la plate forme de concertation - décrochage scolaire - échange de personnel avec « La Ramée »	- groupe de coordination Quart Monde - groupe « santé mentale et logique de travail ambulatoire » - séminaire européen Autre Lieu - échange de personnel avec Titeca	

## b) Les projets spécifiques

- Logement et santé mentale (logements sociaux);
- Justice et santé mentale :
  - groupe « mise en observation du malade mental »
  - groupe « santé mentale et problématiques des justiciables »
  - formation en milieu pénitentiaire
- Santé mentale et population étrangère :
  - réflexion sur le travail clinique avec les familles en situation irrégulière
  - groupe de travail interculturel de la Ligue
  - contacts avec l'ASBL « Rat-Le-Brol »
  - plate-forme de concertation en santé mentale
- Santé mentale et vie professionnelle
- Pathologies particulières : l'alcoolisme et les pathologies d'excès ; le stress ; les relations familiales

Les partenaires du centre sont : les institutions scolaires, le secteur judiciaire, les services psychologiques ambulatoires, les services psychiatriques hospitaliers, les médecins

généralistes, le planning familial, les services sociaux au niveau de la commune et des communes voisines.

Le centre a été reconnu provisoirement par la Cocof depuis le 1/1/1997. IL bénéficie de subsides dans ce cadre. Le relevé des charges de personnel en 1998 indique un montant de 9.123.671 francs de rémunérations.

### *Le Méridien*

Créé en 1989, le Méridien faisait partie du service de santé mentale d'une structure universitaire (UCL - Université Catholique de Louvain) développée sur trois sites dont celui de Saint-Josse où est implanté le Méridien. Il possédait une autonomie administrative, financière et comptable (propre comptabilité, propre numéro de compte bancaire). A partir du 1<sup>er</sup> janvier 1997, il était convenu que le centre de santé mentale de l'UCL n'intervienne plus financièrement pour le Méridien, notamment pour les dépenses de personnel. Le service a par ailleurs été soutenu par la Commission Communautaire française dans le cadre de l'article budgétaire 33.06 (subventions pour des études et des initiatives originales en santé mentale). Il a acquis depuis 1997 le statut et l'agrément comme service de santé mentale dans le cadre du décret du 27 avril 1995.

Le service est situé sur la commune de Saint-Josse au centre de Bruxelles. Ce quartier est caractérisé par une population multiculturelle : turque, marocaine, africaine. La population belge, installée de longue date, est le plus souvent âgée et en situation socio-économique précaire. Des problèmes de cohabitation entre les diverses populations se posent assez souvent. Il s'agit donc de personnes de milieux populaires. Le service, en tenant compte des aspects culturels multiples à l'œuvre dans la vie de ces différents groupes sociaux, propose des ressources particulières afin de s'articuler, voire de s'appuyer sur les aides que peut procurer l'entourage des patients : famille élargie, voisins, vie associative, vie religieuse et soignants « traditionnels »,...

#### 1) L'équipe

Elle se compose de 20 travailleurs : 3 psychiatres, 2 pédopsychiatres, 9 psychologues, 2 logopèdes, 3 assistants sociaux, 1 secrétaire ; elle est dirigée par un médecin-psychiatre (direction médicale et clinique) et une psychologue (codirectrice assurant la coordination institutionnelle et administrative).

Si l'équipe se compose de 20 personnes, la composition du personnel se répartit de la manière suivante :

- personnel appointé-subventionné (1,5 ETP) ;
- personnel appointé suite à des conventions (3,5 ETP) ;
- personnel sous statut indépendant (1,8 ETP).

Soit au total 6,8 ETP pour un total de 261 heures. Déduction faite du temps de secrétariat et de coordination, seuls 5 ETP sont consacrés aux activités cliniques, de prévention et de recherche. Cette situation indique que l'équipe salariée sur la dotation structurelle (le personnel appointé-subventionné) représente 22% de l'ensemble et qu'elle se répercute directement sur le travail en affectant le type de tâches à prendre en charge : *« nous ne pouvons nous permettre que peu d'activités non rétribuées ; nous avons le sentiment de ne plus pouvoir assurer notre rôle en ce qui concerne la prévention ou l'accessibilité des soins, notamment en terme de non-paiement des consultations. Nous sommes aussi limités dans le travail de réseau qui implique des rencontres, des concertations avec les autres intervenants et institutions...Nous sommes presque induits, contre notre volonté et faute de moyens d'actions suffisants, à devoir fonctionner au 'rendement' et à la rentabilité pour une grande part de notre travail, à psychiatriser voire à institutionnaliser des problématiques qui pourraient être prises en charge par des moyens plus souples »*. Ainsi, si les ressources en personnel sont variées en matière de compétence, la part du personnel salarié est très faible (moins de 25%) ; les ressources du service pour accomplir ses objectifs sont fortement dépendantes de conventions extérieures.

Dans les interventions du service, il s'agit autant de renforcer le réseau médico-psycho-social de proximité que le support social du patient. Dans cette optique, le travail en santé mentale recherche moins la suppression des symptômes que les interactions qui permettent de donner sens à ceux-ci. Cette orientation vise à *« faciliter la réappropriation par la personne de ses difficultés et la possibilité de se positionner comme sujet »* dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire qui fonctionne comme lieu d'échanges mais aussi comme lieu d'élaboration. L'activité clinique – centrale – est dès lors soutenue par un travail théorique basé sur une vision psychodynamique du psychisme qui inclut une analyse du contexte et une réflexion sur les interactions avec d'autres intervenants. Ce double travail – clinique et théorique – vise à *« mieux cerner des processus de disqualification de certaines familles, liés aux représentations sociales des personnes en présence »* et à *« repenser les actions de prévention et de promotion de la santé mentale »* afin de *« valoriser ce qui permettait à une personne ou une communauté de se réapproprier – grâce à la parole – un savoir sur elle-même et sur son entourage en renforçant les appartenances de chacun »*.

Si le service s'adresse à tous les types de problématiques et à tous les âges, l'accent est cependant mis sur la collaboration avec les différents partenaires du réseau local : maisons médicales, services sociaux du quartier, écoles situées dans la commune et Centres psychomédico-sociaux concernés, la police, les consultations ONE, le CPAS, etc. Autour de l'aide à la jeunesse et des familles très précarisées, s'est développé une pratique de l'intervention en réseau qui, outre la personne concernée, réunit aussi les divers intervenants médico-sociaux. Le travail en réseau se pratique à différents niveaux : partenariat avec d'autres professionnels autour de situations cliniques ; partenariat autour de projets situés dans d'autres communes de l'agglomération bruxelloise (Forest et Anderlecht) pour évaluer leur faisabilité (travail de réinsertion en collaboration avec la mission locale de l'emploi communale) ; partenariat avec d'autres institutions en vue du soutien de leur action (supervision) ; partenariat autour du thème « santé mentale et pauvreté » avec des associations impliquées dans un travail de santé communautaire (Le Pivotal à Etterbeek, Cureghem à Anderlecht). L'équipe a également mis en place un projet de « promotion de la santé mentale communautaire<sup>32</sup> » qui vise, par un travail à la fois personnel et groupal, à renforcer les solidarités de proximité. Les réseaux d'échanges de savoirs visent le même objectif. Deux personnes de l'équipe assurent la coordination francophone de ce projet dont le but est de susciter dans des groupes de personnes l'émergence des savoirs, savoir-faire et leur échange. Par ailleurs, l'équipe a noué des relations de travail avec des collègues d'autres pays : Rwanda, Bénin, Nicaragua et Guatemala. Ces échanges ont pour thème : la santé mentale communautaire, l'aide aux populations victimes de la guerre, les souffrances psychiques liées aux mutations culturelles, l'organisation des soins de santé, la recherche-action en santé mentale.

Le nombre de prestations varie, selon les années, entre 4.500 et 6.000 (avec une moyenne de 500 nouveaux dossiers ouverts par an).

- évolution du nombre de prestations et de dossiers :

1995	4.456	517 dossiers (65% de nouveaux cas)
1996	5.162	581 dossiers (63,5% de nouveaux cas)

Le budget de l'association s'élevait à près de 11 millions (67% de subsides).

- financement (1996)

- dépenses

* frais de rémunération	10.323.547
* coûts généraux d'exploitation	650.000

<sup>32</sup> Y. Lambrechts, N. Thomas, B. van Tichelen, "Education populaire et santé mentale", Santé conjugulée, n°11, janvier 2000, pp. 9-12.

### 3. Une synthèse

En reprenant les quatre paramètres (la dominante du service et le nombre d'actions qui sont répertoriées dans le rapport d'activités; le nombre de travailleurs (en nombre absolu et en équivalent temps plein); le nombre de personnes ou d'actes (en l'occurrence, il s'agit de consultations); le budget ou les moyens financiers dont dispose le service ou l'association) que nous avons utilisés pour chercher à cerner la nature des services dans la zone des Marolles, nous obtenons le tableau qui suit.

	Dominante(s)	Nombre de travailleurs	Nombre de personnes	Budget
Maison Médicale du Nord (1975)	Soins primaires Accueil - équipe pluridisciplinaire coordination  22 types d'action	14 personnes  9.6 ETP	22.137 consultations 4.250 dossiers informatisés	3.200.000

Maison Médicale L'Aster (1975)	Accueil - salle d'attente Prévention Toxicomanie Coordination  17 types d'action	9 personnes  5 ETP	5.738 consultations	1.300.000
Maison Médicale Le Noyer (1978)	Accueil Jeunes et personnes âgées Maintien à domicile  13 types d'action	9 personnes  8 ETP	Pas d'informations	1.300.000
ANAIS (1973)	Chroniques Psychogériatrie hébergement  18 types d'action	8 personnes  6 ETP	374 dossiers (274 nouveaux) 2.657 entretiens thérapeutiques	8.300.000
La GERBE (1972)	Accueil Thérapie Action milieu ouvert Prévention Coordination  7 "espaces" d'action	12 personnes  8.6 ETP  <b>Estimation du temps réparti par activités</b>	943 dossiers (610 nouveaux) 15.066 prestations	14.912.000
Le SAS (1990)	Enfants/personnes âgées Psychiatrie Coordination  20 types d'action	8 personnes  5.7 ETP	233 dossiers 1.700 prestations	9.130.000
Le MERIDIEN (1989)	Pratique clinique Travail de proximité Développement communautaire  7 types d'action	20 personnes  6.8 ETP	581 dossiers (369 nouveaux) 5.162 prestations	11.000.000
Ensemble	104 types d'action	80 personnes 49.7 ETP	Dossiers : 2.131 Consultations : 52.460	49.142.000

Les informations réunies ne manquent pas d'intérêt : au niveau du secteur santé, 80 personnes (près de 50 ETP) réaliseraient quelques 104 types d'action pour la somme globale de 49 millions. Le volume des activités (pour six de ces associations) concernerait 2.131 dossiers et 52.460 consultations, entretiens, prestations auprès d'un ou plusieurs patients. La question n'est pas tellement d'être impressionné par les "chiffres" que par la diversité des actions et des prestations réalisées par 80 personnes aux qualifications diverses et au temps de

travail différencié (50 équivalent temps plein pour 80 personnes). Chacun pourra constater aussi qu'une consultation en maison médicale n'a pas le même contenu qu'un entretien thérapeutique, que le temps n'est pas le même, les finalités non plus. Peu importe puisqu'il s'agit ici de donner une image globale des services rendus par 7 associations.

Seule une association - La Gerbe -, dans un de ses rapports d'activités, a cherché à estimer le temps réparti selon les activités. Ces informations permettent d'avoir une vue, à partir de l'ensemble des heures de travail salarié par semaine (533 heures), de l'importance des différentes activités, permettant ainsi de dépasser le simple inventaire des types d'action :

<b>Activités</b>	<b>Estimation en temps</b>
Travail thérapeutique	24%
Travail équipe d'accueil	22%
Projets spécifiques	18%
Travail AMO	15%
Travail de direction et de secrétariat	13%
Travail de prévention	4%
Travail de coordination	3%
Travail de supervision & intervision	1%

Il serait intéressant que chaque association se livre à pareille estimation afin de donner une image moins statique de ses activités, le principe étant acquis qu'un travail n'est pas l'autre; pour le dire autrement, les missions d'une maison médicale sont différentes de celles d'un centre de santé mentale; c'est dire que le travail de prévention occuperait plus de place dans un cas ou dans l'autre; le raisonnement vaut pour le travail d'accueil dont on peut repérer dans le tableau qu'il est présent à peu près dans les 7 associations.

Nous pouvons continuer nos investigations en accordant l'attention nécessaire aux données disponibles, à leur recueil et à leur traitement puisque, dans cette zone, les informations concernant tant la nature des activités que les caractéristiques du public qui fréquente les services sont plus abondantes que celles que nous avons réunies pour la zone des Marolles. L'objectif de ce travail, partant de ce qui existe, est d'établir une synthèse des variables et des modalités qui sont utilisées pour recueillir les données.

#### 4. Les données disponibles

Nous indiquons **en gras** les variables et leurs modalités au fur et à mesure du passage en revue des associations.

4.1. La Maison Médicale du Nord présentent une information chiffrée du **nombre de consultations selon le type de consultations réalisées par les différents membres de l'équipe** sur les dix derniers mois écoulés.

	C.A.	%
Médecine générale	16.130	72.86
Kiné	2.815	12.72
Infirmier	2.670	12.06
A.S.	342	1.54
Total	22.137	100

Le rapport d'activités indique que l'informatisation des dossiers porte sur tous les patients qui ont été vus à la MM ou à domicile depuis le 01.01.1997 ont un signalétique administratif informatisé (4.250 dossiers); la mise à jour du dossier médical informatique, surtout le transfert d'une synthèse du dossier papier reste un travail énorme qui avance lentement. Dans une population très mobile, de nombreux patients viennent une fois ou une fois de temps en temps et ne sont pas vraiment "patient maison"

Le R.A. constate que l'évaluation chiffrée reste un problème à la MMN. "Elle reste subjective" du genre :

- *"les institutions du quartier envoient leurs patients difficiles, sans mutuelle, sans foyer, paumés que les autres institutions rechignent à accepter; notre rôle d'accueil semble bien perçu, trop parfois pour nos finances..."*
- *la mise en commun lors des études de cas, le dossier médical commun, la confrontation régulière avec des intervenants médicaux ou non sont les moyens actuellement mis en place pour améliorer notre travail. Le temps consacré à la formation est également gage de qualité;*
- *le retour des patients, soit dans le temps, soit via les autres membres de l'équipe permet également d'avoir une certaine évaluation, assez subjective, de l'indice de satisfaction des patients. La continuité dans le temps (près de 20 ans) permet également de dire que l'on correspond probablement à un besoin."*

En 1998, différentes enquêtes ont été réalisées par l'équipe de la MM du Nord :

- auprès des visiteurs de la permanence sociale

- auprès de 86 personnes âgées habitant le quartier
- auprès des patients (100) en salle d'attente

4.2. La MM L'Aster présente comme informations chiffrées :

- le total des visites à domicile en médecine : 1610 (1.291 payées normalement)
- le total des consultations en médecine : 5131 (3.409 payées normalement)
- le total des visites à domicile en kinésithérapie : 1508
- le total des consultations en kinésithérapie : 607

**en ventilant visites et consultations selon le tarif (normal, au tiers payant, à prix réduit).**

Le R.A. constate que *"nous sommes conscients qu'une meilleure connaissance de la population permettrait une meilleure prévention. L'informatisation des données serait une solution, plutôt que le forfait. Ce sont les moyens financiers et les contraintes réglementaires qui nous ralentissent dans cette démarche."*

4.3. La MM Le Noyer indique que, depuis 1995, en utilisant le programme informatique de la FMM, *"nous avons encodé systématiquement tous les fichiers patients, tous les contacts et leur nature, le code INAMI de la prestation dans le but d'études personnelles et en collaboration avec la Fédération. Le projet est d'optimiser l'échéancier pour systématiser des actions de médecine préventive (vaccinations grippe, tétanos,...). Le travail avec l'échéancier facilite le projet mammographie."* (R.A. 1997)

Dans le rapport d'activités de 1998, sont mentionnés

- l'existence de dossiers médicaux dans lesquels est résumé **chacun des contacts du patient avec les médecins de l'équipe**. Un maximum de données recréant de la sorte "l'historique" médical du patient sont regroupées;
- les composantes du fichier "signalétique" du patient (nom et prénom, date de naissance, sexe, nationalité, état civil et descendance, adresse, numéro de téléphone, renseignements sur l'assurabilité (mutuelle, code,...). Les "contacts" c'est-à-dire les visites des patients au domicile ou à la MM sont encodés journallement (consultations de médecine générale, de kinésithérapie, code INAMI, date, prestataire et échéances diverses s'il y a lieu). Dans l'échéancier, il y a encodage des dates d'échéance de la vaccination contre la grippe et celles de dépistage du cancer du sein;

- la participation à l'enquête sur le profil socio-économique des usagers des MM (Fédération des MM); de septembre 1997 à juin 1998, 442 personnes (391 rencontrées à la MM, 91 à leur domicile) ont participé à l'enquête.

#### 4.4. Le CSM ANAIS

En 1996, 262 dossiers (156 nouveaux) étaient actifs :

- selon **le sexe** : 138 hommes et 124 femmes
- selon **le type de pathologie** (en %) : psychose (41), état dépressif (17), névrose (14), alcoolisme (12), toxicomanie (9), démence/débilité (7)

Les prestations dénombrées sont les guidances/thérapies avec les patients et/ou leur entourage, au CSM, à domicile ou à l'hôpital. Toutes les autres démarches ne sont pas comptabilisées dans ce relevé. Soit 1.922 prestations réparties en prestations médicales (404), prestations sociales (1.080) et prestations psychologiques (438).

En 1998, le nombre de patients actifs est de 374, dont 274 nouveaux. 2.657 entretiens thérapeutiques ont été dénombrés; les autres prestations ne sont pas comptabilisées dans ce relevé.

Le R.A. constate que *"ne disposant pas encore d'un outil informatique qui permet des analyses fines, c'est de manière empirique que nous livrons les informations recueillies dans nos dossiers"* (p. 43).

La présentation des données est faite selon :

- <b>le sexe</b>	2 modalités
- <b>le lieu de résidence des patients</b>	3 modalités
- <b>la nationalité</b>	9 modalités
- <b>l'âge des patients</b>	9 modalités
- <b>le mode de vie</b>	5 modalités
- <b>le diagnostic</b>	16 modalités

Les caractéristiques de la population fréquentant le centre sont :

- 175 hommes et 199 femmes
- le lieu de résidence des patients est Schaerbeek pour 70 %, Région de Bruxelles Capitale pour 26 %, et 4 % d'autre provenance.
- la nationalité se distribue comme suit : 231 Belges, 40 Marocains, 20 Turcs, 11 Européens, 72 autres (le graphique est illisible).
- l'âge des patients : graphique illisible

- le mode de vie suivant les variables suivantes : en famille (31%), seul (31%), en institution (19%), en couple (11%), non précisé (8%)
- le diagnostic : la patientèle se répartit essentiellement en deux groupes, celui des psychoses (21%), et celui des troubles dépressifs et névrotiques (graphique illisible).

Ces données engendrent le commentaire suivant :

*"Il apparaît clairement à la lumière de ces statistiques que la plus grande partie de notre population est d'un niveau socio-économique très bas, avec un degré de scolarité fort limité. On notera surtout parmi les nouveaux dossiers, une proportion importante de patients originaires de Turquie, ayant des problématiques culturelles relativement spécifiques et qui nous sont habituellement adressés par les médecins généralistes et des services médicaux ambulatoires. Sur le plan diagnostic, notre patientèle se répartit en deux groupes majoritaires : celui des psychoses et celui des troubles dépressifs et névrotiques (liés en grande partie à la pathologie spécifique des immigrés)..."*

#### 4.5. Le CSM La Gerbe

En 1995, le R.A. relevait des difficultés au niveau du fonctionnement du programme statistique ("Psyfile"); le comptage s'était fait "à la main". **Les données présentées l'étaient en fonction des activités** du CSM et de celle de l'AMO et portaient sur le nombre de dossiers :et le nombre de prestations.

	Dossiers				Prestations	
	anciens	nouveaux	Total	Augmentation		
CSM	589	126	715	+ 5%	11.804	=
AMO			114	+ 11%	766	+ 17%

En 1998, le R.A. comporte quelques 18 tableaux présentés en 4 rubriques.

Rubrique 1. **Les dossiers selon trois catégories** (enfants, adultes, couples/familles)

1. **le type de dossiers** 3 modalités (type de public)
2. **l'année d'ouverture du dossier** 2 modalités (anciens/nouveaux)

Type de dossiers	C.A.	%	Nouveaux	Anciens
Adultes	679	72	447	232
Enfants	245	26	156	89
Couples/familles	19	2	7	12
<b>Total</b>	<b>943</b>	<b>100</b>	<b>610</b>	<b>333</b>

De 1997 à 1998, il y a une augmentation de 17%, l'accroissement des nouvelles demandes s'expliquant "par les sollicitations de plus en plus nombreuses de nos partenaires psychomédico-sociaux. L'accroissement de la paupérisation n'est pas sans effet sur cette augmentation."

Rubrique 2. Description de la population consultante selon :

<b>1. l'âge des consultants</b>	10 modalités
<b>2. le sexe</b>	2 modalités
<b>3. la nationalité</b>	10 modalités
<b>4. le domicile selon 3 catégories</b> (enfants/adultes/familles)	6 modalités
<b>5. l'état civil selon 2 catégories</b> (adultes/familles)	5 modalités
<b>6. la profession selon 3 catégories</b> (parents d'enfants/adultes/familles)	9 modalités
<b>7. la situation socio-professionnelle selon 3 catégories</b> (idem que 6)	9 modalités

Les caractéristiques du public qui fréquente le centre sont :

- 65% (22 à 60 ans) d'adultes en âge de travailler; constat d'un rajeunissement (20-40 ans)
- 53% d'hommes, 47% de femmes; même proportion qu'en 1997
- 63% du public est belge (en augmentation)
- 62% domicilié à Schaerbeek; 28% dans l'arrondissement de Bruxelles
- 38% de mariés, 31% de célibataires, 15% de séparés, 12% de divorcés et 4% de veufs
- 29% d'ouvriers et 25% de sans profession; 14% d'étudiants et 13% d'employés
- 18% ont un emploi; 15% au foyer; 6% de pensionnés; 14% au chômage, 15% à charge du CPAS; 12% de handicapés-invalide.

Rubrique 3. **Nature des démarches des consultants selon 3 catégories**  
(enfants/adultes/familles)

<b>1. le type de démarche</b>	5 modalités
<b>2. la prise en charge antérieure</b>	14 modalités
<b>3. le mode de venue</b>	10 modalités
<b>4. le motif de la consultation</b>	15 modalités
<b>5. les problèmes dominants</b>	14 modalités
<b>6. le diagnostic</b>	13 modalités

Les caractéristiques de la demande peuvent être résumées de la manière suivante :

- 59% des demandes émanent d'un tiers; 31% sont effectuées par la personne
- 36% n'a fait l'objet d'aucune prise en charge antérieure; 17% étaient déjà pris en charge par le centre antérieurement
- 42% de la population qui fréquente le centre vient par le bouche à oreille
- 15% des motifs de consultation relèvent du "milieu social"; 14% de problème individuel
- 21% du public ont des problèmes psychologiques, 16% des problèmes relationnels intra-familiaux, 14% des problèmes relationnels, 13% des problèmes sociaux
- la prise en charge des psychotiques (28%) et des névrotiques (29%) est importante; 7% n'ont pas de troubles importants

#### Rubrique 4. **La prise en charge selon 3 catégories** (enfants/adultes/familles)

- |  |              |
|--|--------------|
| 1. <b>la proposition de traitement</b>       | 9 modalités  |
| 2. <b>prestations fournies par le centre</b> | 10 modalités |
| 3. <b>évolution du patient</b>               | 6 modalités  |

Les caractéristiques de la prise en charge et des prestations qui leur sont liées font apparaître :

- 36% de guidance psycho-sociale, 30% de thérapie, 19% de traitement médicament
- pour les prestations au nombre de 15.066, 81.4% pour les adultes, 17.3% pour les enfants, 1.3% pour les familles; quant à la nature des prestations, 27% de démarches diverses, 17% de thérapies, 14% de travail avec le réseau et 10% de travail avec l'entourage
- en ce qui concerne l'évolution du patient : 35% stabilisés, 27% en progrès, 25% stationnaire

Cet ensemble d'informations - comprenant **18 variables** - permet une description assez exhaustive du public qui fréquente le centre comme des activités que celui-ci développe. Loin de se contenter de produire des tableaux simples ou "tris à plat" (une seule variable, par exemple le motif de la consultation), l'information est présentée selon les catégories du public qui fréquente le centre, soit en croisant deux variables<sup>33</sup>. Une réserve : les commentaires qui accompagnent les tableaux sont des plus succincts et aucune synthèse n'est faite. La présentation se borne alors à une série de tableaux bruts avec un commentaire bref qui souligne l'une ou l'autre particularité. C'est au lecteur à faire l'effort...Il y a là un décalage entre l'effort de produire un traitement des données assez exemplaire et l'usage - dérisoire - qui en est fait au niveau des commentaires.

#### 4.6. Le SAS

En 1996, le R.A. énonce, **par type de population fréquentant le centre, le nombre de consultations** en 1996 en précisant le nombre de dossiers ouverts dans l'année.

Type de population	Nombre de consultations		Nombre de nouveaux dossiers
	En chiffres absolus	En %	
Enfants	561	65	32
Adolescence	57	7	9
Adultes	228	26	11
3 <sup>ème</sup> âge	15	2	4

<sup>33</sup> A noter que ce n'est pas le cas pour toutes les informations : ainsi pour la variable "âge", "sexe" et "nationalité".

Total	861	100	56
-------	-----	-----	----

Ces données font l'objet de commentaires en fonction d'une analyse des demandes, des thèmes ou des types d'intervention sans autres détails statistiques.

En 1997, un traitement statistique plus détaillé fait preuve de l'avancée au niveau du traitement des données (achat du programme "Psyfile") et permet de mieux cerner l'action du centre. Deux rubriques sont passées en revue.

Rubrique 1. **Les dossiers ouverts (nouveaux)** pendant l'année (148 en l'occurrence)

1. <b>les types de population</b> (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées)	4 modalités
2. <b>la répartition géographique des demandes</b>	4 modalités
3. <b>l'origine des demandes</b>	10 modalités
4. <b>le cadre de vie</b>	8 modalités
5. <b>le statut social</b>	9 modalités
6. <b>la répartition des entretiens entre thérapeutes</b>	4 modalités
7. <b>l'état des dossiers</b> (en cours, clôturés, en suspens)	3 modalités

Les caractéristiques du nouveau public qui fréquente le centre sont :

- 45% d'adultes (de 18 à 65 ans) et 44% d'enfants (0 à 13 ans)
- 62% d'habitants d'Evere et 32% d'autres communes bruxelloises
- 21% des demandes proviennent des écoles et PMS, 19% des médecins et hôpitaux, 16% d'une démarche spontanée
- 30% du nouveau public vit en famille monoparentale et 29% en famille; 15% vit seul
- le nombre de personnes ayant une activité professionnelle est de 38%
- 47.3% des dossiers sont traités par les médecins psychiatres et 24.3% sont traités par plusieurs membres de l'équipe
- sur les 148 dossiers ouverts en 97, 68.2% sont en cours et 19% clôturés, le reste étant "suspendus".

Ici, les données sont présentées variable par variable - tris à plat - sans croisements entre deux variables.

Rubrique 2. Le diagnostic et le traitement

<b>1. nombre de consultations réalisées par l'équipe enfants</b>	
- selon le type de consultations	3 modalités
- selon le relevé des thèmes lors de l'ouverture des dossiers	17 modalités
<b>2. Nombre de consultations réalisées par l'équipe adultes</b>	
- selon le type de consultations	3 modalités
- selon le relevé des thèmes lors de l'ouverture des dossiers	15 modalités

Caractéristiques des consultations du centre

- 1016 consultations réalisées par l'équipe enfants (48% de consultations psychologiques, 32% pédo-psychiatriques, 20% sociales); le relevé des thèmes fait apparaître par ordre d'importance : relations parents-enfants (30/144), difficultés scolaires (26), problèmes avec un enfant (15), enfance maltraitée (11),...

- 457 consultations réalisées par l'équipe adultes (75% psychiatrie, 16% assistant social, 9% psychologue); le relevé des thèmes fait apparaître par ordre d'importance : états dépressifs (35/182), solitude (23), états d'angoisse (22), relations parents-enfants (18), relations de couple (16), etc. A noter des indications sur la provenance des patients, leur lieu de domiciliation et leur activité professionnelle sans que cela fasse l'objet d'une présentation statistique détaillée.

En 1998, un traitement statistique élargit le nombre de données concernant les dossiers traités dans l'année selon les paramètres suivants :

1. Données générales	
- <b>dossiers traités</b>	3 modalités
- <b>âge des consultants</b>	5 classes
- <b>sexe des consultants</b>	2 modalités
- <b>nationalité</b>	4 modalités
- <b>domicile</b>	3 modalités
- <b>mode de vie selon enfants/adolescents, adultes, couples/familles</b>	9 modalités
- <b>situation socio-professionnelle des adultes</b>	9 modalités

Ces données sont présentées brutes, sans commentaires.

2. le diagnostic et le traitement selon l'équipe	
- enfants/adolescents et familles	
- <b>problèmes dominants</b>	9 modalités
- <b>diagnostic</b>	10 modalités
- adultes et personnes âgées	
- idem	

En annexe, pour chacun de ces deux groupes figurent des graphiques (en chiffres absolus) présentant :

- <b>le type de démarche</b>	3 modalités
- <b>le mode de venue</b>	8 modalités
- <b>la démarche psy antérieure</b>	6 modalités
- <b>le mode de traitement</b>	5 modalités
- <b>l'état de la prise en charge</b>	6 modalités
- <b>le type de prestations effectuées par l'équipe</b>	5 modalités

A noter que le nombre de dossiers traités a été de 233 (135 adultes, 87 enfants ou adolescents, 11 couples ou familles). Sur les 135 dossiers adultes, 101 étaient de nouveaux dossiers

#### 4.7. Le Méridien

Le rapport d'activités de 1997 indique les caractéristiques de la patientèle :

- **sexe** : 52,6% de femmes et 47,3% d'hommes
- **âge** : 80% ayant moins de 40 ans ; la catégorie de 20-30 ans représente un quart ; 2% des patients ont plus de 60 ans
- **provenance** : 54% domiciliée dans la zone où est implantée le service ; 93% de patients domiciliés dans les 19 communes de la région de Bruxelles-capitale
- **nationalité** : 40% de nationalité étrangère

- nature des prestations

- **nombre de prestations par thérapeutes** : 49,5% par les psychiatres, 32,4% par les psychologues ; 11,9% par les assistants sociaux ; 6,1% par les logopèdes
- **lieux d'intervention** : 96,1% au sein du service ; 2,3% à domicile
- **type d'intervention** : 73% de consultations et de thérapies individuelles ; 18,5% d'entretiens de couple ou de famille ; 5,3% de travail en réseau (contact avec les autres intervenants)
- **nombre de prestations par dossiers ouverts** : 25% d'une seule prestation ; 15% pour 2 prestations ; 8% pour 3 et 8% pour 4. Dans un peu moins de la moitié des dossiers, on dénombre plus de 4 prestations.

Ici également, les informations sont présentées selon des tris à plat (une seule variable) sans qu'un traitement de deux variables ne soit réalisé.

Nous sommes devant des manières de faire assez différentes dont il n'est pas évident au premier coup d'œil de repérer la part commune. A tout le moins, hormis le travail réalisé à La Gerbe, la majorité des autres associations présentent des informations brutes, sans croisement entre variables. Autrement dit, le degré zéro de la statistique descriptive dont il faut rappeler que chacun, à l'université ou à l'école sociale, a suivi un cours de base lui permettant au moins d'interpréter des proportions, voire un écart-type ou un  $\chi^2$ . Il ne semble guère que cette formation est laissée de traces pour une majorité de travailleurs dans le secteur santé...si ce n'est chez l'un ou l'autre dont on entend dire qu'il "aime ça!".

Essayons d'établir un inventaire plus systématique nous permettant de voir le fonds commun du recueil des données :

- la part commune : elle concerne soit le nombre de consultations, soit le nombre de dossiers présentés selon le type de consultations ou de prestations; ces données font souvent l'objet d'une distinction entre anciens et nouveaux dossiers en fonction des différents services (médecine générale, thérapie, logopédie, soins infirmiers, action en milieu ouvert,...). Nous avons vu cependant que nous avons des difficultés à estimer l'ensemble des prestations effectuées par ces 7 associations sur la zone;
- la description la plus détaillée : c'est celle réalisée par la Gerbe et le Sas qui ont manifestement, d'année en année, appris à maîtriser le logiciel "Psyfile" et les modalités définies par la fiche de recueil des données telle que définie par la Cocof (recherche statistique sur les consultants des centres de santé mentale). Il faut souligner combien, pour certaines variables, le nombre de modalités varie; ainsi par exemple, pour la variable "âge", le nombre de modalités varie de 5 à 9 ou 10...C'est dire que les informations se

révèlent souvent non-comparables parce que les regroupements par classes d'âge sont différents.

Variables	MMNord	MMaster	MM Le Noyer	ANAIS	La Gerbe	Le SAS	Méridien
-----------	--------	---------	----------------	-------	----------	--------	----------

<b>ACTIVITES</b>							
Var 1. Nombre de dossiers				X	X	X	X
Var 2. Type de dossiers					X (3)	X	X
Var 3. Nombre de nouveaux dossiers				X	X	X	
Var 4. Année d'ouverture du dossier					X (2)		
Var 5. Nombre de consultations ou de prestations	X	X	X	X	X	X	X
Var 6. Type de consultations	X (4)	X (2)	X (2)	X	X (3)	X	X (4)
Var 7. Répartition des entretiens entre thérapeutes						X (4)	X
Var 8. Tarif de la consultation ou de la visite		X (3)					
<b>POPULATION</b>							
Var 9. Sexe			X	X	X	X	X
Var 10. Age			X	X (9)	X (10)	X (5)	X
Var 11. Nationalité			X	X (9)	X (10)	X (4)	X
Var 12. Domicile ou lieu de résidence ou répartition géographique			X	X (3)	X (6)	X (3)	X
Var 13. Etat civil			X		X (5)		
Var 14. Profession					X (9)		
Var 15. Situation socio-professionnelle					X (9)	X (9)	X
Var 16. Types de population				X (2)	X (3)	X (4)	
Var 17. Mode de vie				X (5)		X (9)	
Var 18. Assurabilité (mutuelle)			X				
<b>DEMARCHE</b>							
Var 18. Type de démarche					X (5)	X (3)	
Var 19. Prise en charge antérieure					X (14)	X (6)	
Var 20. Mode de venue Ou Origine de la demande					X (10)	X (8)	
Var 21. Motif de la consultation			X		X (15)	X (17)	X
Var 22. Problèmes dominants					X (14)	X (9)	X
Var 23. Diagnostic				X (16)	X (13)	X (10)	
<b>PRISE EN CHARGE</b>							
Var 24. Proposition de traitement					X (9)		
Var 25. Prestations fournies				X	X (10)	X	X
Var 26. Evolution du patient					X (6)		
Var 27. Etat des dossiers						X (3)	

S'il est évident que nous sommes devant des pratiques assez diversifiées quant à la connaissance des publics et à la présentation des activités, ce tableau doit être interprété avec la prudence qui s'impose puisque l'on sait que nombre de maisons médicales participent aux enquêtes de la Fédération et que la Ligue Nationale Belge d'Hygiène Mentale, depuis 1975, fait des efforts méritoires pour élaborer une "fiche psychiatrique". Il est donc intéressant de voir comment nous pouvons compléter notre information en parcourant les différentes

publications qui présentent des informations statistiques en matière de santé et/ou d'aide aux personnes.

## II. LES INFORMATIONS SOCIO-SANITAIRES

Repartons de la question simple : combien sont-ils et quels services rendent-ils au public ? Pour répondre à cette question, où puis-je me procurer l'information qui me donnerait un tableau général des activités de l'ensemble des services ambulatoires dans la région de Bruxelles-capitale ?

Nous disposons de huit documents dont les apports sont différents :

1. E. Cukier Zucker, P. Henrion, 1996 (2<sup>ème</sup> édition), La santé en Belgique, Bruxelles, Media Belgium International, 480 pages.
2. Annemans L, Crott R. (sous la coordination), 1998, Vade-Mecum : aspects socio-économiques des soins de santé en Belgique, Bruxelles, I.B.E.S. (Institut Belge de l'Economie de la Santé), 273 pages.
3. Indicateurs socio-sanitaires, Région de Bruxelles-capitale, 1999, Bruxelles, C.L.P.S. (Centre local de promotion de la santé de Bruxelles) & Question Santé asbl, 154 pages.
4. P. Vermeylen, 1999, Bilan du plan régional de développement de la Région bruxelloise, Courrier hebdomadaire du CRISP, n° 1639-1640 (I), n° 1648-1649 (II).
5. E. Declercq, D. Deliege, V. Lorant, 1997, Tableau de bord en promotion de la santé, Centre Socio-économie de la Santé, Ecole de santé publique (UCL), Communauté française, Direction Générale de la santé, 178 pages.
6. P. Heremans, A. Decache, (dir.) Prévention, médecine générale et milieux défavorisés. Etat des lieux et perspectives, (séminaire européen 23-25 octobre 1997), UCL-RESO, 145 pages.
7. Les Entretiens d'Egmont 1998, Région et santé : "Connaître les faits pour développer une politique globale", Actes du colloque du 13-14 février 1998, Bruxelles, Alizés asbl, 140 pages.
8. B. Francq, 1997, Que savons-nous des plannings familiaux ? (région de Bruxelles-capitale), essai de construction d'un tableau de bord, Unité de sociologie (UCL) & Centre d'Analyse et d'Intervention Sociologique (CADIS), Paris, 83 pages.

Si en passant en revue cet ensemble de documents, nous chercherons à établir ne fût-ce qu'une photographie générale des activités des différents services de santé à l'échelon de la Région de Bruxelles-capitale, l'intérêt réside aussi à disposer d'un inventaire des différentes méthodologies utilisées et des problèmes qu'elles soulèvent.

## 1. Un annuaire minimaliste

E. Cukier Zucker, P. Henrion, 1996 (2<sup>ème</sup> édition), La santé en Belgique, Bruxelles, Media Belgium International, 480 pages.

Il s'agit d'une sorte d'annuaire financé par des annonceurs divers (matériel médical, industries pharmaceutiques, industrie alimentaire, hôtels disposant de salles de séminaire,...) et qui présente en une dizaine de rubriques l'administration fédérale de la santé publique et ses différentes divisions - soins de santé, pharmacie, denrées alimentaires, expertise vétérinaire, Institut scientifique L. Pasteur, relations internationales, enfance, dentisterie, assurance, compétences et politique de santé au niveau des Régions et Communautés -; chacune des divisions reprend les informations relatives aux différentes institutions et associations (de l'Ordre des Médecins aux Mutuelles).

Y trouve-t-on des informations chiffrées nous permettant de répondre à notre question ?

Hormis les nombreux organigrammes et les listes de membres des différents conseils d'administration des institutions qui composent le monde de la santé en Belgique, parfois le chiffre d'affaires, le document (pp. 55 à 63) permet de se faire une idée sur :

- le Résumé Clinique Minimum (R.C.M.) selon le nombre de séjours par groupe d'âge et par sexe pour le Royaume,
- le pourcentage du nombre de séjours total par catégorie majeure de diagnostics médicaux et chirurgicaux,
- le séjour moyen selon la destination (retour à domicile, transferts divers),
- le nombre d'établissements hospitaliers, le nombre de lits ou places, le nombre de patients et le nombre de journées, ventilées par région : **c'est ici qu'on apprend qu'à Bruxelles, en 1995, pour 50 hôpitaux comprenant 9.832 places ou lits, on a compté 281.211 patients pour 2.807.580 journées;**
- le nombre brut de kinés et d'infirmières entre 1988 et 1996,
- le budget total des hôpitaux et l'intervention de l'Etat dans le prix par journée d'hospitalisation (évolution : 1989-1997),
- le nombre de médecins avec ou sans pratique clinique au 31/12/1996,
- l'évolution du nombre de médecins, pharmaciens, licencié en science dentaire et vétérinaires (chiffre absolu et par 1.000 habitants),

- les activités du service 100 selon la nature des interventions (évolution 1990-1995) et selon le nombre d'appels aux centres : **celui de Bruxelles aurait reçu en 1995 177.612 appels sur un total de 825.955, soit 21,5% du total.**

On peut y trouver également - pp. 230 à 232 - les chiffres-clés du secteur du médicament : 121 milliards d'exportations en 1995 pour 91 milliards d'importations, 19.000 personnes occupées et un peu plus de 10 milliards d'investissements; ces chiffres sont complétés par les résultats de 20 ans de recherche pharmaceutique dans le monde (1975-1994) où la Belgique occupe une place qualifiée d'"honorable". L'Institut Scientifique de la Santé Publique - L. Pasteur décrit très précisément ses missions et l'organisation de ses services...sans donner un seul chiffre! En ce qui concerne la description des compétences et de la politique de santé pour les Régions et les Communautés, seule la Région wallonne a cru bon dans sa présentation des différentes missions d'indiquer le nombre d'institutions (hôpitaux, MRS, MSP, HP, nombre de centres de coordination de soins à domicile, nombre de maisons médicales subventionnées,...).

Autrement dit, un annuaire<sup>34</sup> "minimaliste" en ce qui concerne les données chiffrées en matière de santé.

## 2. Une analyse de l'offre en soins de santé

Annemans L, Crott R. (sous la coordination), 1998, Vade-Mecum : aspects socio-économiques des soins de santé en Belgique, Bruxelles, I.B.E.S. (Institut Belge de l'Economie de la Santé), 273 pages.

Ce "vade-mecum" qui porte mal son nom<sup>35</sup> regroupe onze contributions en deux chapitres (le système des soins de santé; méthodes et techniques d'évaluation) qui sont bien plus des analyses des objectifs et des orientations de la politique de santé, précisant parfois leur cadre théorique - ici, les théories économiques. Une part importante est accordée à la description des institutions existantes en matière d'offre de soins. D'emblée, indiquons qu'il s'agit d'un ouvrage indispensable pour avoir une vision globale des différentes évolutions et problèmes qu'a rencontrés le système de santé depuis la 2<sup>nd</sup>e Guerre Mondiale en Belgique.

Quelles informations sont disponibles en ce qui concerne la région bruxelloise ?

<sup>34</sup> Rappelons que selon Le Robert, un annuaire est "un recueil publié annuellement et qui contient des renseignements variables d'une année à l'autre".

<sup>35</sup> Vade-Mecum : "livre (manuel, guide, aide-mémoire) que l'on garde sur soi pour le consulter" (Le Robert). On notera que les coordonnateurs ont oublié d'établir un glossaire des sigles - nombreux - utilisés tout au long du texte.

C'est seulement dans la partie du chapitre 1 consacrée à l'offre en soins de santé<sup>36</sup> qu'on trouve des données statistiques (souvent datant de 1991) selon les trois régions du pays; cette information couvre les dimensions suivantes :

- la répartition géographique des médecins (densités/10.000 habitants),
- le nombre absolu d'infirmier(e)s selon le diplôme et le secteur d'activité,
- l'évolution du nombre de lits par secteur (hôpitaux généraux et psychiatriques) - 1980-1994,
- évolution des densités de lits/1.000 habitants selon le secteur et la région,
- nombre de laboratoires de biologie clinique selon la région,
- graphique : lits et activité hospitalière, par province (Bruxelles est ici inclus dans le Brabant),
- Institutions, lits et densités de lits pour les MRS (Maisons de Repos et de Soins) et les MRPA (Maisons de repos pour personnes âgées),
- MRS et MR : personnes soignées avec forfait INAMI et taux d'occupation,
- MSP (Maisons de soins psychiatriques) : situation par région selon le nombre d'institutions, de lits à désaffecter, de lits définitifs et l'offre actuelle (en 1994),
- Lits psychiatriques selon le lieu d'accueil (nombre de lits; répartition en %; densité).

Les données réunies ici en quelques dix tableaux permettent - logiquement - de saisir la part des institutions bruxelloises, parfois des personnels, dans l'offre de service qui concerne principalement les maisons de repos, les hôpitaux, les lits psychiatriques, le mot "ambulatoire" étant utilisé une fois pour décrire le personnel médical. Le lecteur ne peut se faire une idée précise de la manière dont les problèmes de santé sont réellement rencontrés à Bruxelles, mis à part le nombre de places réservées aux personnes âgées, aux malades mentaux, aux personnes qui se font hospitalisés.

Un des aspects intéressants à retenir est la manière dont les auteurs de cette partie délimitent les dimensions utiles pour une analyse des personnels de santé en distinguant trois domaines de questions permettant de passer en revue les structures et les contenus de l'activité. Nous reproduisons en encadré ces dimensions dans la mesure où il faudra nous en souvenir lorsque nous aborderons le problème du rapport d'activités dans la IIIème partie de ce rapport.

---

<sup>36</sup> D. Deliège, A. Leclercq, X. Leroy, "Offre en soins de santé", pp. 69-141.



### 3. 53 indicateurs et un projet de système d'information sanitaire local

Indicateurs socio-sanitaires, Région de Bruxelles-capitale, 1999, Bruxelles, C.L.P.S. (Centre local de promotion de la santé de Bruxelles) & Question Santé asbl, 154 pages.

Ce document permet de mesurer l'état des informations disponibles sur différents aspects de santé en région bruxelloise à partir de 53 indicateurs couvrant, en dix chapitres, un ensemble de données concernant tant la situation démographique, l'organisation des soins, l'état de santé objectif et subjectif que l'utilisation des services, les problèmes prioritaires de santé. Selon un des experts ayant été sollicité pour une lecture critique du document, *"il est difficile de dégager assez vite des problèmes de santé spécifiques de la région bruxelloise. Le profil de la consommation médicale est par contre relativement spécifique : on observe notamment une concentration de médecins et de lits d'hôpitaux. Les médecins généralistes y jouent un rôle moins prépondérant que dans les deux autres régions du pays, tandis que les dépenses de soins y sont plus élevées. Inversement, le problème de l'accessibilité financière des soins de santé semble plus marqué à Bruxelles que dans le reste du pays."* (p. 9) C'est dire combien ce travail est indicatif des "manques" pour établir un tableau précis des actions qui se déroulent à Bruxelles pour rencontrer les problèmes de santé : ainsi, par exemple, si on se reporte au chapitre consacré à l'organisation des soins ou à l'utilisation des services, on remarquera l'absence de données concernant les activités tant des maisons médicales que des centres de santé mentale ou des plannings familiaux...Les données qui sont utilisées sont celles qui figurent dans les travaux réalisés par IBES (voir le point précédent). Les données relatives à la santé mentale reprennent néanmoins la répartition des patients consultant dans les services de santé mentale (pp. 114-117) selon la nationalité, la commune, le mode de recrutement et l'orientation (selon qu'il s'agit d'adultes ou d'enfants). Cependant, le document n'établit aucun inventaire de l'ensemble des services ambulatoires répartis par commune, ce qui est un peu surprenant étant donné que l'information existe dans différentes publications de la Cocof ou dans différents bottins sociaux. Si le document est limité, "modeste", il n'en est pas moins utile pour percevoir le chemin à parcourir et qui est important, *"les lacunes en matière d'indicateurs de santé (n'étant) que trop évidentes"* (p. 4). L'architecture du système d'information sanitaire local (reproduit en annexe) indique à suffisance les efforts qu'il faudra faire pour non plus compiler une information lacunaire mais produire une information pertinente et globale en matière de services de santé qui exige la mise en place d'un processus de concertation autour de deux questions :

- "évaluer dans quelle mesure et par qui les données diffusées sont recevables (lisibilité, utilité perçue, etc),
- opérer une analyse plus fine que celle proposée en s'appuyant notamment sur des enquêtes qualitatives" (p. 5-6).

Ces deux questions qui combinent l'aval (l'usage des données) et l'amont (des enquêtes qualitatives) ne délimitent cependant pas les intentions du document qui oscille en permanence entre deux modes de raisonnement, l'un qui se réfère à la promotion de la santé, l'autre qui s'inscrit dans une démarche épidémiologique avec en prime un ensemble d'indicateurs socio-démographiques et physico-écologiques comme fond de carte. Le travail de combinaison entre promotion de la santé, approche épidémiologique et situation socio-économique reste largement à opérer pour que l'information réunie sous la forme d'un tableau de bord prenne sens comme outil d'aide à la décision.

On retiendra de cet ensemble de problèmes la nécessité de :

- établir un tableau précis des actions qui se déroulent à Bruxelles pour rencontrer les problèmes de santé,
- mettre en place un processus de concertation autour de la diffusion des données et la réalisation d'analyses qualitatives.

#### 4. La place des services dans un projet de ville

P. Vermeulen, 1999, Bilan du plan régional de développement de la Région bruxelloise, Courrier hebdomadaire du CRISP, n° 1639-1640 (I), n° 1648-1649 (II).

Avec le "projet de ville" que Charles Picqué, Ministre-Président de la région bruxelloise, va mettre en chantier dès la mise en place des institutions régionales bruxelloises en 1989, on a assisté à un travail de redéfinition des normes à partir de ce qui se veut une action durable et réparatrice d'une ville qui a été mise à mal plus que toute autre.

En élaborant un plan régional de développement (P.R.D.), le gouvernement régional voulait résolument affirmer sa volonté de "gérer l'avenir de la région et définir ses priorités à l'horizon 2005" (Région de Bruxelles-Capitale, 1996 : 6); ce plan, outre qu'il s'affirme comme porté par une vision globale "*permettant de mettre fin à la politique du "coup par coup" et de maîtriser le libre jeu du marché pour mieux rencontrer les besoins sociaux des Bruxellois*" (idem : 6), décline un ensemble de mesures qui, comme le disent les ministres responsables à l'époque, ont été guidé par une double exigence : "*les attentes des habitants et le renforcement du dynamisme économique de la Région*". Cette exigence délimite l'enjeu d'un plan qui

cherchera à "*concevoir une cité agréable où il fait bon vivre et travailler, où il convient de protéger les faibles socialement, d'encourager et de gérer l'ardeur des forts économiquement et de susciter une citoyenneté urbaine nouvelle fondée sur un projet commun*" (idem : 10). Si le discours politique se veut, sinon lénifiant, à tout le moins rassurant - faire de la Bruxelles une ville agréable à vivre, une ville d'équilibre, une cité conviviale, une ville belle, une ville animée -, les observateurs ont retenu la volonté d'ordonner la gestion de l'espace à travers un ensemble de principes généraux de composition urbaine qui sont autant de normes qui conjuguent la modernisation du tissu économique, une politique volontariste de logement, le renforcement de la centralité et de l'identité de la ville,... Les aspects essentiels qui retiendront l'attention lorsque le projet de ville sera présenté en 1996 seront la volonté de préserver un tissu mixte "*en empêchant la diffusion des bureaux dans le tissu résidentiel et en réduisant la pression automobile*" et en privilégiant l'embellissement de la ville à travers le réaménagement des espaces publics, la gestion des espaces verts, la protection du patrimoine urbain. Même si le plan comporte bien d'autres aspects, c'est le caractère préservation de l'espace, fixation au sol de la composition et réhabilitation de ce qui est à sauvegarder qui retient l'attention, produisant une conception fixiste d'un espace dans lequel devrait s'épanouir une nouvelle citoyenneté urbaine "*veillant au respect des équilibres*" (idem : 7).

Il n'est pas sans intérêt de prendre connaissance des premiers bilans qui ont été effectués à propos de la mise en place de cette politique volontariste. La fin de la législature a été l'occasion pour Charles Picqué<sup>37</sup> de mettre en évidence, sinon la singularité, du moins la spécificité bruxelloise tant au plan institutionnel - Bruxelles comme maillon fédérateur de la Belgique, comme lieu de pacification communautaire - qu'au plan métropolitain. La réflexion sur l'avenir des villes se veut moins rassurante ("*les grandes villes incarnent l'affirmation ou l'échec des valeurs collectives*", "*la ville à deux vitesses est la ville promise à l'affrontement, elle porte les germes de sa propre destruction sur fond de tensions, de désordres, et de disparitions du comportement citoyen*", "*la ville est aussi l'espace privilégié des conflits entre les différentes affectations données au sol*", etc, etc) que lors de la présentation du P.R.D. mais c'est pour mieux mettre en évidence un projet politique qui renvoie toujours à une recherche d'équilibre mis en péril par "*le repli identitaire et l'égoïsme régionaliste*" (Picqué, 1999 : 134). Cette recherche d'équilibre renvoie d'une part au projet social-démocrate d'une société solidaire qui cherche à compenser le libre jeu du marché en se préoccupant de la "fracture sociale" et de la "fracture territoriale" (entre communes riches et pauvres) et, d'autre part, à l'eupéanisation d'une capitale qui "*doit d'abord incarner les valeurs de respect mutuel des*

---

<sup>37</sup> Picqué C., 1999, Pour Bruxelles. Entre périls et espoirs, Bruxelles, Editions Racine.

*cultures et de solidarité économique*" (idem : 134). Paul Vermeyleen qui fut un des proches collaborateurs de Charles Picqué a tenté d'établir un bilan du P.R.D. (Crisp, 1999) qui cherche à énoncer un certain nombre de principes évaluatifs de la politique menée. Si cette évaluation est à prendre avec une distance critique certaine - il s'agit souvent d'un argumentaire pro domo qui travaille par approximations -, il n'en reste pas moins que l'exercice est intéressant par les catégories qui sont utilisées à propos de la citoyenneté. A lire ce bilan qui comprend quelques 173 pages, nous sommes frappé par le caractère énumératif plat où préside une vision réparatrice de l'espace sur fond d'affirmations stratégiques. Le découpage des matières s'impose selon une hiérarchie "allant de soi" avec la politique du logement, l'embellissement de la ville, l'environnement (réduction des nuisances et des pollutions, énergie et eau, patrimoine vert); dans cette première partie consacrée au cadre de vie, il est question de faire la démonstration d'une habitabilité de Bruxelles - renforcée - par une politique réparatrice de l'espace. Le citoyen y est réduit à la portion congrue puisqu'on lui a préparé un cadre dans lequel il devrait trouver sa place comme habitant. L'argumentaire est tout entier dominé par la volonté d'évaluer statistiquement "le retour à la ville". Dans une deuxième partie, la hiérarchie "allant de soi" décline tout ce qui a trait au champ économique (emploi, politique économique régionale, position internationale, commerce, tourisme) et à la vie urbaine (développement social, équipements et services collectifs, culture, sécurité et prévention, mobilité), l'auteur indiquant que ces deux registres permettent de mettre "l'usager de la ville au centre de l'analyse". le lecteur est moins convaincu par la liaison qu'il y a entre les deux parties dans la mesure où elles jouent sur des registres normatifs différents : le premier renvoie à l'enjeu concurrentiel qui placerait Bruxelles dans le concert des grandes villes "globales"<sup>38</sup> en termes d'attraction économique, de diversifications, de politique d'image, le second à une énumération - aussi plate qu'approximative - des différents services et dispositifs mis en place pour accroître l'habitabilité de la ville. L'usager y est en fait considéré comme un consommateur potentiel de services variés dont l'accessibilité est patente. C'est en effet ce dernier critère qui constitue l'aspect évaluatif de l'attractivité d'une capitale à l'image déplorable de "cité obscure" et non pas la question centrale de l'égalité des citoyens devant les services publics ou associatifs. Ainsi la partie consacrée aux équipements et services collectifs (pp. 55-61) situe ceux-ci comme "*des facteurs importants de la position concurrentielle de la région à l'échelle internationale ou nationale, parce qu'ils conditionnent l'attractivité de la ville, notamment comme lieu d'habitat*" (p. 55). Sont passés en revue les équipements et les services collectifs à vocation généraliste (CPAS, centres de service social, hôpitaux, maisons

<sup>38</sup> L'auteur se réfère nommément à l'ouvrage de Sassia Sasken (1996) pour souligner le rayonnement international de Bruxelles.

médicales), les services orientés vers les familles (services d'aide aux familles, planning familial), les services et équipements sectoriels à l'égard des enfants, des personnes âgées et des personnes handicapées, des sans-abri) et les services socio-culturels et sportifs. Les aspects évaluatifs mettent en avant deux problèmes : l'affaiblissement du niveau socio-économique des demandeurs sociaux; une implantation territoriale des opérateurs qui dépend de la nature des actions soumises ou non à des critères territoriaux particuliers<sup>39</sup>.

Les dernières pages du bilan ne manquent pas d'étonner le lecteur : intitulée "un projet, des acteurs" (Crisp, 1999, II : 90), la conclusion met l'accent sur la complexité de l'organisation publique "plus complexe à Bruxelles qu'ailleurs", sur la largeur du spectre politique, sur la présence des nombreux interlocuteurs sociaux ou associatifs, sur le caractère d'une synthèse qui présente un aspect désincarné à l'exercice du pouvoir et aux rapports de force qui construisent les décisions...au point que le citoyen est devenu lui-même un fantôme, oublié dans les recoins du pilotage stratégique du P.R.D. Reste sans doute les Bruxellois...

On retiendra de cette démarche la nécessité de :

- tenir compte de la localisation géographique des services
- mieux mesurer l'accessibilité de ceux-ci en fonction du public qui les fréquente,
- spécifier ce qu'on entend par "service de proximité".

## 5. Un tableau de bord par objectifs

E. Declercq, D. Deliege, V. Lorant, 1997, Tableau de bord en promotion de la santé, Centre Socio-économie de la Santé, Ecole de santé publique (UCL), Communauté française, Direction Générale de la santé, 178 pages.

Ce document réalisé à la demande de la Communauté française propose une méthodologie qui conjugue - c'est un des ses mérites - objectifs et approche géographique. Ici aussi, les services ambulatoires existants ne sont pas précisément répertoriés, le chapitre consacré à la promotion de la santé n'évoquant même pas l'action des maisons médicales; les auteurs du rapport indiquent qu'il s'agit là d'un choix de leur part ("*le présent tableau de bord ne recouvre pas la sphère des soins de santé, sauf lorsque ceux-ci constituent des actes de prévention primaire (vaccinations) ou secondaire (dépistage)*") (p. 24). Par contre, la prise en compte de l'existence des services ambulatoires - par exemple en santé mentale (pp. 68-85) - dans le cadre de la politique décrétole permet de mettre en évidence "*les difficultés d'identifier les résultats visés par les acteurs, la confusion entre le service et le résultat visé, le refus*

<sup>39</sup> "Lorsque les programmes des opérateurs ne doivent pas répondre à des critères territoriaux particuliers, leur implantation privilégie manifestement la partie est, sud-est de la région; l'ouest est toujours moins bien desservi.", P. Vermeulen, op.cit., p. 61.

*explicite d'identifier des problèmes spécifiques cibles ou encore le déni de pertinence du concept de prévention en matière de santé mentale*<sup>40</sup>.

La démarche s'inscrit résolument dans une perspective de promotion de la santé en fonction de la délimitation d'objectifs selon leur type, leur nombre et leurs conditions de qualité au nombre de trois - épidémiologiques, stratégiques, politiques -. Le tableau de bord est délimité en fonction de 13 domaines<sup>41</sup>, chacun des domaines faisant l'objet d'une délimitation d'objectifs, soit un ensemble de 117. Il s'agit bien d'élaborer un *"système de pilotage qui peut fournir des aides substantielles dans la prise de décision en santé publique, sous la forme de l'identification de l'espace d'intervention le plus pertinent et du suivi de l'évolution de la Communauté française (au sens de la population) dans cet espace."* offrant *"un double interface, d'une part entre l'élaboration de la stratégie formelle (les plans à 5 ans par exemple) et le champ stratégique de la promotion de la santé (les besoins, les services offerts, les actions entreprises, les compétences des institutions investies dans ce secteur); d'autre part, entre la stratégie actualisée et la dynamique organisationnelle. Celle-ci concerne l'impact de la culture, des structures et des individus sur l'actualisation de la stratégie formelle."* (pp. 23-24).

Si la volonté est de considérer un ensemble de problèmes relatifs à la prévention primaire et secondaire, quelque soit la compétence réelle de la Communauté française, si la démarche en terme d'objectif vise à prendre en compte des situations exprimées en termes de résultats, de facteurs ou de services directement mesurables, si les domaines sont le produit d'une triple dimension - les problèmes de santé, les groupes cibles et les services de santé -, si il est nécessaire de classer les problèmes de santé par ordre décroissant de concentration spatiale pour prendre en compte le principe d'égalité de conditions, cet ensemble de conditions implique néanmoins que sa mise en œuvre nécessite de : *"a) favoriser par concertation les conditions d'un consensus autour d'une version remaniée du tableau de bord; b) permettre graduellement une appropriation formelle de ces objectifs par les acteurs de terrain, discutant ensuite des stratégies les plus pertinentes en vue de les atteindre."* (p. 28).

On conviendra, avec les auteurs, que le tableau de bord est un input parmi d'autres et que l'essentiel relève de la négociation quant à sa mise en œuvre effective afin de devenir un outil

---

<sup>40</sup> Les auteurs de ce rapport indiquent qu'ils ont réalisé une enquête par questionnaire semi-structurée (visant à connaître les objectifs de résultats visés par les responsables) auprès de 15 centres de santé mentale en Communauté française; ils ont reçu 6 réponses.

<sup>41</sup> Affections cardio-vasculaires (11 objectifs), cancers (15 objectifs), accidents (7 objectifs), santé mentale (9), maladies infectieuses (13), affections chroniques (10), affections respiratoires (7), santé bucco-dentaire (aucun), bien-être social (5), périnatalité et petite enfance (14), jeunes (12), personnes âgées (5), services de promotion de la santé (9). 9 objectifs permettent de rendre compte de l'importance de la distribution géographique du problème et de la localisation des zones (arrondissements) les plus affectées.

de pilotage réel. Reste encore à définir en amont la participation à cette négociation...dont on peut penser qu'elle aura du mal à faire l'économie d'Etats Généraux de la santé, par exemple.

On retiendra que :

- la structure de travail proposée - par délimitation des objectifs - est une partie de la mise en place de cette négociation et un des éléments permettant d'envisager la mise en chantier d'une concertation autour du thème de "promotion de la santé" et le dispositif de recueil des données qu'elle implique.

## 6. Une démarche collective de délimitation de problèmes

P. Heremans, A. Deccache (dir.), 1997, Prévention, médecine générale et milieux défavorisés. Etat des lieux et perspectives, (séminaire européen 23-25 octobre 1997), UCL-RESO, 145 pages

Cette publication est intéressante à plus d'un titre : par le contenu et par la démarche adoptée qui est assez exemplative de ce que pourrait être un travail préparant à la négociation.

Le contenu est centré sur les questions que soulèvent le rapport du médecin généraliste à un travail de prévention en milieux défavorisés : *"le médecin généraliste est un des professionnels de la santé ayant une position stratégique en matière de prévention, de par son accessibilité, mais aussi par le fait qu'il soit le plus au courant du vécu de ces patients. Mais, a-t-il conscience de cette position ? Comment cela se passe-t-il en pratique ?"* (p. 2). Ces questions ont permis, à partir de la revue de la littérature, de développer un travail de définition des populations défavorisées et de leur état de santé, d'identifier les comportements à risque de maladie et les facteurs favorisant ces comportements, de trouver des pistes de solutions pour améliorer la prévention dans les milieux défavorisés par la consultation de médecine générale. Une enquête de type qualitatif exploratoire par interview auprès de médecins généralistes belges a permis de *"voir ce qu'était pour le médecin généraliste "un patient défavorisé"* et d'identifier les difficultés rencontrées par le médecin dans le cadre de la relation soignant-soigné et les obstacles à la prévention en médecine générale.

Au niveau de la démarche, c'est ce matériau qui a été utilisé pour organiser un ensemble de rencontres avec les partenaires d'un projet - impliquant trois pays (Belgique, France, Luxembourg) - qui avait pour but, dans un premier temps, de confronter les pratiques, expériences, complémentarités et points de vue dans le domaine de la prévention en milieux défavorisés. Ce premier échange a été suivi d'un séminaire ayant pour objectifs *"la confrontation des pratiques préventives entre confrères européens, l'échange de difficultés rencontrées et de solutions apportées, la rencontre d'autres professionnels de la santé*

*concernés par la problématique de la prévention dans les milieux défavorisés, la recherche de pistes pour améliorer la prévention dans ces milieux" (p. 3-4). Les conclusions abordent le problème du risque d'une prévention et d'une éducation pour la santé à deux vitesses dans une société où la paupérisation est croissante; il apparaît que, si "l'acte préventif et le rôle éducatif du médecin ne sont pas assez valorisés actuellement", "le médecin généraliste ne peut être, à lui seul, le "réparateur d'une fracture sociale", et que "les actions éducatives et préventives du médecin généraliste dans les milieux défavorisés doivent s'inscrire dans des politiques sociales concertées visant à réduire la pauvreté" (pp. 101-102).*

On retiendra de cette expérience :

- l'intérêt de se livrer à un travail de délimitation de notions - prévention, médecine générale, comportements des personnes, milieux défavorisés, éducation à la santé - à partir d'une revue de la littérature et d'échanges de pratiques
- afin de créer un savoir commun quant à l'objectivation du lien entre santé et précarité ou pauvreté.
- La démarche suivie permet, au-delà de l'échange des points de vue et des pratiques, de chercher à dégager des pistes communes quant à la manière de construire un autre regard sur un milieu en situation précaire économiquement mais aussi culturellement.

## 7. Un inventaire des pratiques de recueil de données et des problèmes soulevés

Les Entretiens d'Egmont 1998, Région et santé : "Connaître les faits pour développer une politique globale", Actes du colloque du 13-14 février 1998, Bruxelles, Alizés asbl, 140 pages.

Ces rencontres ont été l'occasion de passer en revue les systèmes d'information différents que les services de santé pratiquaient : dossier médical, résumé psychiatrique minimum, recueil de données relatives à la toxicomanie, à l'écoute (Télé-Accueil), à la prévention du suicide, aux centres de santé mentale,...Elles ont été préparées par un groupe de travail qui avait pour mission d'élaborer la trame d'un recueil de données concernant l'activité en matière de soins ambulatoires financés par la Cocof. Nous effectuerons une double lecture des contributions : la première reprenant les informations disponibles pour la région bruxelloise, la seconde mettant en évidence les variables utilisées.

### 7.1. Le dossier médical

Les données utilisées le sont à titre exemplatif : il s'agit d'illustrer, à partir d'échantillons constitués au départ d'une maison médicale bruxelloise, ce qu'il est possible de faire en matière de traitement statistique adéquat, soit *"la mise au point d'un tableau de bord généré*

*automatiquement à partir des données préalablement encodées dans le cadre de la pratique clinique habituelle, c'est à dire sans supplément de travail pour le dispensateur de soins" (p. 23) . Une dizaine de tableaux simples (une variable, tri à plat) décrivent la population fréquentant la maison médicale (dossiers actifs ou au forfait, âge, lieu de domiciliation, situation familiale, état civil, mutuelle, nationalité, titularisation des patients). Le travail des différents médecins fait l'objet d'un calcul de taux de contact (consultation, visite, urgence) et l'information statistique traitée permet à la fois une démarche micro-épidémiologique locale (par exemple, l'établissement du "top 20 des épisodes" - voir ci-après) et une évaluation des raisons de rencontre ou des motifs de contact.*

Pour avoir une idée de l'activité des Maisons médicales à Bruxelles, il faut se reporter aux données disponibles sur le site Web<sup>42</sup> - excellent - de la Fédération des Maisons Médicales quant à la manière dont la pratique du forfait s'est développé :

Il existe une véritable explosion du nombre de centres forfaitaires (en ce compris les *wijksgezondheid* centra néerlandophones). Cette croissance présente une double source, tout d'abord de vieilles maisons médicales qui passent de l'acte au forfait (Seraing, Forest, Tilleur, etc.) auxquelles s'ajoutent de nouveaux centres (Tournai, Quaregnon, les trois maisons médicales de Liège - Ville, Arlon, etc.). Ce phénomène est à nos yeux le plus intéressant, il permet d'investir de nouvelles zones géographiques et, pour les maisons médicales francophones, de sortir de leur implantation traditionnelle dans les grands centres urbains (Bruxelles, Charleroi, Liège).

Le nombre de maisons médicales au forfait est passé de 0 à 21 soit 1.6 par année en moyenne.

On observe aussi une croissance importante du nombre de patients inscrits dans le système forfaitaire : entre 1984 et 1997, le nombre d'inscrits est passé de 0 à 40.000 soit une croissance moyenne de 3.000 par an. La croissance a présenté une accélération notable ces dernières années : il a fallu 10 ans pour atteindre le chiffre de 20.000 patients (de 84 à 94) vitesse de 2.000/an ; ce chiffre a doublé soit 40.000 entre 94 et 97, vitesse de plus de 6.000/an. L'accélération surtout est due au plus grand nombre de maisons médicales. La croissance par centre étant assez homogène (rarement plus de 100 patients inscrits/mois).

L'impact local des centres forfaitaires peut être très important : 6.500 inscrits sur la rive droite de la Ville de Seraing qui compte de l'ordre de 50.000 habitants soit 13% (\*1); à Forest (Bruxelles) des chiffres comparables sont atteints : 5.000 inscrits pour 45.000 habitants soit 11%. Sur la ville de Liège, 6.000 inscrits pour 200.000 habitants soit 3% de la 2ème ville wallonne.

Au total, en Belgique, 41.150 inscrits pour 10.000.000 habitants, soit 0.41%.

En Wallonie, 22.950 inscrits pour 3.400.000h. soit 0.87%.

**A Bruxelles, 11.700 sur 950.000 h. soit 1.23%.**

Si cette information - le nombre de patients au forfait dans les Maisons Médicales bruxelloises - est à ajouter à notre recherche d'informations sur le nombre de personnes concernées par les associations qui travaillent dans le secteur de santé, elle n'indique cependant pas le nombre global de consultations que feraient les Maisons Médicales. Il faut regretter ici que, dans le rapport d'activités de la Fédération couvrant la période avril 98-février 99, il n'y ait pas une présentation systématique des activités des Maisons Médicales par ville et province ou région afin de mieux percevoir leur importance. Le rapport atteste cependant des efforts constants que la Fédération réalise en matière de traitement informatique (dossier santé informatisé, usage du logiciel LOCAS et aménagement de la saisie des données).

<sup>42</sup> <http://www.citizen.be.fmmcsf>

Il est intéressant de passer en revue les principes qui ordonnent la démarche du dossier médical informatisé. Plus qu'un outil, le dossier médical est défini comme un *"critère de qualité des systèmes de santé"* structuré en 3 niveaux de soins - premier recours non-spécialisé, référence spécialisée, haute logistique et technologie de pointe -. Comme le souligne les auteurs de la contribution, *"il importe d'assurer une logique, une rationalité séquentielle et une accessibilité souple dans le recours à ces différents niveaux. Les soins de santé primaire doivent être la base de la pyramide et articuler l'ensemble du système : c'est là que se situe le problème de l'échelonnement, reconnu critère de qualité"*<sup>43</sup>. Le dossier médical est l'élément central de cette logique et remplit six fonctions :

- une fonction symbolique (lien personnel, contrat de confiance médecin-patient, position centrale du médecin de famille dans les soins de santé),
- des fonctions dans la dispensation des soins au patient (mémoire, garantie de continuité, synthèse, surveillance des facteurs de risques et prévention, coordination et communication des informations, préservation de la qualité et du coût des soins médicaux),
- évaluation de la manière de pratiquer des généralistes,
- instrument d'aide à la décision, de recherche scientifique, d'enregistrement épidémiologique, d'enseignement et de formation continue,
- fonction médico-légale (droit des patients, affaires juridiques),
- fonction de gestion du cabinet médical.

Ces six fonctions sont supposées être rencontrées par un processus de saisie de données qui privilégie les données socio-administratives - avec un intérêt particulier pour le niveau d'études, par exemple, dans la mesure où celui-ci est "le meilleur indicateur stable prédicteur du statut socio-économique, lui-même le meilleur déterminant (avec le sexe) de morbidité globale et de mortalité" (p. 15) - et les données cliniques; ces dernières font l'objet d'une distinction en termes de :

- épisode de soins, unité fonctionnelle opérante pour qualifier un problème de santé ou une maladie se développant dans le temps (caractère longitudinal); il convient à l'analyse de l'activité du médecin et de la production du système de santé;
- épisode de maladie qualifié de "plus classique", caractérisant un problème de maladie depuis son éclosion jusque sa résolution (si c'est le cas), qu'il soit ou non perçu par le

---

<sup>43</sup> M. Roland, M. Jamouille, "Les systèmes d'information : du recueil de données local à la décision politique", Entretiens d'Egmont, p. 13.

patient, qu'il soit ou non présenté à un dispensateur de soins; il concerne la définition du statut clinique du patient (liste de problèmes).

Cette distinction<sup>44</sup> est complétée par une autre qui vise à saisir le flux de travail et d'information : l'acronyme SOAP qui permet de baliser et structurer le contenu d'une rencontre entre un patient et son médecin de famille.

(S) pour subjectif correspond aux motifs de contact ou raisons de rencontre et signifie l'entrée dans le système de soins;

(O) pour objectif pour les éléments constatés (examen clinique, protocoles divers, avis de spécialistes, etc);

(A) pour appréciation correspond aux diagnostics ou encore à la meilleure évaluation possible c'est-à-dire la plus spécifique avec le plus faible degré d'incertitude, au moment de décider des actions à réaliser;

(P) pour plan renvoie aux procédures, soit "tout l'agir mis en branle à l'intérieur de la boîte noire que constitue la rencontre, le contact (consultation, visite à domicile, coup de téléphone).

Ce dispositif de saisie de données est évidemment complété par un système de classification bi-axial de soins primaires (CISP) combinant chapitres et composants afin de pouvoir saisir de manière précise le type de problèmes de santé et les standards de procédures.

Il permet de produire quatre types d'information :

1. le dossier médical orienté par épisodes qui permet le transfert d'information vers le patient et les autres dispensateurs de soins,
2. la gestion du quotidien avec des objectifs de gestion optimale d'une pratique en fonction du nombre de patients,
3. la possibilité d'une micro-épidémiologie locale, le but étant de "pouvoir préciser grâce à une standardisation minimale certaines des caractéristiques locales de la pratique" (p. 26),
4. une assurance de qualité nécessitée par une évaluation à visée d'optimalisation qui couvre l'établissement et la comparaison de profils, l'identification de populations spécifiques, la mise en évidence d'événements critiques impliquant le développement d'une méthodologie basée sur une bonne connaissance du terrain (plaintes des patients, procédures réalisées et diagnostics posés par les dispensateurs, approche micro et macro-épidémiologique).

On conviendra avec les auteurs que "*structuré et standardisé selon quelques concepts de base essentiels (le contact SOAP et l'épisode) en relation avec une classification adéquate (la CISP), le dossier médical central du médecin généraliste est un outil fondamental non*

<sup>44</sup> Les auteurs prennent soin de souligner combien ces deux concepts coexistent dans les systèmes d'information à objectifs multiples.

*seulement pour la gestion de la clinique au quotidien, mais aussi, après transfert et agrégation, puis analyse et/ou opération des données qu'il contient, pour le système de santé dans son ensemble : de la prise en charge curative du patient à la décision politique" (p. 30).*

On retiendra en particulier de ce passage en revue trois éléments indispensables au recueil des données :

- l'attention particulière accordée au niveau d'instruction,
- la définition claire des motifs de contacts avec le système SOAP,
- la possibilité de réaliser des évaluations d'échelle.

## 7. 2. La pratique de saisie des données en santé mentale

Lors de ces rencontres, trois exposés ont porté sur les dispositifs de saisie de données en matière de santé mentale, deux autour de la procédure du résumé psychiatrique minimum, la troisième sur l'expérience en S.S.M. (service de santé mentale). Commençons par nous attacher à ce dernier.

### a) "20 ans de recueil des données en S.S.M." (C. Prins)

En rappelant les efforts faits de puis 1975 pour élaborer une "fiche psychiatrique" dont le but était de permettre "des études épidémiologiques sur la population fréquentant les services de santé mentale" et d'apporter des "éléments d'évaluation du travail des centres", l'auteur définit le rôle de la Ligue francophone pour la santé mentale (réflexion autour de la nécessité d'un recueil de données, mise en œuvre du logiciel PSYFILE, enregistrement de données globales au fil des ans mais non exploitation systématique de celles-ci). En faisant référence à une demande du Ministre ayant compétence à Bruxelles en matière de santé, l'auteur présente l'analyse qui a été faite pour l'année 1996 (participation de 17 centres sur 21).

**C'est ainsi que nous apprenons que pour 17 équipes, en 1996, il y aurait eu 7.829 consultants.** En 10 tableaux, les consultants sont qualifiés selon la catégorie d'âge (classes de 5 années) comparée à la répartition de la population bruxelloise, le sexe, la nationalité, la commune de domiciliation, la situation socio-professionnelle (saisie à travers la situation de chômage selon le statut familial - père, mère - et la catégorie "adulte", et le nombre de personnes relevant des CPAS (analyse de l'évolution de la population entre 1989, 1992 et 1996). Les deux derniers tableaux illustrent ce que l'auteur appelle "le travail en réseau", à savoir le mode de venue des consultants et le mode d'orientation (justice, services sociaux, entourage,...). La conclusion en appelle à une attitude "humble et réaliste" par rapport à des données statistiques qui mettent "*simplement en évidence un commun dénominateur issu de pratiques diversifiées*", la connaissance de données chiffrées n'étant qu' "*un vecteur pour*

*appréhender la réalité quotidienne d'un travail basé sur la prise en charge d'un patient-sujet, avec lequel se crée un dialogue original, relation dont nous aurons à gérer l'incertitude"* (p. 71). Ce qui nous renvoie à la nécessité de mettre en place une saisie de données qui permet de réduire cette incertitude...ou encore vers le dispositif du dossier médical informatisé qui, lui, permet de saisir la nature de la relation patient-sujet en accordant une importance particulière aux flux et aux motifs de contact.

On peut regretter également que le rapport d'activités de la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, pour l'exercice 1998, s'il développe longuement les travaux des groupes de travail et coordinations, les colloques, séminaires et journées d'études, soit très discret ou peu disert sur les données qui présenteraient les activités des centres de santé mentale à Bruxelles.

b) "Résumé psychiatrique minimum : bilan et perspectives après 18 mois d'enregistrement" (V. Joachim)

Au-delà du rappel des circonstances qui ont amené les pouvoirs publics à développer un outil d'évaluation comme le RPM (en décembre 1995), cette contribution est très intéressante à double titre : d'une part, elle présente la manière dont le dispositif a été introduit avec la mise en place d'un encadrement organisationnel; d'autre part, elle établit un bilan de l'application de l'outil après 18 mois de fonctionnement en envisageant sa révision. Ces deux aspects méritent de retenir l'attention par rapport à l'objectif d'une réalisation commune du recueil des données dans le secteur des soins de santé ambulatoire.

Le premier aspect important à retenir ici est, que contrairement aux Maisons Médicales où la participation à la mise en place du dossier médical informatisé se fait sur une base volontaire, il y a avait obligation d'adopter l'outil. Cette obligation supposait la mise en place d'un encadrement organisationnel à trois niveaux : les promoteurs de l'instrument, une équipe de coordinateurs ayant pour des missions de formation et d'accompagnement, les responsables de chaque institution. Cet encadrement était complété par une cellule RPM au niveau du cabinet ministériel et de l'administration et par un sous-groupe au sein de la "commission de supervision et d'évaluation des données statistiques récoltées dans les hôpitaux", commission ayant un rôle de garant en matière d'enregistrement, de récolte et de traitement des données , de dispositions à prendre afin de garantir la fiabilité et la confidentialité ainsi que sur l'usage des résultats.

Si le RPM est organisé selon un double enregistrement (continu et discontinu, à savoir par échantillonnage deux fois par an), il a été conçu en fonction de deux notions : l'unité de vie et la nature du séjour tenant compte des périodes de traitement, l'opérationnalisation se faisant

par blocs d'informations. Cette procédure s'est rapidement révélée "*trop lourde et trop complexe*" (250 items), même si l'apport du RPM pour les institutions s'est révélé indéniable. Suivons, sous la forme d'un tableau, le bilan de cette contribution effectuée dans la mesure où elle met à plat toute une série de critiques et de problèmes par rapport à la saisie des données en envisageant la révision.

	Aspects positifs	Problèmes et objections
fonctionnement	Effets de la systématisation de l'enregistrement des données : <ul style="list-style-type: none"> <li>- traitement local des données</li> <li>- meilleure connaissance de la patientèle et des séjours hospitaliers</li> <li>- description des profils de séjours ou de patients</li> <li>- définition de la spécificité de l'institution</li> <li>- développement du travail d'analyse statistique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- confusion de deux objectifs au sein de la même méthode évaluative (évaluation du secteur psychiatrique et de sa population &amp; analyse de la productivité clinique)</li> <li>- enregistrement standardisé : risque d'une normalisation de l'activité de soins</li> <li>- recension du quantifiable : favorise les catégories du compoitemnt (agir, faire,... et néglige la relation basée sur l'écoute et la parole)</li> <li>- lourdeur et complexité de l'outil : problèmes de fiabilité des données et augmentation de la charge de travail</li> <li>- non prise en compte des enregistrements effectués par des structures en amont et en aval</li> </ul>
révision	<ul style="list-style-type: none"> <li>- minimaliste : réévaluation critique de l'instrument, simplification d'items et précision quant à l'interprétation à donner aux items dans des situations particulières</li> <li>- maximaliste : élaboration d'un tronc commun d'informations générales et de blocs supplémentaires sous forme de modules n'ayant pas d'office un caractère obligatoire; application du principe d'échantillonnage à ces modules</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- minimaliste : instrument de mesure uniforme</li> <li>- maximaliste : problème de coordination avec les autres systèmes d'enregistrement</li> </ul>

Nous retiendrons ici de cette contribution trois aspects :

- la nécessité de mettre en place d'un dispositif d'accompagnement ou d'encadrement organisationnel disposant de moyens (équipe de coordinateurs) et pouvant s'appuyer sur une commission de supervision et d'évaluation des données statistiques,
- la définition d'un tronc commun d'informations générales comprenant des données socio-démographiques et diagnostiques ainsi que des données minimales quant à l'admission et à la sortie (pour notre problème, il s'agit plus des motifs de contacts et par qui les personnes sont envoyées et vers qui elles sont dirigées); sur ce tronc commun, viennent se greffer des modules non obligatoires permettant aux institutions de traiter la spécificité de leur action,

➤ le principe d'échantillonnage appliqué à ces modules spécifiques (deux ou quatre fois une semaine par an).

c) "Le RPM et l'organisation actuelle des soins de santé mentale" (I. Pelc, L. From, J. Joosten, I. Bergeret, Y. Ledoux)

Cette contribution insiste sur "la différence majeure entre médecine somatique et médecine mentale", la première s'attache à répondre à la question "quoi chez qui?" (savoir en priorité quelle pathologie présente un individu) alors que la seconde est centrée sur la question "qui à quoi?" ("*il s'agit d'abord de rencontrer l'individu, d'apprendre à le connaître sous ses multiples aspects. Ce n'est que dans un deuxième temps, qu'on tentera d'établir un diagnostic psychopathologique*"); elle est plus centrée sur la présentation des données collectées dans une unité de soins (l'Institut de Psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Brugmann) et sur l'analyse que l'on peut faire :

- du mode d'admission et des filières d'admission,
- de la durée d'hospitalisation,
- de l'évolution des symptômes psychiques au cours du traitement,
- des relations entre problèmes notés à l'admission du patient et le diagnostic retenu à la sortie.

Ces quatre volets permettent de produire une analyse typologique et des modes de traitements et des groupes de patients. C'est sur cet aspect méthodologique que la contribution est intéressante parce qu'elle vise à aller au-delà du simple descriptif des problèmes et des publics. L'usage de l'analyse statistique multivariée et typologique permet en effet de relier les groupes identifiés et les interventions, la démonstration portant sur deux groupes de patients (alcool, drogues) qui se distinguent nettement par les modes d'intervention et les soins dont ils sont l'objet.

L'objectif de cette analyse, si elle a des aspects pédagogiques (mieux former les équipes soignantes à identifier des problématiques spécifiques et à reconnaître des signes d'appel particuliers), est de "*développer une fonction d'audit permanent permettant d'identifier le profil thérapeutique de son institution pour pouvoir orienter son recrutement et mieux accueillir les patients*" (p. 52).

On retiendra de cette démarche :

- la nécessité de dépasser le simple comptage descriptif sous la forme des fréquences de distribution en se donnant les moyens méthodologiques de typologiser publics et modes d'intervention;
- la fonction permanente d'auto-évaluation<sup>45</sup> des pratiques au sein d'une équipe.

### 7.3. La pratique de saisie des données dans d'autres secteurs

Le colloque a permis à d'autres intervenants d'exposer la manière dont ils avaient organisé la saisie des données et les problèmes qu'elle avait soulevé.

a) la mise en place du système ADDIBRU relatif à la toxicomanie en région bruxelloise : **20 institutions ont participé à cette mise en place qui, en 1996, a porté sur 2.020 fiches.**

L'expérience relatée par M. Gonçalves indique bien les difficultés à élaborer un système d'enregistrement qui "*couvent simultanément divers aspects des activités des services de santé*" (contacts avec les institutions, prises en charge, suivi de celles-ci, évaluation des résultats) afin de répondre à trois questions principales :

1. à quoi sommes-nous confrontés (demandes et besoins)?
2. Quel service prestons-nous (volume et types d'activités) ?
3. Quels résultats obtenons-nous ?

La communication du Dr M. Vanderveken (pp. 87-93) expose diverses suggestions émanant d'agences ou de groupes de travail internationaux en matière de recueil de données en matière de toxicomanies, les problèmes relatifs à la classification des états de santé en constatant leur diversité (CIM ou classification internationale des maladies, CISP, DSM). Il passe en revue les questions que devrait éclairer un recueil des données conséquent (consommation de produits toxiques, problèmes sanitaires et sociaux générés par la consommation abusive - morbidité, mortalité -, les programmes d'intervention disponibles, les prestations en réponse aux demandes de soins, l'évaluation des soins, les dispositifs en marge du recueil systématique) et souligne combien l'élaboration du système ADDIBRU a été faite avec le souci constant de "*s'intégrer ou s'accorder avec des dispositifs qui lui sont adjacents*" et de produire un troc commun de variables (28).

b) le recueil des données à Télé Accueil Bruxelles : en rappelant combien les coordonnées sociologiques de l'appelant permettaient d'abord et avant tout de mieux "faire de la supervision" et donc d'aider ceux qui sont à l'écoute de "mieux repérer la nature des

---

<sup>45</sup> Le terme d'audit permanent semble peu convenir à une démarche qui implique la mobilisation des savoirs et leur échange au sein d'une équipe de travail.

demandes qui arrivent", Télé Accueil souligne la spécificité du système de fiches dont l'utilité est avant tout d'affiner une grille d'écoute.

Nous apprenons qu'en 1996, Télé Accueil a reçu 37.408 appels ayant fait l'objet d'une fiche, soit en moyenne 102 appels par 24 heures. Ces fiches permettent de décrire les caractéristiques des appelants selon l'âge et le sexe, les caractéristiques de la demande (parler à quelqu'un, être conseillé, entendre une voix,...) ainsi que celle de l'offre (en majorité, l'écoute) selon le sexe de l'appelant.

- c) le Groupe d'Etude et de Prévention du Suicide : l'activité principale du Centre de Prévention du Suicide est de proposer un accueil téléphonique 24h/24; **le nombre d'appels était, en 1997, de 9.822**. Les statistiques sont établies en distinguant les caractéristiques objectives (proportion des appels hommes-femmes-muets par année, fréquence des appels par durée, par jour de la semaine et par sexe, fréquence des appels par tranches horaires) et subjectives qui sont recueillis "de manière non systématique et dépendant du hasard de la conversation téléphonique" (âge, sexe, état civil, situation de vie, prise en charge, type d'appel, problème énoncé, réponse donnée).

Les conditions d'anonymat limitent bien évidemment les possibilités de systématiser la nature des appels et les caractéristiques de la population appelante.

Le passage en revue des différentes contributions permet de dégager un ensemble de choix ou de préférences par rapport au système de recueil des données et à l'informatisation qu'il nécessite. Comme le soulignait A. Goosdeel dans la conclusion, si on peut enregistrer la possibilité de poursuivre un dialogue en matière de recueil des données, *"il est nécessaire et souhaitable qu'il se poursuive, pour autant (...) qu'il soit clair qu'on a pas besoin, ce n'est d'ailleurs ni possible ni réaliste, d'imposer un système unique de recueil de données pour ce faire. (...) Par contre, convenir d'un protocole commun minimum qui serait intégré dans l'ensemble des systèmes existants, je pense qu'aujourd'hui, il y a moyen de dégager un accord là-dessus..."*. (p. 139).

Le tableau qui suit a été établi en reprenant les différents conseils, choix, préférences énoncés lors des Entretiens d'Egmont en février 1998 et synthétise ce qui est à éviter ou à réaliser, à quelles conditions et avec quels avantages.

	A éviter	A réaliser
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- un système centralisé</li> <li>- confusion évaluation du secteur et de sa population &amp; analyse de la productivité</li> <li>- négliger la culture du qualitatif</li> <li>- favoriser les catégories du comportement et ne pas tenir compte de la relation basée sur l'écoute et la parole</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- un protocole commun minimum</li> <li>- un tronc commun d'informations générales (données socio-démographiques et diagnostiques; données minimales sur l'admission et la sortie)</li> <li>- délimiter les questions que le recueil des données devrait éclairer</li> <li>- appliquer le principe d'échantillonnage aux modules spécifiques (aspects sociaux, gestion de l'accueil, dossier de suivi,...)</li> <li>- préserver les recueils spécifiques</li> </ul>
Conditions	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ne pas réduire le besoin d'information à la collecte de données standardisées</li> <li>- mélanger l'approche épidémiologique et l'approche évaluative</li> <li>- ne pas faire la différence entre les divers niveaux d'utilisation de l'information</li> <li>- introduire un nouveau recueil de données en milieu d'année</li> <li>- ne pas imposer</li> <li>- ne pas respecter la confidentialité et la protection des personnes</li> <li>- renforcer le sentiment des institutions de devoir participer à un jeu dont les règles ne sont pas connues</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- un encadrement organisationnel</li> <li>- une commission de supervision et d'évaluation des données statistiques récoltées comme lieu d'expertise multidisciplinaire</li> <li>- introduire le recueil des données après une année de préparation</li> <li>- tenter de gagner la collaboration des équipes</li> <li>- donner la priorité aux bénéfiques directs que peuvent en tirer les services au niveau local</li> <li>- garantir l'anonymat des usagers</li> <li>- aboutir à un engagement de respecter des règles minimales partagées, à savoir une liste de variables, une codification et des définitions communes</li> <li>- faciliter la tâche de récolte et d'encodage au niveau de l'institution en proposant les logiciels</li> <li>- assurer une transmission aisée des données récoltées par l'établissement d'un contrat de transfert de l'information qui précise les modalités de son traitement et les finalités du rapport annuel</li> </ul>
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lier le subventionnement à l'obligation de résultats</li> <li>- assurer un système de pilotage par objectifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- atteindre pour chaque type de recueil la couverture maximale du secteur concerné</li> <li>- obtenir un niveau de qualité de données suffisant dans chaque secteur</li> <li>- assurer des possibilités optimales de comparabilité entre les systèmes en renforçant le noyau commun d'informations comparables</li> <li>- améliorer la disponibilité de ces données dans le cadre de contrats clairs</li> <li>- organiser le rassemblement et le traitement des données à l'échelle régionale</li> <li>- trouver des solutions acceptables pour étendre la couverture du recueil aux structures qui ne possèdent pas de système de recueil systématique</li> <li>- visibiliser l'action des services</li> <li>- assurer une meilleure intégration des fonctions administratives et comptables</li> <li>- produire des analyses typologiques des publics et des interventions</li> </ul>

## 8. Une tentative pour rendre compte de la production d'un service

B. Francq, 1997, Que savons-nous des plannings familiaux ? (région de Bruxelles-capitale), essai de construction d'un tableau de bord, Unité de sociologie (UCL) & Centre d'Analyse et d'Intervention Sociologique (CADIS), Paris, 83 pages.

Ce rapport se présente comme une tentative pour exposer l'action générale - à ne pas confondre avec une action globale<sup>46</sup> - de 25 organismes reconnus, agréés et qui reçoivent des subventions pour mener un certain nombre de missions<sup>47</sup> dans le cadre de la vie affective et sexuelle. Cette tentative visait à présenter les données qui permettent de saisir l'action des plannings en cherchant à répondre à trois questions (on suppose ou on fait comme si elles avaient été posées par le Ministre de tutelle pour présenter la politique qu'il initie en matière de vie affective et sexuelle) :

- une fois rappelé l'implantation géographique et la taille des centres selon trois dimensions - le nombre de travailleurs, le volume d'activités en heure et le nombre de consultations -, la question consiste à se demander comment se répartit le volume des activités entre les différentes fonctions qu'offrent les plannings : accueil, consultations médicales et non-médicales, réunions d'équipes, actions de prévention, travail administratif et de gestion;
- deuxième question : combien de consultations et quelle en est la nature ? Est-ce que les centres se différencient selon les parts respectives des consultations médicales, psychologiques, juridiques, sociales, de conseils conjugaux ? Peut-on en dégager une typologie qui dépasse la sempiternelle division entre ceux qui font des IVG et ceux qui n'en font pas ?
- troisième question : qui fréquente les plannings ? Des femmes, des jeunes entre 18 et 25 ans, des employés ou majoritairement des sans emploi, des Bruxellois, des personnes seules ou en couple ?

Travail très prosaïque qui visait à présenter ce qui a été fait en 1996 à partir de deux sources : la première est constituée par la justification des subventions selon les activités et a été traitée par l'administration (pour le statut des personnels et pour la répartition des activités en heure subventionnées et non subventionnées); la seconde est établie à partir de la lecture des rapports d'activités où figurent les informations relatives aux différents types de consultations, au public qui fréquente les centres, aux actions de prévention.

Une première remarque à propos des rapports d'activités : mis à part qu'ils exigent un intense travail de lecture (plus de 700 pages) et de saisie de données, il reste une des sources essentielles pour avoir un premier aperçu ce que l'on peut appeler le "style de travail" des

---

<sup>46</sup> Dans la recherche réalisée sur l'optimisation des services et équipements sociaux bruxellois relevant de la compétence de la Commission communautaire française, connue aussi sous le nom de "PRD social", la question de l'action globale est toute entière sans réponse. B. FRANCO, A. STENGELE, 1996, Rapport de synthèse, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin (2 volumes).

<sup>47</sup> Décret du 16 juillet 1994 relatif à l'agrément et aux subventions des centres de planning familial, Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale.

centres et de leurs orientations à l'action. La recherche avait tenté - en vain - d'établir un premier tableau de bord pour l'année 1995; cela n'avait pas été possible étant donné une accumulation de difficultés<sup>48</sup> qui faisait que les informations n'étaient disponibles que pour 5 centres sur 25. En collaboration avec l'administration, les chercheurs avaient rédigé une note de "valorisation" du rapport d'activités et participé avec les responsables des centres à deux séances d'informations didactiques pour sensibiliser ceux qui ne l'étaient pas à accorder l'importance que le rapport d'activités mérite. L'action cumulée des uns et des autres avait permis de pouvoir établir pour 1996 un état des lieux et une première analyse typologique de ce secteur. L'essai de tableau de bord indiquait qu'il restait bien des aspects informatifs à améliorer pour que le Ministre de tutelle puisse saisir l'occasion de valoriser un aspect de la politique qu'il initie ou soutient.

L'objectif était double : chercher à synthétiser des informations sur base d'une démarche comparative et souligner les points forts et faibles des informations disponibles en soulignant les efforts méthodologiques à faire dans les mois qui viennent. Ce double objectif avait pour fonction :

- d'une part, de convaincre les quelques irrésolus à participer à une démarche qui permet de présenter de manière synthétique l'action d'un secteur dans le champ des services sociaux, de la santé et de l'aide aux personnes;
- d'autre part, de favoriser la mise en place - en 1998 - d'un outil plus souple et plus convivial au niveau de la saisie des données que le logiciel actuel. Aspect qui ne concerne pas seulement les centres de planning familial mais l'ensemble des structures extra-hospitalières et sociales dans le cadre de la Région de Bruxelles-capitale.

Le rapport établissait une première synthèse en 30 points, passant en revue l'implantation géographique, **le nombre de collaborateurs - 107.7 ETP mais 363 personnes aux statuts divers -, le total des heures d'activités sur une année (199.232 heures) et le nombre de consultations (95.045), soit une moyenne de 3.801 consultations/clients/usagers par centre sur une année; dit autrement, en divisant le nombre total de consultations par 240 jours, en moyenne les centres de planning dans la Région de Bruxelles-Capitale reçoivent 356,4 clients/usagers par jour.** La répartition des activités en heures, les consultations réalisées (médicales, en conseil conjugal, sociales et psychologiques) permettaient de déceler l'existence de trois mondes selon la dominante des activités - médicales, psychologiques ou de conseil -; l'analyse du public qui fréquentait les différents centres, la provenance des différents publics, la part prise respectivement par les actions de prévention, les réunions d'équipes, la supervision et la gestion administrative permettaient de dresser un tableau assez exhaustif de la production en terme de service.

---

<sup>48</sup> Les données n'avaient été saisies que sur six mois; le logiciel de saisie des données posait - et continue à poser - nombre de difficultés de manipulation tant technique que d'encodage; les centres faisaient leur apprentissage de réalisation d'un rapport qui supposait des habitudes non acquises quant à l'analyse de l'organisation du travail et à la fréquentation des centres.

Le passage en revue des différentes dimensions qui permettent de rendre compte de l'action des centres de planning familial faisait apparaître trois types de problèmes : le premier concerne la saisie des données et la qualité des informations réunies; le deuxième a trait au traitement des données proprement dites; le troisième relève des orientations, des critères qui président à l'actuelle reconnaissance de l'action desdits centres.

a) La saisie des données et la qualité des informations

Nombre de problèmes étaient liés, d'une part, à l'usage d'un outil informatique - lourd, ne facilitant pas la saisie de l'information parce que assez éloigné des pratiques quotidiennes des centres - et, d'autre part, à un apprentissage - tâtonnant - d'un encodage qui soulevait tant des réticences par rapport au respect de la vie privée que la (ré)organisation du temps au sein de l'équipe pour effectuer les tâches de secrétariat. Par ordre d'importance, les problèmes rencontrés étaient :

- des informations - très - partielles contenues dans les rapports d'activités et qui ne permettent pas toujours d'établir en chiffres absolus le nombre réel d'activités en heure, en nombre de consultations effectuées par une même personne, les caractéristiques du public (sexe, âge, résidence, statut socio-professionnel, cadre de vie, ancien et nouveau dossier, statut de la visite, problème de mutuelle);
- la faiblesse, quand ce n'est pas l'inexistence pure et simple, des informations portant sur l'origine des personnes (d'où elles viennent ? mais aussi ce qu'elles demandent ou dans la langage du registre journal, les "motifs de contact") et le suivi de celles-ci (combien de fois elles reviennent sur l'année ? vers qui elles sont orientées ?); cette lacune doit être reliée au contenu du travail d'accueil qui n'a pas fait l'objet d'un encodage systématique;
- l'abondance - même la sur-abondance - d'informations concernant les réunions d'équipe ou les actions de prévention dont le détail ne permet guère un traitement en quantité, ni une analyse des orientations; tout cela restant trop de l'ordre des "justificatifs" empilés sans que l'on puisse voir ce qui est produit par des activités assez conséquentes en temps de travail au sein des équipes.

Il apparaissait nécessaire de simplifier la saisie des données en adoptant un encodage plus léger, plus proche des "manières de faire" des centres et de disposer d'un logiciel plus performant, surtout plus convivial qui permette une saisie des données plus fiable. Mais ce n'est là qu'une partie du problème : en effet, il semblait que le temps consacré aux activités de réunions d'équipe, au travail d'accueil et aux activités administratives et de gestion devaient être fondamentalement repensées au niveau des équipes. Le chercheur soulignait que **"ce que nous ont appris les rencontres avec celles-ci, c'est que bien souvent une personne est chargée en particulier de s'occuper d'un travail d'encodage considéré comme "ingrat" et difficile, incluant souvent une perte d'informations ou l'introduction d'erreurs ou**

**d'approximations qui rendent le travail, sinon inutile, peu fiable; les données non encodées, les "trous" en ce qui concerne les informations permettant de répondre à la question "qui fréquente les plannings ?" attestent largement des difficultés rencontrées pour la réalisation d'un travail qui ne fait pas vraiment l'objet d'un partage. Je pense que sans aborder ce problème de fond - l'organisation et la répartition des tâches permettant d'assurer le suivi du public qui fréquente le centre -, il est illusoire de penser que c'est seulement un problème technique de logiciel ou d'items à simplifier. Les attitudes énoncées à propos de la réalisation du rapport d'activités - perte de temps, "à quoi ça sert ?" ,...- relève du même problème au sein des plannings : une mobilisation faible pour présenter, analyser, visibiliser et valoriser l'action de ceux-ci" (p. 62).**

*D'où une première proposition : la nécessité pour l'administration, en coordination avec le conseil consultatif, de mener à bien un travail qui doit lier dans un même mouvement la définition d'un protocole fiable de saisie des données, l'adoption d'un logiciel plus performant (au sens de "plus facile à manier") ET une démarche d'analyse de la répartition des tâches administratives et de travail en commun au sein des équipes faisant l'objet d'un suivi - assuré par l'inspection -. C'est à cette condition qu'il sera possible d'envisager un changement d'attitude ET en ce qui concerne l'utilité du rapport d'activités ET le temps consacré à assurer le suivi du public qui fréquente les centres. A cette nécessité en est liée une autre : celle qui doit porter sur les contenus qui qualifient le travail d'accueil dont nous savons que dans les plannings ils ne se limitent pas à des tâches de secrétariat médical. On reviendra sur ce problème au point trois.*

#### b) Le traitement des données

Les problèmes étaient de deux ordres :

- le premier relève de l'administration et de la possibilité - en temps, en personnes - qu'elle a de réaliser annuellement un rapport de synthèse des rapports d'activités sur le mode adopté ici; ce problème auquel il était difficile de répondre étant donné le manque d'informations quant à l'organisation des services au sein de la COCOF et à l'existence d'une cellule qui serait chargée d'effectuer ce travail en liaison avec les agents administratifs qui s'occupent des dossiers de subventionnement et de l'inspection du secteur des plannings ne devait pas cacher le problème réel que soulève le traitement synthétique d'un ensemble de données dont la publicité devrait venir renforcer les efforts que feraient les centres à mieux maîtriser la description de leur public.

*D'où une deuxième proposition : ce problème soulève entre autre chose le passage d'une administration centrée sur le contrôle a posteriori à une administration fonctionnant sur*

*l'évaluation de missions réalisées par un ensemble d'associations qui travaillent - ou non - en complémentarité; c'est donc toute la question de l'action globale qui qualifie le travail sur des territoires, en coordination. Rappelons que institutionnellement, l'évaluation peut être définie comme un processus concerté entre trois parties : l'Administration (en ce compris les services administratifs et inspection), les organismes subventionnés et des experts extérieurs (spécialistes en matière de politiques sociales et de santé). La finalité du processus de l'évaluation doit produire un ou des avis argumentés sur l'exécution des politiques mises en oeuvre à partir des subventions publics. En ce sens, elle est un outil d'aide à la décision et ses résultats - sous forme de tableau de bord - sont renvoyés vers les décideurs politiques et les instances consultatives.*

- le deuxième problème porte sur le traitement des données lui-même : le rapport souligne combien le travail d'analyse des données s'est effectué d'une manière "frustrante" en passant en revue différentes variables en analysant les variations en fonction de la distribution de celles-ci entre 25 centres de planning; en effet, **le passage en revue des variables rencontre une double limite : d'une part, il ne permet pas de faire un travail global sur l'ensemble du public fréquentant les plannings en établissant des croisements entre deux variables et plus; d'autre part, un travail complet devrait porter sur les spécificités "type de consultations/type de public" mais en l'état de la saisie des données et donc des éléments - partiels - qui figurent dans les rapports d'activités, ce travail n'est guère réalisable.** Il a donc fallu s'en tenir à une présentation générale, si générale qu'elle laisse de côté la différenciation en "mondes" mise à jour selon les dominantes.

*D'où une troisième proposition : pour sortir de ce problème et donc se donner les possibilités d'assurer une analyse plus approfondie, il faudrait disposer des données par individu; se pose ici la question de l'anonymat de celles-ci - ce qui n'est pas vraiment un problème dans la mesure où l'informatique permet de ne retenir que les variables pertinentes et anonymées servant à l'analyse - et l'établissement d'un accord entre l'administration et les centres pour assurer un traitement GLOBAL des données. On se donnerait alors la possibilité de pouvoir assurer les croisements entre les différentes variables pour avoir une meilleure perception des publics qui s'adressent aux centres en les comparant avec ceux des autres secteurs.*

### c) Orientations de l'action

Il s'agit ici d'aborder des problèmes qui ne se limitent pas à passer en revue les critères qui président à l'actuelle reconnaissance de l'action des centres de planning. Le travail effectué, à forte composante descriptive, a permis de s'interroger sur TROIS aspects qui posent question.

D'abord, y a-t-il des catégories différentes de centres selon des dominantes au niveau du nombre de consultations ? La réponse est OUI. Nous avons pu distinguer trois mondes - l'un à dominante de consultations médicales, l'autre à dominante "conseil conjugal", un troisième plutôt caractérisé par une multi-activité -. Cette situation est très pragmatiquement l'héritage de pratiques distinctes avec des systèmes de valeurs différents. Il n'y a jamais eu une définition standard de ce que devait être un centre de planning familial. Il reste néanmoins que le repérage en trois mondes soulève nombre de questions : en effet, faut-il des centres très orientés ou des centres dont la norme serait la multi-activité bien équilibrée (par exemple, un tiers de consultations médicales, un tiers de consultations juridiques, sociales et psychologiques, un tiers de consultations en conseil conjugal) ? Une interprétation du décret ferait pencher la balance vers une répartition équilibrée entre les différents types de consultations. Mais raisonner ainsi a-t-il du sens? Ne s'agit-il pas ici de considérer que chaque équipe oriente son travail en fonction des capacités ou des compétences dont elle dispose avec des choix où s'équilibrent ou non les consultations médicales et les consultations en conseil conjugal? Il reste néanmoins que les centres qui se situent aux extrêmes seront amenés à réfléchir sur leur organisation du travail pour mieux rencontrer le caractère multidisciplinaire qui fait l'objet des plus fortes affirmations de la part de l'ensemble des plannings et qui est repris comme tel par le décret.

Ce problème en soulève un autre : la part des actions subventionnables ou non; on a vu qu'il s'agissait de tenir compte du poids des consultations médicales et des autres. La faible fiabilité des données quant au statut socio-professionnel, au fait d'être couvert ou non par une mutuelle a des conséquences sur la gestion des centres et elle est également révélatrice d'une certaine méconnaissance - autre que pratico-pratique, intuitive - des problèmes socio-économiques rencontrés par le public qui fréquente ceux-ci. Dit autrement, sur base de données aussi fragiles, quelle crédibilité accorder aux déclarations de ces derniers quand certains affirment que de plus en plus de personnes ne savent payer les consultations ? Si c'est le cas - et qui en douterait -, encore s'agit-il d'en mesurer les tenants et les aboutissants afin d'attirer l'attention des responsables politiques sur une situation qui est en train de se dégrader et qu'il faut mettre en perspective par rapport à une politique plus générale de "lutte contre la pauvreté".

Ensuite, une autre dimension concerne l'organisation du travail, la part des activités internes et externes. De manière interne, nous avons pu constater qu'au vu de l'importance - 45% des activités en heure - que représentent les activités d'accueil, de réunions et

d'administration par rapport aux consultations proprement dites, il est nécessaire de repenser l'organisation des tâches autour de la fonction d'accueil et de suivi du public. Ainsi, ce devrait être un aspect essentiel du travail à l'accueil - et à la fin de la visite - que d'établir une analyse de situation afin de préparer la visite à venir ou la réorientation de la "demande" du client/usager vers un autre type de consultation - du médical vers le psychologique ou l'inverse - ou vers une autre institution. **En distinguant clairement ce qui fait l'objet d'un travail interne et d'un renvoi vers l'extérieur, on aurait là une première manière de pouvoir réunir l'information à l'accueil et de pouvoir en assurer son suivi.** S'il est nécessaire de simplifier la saisie des données, il n'en reste pas moins que la nature du travail à l'accueil doit nécessairement combiner deux informations inexistantes au vu des données actuelles : le nombre de fois où la personne s'adresse au service (1ère, 2ème, 3ème...consultation) et le suivi qui est assuré par l'équipe pluridisciplinaire par rapport à deux dimensions : l'orientation interne (entre les membres de l'équipe) et l'orientation externe en fonction des partenaires extérieurs.

D'où une deuxième dimension du problème : mis à part des informations souvent partielles lorsqu'il s'agit des activités de prévention, **nous sommes en présence d'un gouffre d'ignorance en ce qui concerne les partenaires des centres de planning** : avec qui travaille-t-il ? avec des équipes médicales ? avec des centres de santé mentale ? avec des hôpitaux ? avec des associations de quartier ? L'information dont on dispose - l'administration en l'occurrence - ne permet pas actuellement d'établir une carte des partenaires avec lesquels les centres sont en relation tant pour analyser l'origine (qui est envoyé par un médecin traitant?) des demandes que leurs orientations (vers quel type de problème est-il orienté ?). Il faudra bien un jour se mettre à distance du constat fait globalement sur l'ensemble des politiques d'aide aux personnes dans la Région de Bruxelles-capitale et qui tient dans une phrase forte : "et si chacun voulait tout faire à lui tout seul ?"

Enfin, les lacunes constatées quant à l'origine du public, à son lieu d'habitation sont indicatives des difficultés et des réticences qui caractérisent les centres au niveau de la saisie des données. Il est nécessaire d'amener les équipes de ceux-ci à mieux mesurer l'importance de la localisation du public pour rendre compte de leur action et de leur influence. Il semble nécessaire ici de **faire une analyse pointue du lieu de domiciliation des usagers pour mesurer le rapport distance/proximité par rapport aux centres** (une attention particulière devrait être accordée aux nouveaux usagers qui viennent pour la première fois) et de mettre en relation la localisation géographique des centres et le profil socio-économique des ménages de la zone pour mieux concevoir les actions de prévention.

En conclusion, le rapport posait la question de savoir *"jusqu'où iront les centres de planning au-delà de l'auto-proclamation d'un travail très auto-centré et présenté comme légitime ? Entre leurs nombreuses faiblesses - peu de communication d'expériences de travail*

*entre centres, par exemple - et les divisions politiques - une multiplicité de fédérations établies sur des critères idéologiques compassés - qui en font un secteur à affirmation faible dans la sphère publique, divisé entre trois mondes, quel est l'enjeu central ? Alors que les centres sont très tournés vers eux-mêmes, vers leur fonctionnement interne, nous ne savons à peu près rien de ce qu'ils produisent SUR LE FOND, ni au niveau de l'accueil, ni au niveau des réunions d'équipe, ni à celui des partenaires avec lesquels ils entretiennent ou non des relations de partenariat ou de complémentarité. Nous avons proposé que les centres accordent plus d'importance à l'organisation d'échanges sur leurs pratiques afin qu'il soit possible de mieux percevoir leur action et ses orientations. Il s'agit là d'une nécessité consistant, dans les deux prochaines années, à valoriser un ensemble d'informations mieux maîtrisées à travers un système d'échanges et de confrontations de pratiques. L'enjeu ? Redonner à un secteur qui vit sur des acquis qu'il semble seul connaître et sur son organisation interne une visibilité aux yeux du public" (pp. 65-66).*

On retiendra de cet ensemble de problèmes la nécessité de :

- simplifier la saisie des données en adoptant un encodage plus léger, plus proche des "manières de faire" des centres et de disposer d'un logiciel plus performant, surtout plus convivial qui permette une saisie des données plus fiable,
- repenser le temps consacré aux activités de réunions d'équipe, au travail d'accueil et aux activités administratives et de gestion au niveau des équipes afin de réévaluer le temps à consacrer à la saisie des données,
- pour l'administration, en coordination avec le conseil consultatif, mener à bien un travail qui doit lier dans un même mouvement la définition d'un protocole fiable de saisie des données, l'adoption d'un logiciel plus performant (au sens de "plus facile à manier") ET une démarche d'analyse de la répartition des tâches administratives et de travail en commun au sein des équipes faisant l'objet d'un suivi - assuré par l'inspection -; ceci implique que l'administration joue plus un rôle d'administration de mission que de contrôle,
- disposer des données par individu; se pose ici la question de l'anonymat de celles-ci - ce qui n'est pas vraiment un problème dans la mesure où l'informatique permet de ne retenir que les variables pertinentes et anonymées servant à l'analyse - et l'établissement d'un accord entre l'administration et les centres pour assurer un traitement GLOBAL des données; on se donnerait alors la possibilité de pouvoir assurer les croisements entre les différentes variables pour avoir une meilleure perception des publics qui s'adressent aux centres en les comparant avec ceux des autres secteurs,
- repenser l'organisation des tâches autour de la fonction d'accueil et de suivi du public. Ainsi, ce devrait être un aspect essentiel du travail à l'accueil - et à la fin de la visite - que d'établir une analyse de situation afin de préparer la visite à venir ou la réorientation de la

"demande" du client/usager vers un autre type de consultation - du médical vers le psychologique ou l'inverse - ou vers une autre institution. En distinguant clairement ce qui fait l'objet d'un travail interne et d'un renvoi vers l'extérieur, on aurait là une première manière de pouvoir réunir l'information à l'accueil et de pouvoir en assurer son suivi,

- établir une carte des partenaires avec lesquels les centres sont en relation tant pour analyser l'origine (qui est envoyé par un médecin traitant?) des demandes que leurs orientations (vers qui tel type de problème est-il orienté ?),
- mieux mesurer l'importance de la localisation du public pour rendre compte de leur action et de leur influence. Il semble nécessaire ici de faire une analyse pointue du lieu de domiciliation des usagers pour mesurer le rapport distance/proximité par rapport aux centres (une attention particulière devrait être accordée aux nouveaux usagers qui viennent pour la première fois) et de mettre en relation la localisation géographique des centres et le profil socio-économique des ménages de la zone pour mieux concevoir les actions de prévention.

## 9. Une photographie ratée, un ensemble de conditions à ordonner

En conclusion de ce passage en revue, il ne faut guère insister sur le caractère disparate des données recueillies, nos efforts pour trouver des informations permettant d'établir un tableau général de l'existence des services, de leurs activités et de leurs publics aboutissant à une photographie plus que brouillée, ratée. En effet, qu'avons-nous récolté comme données ?

- en ce qui concerne le nombre d'établissements hospitaliers, le nombre de lits ou places, le nombre de patients et le nombre de journées, ventilées par région, on a appris qu'à Bruxelles, en 1995, pour 50 hôpitaux comprenant 9.832 places ou lits, on a compté 281.211 patients pour 2.807.580 journées;
- les activités du service 100 selon la nature des interventions (évolution 1990-1995) et selon le nombre d'appels aux centres : celui de Bruxelles aurait reçu en 1995 177.612 appels sur un total de 825.955, soit 21,5% du total;
- "il est difficile de dégager assez vite des problèmes de santé spécifiques de la région bruxelloise. Le profil de la consommation médicale est par contre relativement spécifique : on observe notamment une concentration de médecins et de lits d'hôpitaux. Les médecins généralistes y jouent un rôle moins prépondérant que dans les deux autres régions du pays, tandis que les dépenses de soins y sont plus élevées. Inversement, le problème de l'accessibilité financière des soins de santé semble plus marqué à Bruxelles que dans le reste du pays";
- l'impact local des centres forfaitaires (Maisons médicales) peut être très important : Au total, en Belgique, 41.150 inscrits pour 10.000.000 habitants, soit 0.41%. **En Wallonie, 22.950 inscrits pour 3.400.000h. soit 0.87%. A Bruxelles, 11.700 sur 950.000 h. soit 1.23%;**
- pour 17 équipes de centres de santé mentale, en 1996, il y aurait eu 7.829 consultants;
- 20 institutions ont participé à la mise en place du système ADDIBRU relatif à la toxicomanie en région bruxelloise qui, en 1996, a porté sur 2.020 fiches;

- pour les 25 plannings familiaux, il y a 107.7 ETP mais 363 personnes aux statuts divers -, le total des heures d'activités sur une année (199.232 heures) et le nombre de consultations (95.045), soit une moyenne de 3.801 consultations/clients/usagers par centre sur une année; dit autrement, en divisant le nombre total de consultations par 240 jours, en moyenne les centres de planning dans la Région de Bruxelles-Capitale reçoivent 356,4 clients/usagers par jour.

C'est bien peu d'informations en matière de tableau général des activités des différentes composantes du système de santé. Il apparaît plus que jamais indispensable de pouvoir visibiliser les actions des services ambulatoires afin de mieux percevoir le volume de leurs activités comme la variété ou l'homogénéité des publics qui les fréquentent. CE qui suppose la mise en chantier d'une opération de recueil des données qui permettraient de réussir la photographie.

Par contre, nous pouvons mesurer la diversité des approches méthodologiques et l'abondance des conditions à réunir - ou les différentes focales à se procurer pour photographier, si on prolonge cette métaphore - afin de mener à bien cette opération :

- établir un tableau précis des actions qui se déroulent à Bruxelles pour rencontrer les problèmes de santé,
- mettre en place un processus de concertation autour de la diffusion des données et la réalisation d'analyses qualitatives.
- tenir compte de la localisation géographique des services
- mieux mesurer l'accessibilité de ceux-ci en fonction du public qui les fréquente,
- spécifier ce qu'on entend par "service de proximité".
- la structure de travail proposée - par délimitation des objectifs - est une partie de la mise en place de cette négociation et un des éléments permettant d'envisager la mise en chantier d'une concertation autour du thème de "promotion de la santé" et le dispositif de recueil des données qu'elle implique.
- l'intérêt de se livrer à un travail de délimitation de notions - prévention, médecine générale, comportements des personnes, milieux défavorisés, éducation à la santé - à partir d'une revue de la littérature et d'échanges de pratiques
- afin de créer un savoir commun quant à l'objectivation du lien entre santé et précarité ou pauvreté.
- La démarche suivie permet, au-delà de l'échange des points de vue et des pratiques, de chercher à dégager des pistes communes quant à la manière de construire un autre regard sur un milieu en situation précaire économiquement mais aussi culturellement.
- l'attention particulière accordée au niveau d'instruction,

- la définition claire des motifs de contacts avec le système SOAP,
- la possibilité de réaliser des évaluations d'échelle.
- la nécessité de mettre en place d'un dispositif d'accompagnement ou d'encadrement organisationnel disposant de moyens (équipe de coordinateurs) et pouvant s'appuyer sur une commission de supervision et d'évaluation des données statistiques,
- la définition d'un tronc commun d'informations générales comprenant des données socio-démographiques et diagnostiques ainsi que des données minimales quant à l'admission et à la sortie (pour notre problème, il s'agit plus des motifs de contacts et par qui les personnes sont envoyées et vers qui elles sont dirigées); sur ce tronc commun, viennent se greffer des modules non obligatoires permettant aux institutions de traiter la spécificité de leur action,
- le principe d'échantillonnage appliqué à ces modules spécifiques (deux ou quatre fois une semaine par an).
- la nécessité de dépasser le simple comptage descriptif sous la forme des fréquences de distribution en se donnant les moyens méthodologiques de typologiser publics et modes d'intervention;
- la fonction permanente d'auto-évaluation des pratiques au sein d'une équipe.
- simplifier la saisie des données en adoptant un encodage plus léger, plus proche des "manières de faire" des centres et de disposer d'un logiciel plus performant, surtout plus convivial qui permette une saisie des données plus fiable
- repenser le temps consacré aux activités de réunions d'équipe, au travail d'accueil et aux activités administratives et de gestion au niveau des équipes afin réévaluer le temps à consacrer à la saisie des données
- pour l'administration, en coordination avec le conseil consultatif, mener à bien un travail qui doit lier dans un même mouvement la définition d'un protocole fiable de saisie des données, l'adoption d'un logiciel plus performant (au sens de "plus facile à manier") ET une démarche d'analyse de la répartition des tâches administratives et de travail en commun au sein des équipes faisant l'objet d'un suivi - assuré par l'inspection -; ceci implique que l'administration joue plus un rôle d'administration de mission que de contrôle
- disposer des données par individu; se pose ici la question de l'anonymat de celles-ci - ce qui n'est pas vraiment un problème dans la mesure où l'informatique permet de ne retenir que les variables pertinentes et anonymées servant à l'analyse - et l'établissement d'un accord entre l'administration et les centres pour assurer un traitement GLOBAL des données. On se donnerait alors la possibilité de pouvoir assurer les croisements entre les différentes variables pour avoir une meilleure perception des publics qui s'adressent aux centres en les comparant avec ceux des autres secteurs.

- repenser l'organisation des tâches autour de la fonction d'accueil et de suivi du public. Ainsi, ce devrait être un aspect essentiel du travail à l'accueil - et à la fin de la visite - que d'établir une analyse de situation afin de préparer la visite à venir ou la réorientation de la "demande" du client/usager vers un autre type de consultation - du médical vers le psychologique ou l'inverse - ou vers une autre institution. En distinguant clairement ce qui fait l'objet d'un travail interne et d'un renvoi vers l'extérieur, on aurait là une première manière de pouvoir réunir l'information à l'accueil et de pouvoir en assurer son suivi
- établir une carte des partenaires avec lesquels les centres sont en relation tant pour analyser l'origine (qui est envoyé par un médecin traitant?) des demandes que leurs orientations (vers quel type de problème est-il orienté ?)
- mieux mesurer l'importance de la localisation du public pour rendre compte de leur action et de leur influence. Il semble nécessaire ici de faire une analyse pointue du lieu de domiciliation des usagers pour mesurer le rapport distance/proximité par rapport aux centres (une attention particulière devrait être accordée aux nouveaux usagers qui viennent pour la première fois) et de mettre en relation la localisation géographique des centres et le profil socio-économique des ménages de la zone pour mieux concevoir les actions de prévention.

Soit 25 conditions au moins pour réaliser une opération permettant d'établir un recueil de données systématisant activités, publics et moyens disponibles en qualification et en argent. Il apparaît que cet ensemble de conditions soulève, au-delà de la diversité des approches méthodologiques, le problème de l'usage en aval (pour qui, pour quoi faire...pour quels décideurs ou quels usagers), qu'il y a une indétermination certaine des variables minimales pour réaliser un travail de typologisation des publics, que la confusion sur l'usage d'un vocabulaire où on parle de besoins et de services est fréquent, que l'auto-affirmation d'une autonomie spécifique relève d'une autre confusion, celle entre les normes et les missions, que ces confusions en génèrent une troisième à partir de la distinction en anonymat de l'utilisateur et anonymat des institutions où l'évaluation des activités est suspectée de cacher un projet de contrôle ou de mesure de la productivité... Il est donc nécessaire d'ordonner les conditions à réunir en distinguant deux problèmes, celui de l'analyse sociale de la zone ou du quartier, celui du recueil des données.

## **RECOMMANDATION 1. UNE ANALYSE SOCIALE D'UNE ZONE**

Nous avons constaté le caractère "stéréotypé" des descriptions du milieu dans lequel l'association a choisi de s'implanter et de développer son action. De la même manière, les difficultés à qualifier le public autrement que par des catégories administratives ("chômeurs de longue durée", "minimexés") ou simplistes ("pauvres", "précaires", "solitaires") indiquent la nécessité de développer un premier effort - intellectuel et démocratique - à l'endroit du lieu où on travaille.

Il n'est jamais inutile de rappeler en quoi consistait la grande tradition de l'Ecole de Chicago à travers le texte-programme de Robert Park<sup>49</sup> paru en 1926 (!) dans la mesure où il permet de situer le travail à faire. Park délimite l'approche monographique de la ville à partir de quatre dimension

- le plan de la ville et l'organisation locale (voisinage, aires de ségrégation)
- l'organisation industrielle et l'ordre moral (catégories et types professionnels, mobilité des groupes sociaux, diffusion des nouvelles, psychologie collective)
- les relations secondaires et le contrôle social
- le tempérament et le milieu urbain

qui permettaient d'ordonner un ensemble de 50 questions afin de développer une analyse dynamique de la ville. Si l'art de la monographie qui s'est développé à partir de ce programme, a fait l'objet de nombreux travaux sociologiques, c'est justement parce qu'il ne s'est pas enfermé dans des catégories administratives ou des simplifications abusives. Alors qu'aujourd'hui les pouvoirs publics ont - trop - tendance à présenter Bruxelles comme une ville pauvre, dualisée, polarisée, il est nécessaire de revenir à un travail plus fin, plus ethnographique et anthropologique, qui interroge les catégories d'usage courant et développe un questionnement sur les "manières de vivre en ville" qui ne soit pas centré sur le repérage des facteurs pathogènes.

Sans ici déclarer qu'il faut devenir sociologue de la ville et développer des analyses scientifiques pointues de la ségrégation urbaine<sup>50</sup>, il est question d'envisager une meilleure connaissance des milieux sociaux et culturels en adoptant une procédure - minimale et optimale - qui permettrait d'accroître considérablement cette connaissance. L'enjeu est de

---

<sup>49</sup> R. Park, "La ville. Propositions de recherche sur le comportement humain en milieu urbain", in : Y. Grafmeyer, I. Joseph, 1984, L'Ecole de Chicago. Naissance de l'écologie urbaine, Paris, Aubier (Coll. Champ urbain), pp. 79-126.

<sup>50</sup> Voir le numéro 1/1999 de la revue Recherches sociologiques : "Sociologie de la ville", qui présente un ensemble de travaux à partir d'un programme de recherche centré sur la question de la cristallisation des manières de vivre ensemble dans un espace; voir pour une analyse de la ségrégation, X. Leloup, 1999, La ségrégation résidentielle. Le cas d'une commune bruxelloise, Paris, L'Harmattan.

dépasse une approche strictement épidémiologique des problèmes sociaux et de situer la vie urbaine par rapport à la citoyenneté.

1. La **procédure minimale** a été décrite par T. Lahaye dans un article paru dans la revue *Bruxelles-santé*<sup>51</sup>. Nous en reprenons les éléments en encadré.

L'élaboration d'un projet dans un territoire implique une délimitation préalable de l'espace à l'intérieur duquel on estime pouvoir agir, dans un temps déterminé, avec des moyens et des méthodes définies.

Le territoire doit constituer une entité suffisamment cohérente (un quartier, une partie de la ville, la ville), ni trop limitée, ni trop vaste. Dans cette optique, il semble impératif de se poser six questions :

- 1) qui va décider du choix du territoire et selon quels critères ?
- 2) la manifestation de problèmes particuliers influence-t-elle le choix du territoire ?
- 3) le choix du territoire est-il décidé en fonction de découpages administratifs et politiques ou en fonction des modes d'échange et de communication des habitants ?
- 4) la délimitation du territoire dépend-il de son rôle économique, social, urbanistique, culturel, historique ?
- 5) pourquoi choisir ce territoire d'intervention plutôt qu'un autre ?
- 6) le choix du territoire peut-il avoir une répercussion positive sur l'espace environnant ?

Le territoire défini, l'expérience enseigne qu'il importe de commencer par le parcourir, le repérer, l'identifier, l'analyser avec ses pieds, son œil, son intuition première. Cette approche intuitive permet de se faire une première opinion du territoire d'intervention. Une fois ce repérage effectué, le travail de données peut commencer. Pour la clarté de l'exposé, nous répartirons ces dernières en six catégories. Il est clair qu'elles se chevauchent dans la pratique.

La première de ces données est historique. Il est très rare, en effet, qu'un problème urbain ne comporte pas certaines caractéristiques qui résultent de l'histoire du lieu ou de la manière dont le problème a été traité ou géré ultérieurement.

La deuxième concerne l'environnement. Les données à relever dans ce cadre sont nombreuses. Il s'agit, notamment de :

- évaluer la densité de la population au kilomètre carré;
- mesurer l'importance des espaces publics;
- localiser les routes, chemins, rails,...et d'en déterminer les conséquences des tracés;
- chiffrer le volume et la nature de la circulation;
- juger la destination du sol, des usages industriels, commerciaux, artisanaux et résidentiels;
- apprécier l'étendue et la nature des aires de loisirs;
- jauger la situation des grands ensembles et la manière dont ils affectent la vie des habitants;
- estimer l'étendue et l'importance des tentatives pour lutter contre le vandalisme, les graffiti,...et transformer l'environnement, etc.

La troisième donnée concerne les habitants. Plusieurs aspects sont, ici aussi, à prendre en considération :

- les données de recensements;
- les données concernant le bien-être (taux de mortalité, de morbidité, de délinquance,...);
- les données permettant de sentir le territoire : comment les habitants perçoivent-ils le territoire et ses caractéristiques ?
- mes données relatives aux réseaux locaux. Il s'agit d'analyser l'aspect collectif de la vie du territoire d'intervention. Quels sont les relations avec la famille, les voisins, les amis ? Quels sont les contacts à l'intérieur et avec l'extérieur ?
- les données portant sur les valeurs et les traditions.

La quatrième donnée touche aux structures collectives. Il existe, sur le territoire d'intervention, de nombreuses structures collectives avec une grande diversité de buts, de rôles et de procédures d'action. On distingue ainsi :

- les administrations et/ou les ministères et plus précisément les services en rapport avec l'aménagement du territoire, la santé, la justice, le logement, l'aide sociale,...
- les entreprises et autres activités économiques;
- les groupes religieux : certains jouent un rôle social à ne pas négliger;

<sup>51</sup> T. LAHAYE, "Apprendre à connaître son territoire" in : *Bruxelles Santé*, n°10, juin 1998, pp. 12-13.

- le secteur associatif.

La communication, et plus précisément la diffusion de l'information, constitue la cinquième donnée. Il s'agit ici d'analyser comment les idées, les informations et les nouvelles se propagent sur le territoire. Il convient également de connaître la manière la plus efficace de communiquer avec les personnes clés (habitants ou professionnels, ainsi que les circuits d'influence dans les différents groupes capables de modérer et modifier l'opinion publique). Enfin, il faut connaître toute la gamme de moyens de communication utilisés, depuis les contacts verbaux et informels jusqu'aux prospectus, journaux, radio, télévision.

La sixième donnée touche au pouvoir et au leadership. Les informations sur les habitants, les structures collectives, les communications apportent une foule de renseignements sur la façon dont s'exercent le pouvoir, le leadership et les influences. Il faut connaître :

- le monde des entreprises (ou commerces);
- le pouvoir politique;
- les administrations;
- les groupes locaux et autres structures collectives. A côté de la structure publique ou officielle du pouvoir, il existe une foule de gens qui cherchent à influencer les décisions et les événements.

L'ensemble de ces données recueillies, il convient de les traiter. La grille de questions ci-après peut apporter une aide pour construire un diagnostic, dynamique faisant apparaître les enjeux.

Thèmes	Potentiel humain	Domaine économique et financier	Politique d'aménagement et d'équipement	Relations externes
Facteurs	1. population et ressources humaines 2. formation et recherche 3. dynamique locale et réseaux d'acteurs	4. dynamique économique 5. ressources et financement	6. cadre de vie et urbanisme 7. transport et communication 8. équipements collectifs	9. ouverture internationale
Points forts				
Points faibles				
Potentialités				
Menaces				
Enjeux				

#### Bibliographie :

- De Cournon J., Le projet de ville, un essai pratique, Paris, Ed. Syros
- Handerson P., Thomas N.D., Savoir faire en développement social local, Paris, Ed. Bayard
- Lacaze J.P., Aménager sa ville. Les choix du maire en matière d'urbanisme, Paris, Ed. du Moniteur
- Jacquier C., Voyage dans dix quartiers en crise, Paris, L'Harmattan.

Cet ensemble de questions peut être abordé par l'ensemble des travailleurs d'une association en fonction de leur connaissance du terrain avec l'aide d'un stagiaire assistant social formé à l'approche monographique ou par un étudiant en sociologie réalisant son travail de fin d'études. A noter que la présence d'un étudiant suppose un partenariat avec une école sociale ou une équipe de recherche qui peut assurer le suivi de ce type de travail de diagnostic.

2. La **procédure optimale** introduit deux éléments supplémentaires : une démarche comparative et la construction d'un partenariat.

Méthode d'analyse comparative des différents secteurs d'études ou zones géographiques d'une ville

L'objectif de la démarche est d'objectiver au mieux l'analyse des secteurs d'études où des actions sont menées. Il s'agit de trouver un moyen terme entre un choix trop subjectif et aléatoire et une décision qui résulterait d'une véritable enquête scientifique, hors de proportion avec l'objectif poursuivi. Cet instrument d'aide à la décision vise simplement à une vérité "approchée" et nécessite la construction d'un partenariat.

Les limites communales ne sont pas considérées comme des normes de délimitation de l'espace.

Six domaines sont abordés à travers un ensemble d'indices au nombre de 31 sur lesquels un groupe composé de différents intervenants et habitants de la zone travaille afin de produire un diagnostic "partagé". Le tableau qui suit donne une idée du travail collectif qui est à réaliser :

Domaines	Indices
1. Localisation	1.1. Isolement 1.2. excentricité
2. Signaux d'alarme	2.1. carence de commerce de proximité 2.2. faiblesse des implantations industrielles et artisanales 2.3. chômage 2.4. fuite de population 2.5. retards scolaires
3. Habitat et cadre de vie	3.1. Concentration de population 3.2. inconfort 3.3. nuisances 3.4. mauvaise qualité de l'environnement 3.5. loyers impayés 3.6. dégradations 3.7. appartements ou immeubles inoccupés 3.8. immeubles murés 3.9. difficultés dans la politique de logement 3.10. manque de maîtrise de la gestion du logement 3.11. défaut d'équipements collectifs de loisirs 3.12. défaut d'équipements scolaires
4. Population	4.1. instabilité 4.2. baisse 4.3. parents isolés
5. Cohésion sociale	5.1. perte du sentiment d'appartenance 5.2. clivages intercommunautaires 5.3. absence de réseaux informels de solidarité 5.4. absence de vie associative
6. Présence institutionnelle	6.1. absence de projets de rénovation ou de réhabilitation 6.2. concentration de travailleurs sociaux 6.3. faible fréquentation des équipements collectifs 6.4. absence d'infrastructures administratives de base 6.5. absence de structures de coordination

Ce système de repérage n'est pas "fermé" dans la mesure où les membres du groupe de travail discutent de leur pertinence, de leur utilité, en ajoutent de nouveaux et finissent par construire une analyse comparative des différents espaces qui constituent une zone ou un quartier.

En ce qui concerne la construction d'un partenariat, nous renvoyons à trois documents qui ont été largement diffusés<sup>52</sup> :

- Cridis, 1996, Partenariat et négociation , Cahier pédagogique n°2, Cocof
- Cridis, 1998, Action sociale et action communautaire, Cahier pédagogique n°3, Cocof
- Bruxelles santé, 1997, Agir en promotion de la santé : un peu de méthode...Question Santé & CLPSB.

Nous indiquions plus haut que l'enjeu de cette démarche était de dépasser une approche strictement épidémiologique des problèmes sociaux et de situer la vie urbaine par rapport à la citoyenneté. C'est qu'il nous semble que la ville doit être abordée d'une autre manière, avec un autre regard que celui qui serait limité à repérer les pathologies.

### 3. La ville incertaine

La ville paraît à certains de plus en plus invivable. Elle reste cependant le lieu essentiel de la modernité dans la mesure où, si on se place au niveau des relations que les gens entretiennent ou non entre eux, si on se pose la question « comment vivent-ils ensemble ? », on est amené à prendre de la distance par rapport à des analyses qui accentuent son côté dualisé, polarisé et à revenir à ce qui TRAME les relations sociales et les rapports sociaux dans des lieux – un logement, un immeuble, une rue, un quartier, des espaces publics - qui sont appropriables ou non. Si la ville peut être considérée comme un lieu de composition, elle est aussi traversée par des constructions et des tensions – entre groupes d'âges, entre générations, entre isolement social et rapport à l'altérité, entre temporalités différentes – qui sont à mettre en perspective par rapport aux transformations du rapport au travail mais aussi par rapport à la création culturelle.

C'est un projet de recherche cohérent qu'il faut tisser pour rendre compte de ces constructions et ces tensions. Il s'agit alors de partir des lieux que les sujets occupent et non de la ville comme totalité ou encore de partir de l'unité de pensée irréductible - l'individu des villes, ses fantasmes de solitude - mais aussi de ses relations primaires pour, ensuite, s'interroger sur l'attachement que les habitants des villes manifestent à l'égard de certains lieux de vie, minimes et proches : résidences, rues, réseaux de maison. S'il s'agit de décrire et critiquer les fermetures, sociales et spatiales, produites par les stigmatisations identitaires - les "pauvres", la "banlieue", les "noirs",... tout en s'interrogeant sur les formes de franchissement que les citoyens mettent en œuvre face aux ségrégations de la non-ville, il est plus nécessaire encore

---

<sup>52</sup> Reste à savoir s'ils ont été lus...

de rechercher dans les sociabilités élargies (soit l'extension des réseaux sociaux) le cadre et l'énergie de la participation sociale et de l'expression culturelle des individus et de s'interroger sur la renaissance possible de l'idée de ville comme creuset de rencontres et d'expériences de l'altérité (sur la culture, l'imagination citadine, les espaces publics).

**L'enjeu - socio-anthropologique** - est alors de se placer au plus près des espaces-temps de la vie citadine pour faire émerger une autre ville, présente et agissante dans la non-ville, c-à-d au milieu de formes et de politiques de ségrégation qui divisent et séparent les espaces et les mondes sociaux urbains et de rendre compte des creux, des vides, des imprévus et de l'informalité d'une partie au moins des relations sociales en ville.

Ce projet de recherche ne peut être mené à bien sans **la collaboration entre des équipes de recherche universitaire et des services et des associations** qui oeuvrent dans différentes zones et qui participent à l'élaboration de ces savoirs urbains. De la même manière, cette collaboration entre monde universitaire et monde associatif devrait déboucher sur **un travail en partenariat avec les responsables communaux afin de définir une meilleure intégration des communes au système de santé publique**. Il ne serait pas souhaitable que cette intégration soit limitée à la compilation de seuls indices épidémiologiques ou de mesures standardisées de santé. Il s'agit clairement d'inciter les communes à se situer dans le projet "ville-santé" à partir de 4 axes :

- une amélioration de la connaissance de la ville et de la problématique ville-santé,
- une intégration des communes au système de santé au niveau des soins de santé primaires,
- une amélioration de la prise en compte des spécificités locales dans la conception des programmes de santé publique,
- un accompagnement organisationnel - par un soutien technique et stratégique - de l'investissement matériel et immatériel des communes promouvant une politique de santé publique.

Ces quatre axes devraient faire l'objet d'une recherche à très court terme afin de répertorier les éléments qui positionnent les communes quant à leur participation au projet de "ville-santé" à Bruxelles.

## **RECOMMANDATION 2. LE RECUEIL DES DONNEES**

Nous ne reprendrons pas ici les termes du tableau établi au terme de notre passage en revue des travaux lors des Entretiens d'Egmont en février 1998 par rapport à la manière de concevoir un système local d'informations selon ce qu'il faut éviter et ce qui est à réaliser.

**Il apparaît comme évident que ce système doit se construire de manière négociée autour du projet d'un protocole commun minimum comportant un tronc commun d'informations générales avec des modules spécifiques selon les orientations de service ou de mission des différents partenaires de la politique de santé, ces modules étant régis par un principe d'échantillonnage.**

Ce principe étant acquis, encore s'agit-il de mettre en forme - pour la négociation à venir - les éléments indispensables pour visibiliser les activités du secteur ambulatoire des soins en santé. L'expérience, le passage en revue des différentes pratiques indiquent **trois blocs de données** :

- un bloc concernant la personne qui s'adresse à un service ou qui est le sujet d'une intervention; traduit du point de vue du service, il s'agit de répondre à la question : à quoi sommes-nous confrontés (demandes, appels, plaintes,...)<sup>53</sup>; on n'oublie pas ici de distinguer le nombre de fois où un même individu vient en consultation ni le nombre de nouveaux et d'anciens dossiers ouverts;
- un bloc d'enregistrement des activités du service; soit la réponse à la question : quel service prestons-nous (volume et type d'activités);
- un bloc qui présentent les démarches, la nature des prises en charge, la temporalité des interventions; la question ici est : quels résultats obtenons-nous.

On conviendra que les informations réunies dans chacun des blocs seront croisées entre elles (analyse en tableaux doubles, analyse multivariée et multifactorielle) en vue de dégager des typologies de public et d'actions, de consultations ou d'interventions; les données sont individuelles et anonymées; ceci doit également faire l'objet d'une négociation (commission d'évaluation des données, contrats de transferts,...).

---

<sup>53</sup> Nous n'utilisons sciemment pas le terme de "besoin" pour des raisons exposées dans la partie III de ce rapport.

**BLOC 1. La personne et son milieu**  
**10 variables**

- V1. sexe
- V2. âge (même regroupement en classes)
- V3. nationalité
- V4. lieu de domiciliation
- V5. Etat civil
- V6. Profession
- V7. Situation socio-professionnelle
- V8. Mode de vie
- V9. Niveau d'instruction le plus élevé
- V10. Type de logement occupé

**BLOC 2. Les activités du service**  
**7 variables**

- V1. Nombre de consultations ou de dossiers
- V2. Nouveaux et anciens dossiers ou année d'ouverture du dossier
- V3. Nombre de consultations par la même personne
- V4. Tarif de la consultation
- V5. Assurabilité de la personne
- V6. Répartition des dossiers entre membres de l'équipe
- V7. Estimation du temps par type d'activité

**BLOC 3. Les démarches, les diagnostics, la prise en charge, le temps...(SOAP)**

**10 variables**

- V1. le type de démarche
- V2. La prise en charge antérieure
- V3. le mode de venue ou l'origine de la demande
- V4. le motif de la consultation
- V5. Les problèmes dominants
- V6. le diagnostic
- V7. la proposition de traitement
- V8. l'évolution du patient
- V9. les prestations fournies
- V10. l'état du dossier

Soit un total de 27 variables  
Permettant une description  
des types de public en fonction du nombre de consultations  
des types de public en fonction des démarches développées  
du nombre de consultations en fonction des démarches adoptées  
selon les différents secteurs et zones géographiques.  
L'unité de base est l'individu anonyme.

### III. LE RAPPORT D'ACTIVITES COMME OUTIL D'AUTO-EVALUATION

"Un recueil de données n'est pas un rapport d'activités. Il est impératif que les données de type socio-démographique récoltées ne puissent être utilisées pour une lecture de l'institution qui les donne. En effet, ce type de données ne sont pas le reflet de l'activité d'une institution mais bien un des reflets de la population qui la consulte. L'activité d'une institution se trouve détaillée, au regard de son projet, dans son rapport d'activité. (...) Un usage biaisé de cette collecte de données, qui permettrait des extrapolations éventuelles pouvant faire lien avec la subvention accordée à l'institution risque fort de rendre caduque toute tentative d'avoir l'image fiable que nous attendons" (Dr C. Remy, p. 11, Entretiens d'Egmont)

"L'évaluation - celle des conditions de travail comme celle de la place qu'occupe les usagers par rapport au service offert - est une démarche indispensable pour la valorisation d'un système d'action. A une condition : qu'elle soit réalisée par les travailleurs d'une équipe et par les usagers du service" (B. Francq, T. Lemaigre, 1999, Services sociaux publics : qualité de la vie de travail et qualité de service, Rapport national pour la Belgique)

Ces deux citations balisent assez bien les positions en présence par rapport à ce que doit être un rapport d'activités : certainement pas un outil de mesure de la productivité, certainement un outil de la qualité du service produit rendant compte de la place de l'utilisateur dans cette production. Ces manières de voir ne vont pas de soi. Il s'agit de prendre la mesure des problèmes que soulèvent la réalisation dudit rapport d'activités, de son caractère obligatoire et démocratique par rapport au fonctionnement associatif pour ensuite opérer une rectification tant sémantique que politique (l'expression de la production des services en termes de besoins, l'expression de la place des usagers en termes de marché - offre, demande -). Cette rectification étant opérée, nous pourrions voir quelle démarche la réalisation dudit rapport peut développer en termes de processus d'auto-évaluation.

#### 1. La loi a changé

Une assemblée générale, un conseil d'administration, des travailleurs siégeant dans l'une ou l'autre instance, un rapport d'activités annuel avec la situation financière...tels sont les éléments de base du fonctionnement associatif. C'est **la part démocratique**, celle qui permet de mettre au courant les membres de l'association des actions menées, des problèmes rencontrés, des projets à développer, des partenariats à établir, parfois des comptes à apurer. Il se fait que c'est aussi un instrument pour l'administration qui a pour tâche de contrôler si l'association continue son action ou pas, existe ou non, est caractérisée par un mode de fonctionnement démocratique. En fait, plus que de contrôle, il s'agit bien plus de l'obligation consistant à apporter la preuve de la continuité du service. Ce qui ne va pas sans ambiguïté

puisque cette preuve est facilement assimilée à un contrôle. Encore faudrait-il que l'administration ait les moyens réels de contrôle sur la vie démocratique de l'association, ce qui n'est pas le cas.

La nouvelle loi sur les associations (votée au Parlement en avril 1999) vise à renforcer la part démocratique<sup>54</sup> en imposant que l'ensemble des pièces administratives (dont les procès-verbaux de réunion du conseil d'administration) et comptables soit centralisé au siège de l'association et être consultable par les membres. Les asbl seront tenues de déposer leurs comptes et les documents relatifs à leur fonctionnement (statuts, membres,...) auprès du greffe du Tribunal civil de leur juridiction. Le rapport d'activités n'en prend que plus d'importance comme preuve de l'existence de l'association. Pourtant, il est porteur d'un enjeu beaucoup plus considérable dans la mesure où, de par son usage interne et externe, il constitue un élément important du système d'informations des activités réalisées et des problèmes rencontrés dans l'effectuation des missions confiées ou attribuées. En matière de fonctions assumées - on a vu combien elles étaient nombreuses et variées dans la première partie de ce rapport -, le compte-rendu des actions soulève un double problème : celui de ne pas entretenir de confusion entre le recueil des données et la mesure de la productivité de l'association; celui de la production d'une auto-évaluation du travail effectué par une équipe, soutenue par des membres qui les aident à assurer leurs missions, à développer leurs projets et à améliorer leurs conditions de travail.

A poser en ces termes les usages que l'on pourrait faire du rapport d'activités, au-delà de la preuve de l'existence de l'association, les choses ne vont pas de soi : d'une part, parce que la mesure des activités de l'association est exprimée de telle manière que ces activités sont assimilées d'emblée avec des besoins; d'autre part, parce que le terme même d'évaluation est assimilé à un contrôle des activités qui couvriraient des besoins supposés réels. Pour sortir de ce raisonnement qui fonctionne en boucle, il est nécessaire de se pencher sur ce que recouvre cette notion de besoin et ses différents usages, notamment opératoires, pour mieux s'en débarrasser... afin d'envisager, avec l'aide de la sociologie du travail, une manière de penser qui soit plus créative, plus collective aussi.

## 2. Une rectification : se débarrasser des "besoins" et parler en terme de service

Que penser du genre d'affirmation qui suit : "un service intervient au moment où un problème de santé ressenti comme un besoin de soins est verbalisé comme demande de soins lors de la rencontre d'une offre/service par un dispensateur de soins" sinon que l'on est dans une logique

<sup>54</sup> On sait aussi que la loi vise à renforcer les normes comptables des associations de plus de 30 personnes et ayant des recettes excédant 30 millions.

de marché où le citoyen est tout au plus défini comme un consommateur qui exprime des besoins... Autrement dit, ce genre de formulation pose problème en ce qu'il introduit une confusion entre l'utilisation du système de (soins, d'aide,...) et les besoins de (...), le calcul des indices de besoin n'étant qu'une détermination de l'offre en fonction de la consommation avec des mécanismes de garde-fous pour éviter d'avoir à augmenter l'offre. Cette grammaire de base de la logique du marché mérite qu'on y regarde à deux fois.

## 2.1. Les dimensions de l'approche en terme de « besoin »

### 2.1.1. Les contenus du terme

Par « besoin », on entend au niveau du sens commun « une exigence née de la nature ou de la vie sociale », qu'il s'agisse du besoin de nourriture, du besoin de changement, du besoin de parler... Les besoins renvoient souvent à tout ce qui aurait trait à « ce qu'une personne demande comme étant nécessaire à son existence ».

La notion a des sens différents selon différentes disciplines en sciences humaines : si en physiologie, on entend par besoin la tension de l'organisme provenant d'un manque (faim, soif), le besoin impliquant la nécessité d'un retour à l'équilibre, l'anthropologie a souligné combien la façon de satisfaire les besoins physiologiques propres à l'espèce humaine variait selon les cultures. La sociologie fonctionnaliste a développé plusieurs classifications des besoins (Maslow, 1954) dont on sait qu'ils sont définis en fonction de motivations essentielles telles que la sécurité, l'affection, l'estime de soi et l'accomplissement. Enfin, pour la psychanalyse, le besoin est purement organique et ne peut s'exprimer à l'état pur ; il s'agirait plus de pulsion et de désir se manifestant dans le psychisme. Comme le souligne M. Grawitz<sup>55</sup>, si le terme occupe une place importante dans les différentes sciences sociales, il est surtout ambigu : « On ne peut s'empêcher devant les nombreuses listes de besoins fondamentaux de penser aux droits de l'homme qui forcément s'en inspire. Faute de critères précis on risque de voir l'énumération s'allonger à l'infini, sans distinction de culture et d'importance, une hiérarchie devenant alors impossible : droit à l'intégrité physique correspondant au besoin de sécurité, mais pourquoi pas droit aux vacances, au soleil, etc., compris dans le besoin d'épanouissement. ».

Si l'usage du terme reste ambigu, il n'en demeure pas moins qu'il est utilisé pour mettre en évidence un certain nombre de tensions ; ce sont ces dernières qui font l'objet de l'usage du terme plus que son contenu. On peut relever dans les travaux qui ont été publiés ces vingt

---

<sup>55</sup> Grawitz M., 1988, Lexique des sciences sociales, Paris, Dalloz (4<sup>ème</sup> édition).

dernières années la mise en évidence des tensions suivantes qui toutes interrogent les finalités des politiques sociales :

- **tensions, quand ce n'est pas opposition, entre demande solvable et besoins** : on est en présence d'un raisonnement qui oppose l'économique au social en ramenant le premier à la demande solvable et le second au domaines des besoins « essentiels » non satisfaits. La politique sociale est alors définie comme l'ensemble des mesures destinées à satisfaire ces besoins (Greffé<sup>56</sup>). Aux Etats-Unis, le « Rapport social » du gouvernement fédéral illustre cette conception à partir de rubriques comme 'la santé', 'l'éducation', 'la pollution', le 'niveau de vie des familles',... conception qui correspond à la nécessité administrative de contrôler les moyens mis en œuvre dans un domaine donné ; l'essentiel ici consiste à recouper le caractère « essentiel » ou non de certains besoins avec le niveau de solvabilité des individus. On conviendra alors que les besoins renvoient à un objectif général qui consiste à « aider ceux qui sont dans le besoin » c'est-à-dire qui n'ont pas le minimum pour leur survie physique et sociale ou, autrement dit, qui ne sont pas solvables. L'étude des besoins se réduit alors à la frange de population aux revenus les plus bas;
- **tensions entre sécurité et dépendance** : M. Foucault<sup>57</sup>, dans un entretien intitulé « Un système fini face à une demande infinie », a souligné les effets inhérents aux mécanismes fonctionnels du dispositif de sécurité sociale (« d'un côté, on donne plus de sécurité aux gens, et de l'autre on augmente leur dépendance », p. 40) en relevant l'existence d'une demande positive (« celle d'une sécurité qui ouvre la voie à des rapports plus riches, plus nombreux, plus divers et plus souples avec soi-même et avec son milieu tout en assurant à chacun une réelle autonomie » -, p. 41). Il n'en demeure pas moins que les effets négatifs du dispositif semblaient l'emporter, deux tendances se faisant jour : « on observe un effet de mise en dépendance par marginalisation ou par exclusion » (p. 42) et « aujourd'hui intervient un problème de limites. Ce qui est en cause, ce n'est pas l'accès égal de tous à la sécurité mais l'accès infini de chacun à un certain nombre de prestations possibles ». Cette double tendance a pour effet « une séparation entre une population 'assurée' et une population 'exposée'. Pour prendre distance par rapport à cette séparation, les politiques sociales devraient développer une démarche conjuguant l'objectif d'une couverture sociale optimale et un maximum d'indépendance ; il s'agit alors de définir le droit d'accès aux différents moyens existants – santé, protection de la jeunesse, éducation,...-;

---

<sup>56</sup> Greffé X., 1975, La politique sociale, Paris, Presses Universitaires de France (Coll. L'économiste).

<sup>57</sup> Foucault M., 1983, « Un système fini face à une demande infinie », in : Bono R., Sécurité sociale : l'enjeu, Paris, Syros, pp. 39-63.

- **tensions entre survie et abondance** : la notion de besoin oscillerait entre le concept de survie (satisfaction des besoins physiologiques élémentaires) et celui d'abondance (suppression des besoins). Comme le faisait remarquer P. Rosanvallon en 1981<sup>58</sup>, l'Etat-protecteur correspondrait à la garantie de la survie (la protection physique de la vie) et l'Etat-providence à la garantie d'une abondance « minimale » pour tous les citoyens (Rosanvallon, 1981 : 34). La question est de savoir comment définir ce « minimum ». Or, il serait par définition historique, évolutif, toujours apprécié par rapport à une situation moyenne qui n'a guère de critères objectifs. Pour Rosanvallon, la catégorie de « besoin » est structurée par la dynamique sociale de l'égalisation et de différenciation (« il naît du constat d'une différence et du désir de la réduire »); il n'est qu'une redondance du concept de rapports sociaux, l'idée de libération du besoin ne venant redoubler que celle de l'égalité. Quelques quinze plus tard, Rosanvallon, en 1995<sup>59</sup>, prolonge sa réflexion sur l'égalité **en soulignant une double nécessité : celle de repenser les obligations positives dans une société d'insertion et celle d'effectuer une révolution sociologique en abandonnant définitivement une logique en terme de besoin ou de catégorie (« exclus », marginalisés, chômeurs,...) pour privilégier une analyse des processus** (« La situation des individus concernés doit être comprise à partir des ruptures, des décalages et des pannes qu'ils ont vécus. (...) Il ne sert à rien de « compter » les exclus. Cela ne permet pas de les constituer en objet d'action sociale. L'important est d'abord de bien analyser la nature des trajectoires qui conduisent aux situations d'exclusion en tant qu'elles sont chaque fois les résultantes d'un processus particulier » », p. 202);
- **tensions entre production et consommation** : une dernière tension oppose deux types de société, celle – industrielle – fondée sur le rapport salarial et une seconde centrée sur la consommation. Déjà, en 1968, Galbraith<sup>60</sup> mettait en garde contre les mutations des structures industrielles et « la filière inversée » qui s'édifiait autour du fait que « la consommateur ne commande plus la production » ; autrement dit, la nécessité d'écouler de nouveaux produits façonnait un consommateur à partir de besoins de plus en plus artificiels sans cesse reconduits grâce à un ensemble d'études de motivation, d'enquêtes de marché. Cette thèse – celle de l'arbitraire social des besoins et de l'aliénation qu'ils génèrent – n'est que le pendant des affirmations des publicitaires pour qui « tout peut devenir besoin ». Les sociologues n'ont cessé d'attirer l'attention sur le glissement

<sup>58</sup> Rosanvallon P., 1981, La crise de l'Etat-providence, Paris, Seuil.

<sup>59</sup> Rosanvallon P., 1995, La nouvelle question sociale. Repenser l'Etat-providence, Paris, Seuil.

<sup>60</sup> Galbraith J.K., 1968, Le nouvel Etat industriel, Paris, Gallimard.

sémantique qui traversait la tension entre production et consommation à travers l'égalité des termes de « besoin » et de « produit », les besoins se trouvant réduits aux produits qui sont disponibles sur le marché. Ainsi C. Paradeise et R. Laufer (1982)<sup>61</sup> soulignent l'apparition d'un marketing qui se base sur la disponibilité d'un ensemble de produits nouveaux qui sont supposés correspondre à « des besoins objectifs du consommateur, si évidents qu'on ne prend même pas la peine de les décrire » (Paradeise, Laufer, 1982 : 160) ; ils constatent que le même type d'argumentation se développe dans l'administration publique « lorsqu'elle se met en quête de l'Intérêt Général par le service public, en particulier en cherchant à satisfaire les besoins collectifs, directement ou par l'intermédiaire de politiques qui dirigent, stimulent ou découragent l'initiative privée. (...) Le besoin permet ainsi de réinterpréter toutes les attributions classiques de l'Etat et toutes ses interventions futures. » (idem : 162). Plus récemment, Z. Bauman (1999)<sup>62</sup> prolonge ces constats à travers les effets de la mondialisation, le dilemme qui préoccupe nos contemporains pouvant se formuler ainsi : doit-on consommer pour vivre ou vivre pour consommer ? En d'autres termes, veut-on et peut-on encore séparer le fait de vivre du fait de consommer ? Si on considère la notion d'habitude, la consommation peut se qualifier comme « l'habitude de changer d'habitude » (Bauman, 1999 : 125). Idéalement, un consommateur ne devrait jamais fixer son choix, ne devrait jamais prendre d'engagements définitifs, ne devrait jamais considérer un besoin comme totalement satisfait, un désir comme le désir ultime. Ce qui compte vraiment, c'est la volatilité, le caractère éphémère de tout acte. Or tout acte de consommation exige un certain temps, ce qui constitue une véritable plaie pour la société et un souci majeur pour ceux qui sont chargés de vendre ses biens. En effet, la satisfaction du consommateur doit être instantanée – apporter une satisfaction immédiate, prendre fin instantanément, au moment précis où le temps nécessaire à la consommation est épuisé, temps qui doit être réduit au minimum -. En réduisant cette durée, la culture de la consommation est fondée sur l'oubli, et non sur l'apprentissage. **On assisterait ainsi à une inversion du rapport traditionnel entre les besoins et leur satisfaction** : la promesse et l'espoir de la satisfaction précèdent maintenant le besoin à satisfaire, et seront toujours plus forts et plus attirants que les besoins réels. Il faut ajouter que la promesse est d'autant plus séduisante que le besoin en question est moins familier. Si on veut accroître leur capacité de consommation, il est nécessaire d'empêcher les consommateurs de ne jamais se reposer : être en même temps

---

<sup>61</sup> Paradeise C., Laufer R., 1982, *Le Prince bureaucrate. Machiavel au pays du marketing*, Paris, Flammarion.

<sup>62</sup> Bauman Z., 1999, *Le coût humain de la mondialisation*, Paris, Hachette Littératures (Coll. Forum).

sur le qui-vive, en permanence exposés à de nouvelles tentations, dans un état d'excitation permanent ET être maintenus dans un état de suspicion perpétuelle et de désaffection sans cesse renouvelée (« vous croyez avoir tout vu ? Vous n'avez encore rien vu ! »). Dans une société de consommation qui fonctionne normalement, les consommateurs vont au-devant de leur propre séduction. Agir de cette manière représente une compulsion, un summum qui se présente sous le masque du libre arbitre. Les consommateurs pensent exercer librement leur faculté de juger, de critiquer et de choisir mais ne peuvent refuser le choix de choisir.

Pour conclure ce premier point, **si la notion de besoin est ambiguë au-delà de son usage commun, elle est traversée par quatre tensions qui délimitent les usages opératoires que l'on peut en faire au plan des politiques sociales :**

- la tension entre demande solvable et besoins réduit l'étude des besoins soit à la population solvable, soit à celle qui ne l'est pas (au sens qui ne dispose pas d'un minimum vital) ; ce dernier aspect incline à réduire l'étude des besoins à la population ayant les revenus les plus bas ;
- la tension entre sécurité et dépendance délimite l'objet de l'étude des besoins à la définition du droit d'accès à un certain nombre de moyens mis en place dans le cadre du système de protection sociale ;
- la tension entre survie et abondance amène à rejeter le terme de besoin qui ne repose sur aucun critère objectif et à préférer une méthodologie centrée sur les processus et les trajectoires ;
- la tension entre production et consommation délimite l'étude des besoins soit à une approche en terme de marketing, de produit, soit à une mise à distance par rapport à un processus qui renforcerait l'aliénation ou la dépendance.

#### 2.1.2. L'usage opératoire du terme et ses variantes

Trois variantes délimitent l'usage opératoire de ce qu'il est convenu appeler « étude de besoins » :

- la première est une démarche marketing,
- la deuxième se centre sur la production d'indicateurs territoriaux de besoins,

- la troisième sur l'évaluation stratégique. D'emblée, il faut souligner que le terme de « besoin » est faiblement indexé dans cette troisième approche qui se définit couramment à travers le paradigme de l'évaluation des politiques publiques<sup>63</sup>.

#### a) La démarche marketing

On a choisi de commencer par celle-ci dans la mesure où, si elle est la plus utilisée, elle est la moins légitime par rapport à une perspective qui ne se réduit pas à définir l'acteur social comme un consommateur et le besoin comme un produit. Il s'agit néanmoins d'en rappeler les grands axes.

Partant d'une critique d'une démarche marketing centrée exclusivement sur une politique de vente orientée par les performances du produit par rapport à des critères techniques, des auteurs comme Levitt<sup>64</sup> ont préconisé **un nouveau concept orienté vers les clients autour de trois axes** : l'étude du marché, l'adaptation des produits ou services offerts aux besoins du marché, la communication de ces produits auprès des clients. Ces trois axes distinguent en fait **trois types de communication** : un flux d'information ascendant 'du marché vers l'entreprise ou le service), une phase de décision (adaptation de l'offre) et un flux d'information descendante (entreprise ou service vers le marché). Ainsi le marketing se définit-il comme l'analyse, l'organisation, la planification et le contrôle des activités, des stratégies et des ressources d'une entreprise qui ont une influence sur le client, en vue de satisfaire les désirs et les besoins de groupes de clients sélectionnés, de façon rentable.

Démarche ascendante et descendante, sélection de groupes de clients – rentables ou solvables -, tels sont les deux principes qui président à l'étude des besoins de la population en marketing – privé ou public -. Cette démarche combine à la fois une politique de collecte d'information passive (ou information spontanée : analyse des ventes ou du volume d'activités, étude des réclamations et suggestions, écoute des associations et groupes de défense) et une politique active de collecte d'information (étude des réactions des utilisateurs potentiels vis-à-vis des services existants et des utilisateurs actuels vis-à-vis des projets nouveaux). Méthodologiquement, l'outil privilégié est l'étude de marché ou le panel sur base du questionnaire et d'un échantillon de population. Démarche classique qui combine des entretiens personnels, par téléphone, par voie postale, par enquêteur. Le dépouillement des données se fait soit à partir de l'analyse factorielle de correspondance (recherche de pôles

---

<sup>63</sup> Le terme de « besoin » n'est pas indexé dans des manuels classiques comme ceux de Meny-Thoenig (1989), Bussmann-Klöti-Knoepfel (1997), Anciaux (1994).

<sup>64</sup> Levitt T., 1972, L'esprit marketing, Paris, Editions d'Organisation.

d'intérêt pour différents publics, définition de styles de vie,...), soit à partir de l'analyse en mesures conjointes (mesure de l'utilité relative des différentes composantes d'un projet ou d'une offre de service ; identification des systèmes de valeurs de différents groupes ; définition d'indicateurs de qualité de service ou d'utilité des projets,...)

#### b) Indicateurs territoriaux de besoins

Trois générations d'indicateurs sociaux ont, depuis le début des années 60, caractérisé les tentatives pour cerner les besoins de la population :

- les indicateurs de conditions de vie de l'O.N.U. publiés dans son Rapport sur la situation sociale dans le monde tentent d'apprécier, tous les quatre ans, l'évolution des inégalités internationales ; il s'agit d'une batterie d'indicateurs qui concernent aussi bien la santé, l'éducation que l'habitat, l'espérance de vie, la mortalité infantile...Des hypothèses sous-tendent la construction de ces indicateurs (exemple : la croissance du produit intérieur brut explique la santé des populations ; l'essor du commerce est à la base de l'amélioration des conditions de vie) ; cette démarche a souvent été critiquée comme privilégiant, de manière trop positiviste, une approche consensuelle de la qualité de la vie qui négligerait la diversité culturelle. A noter que l'O.C.D.E. en 1973 a établi une liste des préoccupations sociales<sup>65</sup> complétée par un programme d'élaboration des indicateurs sociaux ;
- l'approche appliquée au social par la Commission des Communautés européennes sur la perception de la misère en Europe dès 1977 ; l'objectif de cette enquête était triple : établir comment les habitants des pays de la Communauté perçoivent leurs revenus, évaluent leurs conditions de vie et considèrent « ceux qui vivent dans la misère ». A partir de là est construit un « indice de satisfaction » sur base de 230 items complétés par des repères socio-démographiques de l'interviewé et des aspects subjectifs (relations avec l'entourage, rapport entre générations, fonctionnement de la démocratie,...). Cet indice a permis de distinguer sept groupes de populations – des satisfaits aux aigris en passant par ceux qui s'estiment en transition et ceux qui sont mécontents ;
- un ensemble d'indicateurs décentralisés : les indicateurs élaborés tant par l'ONU que la CEE ou l'OCDE ont été considérés comme assez éloignés des réalités vécues quotidiennement par les populations ou les usagers des services ; la dispersion des

---

<sup>65</sup> Huit domaines premiers d'objectifs ont été définis : 1) la santé ; 2) l'épanouissement de la personnalité par l'acquisition des connaissances ; 3) la préservation et l'enrichissement de l'héritage culturel en tant qu'élément de la qualité de la vie des membres des divers groupes sociaux ; 4) l'emploi et la qualité de la vie au travail ; 5) le temps et les loisirs ; 6) les biens et les services disponibles ; 7) l'environnement physique ; 8) la sécurité des personnes, l'administration de la justice et la participation à la vie collective. La formulation de ces huit séries d'indicateurs manifeste le souci de prendre en compte le caractère qualitatif du bien-être.

informations locales a été soulignée début 1980 alors que nombre de pays préconisaient une politique de décentralisation administrative et politique. **La question qui a présidé à l'élaboration des indicateurs localisés a été : quelle pourrait être une gestion administrative plus proche du terrain ?** A partir de là, une démarche en termes de définition locale des besoins a vu le jour (Bebbington, Davies<sup>66</sup>), l'objectif étant d'établir une méthode permettant de répartir les ressources sociales entre diverses autorités locales ; il s'agissait de mener deux séries d'études rendant possible une comparaison géographique et inter-services :

- identification des groupes-cibles à partir de deux séries d'indicateurs : détail des capacités requises pour une autonomie ; inventaire des ressources fournies par l'environnement ;
  - répartition géographique des ressources en fonction du poids relatif de chaque groupe.
- Ensuite des choix sont formulés pour chacun des groupes et discutés avec les décideurs ; des normes sont établies en fonction d'aires restreintes et sont traduites, dans la mesure du possible, en quantité monétaire et fixées en fonction des éléments suivants : le nombre de personnes composant le groupe-cible ; le plan d'allocation des ressources, compte tenu de la répartition territoriale des groupes-cibles ; l'unité standard de coût du service.

Il n'en demeure pas moins que les indicateurs existants permettent d'établir le cadre dans lequel des hypothèses peuvent être formulées en ce qui concerne les besoins potentiels de la population ; ainsi la présence des étrangers, un faible taux d'activité des femmes, une population fortement scolarisée, l'importance du nombre de ménages ayant des revenus bas ou modestes, la composition des ménages, la répartition géographique de la population sur le territoire...sont autant d'éléments qui permettent d'élaborer des hypothèses soutenues par des raisonnements sociologiques.

### c) Evaluation stratégique

J. Bradshaw<sup>67</sup> a proposé un instrument de lecture des besoins sociaux qui s'inscrit dans la démarche d'une évaluation stratégique. Rappelons que cette dernière peut être définie comme une approche en terme de contrôle de la pertinence du diagnostic où l'intervention sociale est

---

<sup>66</sup> Bebbington A.C., Davies B., 1980, « Territorial need indicators : a new approach », Journal of social policy, vol. 9, n°2 et 4.

<sup>67</sup> Bradshaw J., 1972, « The concept of social need » in Gilbert N., Specht H. (eds), Planing for Social Welfare : Issues, Models and Task, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.

conçue comme un processus rationnel<sup>68</sup>. Le constat de départ est que le tissu institutionnel est si dense dans nos sociétés qu'il filtre les besoins sociaux. A partir de là, Bradshaw détermine plusieurs types de besoin :

- le besoin normatif : défini par les administrations (par exemple, un seuil de pauvreté)
- le besoin comparatif : mise en relation de deux régions ou deux types de population ; l'écart est perçu comme l'indice de « besoin » et comme critère de priorité permettant de déterminer des ayant-droits;
- - le besoin ressenti : demande auprès de la population si elle éprouve le besoin de telle aide ou de tel service ;
- le besoin exprimé : besoin en acte qui se traduit par des revendications ou des actions.

La distinction de ces quatre types de besoins débouche sur la construction de typologies opératoires pour les services sociaux à travers une gradation de besoins qui vont de l'existence d'un consensus sur la définition d'un besoin (exemple : la retraite) à l'absence de besoin au regard de toute définition en passant par l'existence d'une reconnaissance non-officielle du besoin ou la présence de besoin non satisfait.

**L'avantage de ces typologies est de faire éclater la notion de besoin et de mettre en évidence la diversité des contenus qu'elle désigne. L'autre avantage est de permettre d'explicitier les normes définies par les décideurs, les limites qu'ils fixent à l'intervention sociale et le processus de négociation qu'ils sont ou non amenés à engager avec les populations.**

Cette démarche doit retenir l'attention dans la mesure où, d'une part, elle peut servir de base à la mise en place d'une démarche d'évaluation qualitative et quantitative et, d'autre part, elle souligne – à partir des données disponibles – ce qui constitue en pratique une zone de consensus des besoins couverts (qu'il s'agisse du salaire minimum, des crèches ou du placement en institution).

Le terme de besoin, s'il fait l'objet d'un usage ambigu, est révélateur des tensions qui traversent une société ; c'est en cela qu'il **est indicatif des débats qui se déroulent dans la sphère publique** autour de problèmes comme la pauvreté, le caractère limité des services, le droit à leur accès ; son usage opératoire est de trois ordres : commercial (marketing), indicatif de l'état de développement d'une société, stratégique. Il existe cependant une manière plus pragmatique d'aborder les actions des organisations ou des services.

---

<sup>68</sup> Formulation du problème social ; traduction de ce problème en série d'objectifs hiérarchisés ; mise en place d'un système de mise en œuvre comprenant une structure organisationnelle et des méthodes d'intervention sur le terrain ; évaluation des effets et de l'impact de l'intervention. Voir Rossi, Freeman et Wright (1979).

## 2.2. "la théorie des quatre corps"<sup>69</sup>

Plutôt que de parler en terme de besoin, une rectification s'impose à partir des quatre "corps" ou éléments que mettent en jeu action de service et ressources; elle distingue quatre acteurs :

- au niveau des ressources, les **fournisseurs** regroupant les personnes physiques ou morales qui procurent des financements, des moyens, des informations, des clients mais aussi de la considération et de la légitimité les membres du C.A.) et les **transformateurs** (la direction ou la coordination de l'équipe de travail) de ressources en service, ceux qui sont chargés de trouver des ressources en assurant l'interface entre le monde extérieur et le travail à l'interne;
- au niveau du service, les **producteurs** (ou encore les professionnels) chargés de "produire" ou de fabriquer des prestations et de les fournir à des usagers, clients, bénéficiaires, individu ou groupes...et les **utilisateurs** regroupant les destinataires du service.

Fournisseurs de ressources	Communes, administrations, entreprises, promoteurs sociaux, autres associations...
Transformateurs de ressources	Directeurs et administrateurs, responsables locaux de services publics, de réseau formel et informel...
Producteurs de services	Professionnels de terrain, travailleurs sociaux, enseignants, sociologues et anthropologues, médecins, psychologues, agents communaux, personnel des services publics, chercheurs...
Utilisateurs de services	Habitants, groupes sociaux locaux, usagers des services collectifs, adhérents des associations locales...

Le caractère pragmatique de ce tableau indique très clairement les distinctions à faire entre quatre groupes d'acteurs en interaction. Il nous semble que ces distinctions permettant de présenter les axes d'action - et des projets - développés par le service et leurs flux devraient être introduites dans le rapport d'activités avec l'objectif de clarifier "qui fait quoi?"; cette opération permet de mieux appréhender l'estimation par les différentes activités quant à l'organisation du travail et ses réalisations<sup>70</sup>. C'est aussi la base pour la mise en chantier d'un travail d'auto-évaluation à partir des relations qui se tissent entre fournisseurs de ressources, transformateurs, producteurs de service et utilisateurs.

## 3. Les principes de l'auto-évaluation

<sup>69</sup> Cauvin P., 1981, "Un modèle pour gérer les organismes de services à but non lucratif : la théorie des quatre corps", Cahiers de l'ISMEA, revue des Sciences de gestion.

<sup>70</sup> Voir dans la première partie, l'essai auquel une association comme La Gerbe s'était livrée; voir aussi les remarques soulevés par les modes d'organisation du travail dans les plannings familiaux.

Une fois encore, il est nécessaire de souligner combien le rapport d'activités ne doit pas être confondu avec un recueil des données mais est l'occasion de réaliser une auto-évaluation de l'organisation du travail et de son fonctionnement - tant au niveau des conditions de travail qu'à celui des relations avec les utilisateurs -. Si un des enjeux peut être défini comme un travail qui se centre sur la mise en place de la co-production de service avec les usagers<sup>71</sup>, tout le monde est loin de partager cette optique.

Nous nous limiterons à **énoncer les opérations qui permettent de cerner le contenu d'une auto-évaluation à partir des relations et des flux entre les "quatre corps", contenu qui constituerait l'essentiel du rapport d'activités centré autour de la qualité**<sup>72</sup>.

Cette énumération des conditions constitue la 3<sup>ème</sup> recommandation de ce rapport.

Lorsqu'elle est menée dans un esprit d'ouverture et de confiance, la démarche d'auto-évaluation interne sensibilise l'ensemble des membres de l'association ou du service à la dimension qualité. Elle confronte et précise les conceptions différentes de la qualité pouvant exister auprès des différents intéressés et contribue à définir des objectifs concertés de gestion de la qualité au sein de l'association. Elle crée un climat constructif à la mise en oeuvre des mesures proposées.

#### **Condition 1.**

Le processus d'auto-évaluation interne est généralement réalisée par un groupe de travail, rassemblant les différentes composantes du service (les "quatre corps").

La commission désigne en son sein un *coordonnateur* chargé d'organiser la procédure d'évaluation interne.

Le choix du coordonnateur doit répondre à certains critères :

- le coordonnateur doit faire preuve de bonnes relations avec les différentes composantes de l'entité;
- il doit bien connaître les rouages de l'institution et avoir accès à l'information;
- il doit disposer d'une autorité suffisante au sein de l'institution pour permettre une organisation efficace des travaux d'évaluation, tant interne qu'externe.

Un fonctionnement harmonieux de la commission d'évaluation interne repose sur une bonne répartition des tâches, où chaque membre se voit confier la collecte et l'analyse d'une partie de l'information. Le découpage est laissée à l'appréciation du groupe. Il peut s'effectuer par thème, par projets ou encore par catégories d'utilisateurs.

<sup>71</sup> La coproduction renvoie alors à la conception suivante : il ne s'agit plus d'adapter une offre de service mais de définir et de prendre en charge conjointement le partage de certains biens (public goods c-à-d les biens que nous avons en partage mais aussi quelque chose de moins saisissable comme la sécurité) ; elle prend la forme d'une interpellation mutuelle par lesquels les différents usagers se rappellent la nécessité d'un minimum de coopération et de responsabilité (bien commun et morale publique où s'engendrent mutuellement les sujets individuels et les rapports sociaux); il s'agit alors d'envisager la création d'un espace public d'interpellation mutuelle et de responsabilisation (co-usage)

<sup>72</sup> Nous suivons ici les recommandations faites dans le cadre de la recherche menée pour la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail et qui portaient sur la qualité dans les services sociaux publics.; voir B. Francq, T. Lemaigre, 1999, op. cit.

## **Condition 2.**

La rédaction finale est confiée au coordonnateur, sur base des différents rapports partiels et en interaction avec la commission. Le rapport doit mentionner clairement dans son introduction la composition de la commission, la procédure d'évaluation interne adoptée (notamment le degré d'implication de ses membres) ainsi que la manière dont s'est effectuée la rédaction.

L'ampleur de la tâche justifie d'y consacrer suffisamment de temps et de ressources, particulièrement s'il s'agit d'une première évaluation. Dès son installation, la commission d'évaluation établit un planning détaillé de ses activités, prévoyant des marges adéquates.

Pour des raisons évidentes de lisibilité, un rapport d'une cinquantaine de pages en interligne 1 1/2, annexes non comprises, semble adéquat.

La participation de l'ensemble de l'entité à l'élaboration du rapport s'avère une condition essentielle de succès du processus d'évaluation. Un premier projet peut être discuté avec un groupe élargi de représentants des "quatre corps". Il va de soi que la rédaction -finale- reflète nécessairement une vision majoritaire. Cependant, si des divergences substantielles subsistent entre certaines composantes de l'entité quant à des éléments importants du diagnostic, celles-ci doivent être reflétées dans le rapport.

## **Condition 3. Contenu du rapport d'auto-évaluation**

Le rapport d'auto-évaluation définit les objectifs du service, précise dans quelle mesure ils sont réalisés et, le cas échéant, expose les moyens de remédiation envisagés ou en voie d'élaboration<sup>73</sup>.

Le rapport répond au moins aux questions suivantes

1. Quels sont les objectifs du service ? Sont-ils adéquats, complets, clairement formulés ? Sont-ils connus de tous les intéressés ? Existe-t-il un consensus interne quant à leur interprétation ?
2. Les programmes et les services offerts par l'institution sont-ils conçus en fonction des objectifs précités ? Les reflètent-ils adéquatement ? Fonctionnent-ils correctement ? Quels sont les principaux problèmes rencontrés ? Comment envisage-t-on d'y remédier ?
3. L'association dispose-t-elle des ressources humaines et matérielles nécessaires à la mise en oeuvre des prestations proposées ? Quelle est l'évolution prévisible de ces ressources par rapport aux objectifs ?
4. Dans quelle mesure les objectifs sont-ils atteints ? Quelle information permet d'en juger ? Comment cette information doit-elle être interprétée ?

<sup>73</sup> De nombreux rapports d'activités ne mentionnent que superficiellement les problèmes rencontrés ou encore les perspectives envisagées.

Sans qu'il faille définir un rapport type, une certaine homogénéisation des rapports s'impose néanmoins quant aux thèmes traités et aux informations statistiques fournies, principalement en vue de faciliter la diffusion et l'échange d'informations dans l'objectif de construction ou de renforcement d'un partenariat.

**Le rapport devrait traiter - au minimum - des 7 points suivants :**

- **l'origine de l'initiative ;**
- **le nombre de travailleurs, d'utilisateurs et le budget ;**
- **la définition du ou des groupes-cibles ;**
- **les buts et les caractéristiques du service ; les caractéristiques de l'emploi ;**
- **la qualité et l'évaluation pratiquée au sein du service ;**
- **les perspectives selon que l'action est limitée ou selon son degré de transférabilité à d'autres contextes.**

Il est évidemment possible d'être beaucoup plus exhaustif. Les services en matière de santé de la COCOF ont d'ailleurs diffusé trois ouvrages<sup>74</sup> qui tous permettent de construire sa propre méthode. Tel n'était pas notre but dans la mesure où nous nous limitons à la définition des conditions - minimales - à réunir et des informations indispensables dont tout citoyen devrait disposer pour apprécier la qualité d'un service à travers son rapport d'activités. Sans doute manque-t-il une condition : celle de la modernisation d'une administration assurant plus un encadrement organisationnel qu'un rôle de contrôle a posteriori comme c'est encore le cas. Ce serait l'objet d'un autre rapport.

Ainsi, c'est en disposant - au minimum - des informations énumérées ici plus haut que l'on peut commencer à envisager une mise en commun de celles-ci; on pourrait alors envisager la réalisation d'un rapport d'activités commun - en fait, il s'agirait bien plus d'une **démarche collective** - où serait identifié clairement les zones de collaboration, les échanges de services, les collaborations diverses, les orientations des projets. Cet échange de savoirs est complémentaire de la démarche comparative et de la construction d'un partenariat telle que proposée dans le cadre de la recommandation 1.

---

<sup>74</sup> - Broch M.-H, Cros F., 1992, Evaluer le projet de notre organisation. Réflexions, méthodes et techniques, Lyon, Chronique sociale;

- Chambon M., Pérouze H., 1998, Conduire un projet dans les services, Lyon, Chronique sociale;

- Dumas B., Séguier M., 1997, Construire des actions collectives. Développer les solidarités, Lyon, Chronique sociale.

Il s'agirait en tout cas à terme de mieux pouvoir distinguer les actions qui visent à améliorer l'état de santé de la population de celles qui visent à intensifier les liens sociaux tant au niveau du service lui-même que dans son contexte spatial ou encore des actions communes menées avec des instances locales. C'est alors que l'on pourrait mieux évaluer les difficultés, problèmes, accords ou désaccords quant aux actions menées dans une zone. On se donnerait ainsi les moyens d'échapper à une énumération de fonctions ou d'actions qui ne permettent pas vraiment - comme on l'a vu pour chacune des zones passées en revue - d'évaluer les problèmes réels et les actions qui sont réalisées pour les rencontrer.

\*\*\*

Nous avons repris dans la dernière partie l'analyse que nous avons développée, J. Pierart et moi, à propos des pratiques de partenariat et des échelles d'action... à titre d'illustration dans la mesure où cette analyse pointe les nœuds et les tensions qui traversent le monde associatif, en tout cas celui qui travaille à améliorer la santé des gens.

## IV. PRATIQUES DE PARTENARIAT ET ECHELLES D'ACTION

### A. PRATIQUES DE PARTENARIAT

Nous relaterons ici les diverses expériences de réseau, ou ce qui apparaît comme tel pour l'instant, entendues tout au long des entretiens. Il nous paraissait d'emblée important de situer les deux extrémités rencontrées en matière de collaboration. Ceux que nous appellerons les discrets et les affirmatifs pour en aucun cas introduire de jugement de valeurs. Ensuite, en creusant un peu plus dans les pratiques, nous verrons deux façons de faire du réseau : travailler au cas par cas ou sur un projet. Enfin, nous passerons en revue quelques particularités de fonctionnement des réseaux rencontrés : l'interlock, le réseau exclusif et l'institutionnalisation du réseau, pour déboucher sur un réseau tout à fait unique : le réseau citoyen.

#### 1. Entre discrets et affirmatifs

Une anecdote : la maison médicale du Noyer, sise depuis 20 ans dans le même quartier, n'a jamais rencontré ses voisins médecins généralistes. La pluridisciplinarité de l'équipe permet à la maison médicale de se garantir un fonctionnement en autonomie complète. Les problèmes ou demandes spécifiques rencontrées par la population locale ont fait l'objet d'un projet particulier développé au sein de l'association. Dans ce cas-ci, il s'agit d'un service de maintien à domicile d'urgence, ayant pour but de remédier à la prise en charge d'urgence faisant défaut à certains dispositifs institutionnels spécialisés en la matière.

- I : Vos rapports avec les médecins du quartier ?
- On n'en a pas. Si il y a des médecins du quartier - des patients nous ont rapporté ça, ils sont venus ici tellement ils avaient été outrés - donc les médecins racontaient n'importe quoi sur nous. Oui, oui, ça il y a eu. Moi je travaille ici depuis 7 ans, c'est néant au niveau contact avec les médecins du quartier, ça c'est zéro. Il y en a un qui s'est installé à 2 maisons, il est jamais venu nous saluer par exemple, mais à 2 maisons. Mais c'est vrai qu'on n'a pas du tout de contact par exemple avec une association de médecins du quartier ou quoi que ce soit. On ne fait pas de démarche active dans ce sens non plus. Mais je veux dire qu'on ne vient pas vers nous pour nous dire " tiens ce serait intéressant de nous rencontrer ".
- Mais c'est vrai qu'au départ on a toujours fonctionné entre nous, pour faire les gardes aussi. On faisait les gardes ici tout le temps, 24h sur 24, entre nous trois. Donc je dirais qu'on n'a pas eu besoin de contacts. Maintenant on s'est associé avec Norman Béthune (une autre maison médicale à Moolenbeek).
- I: Vos rapports avec des centres de Santé Mentale ?
- Aucun contact. Bien que ... Chaque cas est très individuel, on connaît certaines personnes individuellement, à qui on envoie des patients. Par rapport au travail des psy, on a eu une psy dans l'équipe tout un temps, et il y a eu des difficultés parce que les patients pensaient que de l'information circulait entre nous tous, et on ne pense pas que ce soit vraiment souhaitable. C'était gênant ces sous-entendus. Les gens ne nous disaient pas parcequ'ils croyaient que, l'ayant dit au psy, on le saurait et vice et versa. Et c'était malsain. Donc on a trouvé, qu'en tant que clinicien, on n'avait plus envie d'un psy dans l'équipe.

- I : Vos rapports avec les centres de planning ?
- Les centres de planning, peut-être pas tellement, parce qu'on fait quand même assez bien de génico. Oui c'est vrai que moi et Mme X on a travaillé beaucoup dans les centres de planning avant, donc je dirais qu'on avait pas mal de génico ici. En fait on prenait assez bien en main tout ce qui était contraception et on savait très bien où il fallait envoyer, s'il y a des demandes d'avortement etc. Et au niveau suivi, on le faisait aussi.
- I : Et les patients toxicomanes ?
- On n'a pas été envahies, mais on n'a pas non plus ouvert grandes les portes. Ça ne fait pas longtemps que quelques médecins prescrivent le traitement. Mais on réserve ça à des gens du quartier. Et ils cherchent justement un centre qui n'est pas bourré de toxicomanes. Donc des gens qui sont déjà loin dans leur démarche, donc qui sont avec un traitement de soutien, et donc qui apprécient de ne pas avoir d'étiquettes. Donc on a des patients comme ça, mais des durs, on n'en a pas. On ne sait pas gérer ça, il faut vraiment plus de personnel, plus d'accueil, plus de prise en charge sociale, plus d'importance à leur accorder.
- I : Le travail en réseau de manière générale ?
- En théorie et dans la pratique, je pense qu'on essaye plutôt de faire face aux demandes qui nous sont adressées en référant bien sûr aux spécialistes. Mais on se dit aussi que si les gens sont venus ici avec leur demande, c'est parcequ'ils ont envie qu'on s'en occupe. Et globalement, je crois que les gens pensent que l'on prend assez bien leurs problèmes en charge, et que c'est une petite structure, qu'ils sont bien accueillis, que c'est pas un guichet de C.P.A.S., que c'est pas un guichet d'hôpital. Parce que les gens qui viennent ici n'ont pas envie d'être renvoyés ailleurs.

(Maison Médicale du Noyer)

Du côté des discrets, on retrouve également Santé et Entreprise, qui, du fait de la spécificité de son domaine d'action (la toxicomanie dans le milieu du travail), se trouve relativement isolée.

A l'opposé de ces deux cas de figures, les affirmatifs : le C.C.L.A.. Non pas parce que les Citoyens Comme Les Autres seraient inclus dans un hyper-réseau, devenant des êtres intrinsèquement collaborants, mais parce qu'ils recherchent à grands prix (bulletin de liaison STUP&FAITS, manifestations publiques, opérations médiatiques...) une certaine reconnaissance du point de vue alternatif qu'ils incarnent. Mais bien qu'inséré dans un réseau revendicatif, le "syndicat des usagers" s'avère être en marge du réseau spécialisé, et à plus forte raison, de l'ensemble des services ambulatoires à Bruxelles. Une situation qui devrait changer. En tous cas, des Citoyens s'y emploient.

- I : Et le Réseau d'Aide à la Toxicomanie (le RAT) ?
- Le RAT, ben, c'est un réseau de médecins généralistes à tendance psychanalytique à la base de la prescription de la méthadone, contre lesquels on est un peu en porte-à-faux. L'histoire du RAT, à savoir marier médecine générale et psychanalyse a fait plus de mal qu'autre chose aux tox. Les tox n'ont pas été contents notamment à propos des tests d'urine... à propos d'une politique de nouveau de l'abstinence. "Tu m'as demandé de t'aider dans ta toxicomanie, on va contrôler si tu sais bien te conduire". Ca c'est le côté malade qui est renforcé. A la limite, on préfère encore porter la casquette du délinquant. Au moins, on garde une liberté d'esprit et celle d'avoir fait un choix, à la limite celui d'être contre ou en dehors de la société... parce qu'on n'est pas content.
- On veut être les acteurs de notre propre histoire. Par ailleurs, en tant qu'association, on est obligé de trouver des alliés. Notre vision de la société est celle où l'accès aux drogues ne poserait pas de problèmes, la consommation pourrait être problématisée mais serait acceptée et enfin on ne devrait pas passer par le médical. Aujourd'hui, on est vraiment obligé de passer par des stratégies intermédiaires. Et par moments, on est obligé de se distancer quelque peu de notre objectif et de s'allier par exemple avec les médecins. La situation n'est pas si duale. Bon, avec les médecins, on s'étonne avec eux par exemple qu'il y ait 5000 consommateurs de méthadone dans la communauté française, et le même nombre en prison, et ce avec deux traitements différents. En prison, ceux qui étaient sous métha avant d'y entrer sont trois fois plus en manque dès le lendemain, et ce en raison

du médical. C'était inconcevable d'imaginer foutre des gens en prison non seulement en manque du produit consommé mais aussi de la métha comme traitement extérieur. Ce combat-là on l'a fait avec d'autres associations. On doit donc faire des compromis qui parfois nous arrangent très mal dans le sens où les médecins sont par exemple des "mauvais" alliés dans le sens où ils produisent du toxicomane malade et confinent l'usage de drogue dans la problématique et l'associent à la maladie.

- Ce serait intéressant de se mettre au tour d'une table ronde Maisons Médicales, Centres Toxicomanie, mais pas pour se mettre d'accord sur un but fixé par d'autres.
- (...) C'est déjà tellement difficile de pouvoir s'exprimer, alors espérer des structures adéquates...? Notre difficulté, c'est d'abord de passer pour crédible en tant que personne, puis de mettre sur pied des projets et de les réaliser, le tout avec quasi rien.

(Citoyens Comme Les Autres)

## 2. Le cas par cas du réseau

Anecdote: un premier service ambulatoire s'est vu demander une signature au bas d'une feuille de convention de collaboration (destinée au rapport d'activité), pour s'être occupé d'un seul et unique patient recommandé par un deuxième service ambulatoire. Le cas est peut-être plus courant qu'on ne le croit. Il nous encourage de toute manière à revenir sur la question des rapports d'activité. Mais ce qui nous occupe dans le présent chapitre, est ce qu'on pourrait appeler la "collaboration au cas par cas".

C'est la figure la plus courante du travail en réseau : un patient, et son problème spécifique, est adressé à un service spécialisé en toute humilité (question de compétence : "On ne sait pas tout faire"). Selon qu'elles sont suffisamment équipées pour répondre à la demande du patient (demande sociale, économique, psychologique, de soins primaires, ...), les associations prennent en charge ou non le problème. On distingue ainsi en amont les associations qui délèguent, de celles qui recueillent. Les maisons médicales, dites de première ligne, grâce notamment à leur service d'accueil, mais aussi du fait qu'elles ne prennent pas forcément en charge certains publics (les toxicomanes par exemple<sup>75</sup>), orientent régulièrement des patients vers les services appropriés.

- I : le cas par cas lors des consultations ?
- Un exemple, une assistante du 150, lieu d'accueil très efficace, qui a de gros problèmes avec madame une telle que je vois depuis quelques mois assez régulièrement, me contacte pour faire un papier pour obtenir du juge qu'on lui donne un administrateur des biens. Autre exemple, un gars envoyé par l'assistante sociale C.P.A.S. 1000 Bruxelles, il a été découvert H.I.V. positif il y a douze ans, depuis au moins 5 ans puisqu'il n'avait rien, il a abandonné tous ses contrôles, il en avait marre, mais depuis 15 jours il a mal à l'estomac et il est très inquiet. Alors il est sans mutuel, ça a l'air d'un bien brave homme cependant, je ne sais pas pourquoi, et il a une carte de quelques jours du C.P.A.S. C'est à moi de devoir téléphoner au S.E.T.I.M., donc à l'hôpital où on s'occupe de ça pour que dès demain matin on puisse faire les prises de sang nécessaires. Bon ben sur une matinée de consultation, le travail d'équipe c'est pas mal hein ?
- Ce sont des exemples mais bon ça arrive évidemment toutes les semaines, si pas tous les jours, avec différents centres qui sont soit des centres d'accueil, des maisons d'hébergements, ... on peut en citer quelques uns.

---

<sup>75</sup> Certaines maisons médicales éprouvent quelques difficultés dans les salles d'attentes avec des populations jugées parfois "turbulentes" (alcooliques, toxicomanes, personnes mentalement déficientes, ...).

- (un membre de l'équipe médicale sort l'annuaire de la maison médicale) Ca c'est un réseau ! Le Steunpunt, une école, sans abris des adresses, Parlécouste, le P.A.M. (Prévention Accompagnement Mendicité, on a eu de bonnes relations avec eux, les soins à domicile, les services de santé mentale, le centre de guidance du coin.
- I : Ca veut dire que vous avez des contacts personnels avec ces gens. De tous les numéros de téléphone qui sont là, vous voyez la tête du correspondant?
- Peut-être pas tous de l'équipe, mais en général au moins un de l'équipe, qui a un contact privilégié avec un des centres. J'ai personnellement beaucoup de contacts privilégiés avec les assistantes sociales (l'intervenant cite trois prénoms et noms).
- C'est du cas par cas. Vous voyez cette personne-là qui est très sale, vous l'envoyez à la Fontaine (accueil pour sans abris), et bon après le monsieur a un autre problème, et bien bon on a toutes nos données, et on peut l'orienter, via des contacts téléphoniques très importants, des petits mots.  
(Maison Médicale du Miroir)

Alors qu'en aval, nous retrouvons par exemple une association comme Dentistes Sans Frontières. Ces derniers ont peu de contacts directs avec les autres associations. Ils se voient délégués la plupart du temps des patients "encartés". Le relais se passe sous la forme de "lettres de recommandations", en fait des cartes à cacheter par un organisme compétent attestant de l'état de nécessité socio-économique de son possesseur. On entend ici les craintes de certaines associations quant à la triste possibilité qu'un patient se fasse happer par le réseau psycho-médico-social, pris comme un poisson (plus que comme un citoyen autonome et responsable) dans le filet social qui se crée entre les institutions au risque de déresponsabiliser l'individu.

- "Nous on arrive vraiment en fin de chaîne. Nous sommes hyper-spécialisés puisque la dentisterie malgré tout c'est pas large hein. C'est vraiment soigner des dents on ne sait pas faire autre chose entre guillemets. Et en plus on arrive par toute une cascade de délégations, via des associations avec qui on collabore. On collabore avec des associations de terrains mais on ne fait pas de travail social. C'est surtout du travail en fin de course. On nous délègue, on soigne, et c'est la seule responsabilité qu'on nous donne. Le reste c'est un plus qu'on essaye de donner pour que les choses avancent pour les personnes pas pour les associations, je tiens à le préciser."
- Pour préciser la notion de partenariat. Ce qui est important pour nous c'est d'essayer de savoir qui a le droit de venir chez nous, c'est à dire les gens qui n'ont pas de mutuels, enfin les plus exclus. Et c'est clair que si on mettait pas une série de barrières on risquerait d'avoir énormément de gens y compris des gens qui sont tout à fait capables d'aller chez le dentiste. Donc ce qu'on a demandé, c'est qu'on a rencontré les autres associations de terrain et on a été jusqu'à leur faire signer un contrat de collaboration en leur demandant à eux de faire ce dépistage entre guillemets, et de nous envoyer, ils s'y sont engagés par écrit, nous envoyer que des gens qui sont réellement en difficultés.  
(Dentistes Sans Frontières)

Tel un cerveau humain, le réseau du cas par cas se tisse d'une multitude de connexions par lesquelles transite l'information (suivie dans ce cas-ci du patient)<sup>76</sup>. La fréquence d'utilisation de ces connexions influe directement sur la qualité de transmission de l'information : en règle

---

<sup>76</sup> Pour de plus amples explications, se référer au paradigme neurocybernétique qui propose un modèle de la communication neuronale dont la puissance métaphorique a souvent tenté les modélisateurs de la communication sociale in MC CULLOCH, W., *A historical introduction to the Postulational Foundations of Experimental Epistemology*, 1964.

générale on collabore plus facilement avec des personnes que l'on connaît, que l'on a déjà rencontré, avec qui il y a déjà eu échange de patients, et que l'on apprécie.

- Au fil des ans, on collabore plus ou on collabore moins avec différentes a.s.b.l. en fonction des personnes qu'il y a dedans. C'est pour ça que moi je ne vois pas beaucoup de sens d'avoir une collaboration obligée. C'est plus facile de renvoyer quelqu'un à une association par telle personne que je connais, et d'abord je lui donne un coup de fil avant. C'est plus facile.

(Maison Médicale des Marolles)

A ces connexions personnalisées, caractérisées par l'usage du prénom du collaborateur au cas par cas, plutôt que par celui de l'association concernée, s'ajoutent les connexions ou contacts institutionnels. On entend par là, le rôle important joué par l'Hôpital St Pierre dont une partie du public se retrouve chez Interstices ou le centre de Guidance U.L.B. ; idem pour TITECA vis-à-vis d'A.N.A.I.S. ; ou les collaborations intellectuelles impliquant parfois des échanges de public - c'est le cas pour Solidarités Nouvelles collaborant avec le Tribunal du Travail, et le centre de Guidance U.L.B. en lien avec les services de l'U.L.B..

- Ce sont des anciennes collaborations qui ont continué à fonctionner avec des réseaux dans l'hôpital aussi. Disons que la majorité de ces collaborations sont plus en lien avec des **relations privilégiées** entre intervenants. Pour la plupart, on a tous travaillé dans les 15 dernières années ou plus très en lien avec l'Hôpital St Pierre. En ce qui me concerne, j'ai fait partie de l'hôpital, je travaillais en pédiatrie. Donc on était quand même très inséré au sein de l'hôpital, ce qui fait qu'il y a des collaborations de fait qui sont restées, qui se développent. Moi je travaille assez bien avec le neuro-pédiatre ici de l'hôpital, mais c'est **parce que bon je le connais très bien** depuis des années et des années.

(Centre de Guidance de l'U.L.B.)

- Donc, comme l'a.s.b.l. ne dégage pas beaucoup de moyens, **on est obligé nous** de chercher des partenariats et on doit les trouver au niveau juridique. Comme on va fréquemment à la permanence Pro Deo avec nos dossiers, et que nos dossiers sont appréciés parcequ'on fait du clé sur porte, on a créé des liens privilégiés avec des avocats qui étaient stagiaires. **On a commencé ça début années 90**, ces stagiaires maintenant sont avocats confirmés. Donc on a une quinzaine d'avocats qui sont des référents maintenant parcequ'ils ont apprécié le boulot qu'on fait, parcequ'après leur stage ils n'ont pas jeter leur conscience sociale à la poubelle comme ça arrive malheureusement très souvent maintenant. Certains ont un poste à l'université. Donc on a maintenant une **supervision juridique** qui tient debout.

(Solidarités Nouvelles)

Ajoutons enfin aux relais importants, celui des fédérations diverses et multiples (FEDITO, Fédération des Maisons Médicales, ...). Pour deux raisons :

- à moins qu'il n'y ait une réelle spécificité de la part d'une association dans son projet ou ses missions (ex : C.C.L.A.), un échange de patients entre associations d'un même secteur est rare. Le rôle des fédérations dans ces échanges au cas par cas ne nous a pas été rapporté. Nous présumons qu'elles ne participent pas ou peu, au développement du réseau du cas par cas;

- par contre, elles peuvent jouer un rôle important lorsqu'il s'agit de réseaux développés autour de projets. La présentation des projets en séance favorise une interconnaissance immédiate de ce qui se fait, par qui, et quelles sont les conditions pour que d'autres puissent y participer.

- On a eu la chance de rester fort en contact, de mettre tout ce qui était palliatif à Bruxelles bien en contact dans la mesure où on devait se battre vraiment pour que l'idée passe, pour que ça se fasse et que au niveau fédéral, au niveau régional, à tous les niveaux, **on avait besoin de se regrouper** pour obtenir quelque chose. Donc là tout le monde se connaît, se retrouve dans la fédération.

(Continuing Care)

### 3. Collaborations autour d'un projet

C'est en matière de santé communautaire que nous avons constaté un déploiement de plus en plus important de projets. Qu'ils soient modestes ou ambitieux, subventionnés ou non, les projets ont le mérite de rassembler les gens : ceux du quartier, ceux de l'équipe, ceux d'autres équipes. Le projet est concret et évaluable. Le projet est mobilisateur. Il développe une forme de collaboration active, faite de nombreuses interactions (auxquelles il faut bien reconnaître le mérite de n'être pas à sens unique). Il peut prendre les aspects suivants :<sup>77</sup>

- Organisation d'un colloque grand public ou de journées de formation-information. Exemple : *vous avez des idées, de l'énergie, du talent ? Cachez-vous !* Où l'on retrouve RAPA-Autre Lieu, Solidarités Nouvelles-Bruxelles et Cumulus. Cette activité s'apparentait à un meeting d'information/dénonciation de l'inactivité contrainte par le statut de demandeur d'emploi (puisque'il faut rester disponible sur le marché du travail).
- C'est une position qui consiste à dire qu'on n'est pas en train d'assister les gens, on est en train de **démonter les systèmes et d'essayer de se battre** plutôt que de prendre une position défensive. Et ça c'est très apprécié. Mêler donc aussi le social et le culturel, éventuellement les différents types de populations concernées par ça. Tu sais sortir tous les tiroirs comme ça. Cela suscite des collaborations, et peut-être que chacun fera son colloque dans son coin. Mais on collabore. Récemment il y a des gens qui se sont dit "on va travailler ensemble". Ça prend du temps, ça se prépare, il y a un sous-groupe qui vient à l'Autre lieu, et nous on va à la Ligue des Familles et à Culture et Démocratie. C'est pas se tirer dans les pattes ça !

(RAPA - Autre Lieu)

- Travail en collaboration avec le réseau associatif d'un quartier. Exemple: le travail d'animation à la santé au CARIA, groupe de femmes marocaines, réalisé par des médecins de la Maison Médicale des Marolles, et destiné à autonomiser des

<sup>77</sup> ~~Nous nous basons sur des~~ projets développés durant l'année 97-98 dont nous avons eu connaissance. La liste n'est pas exhaustive.

patients potentiels<sup>78</sup>. Contrairement au projet précédent, on retrouve ici la participation active et quasi-autonome des usagers.

- Travailler le lien social au sein de sa patientèle et dans le quartier en favorisant la création de petites communautés. Exemple: la maison médicale du Miroir qui mobilise, lors d'une fête de Saint-Nicolas, ses patients et provoque la rencontre. Ou l'accueil d'un club de scrabble pour les gens du quartier au sein de ses locaux. Il ne s'agit plus ici de travailler avec une communauté naturelle, le CARIA, mais d'en définir une, peut-être implicitement, en jouant sur les effets bénéfiques du principe d'identité.

La personne de l'accueil, organisatrice de l'événement explique :

- On a voulu que nos patients participent à la fête mais que eux apportent quelque chose de chez eux, fait à la main. Puisqu'au Miroir, il y a quatre nationalités ou plus, les gens ont apporté une spécialité de leur pays et venaient voir en fait les enfants, qui avaient préparé une danse, et en même temps c'était l'inauguration et la Saint-Nicolas.
- La chose la plus importante c'est que les gens avaient apporté leur gâteau, leur spécialité. Il y avait une table remplie de plein de bonnes choses. Et comme cadeau, en tout et pour tout, Saint-Nicolas avait une orange et un speculoos. Alors que dans le quartier, et ça c'est un monde hein, des gens faisaient le tour pour chaque fois recevoir leur cadeau. Ici on avait fait tout le contraire. Amenez et on partage. Et les gens se sont rencontrés. Vous ne pouvez pas réaliser l'importance que ça avait pour ces gens là.

(Maison Médicale du Miroir)

- Recherche-action développée sur des aires géographiques distinctes, au départ d'associations qui entrent en contact du fait d'un projet commun. Exemple: le Méridien et E.D.E.C.O.<sup>79</sup> ont développé une recherche sur le thème de la *Promotion de la santé mentale communautaire et la qualité de vie des populations* sur le quartier Saint-François à Saint-Josse, et sur le quartier de Cureghem à Anderlecht.
- Recherche-action développée autour d'une problématique commune, dans des secteurs de soins de santé différents. Exemple: *Toxicomanie et santé communautaire* est une recherche-action destinée à une meilleure connaissance et utilisation des ressources de chacun dans le domaine de la toxicomanie. Il est élaboré par l'Aster (maison médicale), le Méridien (centre de santé mentale), et le Rat (toxicomanie). Cette dernière recherche tentera de suivre d'une manière quasi anthropologique l'utilisateur dans son parcours quotidien entre les divers services de soins. On ressent ici les prémices d'une action prenant (enfin) en considération les

<sup>78</sup> L'ambiguïté n'est pas mince.

<sup>79</sup> Echanges en Développement Communautaire, rue Willemys, 211, 1070 Bruxelles.

attentes du patient et décidée à travailler horizontalement avec les services de soins, les services publics et les usagers.

Ce travail autour d'un projet suppose aussi une redéfinition constante de l'association (de la souple) afin de pouvoir s'adapter aux situations nouvelles en dépassant parfois son rôle. Il impose un travail administratif conséquent de communication transversale mais aussi verticale, vers le pouvoir subsidiant, en transformant certains membres de l'équipe en d'apprentis subsidiologues.

- La particularité consiste toujours à redéfinir comment on se présente, quel est notre rôle, par rapport une nouvelle situation ou de nouveaux projets. Je pense par exemple qu'on travaille beaucoup en concertation. On essaye de signaler qu'on voit telle personne ou qu'on a fait telle chose. Ça dépend de nous aussi. Mais c'est tout le temps, **c'est cent fois sur le métier**, qu'il faut recommencer.

(Le Méridien)

- Comme on est tellement habitué maintenant à travailler dans une logique de subsidiologue. C'est-à-dire on n'a plus assez d'argent pour faire ce qu'on fait. Vous êtes devenus tellement habitué à travailler avec des bouts de ficelles, que vous êtes habitués à **ramasser les bouts de ficelles qui traînent à droite et à gauche et à faire des nœuds**. Et je dirais, le fait d'être réduits à des conditions de travail parfois minables, c'est ça qui vous motive à aller frapper à la porte des gens auxquels vous ne pensiez pas. Et la liberté de penser qui est la vôtre dans une boîte telle que celle-ci vous permet de créer des liens avec l'extérieur et vous permet d'avoir un appel d'air aussi.

(Solidarités Nouvelles)

- Les politiques payent pour qu'on fasse des choses, des projets, mais pas pour tout ce qui les accompagne en terme d'activité de coordination. Donc, ça c'est vraiment problématique. C'est pour ça que ça nous prend tellement de temps. On risque de passer plus de temps à rechercher des subsides que de faire un projet.
- Moi je pense que s'il y avait une plate-forme qui aide les gens à trouver leur subside, qui réfléchit l'ensemble des subsides, ce serait une bonne chose. Par exemple deux maisons médicales l'une à côté de l'autre, je trouve que certains subsides devraient être communs pour permettre de faire un projet commun.
- Les subsides sont parfois un frein à la collaboration. Parcequ'on n'a pas envie de permettre à d'autres de toucher à une enveloppe de subsides dans laquelle on est. Donc par exemple nous avons demandé, au niveau santé mentale, on s'est dit qu'on aurait eu besoin de sous. Nous, on ne demandait même pas d'avoir les subsides que les autres ont, on demandait simplement de collaborer avec eux (Centre de Guidance de l'U.L.B.). Mais ça, ça leur a fait peur à ces gens-là. Plus il y a de monde pour la même enveloppe, plus le gâteau doit être partagé.

(Maison Médicale des Marolles  
située à 100 mètres de la Maison Médicale du Miroir)

- Et en plus je trouve que c'est **un système de contrôle extraordinaire**, écoute bien. Maintenant pour pouvoir bénéficier des subsides tu dois réaliser certaines choses, je prends par exemple la mixité. Et si tu remets un projet en disant que tu vas favoriser la mixité, le pluralisme, la citoyenneté, etc et que tu as les mots qu'il faut, tu risques d'avoir tes fonds. Maintenant, si toi tu es la simple association de ploucs, qui fait son petit club de ploucs et qui a envie d'être reconnu dans ta culture de ploucs, je ne sais pas moi. Avant tu introduisais un projet à la communauté française en disant : voilà on est des ploucs et on a envie de fonctionner dans notre culture de ploucs, est-ce qu'on peut avoir des subsides, et tu recevais des subsides. Maintenant tu es plouc oui mais qu'est-ce que tu fais de la mixité et de la citoyenneté dans tes trucs de ploucs ? Et ils ne reçoivent plus rien, ils ne reçoivent plus rien ces gens.

(Assistante sociale de Saint-Josse)

#### 4. Echange de personnel

Rappelons brièvement l'importance des contacts personnels dans la mise sur pied de réseau de collaboration. Ils valent tout autant dans le réseau au cas par cas que dans la mise sur pied d'un projet. Cette interconnaissance de qualité est souvent facilitée par ce que l'on pourrait nommer l'*interlock*<sup>80</sup> ou échange de personnel. C'est-à-dire que l'on peut retrouver le nom d'un praticien dans la liste du personnel de différentes associations. Cette ubiquité légale avantage évidemment le développement du réseau. Parfois l'échange est plus éloquent. Une association délègue un membre de son personnel à une autre association, pour des raisons de collaboration efficace. E.D.E.C.O. a procédé de la sorte avec le Méridien (un plein temps), et CASMMU (a.s.b.l. créée pour la gestion des habitations protégées) a fait de même avec A.N.A.I.S. (deux mi-temps).

## 5. Réseaux exclusifs

Constatons qu'un problème de taille apparaît au sein du secteur toxicomanie (au moins) dans le chef des contrats de sécurité et société. L'appartenance ou non à d'éventuels réseaux et le développement ou non de diverses collaborations est une question qui risque, dans un avenir proche, de s'articuler autour d'un thème majeur de cette fin de siècle : le socio-sécuritaire, plus communément représenté par *les contrats de sécurité et société*. Cette question épineuse devient rapidement déontologique et susceptible de limiter les "alliances"<sup>81</sup> et d'induire de nouveaux modes de collaboration, avec d'autres instances (police, gendarmerie, pouvoir communal). Le cas de Midrash est caractéristique de cette situation nouvelle. Etant donné un contrat de sécurité passé avec la commune de Schaerbeek, les collaborations (au cas par cas ou de projets) avec le secteur spécialisé en toxicomanie sont devenues inexistantes.

- Bref c'est notre position, et c'est cette position qui rend notre relation au niveau partenarial très complexe, surtout avec le secteur spécialisé pour lequel on arrive avec une croix gammée sur la tête et une matraque en poche. Nous on a été mis à la porte de la FEDITO (Fédération Toxicomanie) et on garde cette blessure en nous. Pour ne pas irriter le secteur, on a fait des partenariats avec les hôpitaux, avec les médecins généralistes, avec la mission locale, avec des crèches, bref des partenariats non spécialisés.

(Midrash  
a fermé ses portes le 30 juin 1998)

---

<sup>80</sup> Pour reprendre l'expression d'Emmanuel Lazega, un lien *interlock* est créé entre deux organisations lorsqu'un individu appartient à la fois au conseil d'administration de l'une et de l'autre. LAZEGA, E., *Analyse de réseaux et sociologie des organisations*, in Revue Française de Sociologie, N°35, PUF, Paris, 1994, p. 299.

<sup>81</sup> Le mot prend tout son sens une fois replacé dans le secteur de la toxicomanie à Bruxelles.

Autre Lieu, autres problèmes. Un projet commun peut susciter la rencontre mais aussi le conflit quant à la redistribution des bénéficiaires du projet. Ainsi, un projet monté par RAPA-Autre Lieu et 10 autres associations pour créer une maison d'accueil supplémentaire à Saint-Josse tourne court. Quel public va-t-on y mettre ? Mais le mien bien sûr !

## 6. Réseaux institutionnalisés

Certaines organisations ont comme mission, ou comme capacité, de créer une réelle dynamique entre les associations d'une commune. C'est le cas des coordinations sociales locales, c'est aussi le cas des coordinations de soins à domicile.

La réputation de la première est on ne peut plus variable. Il y a, d'un côté, soit un certain consensus autour de l'idée qu'il s'agit là d'un lieu de discussions relativement stériles du type "thé ou café ?", soit la crainte (fondée sur du vécu) d'un contrôle total du C.P.A.S., soit l'appréhension d'une coordination forcée qui ne peut que déboucher sur un réseau clientéliste.

- A l'époque où deux membres de l'équipe travaillaient encore au MRAX, il y avait une coordination sociale. Et puis à un moment donné, Picqué a rendu ça obligatoire. Du coup beaucoup n'ont plus été, et des gens y vont maintenant parce qu'ils doivent. C'est un partenariat de façade.
- Je crois qu'il y a plus un partenariat quand on se dit "on va faire quelque chose pour le logement". Et pour ça on a besoin de gens qui travaillent avec nous, parce que seuls on peut pas le faire. Et donc on va voir des gens. Là-dessus on se retrouve à cinq ou six. Et pour moi c'est ça un partenariat. (RAPA - Autre Lieu)
- Ici à Evere la coordination sociale est là, et c'est celle qui est en titre, et il ne s'agit pas d'en créer une autre. On nous impose une réunion de coordination via le C.P.A.S., auxquelles quand on a le malheur de ne pas assister, on nous crosse. Alors on a pris des initiatives, on a pris contact avec le foyer culturel parce qu'on trouve que la santé et la culture ça doit travailler ensemble. Quand on prend des initiatives, on nous dit "mais qu'est-ce que c'est que ça, tu n'en as pas parlé à la coordination sociale, **tu n'as presque pas le droit de prendre des initiatives** ! Parce que nous on pourrait t'envoyer des gens mais si tu nous en parle pas tant pis, travaille dans ton coin". Et moi ça me hérisse. Parce que ça fait des mois et des mois qu'on nous dit inviter tous les partenaires, sortez de votre carcan. Pourquoi cette volonté de contrôle ?
- Chaque fois que je suis venu avec une proposition à la coordination. Tous les autres ont dit non, on ne veut pas, on n'a pas le temps. C'est pourquoi j'ai appelé ça les **après-midi biscuits-café**. (Le SAS)

Avis sur la Coordination sociale Solidarité Marolles.

- Est-ce que ça a vraiment bien marché ? En fait il y avait trop d'intérêts divergents. Et au fond l'histoire était menée par les gens de l'Entraide des Travailleuses et le club de jeunesse. Donc c'était eux surtout qui au fond souhaitaient un peu reprendre pied dans beaucoup de choses, ayant des problèmes. Mais ça n'a au fond jamais accouché que d'une souris. On a d'abord essayé de réfléchir des choses, ensuite il en est resté qu'on a commencé les réunions mensuelles des assistantes sociales, et ça c'est un must du quartier, une fois par mois. Mais de fait, à la limite, c'est la tasse de thé avec le petit doigt (rire). Je ne suis pas très convaincu. Alors je crois que c'est utile que tous ces gens se voient. Au début j'ai été plusieurs fois à ce comité. Et bien, je me rendais bien compte qu'il y avait un tas de gens là qui devaient faire acte de présence pour justifier leur traitement finalement. (Maison Médicale du Miroir)

- On n'a plus tellement participé aux réunions de la coordination sociale Solidarité Marolles, dans la mesure où ces réunions ne débouchent sur rien de concret. On a commencé ça depuis 7, 8, 9 ans, je n'en sais rien. On a été très actif au départ et puis finalement, comme ça ne fait rien changer, il n'y a pas de coordination qui existe, il n'y a aucun projet etc. On n'a plus jugé utile de le faire. Par contre une intervision avec des travailleurs sociaux, dans leur travail, on a trouvé ça plus utile et c'est comme ça qu'on a créé ça et que du coup on n'a plus été du tout à la coordination.  
(Maison Médicale des Marolles)
- Où je demande à voir, parce que je ne vois pas très bien comment ça va se faire, c'est au niveau de la coordination qui est imposée. Or nous les partenariats, à la coordination, on a toujours fait mais de manière spontanée. Depuis des années on l'a toujours fait. Et là il peut vraiment y avoir des effets pervers assez catastrophiques. C'est quand tu es obligé de te mettre en partenariat, alors tu vois le genre, tu me signes vite ce petit bout de papier... Et alors qui est-ce qui mène ce partenariat, c'est toi, c'est moi, et alors on se dispute plus qu'autre chose. Ça met mal à l'aise. Parce que tu te poses la question jusqu'où ils viennent spontanément ? Est-ce que vraiment il y a un projet de travailler ensemble ou bien parce que c'est mis dans le décret ? Tu ne sais pas. Tu ne sais pas. Par exemple, à Saint-Josse, ça fait depuis combien d'années maintenant qu'il y a ces réunions concernant cohabitation/intégration. Mais au départ je peux bien comprendre ça, qu'il faut qu'on ait des projets coordonnés dans la commune. Ça fait combien d'années ? Est-ce que tu t'imagines qu'il y a des associations qui travaillent plus ensemble ? **C'est pas vrai, ou bien ils mettent leur nom comme ça** pour... Et les seules associations qui travaillent ensemble c'est celles qui travaillaient déjà comme ça avant. Tu vois. Les effets pervers c'est terrible. Tu te rappelles au début au D.S.Q., on a remis un projet du groupe pour avoir des subsides pour faire, bon je passe sur le projet, mais heureusement qu'on se connaissait depuis des années avant dans le quartier. Sinon je t'assure **ça aurait pété entre nous**, ç'aurait été la bagarre. Maintenant on ne demande plus rien. Oui les associations individuellement demandent mais le D.S.Q. en tant que tel rien du tout. Parce que à terme c'est la destruction des rapports parce qu'il n'y a rien à faire quand tu mets de l'argent... Et alors qu'est-ce qu'il se passe dans ces réunions, faut aller voir, c'est comme une secte. Au fond c'est du saupoudrage quoi : on donne un peu à celui-là, on donne un peu à celui-là, et je peux comprendre ça parce que c'est vrai que tu n'as pas des critères pour vraiment évaluer quel est le bon projet, donc tu donnes à tout le monde, c'est le moindre mal. Donc je ne critique pas. Mais je t'assure que par rapport à l'objectif du départ c'est zéro, et zéro sur toute la ligne. Sauf une chose c'est que ça instaure un organe de contrôle en plus pour toi quoi. A Schaerbeek c'était pareil, il y en a qui vont voir la commune après. **Ah c'est dégueulasse**. Je pense que s'ils avaient voulu détruire l'associatif ils savaient pas trouver un meilleur système. Tout le monde est coincé.  
(Assistante sociale de Saint-Josse)

De l'autre, et selon les communes, on avance la nuance encourageante qu'elle est enfin finie "l'ère du chacun ses pauvres". Quelques extraits<sup>82</sup> du livre blanc de la coordination sociale de Schaerbeek :

*L'actuelle coordination sociale se veut un lieu de rencontre, de formation et d'échange d'informations entre tous ses membres. Si chacune des organisations qui en fait partie à ses particularités et ses spécificités, elles couvrent toutes un même champ d'action où les problèmes se croisent et interfèrent. La mise en commun donne une dimension supplémentaire au travail de chacun, une approche plus globale des responsabilités qu'il doit assumer dans son travail quotidien et une meilleure connaissance des relais dont il dispose pour se faire. (...) Mais la coordination sociale a aussi développé, depuis ses origines, une tradition d'actions liées aux événements sociaux et politiques schaarbeekoïses (...) Mais il faut surtout citer sans doute le "Livre Blanc" qu'elle a*

<sup>82</sup> Extraits issus du Livre Blanc de la Coordination Sociale de Schaerbeek, ed. 1997, p.2-3.

*publié en 1990, traitant des besoins sociaux non satisfaits à Schaerbeek et la "Plate-forme de propositions d'action à promouvoir dans la commune.*

- On a beaucoup d'acteurs de terrains (entre 50 et 60), et c'est intéressant pour nous d'avoir une **carte sociale** la plus étoffée possible parce que ça permet aussi d'avoir des relais et de pouvoir mailler un petit peu le réseau autour de la personne. (...) En fait ce livre blanc ce n'est plus vraiment pour tancer la commune mais pour montrer là où tout ce qui doit se faire d'un point de vue de pouvoir communal, soit est en défaut, soit est en manque.

(A.N.A.I.S.)

- Le quartier doit supporter un accueil de **plein d'associations** qui arrivent mais qui ne durent pas. Mais c'est pas toujours facile de tenir compte de tout ça. Parce qu'on se rend compte, et c'est pour ça que les partenariats, les collaborations, les conventions et tout ce qu'on peut imaginer sont importantes. Mais au niveau médical on a bien vu les gens, ils n'obtiennent pas ce qu'ils veulent ici, ils vont dans les autres centres médicaux. Alors c'est comme ça **qu'on s'est rendu compte, en collaborant** : oh mon Dieu elle vient chercher de la drogue ou en tout cas tel médicament et bien hop, ah oui elle vient chez toi, mais elle vient chez moi aussi, etc. C'est pas gai hein. Alors c'est pour ça qu'il y a plus de dix ans est née une coordination sociale dans le quartier. Ca c'est la coordination sociale Solidarité Marolles. (...) Depuis cinq ans il y a des réunions tous les mois de tous les travailleurs sociaux du quartier **pour bien se connaître, pour avoir des objectifs et travailler en commun par rapport à des projets**. Par exemple par rapport à la banque alimentaire. Au début il y avait plein de services qui s'étaient affiliés dans le quartier. On s'est dit mon Dieu ce sont les mêmes gens qui courent dans tous les services, qui vont chercher leur colis donc eux ils en ont trop, qui vont revendre là où vieux marché. Et puis il y a des familles pour qui on a plus rien. On a réussi il y a cinq ans à mettre **des fichiers en commun**. Mais en tenant compte quand même de tout l'historique social du quartier où c'est un petit peu chacun ses pauvres. C'était déjà une fameuse avancée. Et au fond petit à petit on a commencé à mieux travailler ensemble.

(Coordination des Marolles)

Quant à la coordination des soins à domicile (Cosedi et la Coordination des Marolles, Continuing Care pour les soins palliatifs), nous rappellerons simplement le "problème" de la coordination directe (évoqué par la Coordination des Marolles) qui s'insère de plus en plus au sein du fonctionnement des associations, des maisons médicales entre autres via la fonction d'accueil. Lors de notre enquête nous avons obtenu en bien des endroits l'annuaire social de la maison. Alimenté au fil des années, il est aujourd'hui principalement utilisé dans le cadre d'un échange de patient au cas par cas, par les personnes de l'accueil.

Ces dernières occupent une fonction très importante dans le travail de collaboration que nous étudions ici, et il est fort probable qu'elles incarnent les fonctions de relais les plus importantes lors d'un éventuel développement du réseau du cas par cas à un niveau plus élaboré. Autant les liens interlock vus précédemment s'avèrent être des stabilisateurs de réseau, autant la fonction de l'accueil risque progressivement de supplanter toute tentative d'institutionnalisation du travail en réseau.

- Alors ça c'est pas évident parce que quelqu'un qui a déjà eu affaire avec une ressource ou qui a déjà bénéficié d'une ressource via notre coordination. Le jour où elle en a de nouveau besoin comme la ressource est dans le quartier, **elle s'adresse directement à cette ressource là**. Et ça c'est pas

toujours facile. Et c'est aussi le problème de savoir si on a un cas coordonné ou pas (minimum 3 intervenants).(…) Et via **d'autres décrets des maisons médicales** ont par exemple maintenant du personnel accueillant. Et qui jouent déjà quand c'est pour répondre à des demandes qu'elles soient ponctuelles ou éventuellement une coordination, fait déjà le travail elle-même.

(Coordination des Marolles)

A propos de patients cumulant des problèmes sanitaires et socio-économiques.

- C'est pour ce genre de cas qu'on avait créé la coordination des Marolles, parce qu'on était, pour ce genre de cas, un peu dépassé parfois, parcequ'on avait moins de contacts il y a quelques années, avec le C.P.A.S. et avec d'autres, et on n'avait pas, nous, le temps de se consacrer à tout ça. C'est vrai que depuis qu'on a créé un accueil, et quelqu'un qui peut faire le téléphone tout le temps, ce genre de choses se font plus facilement, et donc la coordination n'a plus aucune raison d'être, en tout cas pour nous.

(Maison Médicale des Marolles)

- Je pense que là c'est bien d'avoir une personne comme l'assistante sociale de l'accueil, qui connaît bien les structures, qui a peut-être déjà été en contact avec les structures. Parce que nous on ne sait pas s'en occuper. Ca prend beaucoup de temps. Pour ça je crois que c'est important qu'il y ait en tout cas quelqu'un qui ait des informations précises et efficaces pour les partenariats.
- Et pour ça c'est bien qu'il y ait une coordination sociale à Schaerbeek ! (paroles de l'assistante sociale)

(Maison Médicale du Noyer)

## 7. Nouveaux réseaux citoyens

En cette fin de XXème siècle, une certitude : *l'empowerment* ou la mise sur pied d'initiatives et structures développant la participation des usagers<sup>83</sup>. En 1986, la Charte d'Ottawa, *Pour la promotion de la santé*, donnait déjà le ton : *La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci*. Au sein de chacun des trois grands secteurs rencontrés (santé mentale, maison médicale et toxicomanie), nous pouvons repérer ce genre d'initiatives nouvelles, même si le démarrage est lent et difficile, comme nous le rappellent certains observateurs attentifs de la scène sociale :

- Ce qu'il n'y a pas du tout encore c'est de **choses qui surgissent des gens**. Ca c'est la grande difficulté. On a essayé de créer des comités de parents, on a fait tout un travail sur l'implication des parents. Il y a encore plein de choses qui essayent mais il n'y a encore rien de concret. Ca commence peut-être, il y a maintenant une après-midi de fête des locataires de la Querelle qui se sont mis entre eux. Mais c'est pas évident. Et pourtant avec les nouveaux décrets on va devoir faire du **communautaire**. On va devoir un petit peu changé notre mentalité de travailler. Mais ce n'est pas non plus facile quand les gens ont des problèmes individuels, ils sont pas aptes à travailler à un autre niveau. Or les gens ici ben ils ont quand même tous des problèmes individuels, enfin beaucoup (et les associations qui viennent ici font du placage, ils connaissent pas les coutumes).

(Coordination des Marolles)

---

<sup>83</sup> Voir l'éditorial de Bruxelles Santé, n°8, décembre 97, p2-3.

- L'auto-support d'utilisateurs (ou plus simplement "les utilisateurs parlent aux utilisateurs") dans le cadre du comptoir à seringues du C.C.L.A. ("Les plus aptes à faire de la réduction des risques sont les utilisateurs eux-mêmes").

- Or, on nous accorde jamais le moindre intérêt tant à nous qu'à ce qu'on pourrait dire. On nous prend vraiment pour des imbéciles. Parce que, combien il y a d'utilisateurs à Bruxelles, hein ?... Beaucoup, alors, quoi, on est tous fous ? Non, moi je crois qu'il y a une réflexion à développer. Il y a des gens qui ont parfois du mal à s'exprimer mais il serait tellement intéressant de savoir ce que quelque part ces gens ont à avouer. Mais on ne nous donne pas les moyens de le faire. "Qu'ont-ils à nous apprendre ces toxiques ?" et non cette idée aujourd'hui de nous remettre dans le bon chemin, de nous redresser... alors qu'on ne veut pas aller là où on veut nous mener... c'est pour nous mener où ?
- Notre projet communautaire ne doit pas trop compter sur des réseaux institués comme Interstices, etc. D'un autre côté, quiconque vient ici se fait écouter et devient acteur de l'association.
- On essaie de les revaloriser parce que comme délinquants ou comme malade, ils sont quand même dévalorisés. Chez nous, il arrive que des jeunes se revalorisent et trouvent, sans notre aide, du boulot.
- Il y a toute une série de professionnels qui vivent de cette misère et ont intérêt à ce qu'elle subsiste. Cette dualité augmente entre les miséreux et ceux qui en vivent, et les plus dangereux sont les seconds qui ne le reconnaissent pas. Ceux qui arrivent à le reconnaître, on peut encore travailler avec eux, mais les autres ne sont pas du tout prêts à se remettre en question. Donc, nos projets sont finalement restreints. C'est parler, se faire du bien.

(Citoyens Comme Les Autres)

- Le réseau échange de savoirs qui implique (même si "ce qui est important c'est que ce réseau devienne autonome par rapport aux associations") la Gerbe, le Méridien et Rapa-Autre Lieu.

- On l'a mis sur pied en partenariat avec deux autres associations, une à Etterbeek et une autre à Woluwé. **Ce réseau s'est donné un nom et maintenant vole de ses propres ailes.** Mais ce qu'on essaie aussi très très fort c'est d'élargir le partenariat entre les interréseaux bruxellois. Donc maintenant on est fort en contact avec le réseau des Marolles qui démarre. On est fort en contact avec le réseau de Forêt. Et on est aussi dans l'interréseau de Belgique. Donc ça c'est aussi un partenariat important. Au méridien une personne s'occupe de la coordination des interréseaux belges et étrangers.
- Les associations l'ont mise sur pied parce que nous on trouvait que c'était intéressant à faire comme **proposition à la population**. Ce sont les gens eux-mêmes qui échangent entre eux, qui font l'animation. Ce qui est important c'est que ce réseau soit autonome des associations. Donc maintenant on est en train de chercher une **autre forme de subsides** qui soit autre que l'Autre Lieu qui paye les timbres, les photocopies". Ce qui est important aussi c'est qu'il n'y ait pas que des gens en difficultés. C'est pour ça qu'il y avait eu l'idée de s'associer, pour qu'il y ait des gens qui viennent de tout bord.

(RAPA - Autre Lieu)

- Donc on en est là pour l'instant avec cette année la mise en place d'une formation à l'animation de réseaux échange de savoirs. On rentre dans un projet européen qui nous permet ça. Donc l'idée des réseaux c'est aussi de démultiplier justement les acquis, les savoirs. Si on va se former, c'est que sur place on va aussi former d'autres. (...) Ça fait maintenant deux ans et la confiance s'est installée entre les équipes. (...) Donc il y a toujours des thèmes comme ça (l'utilité du réseau dans l'école) et des équipes qui se constituent autour de ça parce que c'est peut-être aussi les réseaux qui peuvent à certain moment interpellé les politiques par rapport à des choses aussi. (...) Il y a beaucoup de demandes en tout cas de C.P.A.S., de plus en plus c'est sûr, qui s'y intéressent, qui envoient même des gens à des formations, des maisons de quartier, des A.M.O., donc vraiment des possibilités d'ouverture à une autre façon d'utiliser les compétences où elles sont. Mais alors il y a aussi ces questionnements entre professionnels et non professionnels, qu'est-ce qu'on fait, ce sont toujours des

questions : est-ce que si on donne la possibilité aux non-professionnels de se former, ça veut dire qu'à partir d'un certain moment les professionnels auront plusieurs places peut-être là où ils sont, mais ils ont peur de perdre leur place. C'est une étiquette en moins qu'on a. Enfin bon c'est pas évident.

(Le Méridien)

- Les initiatives plus modestes du type éducation à la santé (chez un groupe de femmes marocaines), formation d'un groupe d'auto-pilotage en entreprise (Santé et Entreprise), recherche-action visant à la conjugaison des différentes formes d'aide (professionnelle) et d'entraide (informelle), information dans les écoles sur les droits du citoyen (Solidarités Nouvelles) ou partenariat avec les familles de personnes en phase terminale soignées à domicile (Continuing Care).
- Moi je dirais que la plus grande difficulté, ça fait longtemps que je suis ici, mais je pense qu'une bonne prise en charge dépend beaucoup aussi du travail de partenariat avec la famille. Et on en a de très importants, et en fait, si la famille n'est pas prise en charge et bien ça va se reporter sur le malade. On peut même dire que **la garantie d'un maintien à domicile est fonction de la sécurisation dont va pouvoir bénéficier la famille**. Et que si la famille n'est ni sécurisée ni encouragée par l'équipe qui est autour d'elle, le patient il finira à l'hôpital. Mais le désir n'est pas toujours de rester à la maison et que parfois les conditions de confort ne seront pas assurées à la maison. Donc pour moi entre le domicile qui est le souhait de la plupart des gens et l'hôpital il ne doit pas y avoir une opposition mais une complémentarité, et entre autre avec les unités de soins palliatifs, il doit y avoir une **complémentarité** et des patients qui peuvent entrer, sortir, retourner. Et il faut aussi tenir compte de l'épuisement de la famille. Ça devient parfois insupportable à un moment donné. Et le patient comme cela peut rentrer à l'hôpital même si c'est pour un court terme et puis revenir, le temps que la famille se relève.

(Continuing Care)

- Nous on va en entreprise, on développe des programmes globaux. Je dirais que la philosophie c'est surtout rendre l'entreprise capable de gérer ses problèmes. **C'est pas nous qui allons nous rendre indispensables**. Donc dans un premier temps on fait un groupe de travail. On fait un programme avec eux. On forme les gens qui doivent être formés. La hiérarchie doit savoir bon quel est son rôle et comment elle doit s'en acquitter. On forme les travailleurs médicaux sociaux pour qu'ils puissent faire le suivi individuel. On exige toujours que les délégués syndicaux soient dedans.

(Santé et Entreprise)

## 8. Le réseau en creux

Bien sûr cette démarche d'autonomisation et de responsabilisation de l'utilisateur entraîne une remise en question des finalités des différentes associations. N'est-ce pas là une situation analogue à cette expression entendue dans un centre de santé mentale : "nous scions la branche sur laquelle nous sommes assis". C'est une fin avouée chez Dentiste Sans Frontière où l'équipe de bénévoles affirme "notre but est de ne plus exister en Belgique" car cette association a pour mission de travailler dans l'urgence en attendant que la situation s'améliore. Elle vise à combler les lacunes du système de soins de santé de quelques pays qu'il soit (à l'instar de son grand frère M.S.F.), dans une perspective de court terme.

- Dans nos statuts, depuis le départ, on a toujours dit que nous notre but est de ne plus exister en Belgique. Notre but c'est que tout le monde puisse retrouver un circuit traditionnel qui fonctionne.  
(Dentistes Sans Frontières)

Ce n'est pas le cas pour le reste de l'ensemble des services ambulatoires rencontrés. Certes le même fossé, le même creux entre le citoyen et le système est dénoncé. Parfois il est trop énorme pour qu'on ose s'y aventurer. C'est le cas, dénoncé au SAS, du manque d'infrastructures pour enfants psychotiques à Bruxelles. L'alternative à l'hospitalisation est inexistante (car trop coûteuse). Or cette alternative à l'hospitalisation est bien ce qui est recherché par l'ambulatoire. Alternative à un monde souvent décrit comme impersonnel, froid, lent, où le patient est dépossédé de son devenir, mais dans lequel il se rend aussi pour jouir de la modernité, du confort ou tout simplement d'un répit.

- Et puis maintenant les gens aussi apprécient comme je disais tantôt des beaux meubles, une belle salle d'attente etc. Ben l'U.C.L. ça épate. Et à la limite même une médecine trop bon marché ça veut dire que c'est pas une médecine de qualité

(Coordination des Marolles)

Qualité, écoute, accueil, proximité sont les mots récurrents cités lors des entretiens. Le fossé devient le lit d'un monde associatif alternatif, complémentaire ou parfois *interstice* entre un système et un individu. Il est évident qu'en matière de réseau, le contact entre l'association et le système (qu'il soit hospitalier, centre public d'aide social, mission locale) est extrêmement variable.

- Quand vous disiez "il faut aller au C.P.A.S.", il y a des gens qui n'y arrivaient jamais. Le fait qu'il y ait d'abord un contact, et que l'assistante sociale d'ici téléphonait à l'assistant social du C.P.A.S. et allait parfois avec, était une démarche mieux entamée, quitte à ce que parfois les gens continuent eux-mêmes ce travail là. Moi je pense que ce contact singulier est important. Mais c'est grave aussi parce que les gens qui n'ont pas de médecin derrière eux...?
- Enfin, on essaye toujours de faire du global. Parce que si le patient va à l'hôpital, il n'y a rien de global alors, au contraire. Cela inclut l'écoute de tous les autres problèmes. Et veiller justement à ce qu'il y ait une porte ouverte pour les autres problèmes, que ce soit les problèmes des enfants, problèmes financiers, la grand-mère...

(Maison Médicale de l'Aster)

- Il y a 20 ans, le mot le plus net était "accompagnement". Une prise en charge globale et l'infirmière parlant l'espagnol, très bien intégrée dans le quartier, accompagnait les gens dans leurs démarches. Notre cheval de bataille était d'éviter les guichets qui se renvoyaient la balle. Aujourd'hui nous poursuivons sur notre lancée.

(Maison Médicale du Miroir)

- C'est vrai qu'il y a aussi des choses qui sont faites pour des cas sociaux. Mais le temps de mettre le dossier en route ça prend 6 semaines et la personne elle est longtemps morte avant. Dans l'urgence on n'a pas. Et en tête là j'ai une maman de 36 ans, avec une petite fille de 4 ans, qui vivait avec un compagnon, donc il n'y avait rien d'établi entre tout ça. Qui n'avait pas un franc pour acheter des médicaments. J'ai téléphoné, "ah oui **c'est très bien mais il faut tout le dossier**". Mais 8 jours après elle était morte, le dossier était pas établi évidemment. Or rien que pour la petite, j'ai calculé, on aurait pu récupérer 75.000 Fb depuis le temps, on pouvait faire un dossier rétroactif. Mais cette petite gamine pourquoi est-ce qu'elle n'a pas eu droit à ses 75.000 Fb à la limite, elle pouvait très

bien les avoir. Donc ça se sont des choses qui sont un peu difficiles. C'est le rythme de la société belge.

(Continuing Care)

L'avis nuancé quant à la coordination sociale n'est qu'une facette de ce rapport. En règle générale on se plaint de la distance et des délais. Les services de maintien à domicile du Noyer ou de Continuing Care opèrent dans l'urgence ("on se débrouille") faute d'interventions immédiates de la part des institutions compétentes. Paradoxalement, l'hôpital et sa logique de rentabilité contraignent l'action d'Interstices ou du Centre de Guidance obligés de répondre à l'urgence et considérés parfois comme "des poules de luxe" au sein de l'infrastructure hospitalière.

- Je crois qu'il y a eu aussi cette volonté de se différencier par rapport à un système de soins je dirais dans lequel on avait beaucoup de mal à fonctionner. Enfin vous connaissez l'état des hôpitaux publics, les impératifs de rentabilité, de rapidité de l'intervention n'étaient pas compatibles avec notre modèle de travail. Nous on travaille quand même beaucoup de manière interdisciplinaire, à plusieurs autour de situations. Enfin ce n'est pas rentable la manière dont on travaille en termes économiques. Mais c'est ça le souci de l'hôpital. Et donc l'autre partie du service a du beaucoup plus fonctionner en aménageant les choses tant bien que mal pour répondre à ces critères-là. Et que nous on était aussi décrit comme les **poules de luxe** par les gens de l'hôpital. Puisque on était subsidié, qu'on avait le loisir de travailler, de prendre une heure si on avait envie pour voir un patient. Donc je crois qu'il y avait quelque chose là d'un mode de fonctionnement qui devenait difficile à tenir aussi dans l'ambiance générale aussi. (...) C'est vrai qu'au fil du temps, on avait une qualité de travail qu'on n'était plus certain de pouvoir maintenir par rapport à nos patients. Je crois aussi que notre volonté au départ dans les reconstructions de l'hôpital n'était pas du tout une volonté de quitter l'hôpital. C'était pas du tout une volonté séparatiste bien au contraire. Mais les faits, les décisions, etc. n'ont pas été dans le sens de privilégier la poursuite de ce travail ici, et tout cet apport que l'université amenait dans l'hôpital. Donc un beau jour on a décidé de partir, et là on a dit **que les rats quittaient le navire**. C'était pas très bien accueilli comme si quelque part on trahissait aussi une longue tradition. Au départ c'était pas du tout quelque chose qui avait été souhaité. Mais à partir du moment où on nous propose pas de locaux...

(Centre de Guidance de l'U.L.B.  
a déménagé en face de l'hôpital au mois de mai 1998)

La Gerbe se dit en position d'équilibriste entre le patient et ses attentes, et "le durcissement du réseau social secondaire". Comme d'autres associations, elle est régulièrement amenée à "rendre vivant les patients auprès des partenaires sociaux" et se fait "ambassadeur de la personne". Cette situation de décalage entre les aspirations du patient et les logiques propres (souvent budgétaires) de grosses institutions est heureusement moins problématique dans certains cas. Il nous a ainsi été relaté le rôle positif joué par les antennes C.P.A.S. de certains quartiers, jugées plus proches des réalités quotidiennes d'un territoire réduit.

## B. LES JEUX D'ÉCHELLES DES COLLABORATIONS.

Arrivés au bout de ce panorama des pratiques de partenariat, le lecteur, tout autant que les auteurs, tomberont d'accord sur l'idée que la collaboration ne va pas de soi. Elle limite généralement le réseau à un échange de patients ou d'usagers au cas par cas.

- C'est vrai que c'est parti avec quelque chose de concret. On **fonctionne beaucoup avec le concret** ici à l'Autre Lieu. Et c'est en fonction de choses concrètes que les partenariats se nouent, les collaborations, enfin etc. C'est quand même une simple situation, il y a une personne ici qui vient faire une demande ou qui est en difficulté, et ça fait jouer un centre de santé mentale, **alors qu'éventuellement on n'a pas de contact particulier**, mais en fonction de certaines choses qui se passent, il y a des rencontres. Donc c'est la nécessité, c'est pas la réunionite aiguë.

(RAPA - Autre Lieu)

- Ce qu'on fait souvent, c'est **de manière plus ponctuelle**, quand on voit des familles, souvent on des contacts avec les écoles mais à un niveau plus spécifique, du cas par cas. Quand on a eu une demande on se préoccupe de savoir par qui il a été envoyé et on prend contact avec cette personne.

(A.N.A.I.S.)

Parfois apparaît un projet porteur de plus de collaborations et de transversalité. Coopérer suppose généralement de la bonne volonté, du temps, un certain volume de travail administratif et un échange de personnel. Les conflits idéologiques ou basement intéressés ne sont pas exclus. De plus, la collaboration s'institutionnalise avec peine et est encore très peu mise en place "avec" des citoyens (plutôt que "pour"). Bien. Constat navrant ?

Il nous pousse à démêler ce sac de nœuds qu'est le travail en réseau au moyen d'outils d'avantage analytiques que descriptifs : les jeux d'échelle. Le principe est simple. Il revient à expliquer que les diverses associations se situent, chacune à des degrés différents, sur des échelles institutionnelles, spatiales, de public, de prise en charge des patients, idéologiques, temporelles et économiques. Il est évident dès lors que la communication, le dialogue, l'échange authentique, préalable indispensable à tout travail en partenariat, est grandement facilité si les points de vues idéologiques, les pratiques, les problèmes face au public se rejoignent d'une manière ou d'une autre.

- Une fois qu'on dépasse la collaboration ponctuelle d'un travailleur avec un autre, il y a d'autres enjeux qui apparaissent. Dans la santé il n'y a pas de réseaux apparents, mais ils sont là. Moi je pars de l'idée qu'il y a des réseaux, comme dans l'enseignement, avec des valeurs très très différentes pour le milieu associatif, mais qu'ils laissent tombées parce qu'on a l'impression de faire partie d'une même logique de travail associatif. Mais qu'en fait il y a des désaccords et des divergences profondes. Des fois on passe au-dessus parce que ça peut marcher à partir d'un cas, mais une fois qu'il s'agit de discuter d'un truc plus général, il y a des désaccords profonds. Pourquoi on ne fait pas de la collaboration...? Comme si on avait tous les mêmes modèles et les mêmes valeurs !

(Le SAS)

## **1. L'échelle spatiale**

Le rapport au territoire est multiple, mais finalement varie peu au sein des secteurs. En règle générale : en santé mentale, l'ancrage est communal ; en maison médicale il se limite au quartier ; en toxicomanie il s'étend à plusieurs communes tandis que les initiatives, les soins à domicile, les soins palliatifs et la coordination Cosedi (et non celle des Marolles), recensent des patients du tout Bruxelles. En particulier : La Gerbe s'attache à une "entité sociologique", la Guidance U.L.B. et Interstices sont liés au cadre hospitalier (où débarquent parfois, encadrés par la police, des personnes en provenance directe de l'étranger via la Gare du Midi toute proche), Solidarités Nouvelles et Rapa-Autre Lieu dépassent même le territoire bruxellois (car "la folie n'a pas de frontières" nous dit RAPA), Santé et Entreprise s'attache aux lieux de travail des entreprises.

Dans 9 cas sur 20, on ne peut établir aucun rapport direct entre l'adresse du siège et l'action sur le quartier environnant. Le territoire d'implantation ne correspond pas au territoire d'intervention. Cela suppose bien entendu des publics différents. Et une capacité d'autonomie variable. Quelque fois le territoire d'implantation (communal et autre) nous est décrit comme pesant ou contraignant, à plus forte raison quand il s'identifie au lieu d'intervention de l'association. Alors on le fuit, grâce à des projets menés à l'extérieur, on déménage (quelques centaines de mètres peuvent suffire), on se retranche, on résiste (face à la rumeur diffamante, au vandalisme dirigé, aux jalousies).

- Ici, le carcan institutionnel est majeur. Le pouvoir local a une attitude critique par rapport au milieu associatif : "le milieu associatif est né là où l'Etat n'a pas fait son boulot". Du coup ils ne sont pas pour. L'associatif s'il propose même un simple colloque, est mis en bas des priorités. Sinon au coup par coup ça marche. Le seul crédit qu'on a c'est qu'on est lié au pouvoir médical, que le pouvoir local n'a pas. Il peut boycotter mais ne touche pas trop. Le territoire est très très communal, ça tue les pratiques de réseaux. Le poids du territoire nous accule à travailler absolument dans nos missions, l'ambulatoire.

(Le SAS)

## **2. L'échelle institutionnelle**

On pourrait croire à priori que les 20 associations passées en revue ici font toutes parties d'un même monde, l'associatif au service de l'ambulatoire. Or c'est faux. Encore une fois, on retrouve une grande déclinaison de styles, avec aux deux extrémités, d'une part l'affirmation du "nous, association de citoyens" et d'autre part le ton offusqué ou de mise à distance : "l'associatif ? On ne fait pas partie de ce monde là".

- On est perçu par les gens du quartier et par les autres médecins comme alternatifs, différents, social : "ici on soigne les pauvres malheureux gratuitement, ici on soigne tout le monde".  
(L'Aster)
- Et pour les familles ou les patients, venir dans l'hôpital est tout de même une démarche plus musclée. C'est venir plus dans une **cathédrale médicale**, cathédrale (rire), que représente quand-même le milieu hospitalier versus les maisons de quartier ou les maisons médicales, plus démedicalisées quand-même, plus sociales peut-être. On colle moins à cette image-là.  
(Centre de Guidance de l'U.L.B.)

L'identité institutionnelle se définit généralement en creux (dans celui béant entre l'individu et le système). Mais des liens invisibles relient l'association au système ou/et à l'individu, l'empêchant de tomber au fond du trou de l'anonymat et de l'oubli. Ces liens consolident l'identité d'un service en le rapprochant soit des usagers (C.C.L.A.), des fédérations d'associations, soit des filiations intellectuelles (U.C.L., U.L.B.) appuyant le travail clinique ou les projets de recherche, soit des infrastructures du système hospitalier, d'une commune, d'une mutuelle ou d'un C.P.A.S..

- On commence à fonctionner de manière de plus en plus en tant qu'unité très autonome, isolée, par rapport aux autres services rattachés l'hôpital. Donc on vivrait mieux dans une autre maison avec notre identité, défendre notre appartenance U.L.B. qui est beaucoup plus forte que dans le passé. (...) D'autant plus que l'hôpital a perdu récemment son appartenance universitaire et que la référence centralisatrice qu'était Dobschy (chef du service dépendant de l'hôpital et aussi en charge de l'antenne de guidance U.L.B.), référence fédératrice, était absente, ...
- Mais est-ce qu'on ne peut pas dire aussi que, dans le fond, historiquement, on est quand-même une équipe qui, par rapport au réseau, ça peut paraître prétentieux, on n'a pas eu vraiment de problème de définition d'identité. Je crois qu'on a toujours eu énormément de demandes de consultations de patients et je dirais un travail qui s'est défini comme ça au fil des années, par les apports mêmes et en patients et par les contacts personnels de chacun dans le réseau, sans avoir à affronter de grands états d'âmes "mais quelle place on a dans le quartier, quelle place on a dans le réseau, qui sommes nous ?". C'est pas du tout la préoccupation première. Peut-être à tort d'ailleurs. Je pense qu'avec le déménagement on va peut-être devoir plus se positionner par rapport au quartier. Nous avons à gérer un volume de travail important, en gardant quand même je crois une identité tout à fait spécifique de centre de santé mentale et de centre de guidance et pas de quelque chose qui serait en même temps une maison de quartier en même temps un lieu plus informel.  
(Centre de Guidance de l'U.L.B.)
- Un projet a aussi été réalisé avec la guidance U.C.L. de Woluwé parcequ'il fallait qu'on se montre un peu par là.  
(Le Méridien)
- Nous avons des liens étroits avec la clinique Saint-Jean, car on s'est impliqué dans la mise sur pied de leur unité palliative. Mais nous avons le même **lien avec l'unité** des Deux-Alices Sainte-Elisabeth, dans la mesure où le médecin conseil de Continuing Care est directeur de l'unité, et nous avons le même lien avec Saint-Michel clinique de l'Europe, parce que le médecin référent précédent est le docteur X qui dirige l'unité. Donc tous les médecins actuellement directeurs d'unités palliatives ont été médecins référents à Continuing Care.  
(Continuing Care)

Mais l'ensemble des ces liens qui soutiennent l'association au-dessus du creux de l'oubli, entre l'individu et le système, avec des ramifications plus nombreuses soit vers l'un soit vers l'autre,

ne peut nous faire oublier la situation d'équilibriste qui caractérise le monde associatif. Rappelons que les logiques de l'identité en creux (qualité, proximité, écoute) engendrent un discours critique vis-à-vis des logiques des infrastructures lourdes du système. Et bien que de nombreux grappins rattachent certaines associations à "la cathédrale médicale" qu'est l'hôpital, cela n'empêche pas les oppositions schizophréniques de logiques court terme/long terme, qualité/rentabilité, au sein de ces associations.

### **3. Echelle de population**

Tout comme les territoires et le rapport à ceux-ci varient, comme l'identité institutionnelle se définit différemment, le public subit les mêmes variations : variations de secteur (maison médicale, centre santé mentale,...) et variations selon le lieu d'implantation, l'identité et le projet de l'association (patients hospitalisés, patients en postcure, patients dans un réseau d'échange de savoir, travailleurs, employés et syndicats, professeurs, classes d'élèves, citoyens actifs, malade à domicile ou en cabinet médical, public cible d'une recherche-action, patient «encarté », enfants...).

La population composite des services ambulatoires ne se départit cependant pas d'un dénominateur commun : une «certaine» précarité. Marolles, Saint-Josse, Schaerbeek, Evere, Saint-Pierre, Bruxelles, toutes ces entités territoriales alimentent les salles d'attente et lieux de travail multiples de démunis, immigrés en situation précaire, personnes âgées isolées, jeunes paumés, personnes «chaotiques», réfugiés politiques, chômeurs isolés, minimexés, sans domicile fixe, gitans et sans-papiers,... la liste est longue. Elle est constamment déroulée lors des entretiens d'équipe avec une égale désolation. En trame de fond, notons les problèmes de toxicomanie, rencontrés dans tous les services et gérés selon les compétences propres à l'association. Cette rencontre entre l'associatif et la précarité s'échappe de l'image d'Épinal pour devenir pratique quotidienne

- D'une part, dans le nombre important de projets (sans nécessaire collaboration) de lutte contre la pauvreté.
- D'autre part, dans l'exclusion systématique de certains publics.

En effet Solidarité Nouvelle et Santé et Entreprise ont à traiter de problèmes nouveaux, avec un public différent de celui décrit précédemment, dans un isolement révélateur. Indépendants

endettés et classe moyenne en déclin, pour le premier, travailleurs en usine hyper-stressés, employés ou fonctionnaires alcooliques, pour le deuxième. Un frein idéologique certain maintient ces deux associations à distance de celles qui travaillent spécialement (voir exclusivement) avec les démunis. Car leur public est différent.

- Pour nous, c'est la **classe moyenne** pour l'instant qui est occupé à vraiment subir et qui n'ont pas accès à une justice parce que les revenus du pro deo, il ne faut pas dépasser 31.000 Fb, donc les gens ne savent pas se payer d'avocats du privé, donc c'est une justice à trois vitesses. Et la Middle Class qui bascule manque de stratégies, comparé à celles du groupe immigré. Or l'appareil idéologique du monde associatif privilégie depuis des années le travail avec les démunis. La consultation du bail commercial a été refusée par le conseil d'administration de la manière suivante : "Mais enfin Dominique, tu vas t'occuper d'indépendants, or ce sont les plus grands fraudeurs. Ces gens ont leur logement!". Alors même que leur taux d'endettement les amène à faire des **choix d'investissement dans leurs soins de santé**. Certains choisissent de ne pas aller chez le dentiste.  
(Solidarités Nouvelles)

« Ces gens travaillent voyons ! ». Certes, mais peut-être plus pour longtemps. Les problèmes qu'on croyait destinés à la frange inférieure de la société, débordent sur les classes moyennes inférieures qui risquent à leur tour d'y être engloutis. Le fait d'avoir un travail devient donc une valeur discriminante quant à la prise en charge ou non de certains usagers, et c'est là un révélateur tout à fait intéressant de l'absence d'un large débat sur le thème de la pauvreté et de l'exclusion au sein des services ambulatoires rencontrés. Débat susceptible de porter des projets bénéfiques autant pour l'utilisateur que pour le travail en réseau.

- Maintenant ceci dit même si on veut que ce soit une étape de réinsertion - ça c'est le cas particulier de la prothèse, parce qu'il y a des gens qui pourraient être réinsérés, comment avoir une vie sociale normale même si vous ne pouvez pas avoir même le non-verbal, le sourire avec autrui ? mais ça c'est un cas particulier puisque là les associations professionnelles nous ont plus ou moins signifié que si on faisait de la prothèse ils nous alignaient devant les tribunaux pour concurrence déloyale - donc on s'est un petit peu tenu éloigné de ça parce que comment expliquer à un patient chômeur, qui a quatre enfants, qui parvient juste à joindre les deux bouts, mais qui n'a pas 50 ans et qui donc n'aura pas de remboursement pour la prothèse mais que le plus exclu qui a éventuellement pas d'enfants et qui a 30 ans on va lui faire sa prothèse gratuitement chez D.S.F.. Là ça devient très problématique.

(Dentistes Sans Frontières)

A l'extrême opposé, la démunition s'aggrave, touche plus de gens et produit des cas presque fantasmagoriques, de personnes «chaotiques». Certains services ambulatoires (coordination, maison médicale ou centres de santé mentale) aux prises avec la pauvreté du quotidien, rencontrent des patients de plus en plus demandeurs de prise en charge complète. A défaut, leur plus grande mobilité (telle qu'elle nous est rapportée dans les Marolles) leur permettra de suivre le chemin d'une hospitalisation longue, moment de répit total et presque gratuit dans une vie devenue «insupportable». Publics différents et population en changement induisent des positions diversifiées de la part des associations (accepte-t-on ou pas les toxicomanes en salle d'attente ?) et influencent le travail en partenariat.

- On doit presque changer notre objet social avec ça. Parce que notre objet social au départ ce sont des accueils courts (entre 15 jours et 3 mois). Les gens n'en ont rien à cirer d'aller trois semaines se mettre au vert pour se ressourcer. Le fait de pouvoir souffler, entre l'hôpital et trouver un appart. Maintenant **ça s'est considérablement allongé. La plainte** avant c'était "je quitte ma famille, etc". Maintenant c'est un peu comme si les gens te demandaient : "prenez-moi en charge complètement, ma solitude, mon ménage". Mais nous on ne propose pas une prise en charge, on propose un accueil chez des particuliers qui ne vont pas prendre en charge, il y a le réseau échange de savoirs, d'écoute-entraide. Et les gens sont un petit peu surpris. Mais il y a des échos. Il y a quand même des gens qui sont prêts à capter ça. Mais tu sens que ce sont des réponses insuffisantes. Mais est-ce qu'il faut répondre à cette grosse demande de prise en charge ? On essaye que non, on essaye de dire aux gens qu'ils ont des possibilités de faire pas mal de choses eux-mêmes peut-être à toute petite échelle.

(RAPA-Autre Lieu)

- C'est ça qu'on avait aussi, au début, quand on était ensemble, la politique de dire : "plutôt que de faire Maison Médicale, en engageant des psys, des assistants sociaux, etc. autant utiliser toutes les associations qui sont autour de nous". On a fait ça longtemps comme ça. Et puis on s'est rendu compte que certaines personnes sont tellement paumées que d'aller d'une rue à une autre rue c'est super dur, et que si la psychologue est ici, on les a beaucoup plus facilement chez la psy ou la kiné, parce que c'est la même maison.

(L'Aster)

#### 4. Echelle économique et temporelle

Ne retenons du terme «économique» que le principe de gestion de stocks ou de flux de patients<sup>84</sup>. Notre analogie se limitera à cette comparaison. Car le but recherché est de décrire ici un mode de rencontre de la population-cible qui une fois encore diffère d'un service à l'autre. Certains praticiens voient à longueur de journée défiler des individus nouveaux, des «encartés» dont ils ne savent rien sinon ce qui est écrit sur la feuille de recommandation, et qui retourneront dans l'oubli une fois le service rendu. Il y a aussi les patients qui sont adressés en urgence, du fait de logiques hospitalières parfois cavalières (on vide les lits le vendredi soir), et dont il faut s'occuper sans délai.

D'autres reconnaissent et connaissent les individus, leur lieu d'habitation, leur situation familiale ; ils les accompagnent à leur domicile ou créent des projets à long terme. Ils entretiennent des lieux d'accueil, sollicité pour des durées de plus en plus longues, à vie parfois. Entre les deux, il y a les expériences d'autonomisation, les groupes d'auto-pilotage qu'il faut superviser pendant un certain temps puis quitter ; les prises en charge intermédiaires, le temps de palier à la lenteur de machines plus lourdes et avant de passer le relais.

<sup>84</sup> voir FRANCO, B., *Territoire et citoyenneté*, in Bruxelles Santé, n°9, mars 1998.

- L'équipe n'intervient que en collaboration avec le médecin traitant. Et l'équipe organise tout ce qu'il faut avec le médecin traitant du patient. Ce qui est respecté ce sont les références du patient. Le médecin de Continuing care se contente de faire des suggestions au médecin traitant. Mon **rôle** s'arrête absolument là. Je pense que l'important c'est qu'on respecte les rôles qui sont préalablement établis. Je pense qu'on est qualifié d'équipe de seconde ligne par rapport à une première ligne qui donne des soins, qui est plus spécifiquement axée là-dessus. Le problème n'est pas tellement que la seconde ligne arrive en disant écoutez moi j'apporte ça, moi j'apporte ça, ... Oui bien sûr il y a des compétences de matériel, etc. que les équipes de première ligne n'ont pas forcément, mais le problème c'est de **se mettre à la disposition des premières lignes** et de savoir ce que la première ligne souhaite que la seconde apporte. Alors que ce soit une MM ou un médecin isolé, ça n'a aucune importance.

(Continuing Care)

- Et bien, c'est un peu tous les ratés qui se retrouvent ici. C'est parfois le dernier maillon, parfois le premier.

(Citoyens Comme Les Autres)

- Parmi tous les services offerts, celui qui collabore le plus avec les autres institutions, c'est le service social. Souvent on reçoit la demande en première ligne on va dire. Soit on résout le problème et c'est tant mieux, soit on aiguille la personne vers telle ou telle institution qui pourra mieux la prendre en charge. En fait on est encore un peu toujours une plaque tournante ou un poteau indicateur comme on disait dans le temps. Et ça c'est l'avantage d'un service relativement général comme un C.P.A.S. et comme un service social de mutuelle.

(COSEDI  
sous tutelle des Mutualités Libérales)

Le type de prise en charge se traduit souvent par une temporalité propre à chaque association. On pratique les heures de bureaux ou les heures de l'administration publique, le plus souvent. On organise des gardes de nuit selon les services. On se tient parfois dans l'urgence 24h sur 24h ou on ouvre ses portes de 19h à 22h00. Sachant que construire une collaboration efficace demande du temps. Pour la réflexion, la mise en oeuvre et l'évaluation. Il est plus qu'utile de confronter les différentes temporalités de prise en charge des patients pour favoriser la mise sur pied d'un partenariat constructif.

### **Conclusion : ASSOCIATION, RÉSEAU ET RÉSEAU D'ASSOCIATIONS <sup>85</sup>.**

En guise de conclusion, nous développerons ici une synthèse plus théorique, nourrie de divers rapports de recherche sur le travail en partenariat. Notre réflexion trouve son origine dans la *vocation sociale*<sup>86</sup> du secteur associatif, telle qu'elle pouvait le concevoir dans les années quatre-vingt, pour y revenir à la fin des années nonante, après un passage attentif entre les mailles du filet, celles du concept de "réseau".

*Eu égard à l'énormité de la masse budgétaire dont il (l'Etat) dispose, son efficacité est mise en doute et on dénonce l'inertie et la lourdeur de l'appareil administratif et des institutions en*

<sup>85</sup> Titre inspiré de l'article de FLAMENT, C., *Associations-réseaux et réseaux d'associations, une approche formelle de l'organisation réticulée*, in *Sociétés Contemporaines*, 5, 1991.

<sup>86</sup> PASSARIS, S., RAFFI, G., *Les associations*, La Découverte, Paris, 1984, p. 66.

*place. En outre, il est assez souvent perçu comme un instrument d'aliénation des libertés et des responsabilités individuelles. Dans ce système, l'individu se trouve déresponsabilisé, pris en charge par un appareil d'Etat et de services publics très institutionnalisés, professionnalisés et compartimentés. Quels que soient ses problèmes ou ses besoins, des solutions standards ont été programmées pour lui, il n'a qu'à se laisser prendre en charge par la méga-machine ou s'inscrire sur les listes d'attente (car la machine a aussi ses imperfections, notamment quantitatives)<sup>87</sup>.*

Cette citation aurait tout à envier d'un roman de science-fiction à grand succès, tels qu'H.-G. Wells ou Georges Orwell auraient pu en écrire en prévision de cette fin de XXème siècle, ou d'un *Procès* célèbre de 1925, et pourtant elle est plus qu'actuelle. Rédigées en 1984 dans un ouvrage traitant du monde associatif en France, ces quelques lignes semblent pourtant issues des nombreux entretiens que nous avons menés durant cette recherche. Car la définition des fonctions et de l'identité d'un service, quel qu'il soit, passe obligatoirement par la dénonciation de l'Etat et de ses carences, comme justification légitime de ce qu'un service ambulatoire est ou s'efforce d'être : un service de qualité, accessible à tous.

Ce qui peut signifier travailler au plus près de son public, pratiquer la relation personnalisée, l'écoute et la prise en charge, bref, préférer aux *solutions standards* et insuffisantes du "prêt à porter", la construction de dispositifs "sur-mesure"<sup>88</sup>. Ces derniers, outre le fait qu'ils soient tributaires de la **logique de dénonciation** des lacunes de la "chose publique", découlent également de la **logique du besoin**, qui suppose que les intervenants se tiennent au plus près de la singularité des cas et de leur configuration d'aide.

Or c'est en analysant les interactions entre logique du besoin (ce *paradigme du manque*<sup>89</sup>) et logique de contestation (de revendication ou de dénonciation), que l'on découvre une césure nette entre deux types d'associations en présence dans cette étude, s'adjoignant chacune sa façon de "cultiver un réseau".

Partons d'un principe commun et unificateur : les associations des services ambulatoires rencontrées se départissent des services psycho-médico-sociaux classiques, qui gèrent

---

<sup>87</sup> PASSARIS, S., RAFFI, G., *Les associations*, La Découverte, Paris, 1984, p. 66.

<sup>88</sup> HASSENTEUFEL, P., MARTIN, C., *Santé, dépendance : le rôle des associations*, in *Esprit*, mars-avril 1998, p. 255.

<sup>89</sup> MACQUET, C., Interrogations sur un modèle médical "délibéralisé" : la Maison médicale de Seraing (Liège), in *Revue Internationale d'Action Communautaire*, 7/47, 1982, p. 36.

essentiellement l'état de la maladie, en portant un regard plus large sur les facteurs de risque, la santé ainsi que le problème de la pauvreté et de l'exclusion.

*Le phénomène d'exclusion touche directement le secteur sanitaire. Il existe une frange de la population qui n'est pas accueillie par l'Hôpital. L'exclusion entraîne le rejet des populations démunies du circuit traditionnel de soins. C'est pourquoi la santé s'est imposée comme un élément de réinsertion de l'individu. Il ne s'agit plus de considérer, d'un côté, le social, de l'autre, le sanitaire, mais d'associer les deux dans une perspective de réinsertion des populations démunies ou marginales<sup>90</sup>.*

Patrick Hassenteufel et Claude Martin parlent de *socialisation des problèmes de santé*.

Mais pour la majorité des associations, le paradigme du manque prend peu à peu le pas sur la logique de revendication. Le suivi au plus près du patient, cette volonté de corriger les situations individuelles de pauvreté, en traitant la précarité et l'exclusion comme une pathologie, permet quelques succès sporadiques, mais *cet effort segmenté et myope<sup>91</sup>* n'accorde aucune victoire stratégique. Il caractérise le travail individuel du "tout et tout seul", s'attaquant à chaque problème de manière isolée et sans coordination avec les autres initiatives sociales.

- Je veux dire au niveau du **volume de travail**, on doit traiter un volume très important dont les sources d'envoi sont très diversifiées si bien que notre souci c'est pas de construire vraiment nos liens de collaboration structurés, organiques avec des associations qui se trouvent ici dans le quartier. On ne privilégie pas du tout cela.

(Centre de Guidance de l'U.L.B.)

- Parfois on déplore de ne pas pouvoir se donner un temps de réflexion, mais on est tellement mangé par l'urgence et parcequ'on a des patients vraiment très lourds, et quand on disait tantôt que ce sont vraiment des gens qui posent des problèmes à d'autres services, c'est un peu le jeu de la patate chaude, et en général c'est nous qui écopons de cette patate chaude, et on la garde. On accepte toujours de la prendre. La philosophie c'est qu'on est payé par les deniers publics, nous sommes donc au service de la population, et tout qui rentre on voit si on est compétent, si on peut le prendre en charge, ou on l'oriente. Et quand on l'oriente en plus c'est pas lui dire qu'on n'est pas compétent point. C'est de dire mais il me semble que tel service et on prend son téléphone et on passe encore un relais. Un de mes regrets c'est justement le **projet de paupérisation** parce que justement **on est trop mangé** par un travail de consultation qu'on a été forcé de développer et que là, là la demande n'arrive pas spontanément, et qu'il faut prendre des initiatives, et ça on a pas eu le temps de les prendre. On a pris des contacts, on sait ce qu'il faut faire, on sait où il faut aller, mais on n'a pas pu le faire.

(A.N.A.I.S.)

Seule collaboration effective, traduite par le partenariat de papier, le réseau du cas par cas, où l'acceptation même du terme de réseau est limitée tant on s'en éloigne. Il s'agit plutôt ici

<sup>90</sup> HASSENTEUFEL, P., MARTIN, C., *Santé, dépendance : le rôle des associations*, in Esprit, mars-avril 1998, p. 199-200.

<sup>91</sup> DOUMENC, I., GROU, I., *South Bronx : un contrepoint américain*, in Esprit, mars-avril 1998, p. 225.

d'une logique d'écoulement par où transite le patient, de la source à l'embouchure, comparable au produit en voie de finition d'une économie tout ce qu'il y a de plus classique (de la mine au fourneau, du fourneau à la presse,...). De cette logique naissent des concepts stratégiques paresseux comme des grands fleuves, tels celui de "filière"<sup>92</sup>.

- Moi je suis dans le travail social, et je constate qu'on a jamais eu de rapport avec la santé, avec tout le domaine de la santé. Peut-être un peu avec les toxicos, ça vient, parce que eux travaillent dans le quartier, style Lama. Mais je me rends compte que avec tous les autres secteurs de la santé on a quasi pas de contact, en tout cas au niveau du travail communautaire. Et c'est d'autant plus paradoxal que dans le D.S.Q. de Saint-Josse, il y a une maison médicale qui vient à nos réunions, mais à la limite ils ne seraient pas là, ce serait la même chose. C'est un peu difficile à dire mais... Ils suivent à peine. **Ils viennent aux réunions, point.** Moi je les ai souvent interpellés à ce sujet en disant mais qu'est-ce que vous faites dans le quartier, enfin il y aurait moyen de faire des choses, mener des campagnes ? Enfin bon rien du tout. Donc même quand structurellement ils sont inscrits dans les réunions, rien. Mais aussi non avec la santé mentale, mes collègues ont des contacts avec certains centres mais pour s'occuper des cas individuels. Mais sinon c'est vrai que dans le domaine communautaire, **c'est vraiment deux secteurs séparés.**

(Assistante sociale de Saint-Josse)

Nous sommes donc loin de l'idée d'un *network*, un maillage qui travaille<sup>93</sup>. Et ce d'autant plus qu'il manque au réseau du cas par cas, et plus avant au paradigme du manque lui-même, un projet. Le projet. Celui qui permet de dépasser le *travail myope et segmenté*. Celui que l'on retrouve dans la logique de revendication. Car, même pour un neurologue, le réseau n'est pas donné : il se construit en coévoluant avec son environnement. Et le projet du (des) concepteur (s) porte sur cette interactive coévolution. (...) Il s'agit non plus de faire nécessité projet, mais de forger des projets dans l'immense champ des possibles culturels et sociaux<sup>94</sup>.

Avant de nous intéresser aux quelques associations restantes qui participent d'avantage à une logique de revendication, en développant des modèles de collaboration autres que celui du cas par cas, attardons-nous un instant sur le concept de réseau.

Le mot réseau (de résel, Marie de France, XIIème siècle) est une variante (avec un autre suffixe) de l'ancien français *réseuil* (du latin *retiolibus*, diminutif de *retis*, "filet", qui a aussi donné "rêts"). Il désigne primitivement un ensemble de lignes entrelacées. Par analogie avec l'image d'origine, on appelle "noeuds" du réseau toute intersection de ces lignes<sup>95</sup>. En trois siècles, le concept est passé de la désignation relativement précise du filet textile à celle du

<sup>92</sup> PARROCHIA, D., *Philosophie des réseaux*, PUF, Paris, 1993, p. 268.

<sup>93</sup> Expression empruntée à LE MOIGNE, J.-L., *La mémoire du réseau : tout s'écoule... et pourtant...*, in Information culture et société: la montée des réseaux, Actes du Colloque international, Réseau TNS, Grenoble, 1989.

<sup>94</sup> LE MOIGNE, J.-L., *La mémoire du réseau : tout s'écoule... et pourtant...*, in Information culture et société : la montée des réseaux, Actes du Colloque international, Réseau TNS, Grenoble, 1989, p.178.

<sup>95</sup> Définition issue de PARROCHIA, D., *Philosophie des réseaux*, PUF, Paris, 1993, p. 5.

tissu biologique, du réseau cristallographique au réseau sémantique, en passant par le réseau du pouvoir, celui de l'énergie, des transports,...

En confrontant des recherches menées sur les réseaux de scientifiques<sup>96</sup>, les réseaux de politique publique<sup>97</sup> et les firmes-réseaux<sup>98</sup>, nous présentons ci-dessous quelques caractéristiques communes au concept de réseau.

- Il apparaît dans un environnement complexe, comme le résultat de la **coopération** plus ou moins stable, **non hiérarchique**, entre des organisations qui se connaissent et se reconnaissent, négocient, échangent des ressources et peuvent **partager des normes et des intérêts**.
- Le réseau est un lieu d'échange constitué par ce qui y circule, il est un lieu d'instauration d'un **regard pluriel** facilitant une confrontation interdisciplinaire, il est lieu d'**évaluation**, en vue de combler des lacunes et d'élaborer une politique de recherche cohérente.
- L'une de ses fonctions fondamentales est **l'économie qu'il permet de réaliser**, par la concentration des moyens qu'il opère.
- **L'instabilité** qui caractérise ces réseaux **flexibles** engendre un processus de négociation permanent, où chacun est sensé s'adapter aux évolutions du moment, et prendre les initiatives nécessaires pour faire en sorte d'équilibrer les différentes contraintes qui pèsent simultanément sur le fragment de réseau dont il a la charge.
- Dans ce contexte la nécessité de **compétences relationnelles** supplante la spécialisation des rôles. **Souplesse et adaptation** sont les maîtres mot pour le développement d'un réseau toujours changeant et éphémère.
- Le réseau souffre peu l'institutionnalisation. Il se dote de règles minimales sous la forme d'un **droit stabilisateur** (à défaut d'être rétributif ou préventif) qui crée (via la convention ou le dépôt d'un projet subsidié) des bases temporaires entre les acteurs qui permettent, dans un environnement semé d'aléas, d'avoir un minimum de garantie sur la conduite d'autrui.

S'il n'existe pas de recette simple pour réussir un travail de collaboration, l'organisation

---

<sup>96</sup> BLAMPAIN, J., VINCK, D., *Concevoir un réseau. Leçons tirées d'une étude de pertinence*, in Information culture et société : la montée des réseaux, Actes du Colloque international, Réseau TNS, Grenoble, 1989.

<sup>97</sup> LE GALES, P., *Les réseaux d'action publique entre outil passe-partout et théorie de moyenne portée*, in Les réseaux de politique publique, l'Harmattan, Paris, 1995.

<sup>98</sup> DODIER, N., *Remarques sur la conscience du collectif dans les réseaux socio-techniques*, in Sociologie du Travail, février 1997.

réticulée apparaît la plus apte à faire face à un environnement changeant et incertain. Les redondances des connexions (les relations) sont autant de capteurs qui permettent de s'adapter et de redéfinir ses missions. La relation interpersonnelle est au centre des noeuds entre associations. On connaît son contact par son prénom. Ce qui ne signifie pas cependant que le réseau s'apparente à une communauté forte.

Au contraire la force des liens faibles réside dans leur aptitude à établir des ponts, à désenclaver des univers fermés, bref à ouvrir les frontières. L'engagement dans ces liens d'interconnaissance porte sur des prestations, dans le cadre d'actions ponctuelles, et non sur la personne. La force de ces liens faibles réside donc dans leur potentiel d'autonomisation des acteurs du réseau (Simmel<sup>99</sup>). *C'est la multiplication des cercles sociaux, qui, en multipliant pour les acteurs les opportunités d'arbitrage entre différents ressorts d'action, développe leur autonomie et leur capacité d'initiative et d'innovation*<sup>100</sup>.

- Donc ça c'est une a.s.b.l. telle que celle-ci (Solidarités Nouvelles) qui permet de le faire parce qu'il y a une **très grande indépendance**. Vous avez une étiquette chrétienne avec un personnel multiple. Et c'est intéressant parce que c'est un pluralisme et que si des choses peuvent se faire dans l'avenir, c'est parce que vous devez **travailler les personnes motivées là où elles se trouvent**. Donc finalement on perd beaucoup moins de temps en contactant les personnes compétentes et motivées et d'autres encore qui sont actives (avocats, profs, ...), et avec eux vous progressez à du 110 à l'heure, plutôt que de passer par des canaux plus lourds si on veut qui sont entre guillemets les chefs de corps (doyens de facs, directeur de C.P.A.S., etc.). C'est ça qui est intéressant pour les années à venir, c'est de **partir de ces petits machins**, ces petits trucs. (...) Il y a des liens qui ont été créés avec ses avocats, ses magistrats, et des universitaires, ce qui nous permet à nous maintenant de développer des partenariats pour des formations. On a pu contacter toute une série de personnes qui il y a dix ans auraient été inimaginables. Et on a le multidisciplinaire qui est présent (pys, philosophes) parce qu'on a connu ces personnes par ce **boulot de fourmis**. (...) Donc l'idée de partenariat c'est bien au-delà des conventions de partenariat et des coordination de quartier. Grâce à la formation, un auditeur du travail nous donne des leçons à pouvoir utiliser dans notre lien avec des médecins. Ça c'est intéressant. Le fait d'avoir une **liberté de manœuvre** dans votre travail vous permet de créer des liens et d'apporter du matériel aussi. On a 60% du temps en consult et les 40 autres % vous permettent de voir des gens.

(Solidarités Nouvelles)

Cependant le réseau ne doit pas devenir un but en soi mais un moyen. Ce qui est primordial est ce qui coule entre les berges du fleuve et non ces dernières. Car au-delà des définitions multiples et de leurs nombreuses caractéristiques, coopérer, nous dit Jean-Philippe Neuville, c'est finalement agir ensemble dans un but commun, ni plus ni moins<sup>101</sup>. But, projet, valeurs communes, rien ne sert de communiquer et de développer sans cesse les noeuds d'un grand réseau de communication si l'on n'a rien à se dire. Parler le même langage, se comprendre

<sup>99</sup> SIMMEL, G., *Philosophie de l'argent*, PUF, Paris, 1987.

<sup>100</sup> DEGENNE, A., DUPLEX, J., *L'acteur social et son réseau. Actes du séminaire "Un niveau intermédiaire: les réseaux sociaux"*. Paris, CESOL, 1987.

<sup>101</sup> NEUVILLE, J.P., *La tentation opportuniste, figures et dynamique de la coopération interindividuelle dans le partenariat industriel*, in *Revue Française de Sociologie*, PUF, Paris, janvier-mars 1998, p. 71.

mutuellement et connaître la logique d'action de chacun (sa position sur les diverses échelles vues précédemment) est la condition sine qua non des relations entre associations réticulaires.

- L'histoire du CARIA, (éducation-autonomisation d'un groupe de femmes marocaines quant à la gestion de leur capital santé), on le fait depuis 15 ans. Moi j'ai été à la fédération des Maisons Médicales, je ne veux pas critiquer la Maison Médicale du Miroir, mais enfin ils ont refait exactement la même chose que ce que nous faisons. Ils nous auraient dits : "on le fait avec vous, on le fait éventuellement à deux ou on le fait un jour et demi par semaine, ou..." Moi je ne savais même pas qu'ils faisaient ça, parce que je l'ai appris à la fédération des Maisons Médicales, au colloque. Je trouve qu'il y a quand-même des aberrations franchement.
- Désaccords !
- Désaccords, oui.
- Désaccords. Tu sais bien qu'il ne t'a pas pardonné, il n'a pas bougé d'un iota sur le désaccord qu'il avait avec toi. Vous ne vous êtes toujours pas causés.
- Si, si, mais enfin, pas des tonnes.
- Mais non vous ne vous êtes pas causés sur le travail. Donc c'est pas un empêchement de suivi, mais sur le fond c'est niet.
- I : Sur le fond ?
- Sur le fond du travail, ce que c'est que le travail, l'argent, l'engagement. Qu'est-ce que c'est que l'autonomie des gens ?.
- Oui mais enfin, même au sein de notre équipe on n'a pas les mêmes idées, ça n'empêche pas qu'on travaille ensemble.
- Oui parce qu'on est arrivé à un consensus.
- Mais ça il y a moyen avec d'autres aussi. Une fois que tu sais que les autres travaillent différemment, ben tu le sais, le tout est de l'accepter.

(Maison Médicale des Marolles)

A nouveau apparaît la pierre d'achoppement du projet et le partage de sens commun. Nous en revenons donc à notre typologie des services ambulatoires. Ce qui limite le travail en partenariat de la majorité des associations rencontrées c'est une certaine désagrégation de la logique de revendication, au profit de la logique de besoins (de la satisfaction de ceux-ci) : ce côté *technocratique*, cette volonté d'être un meilleur service, tant sur le plan qualitatif que quantitatif.

Une telle volonté ne demande l'élaboration d'aucune stratégie, aucune détermination des alliances à entreprendre et finalement aucun affrontement actif<sup>102</sup>. P. Hassenteufel et C. Martin identifiaient, en parlant de la mise en place d'opérations de santé publique sous la forme de partenariat, la nécessité du partage des *référentiels d'action communs* en matière de santé publique. Il considère ces "coalitions de projets" locales comme déterminantes en matière de santé publique<sup>103</sup>.

- On a été interpellé avec une demande de réflexion avec une concertation pour essayer d'identifier ce qui était en jeu sur ce quartier là (le quartier Saint-François). Et on a entamé une coordination qui a

---

<sup>102</sup> MACQUET, C., *Interrogations sur un modèle médical "délibéralisé" : la Maison médicale de Seraing (Liège)*, in Revue Internationale d'Action Communautaire, 7/47, 1982, p. 37.

<sup>103</sup> HASSENTEUFEL, P., MARTIN, C., *Santé, dépendance : le rôle des associations*, in Esprit, mars-avril 1998, p. 199.

mis un certain temps à démarrer. Par la difficulté à identifier les présupposés du travail que faisaient les uns les autres sans vraiment être au clair avec ce qu'ils faisaient effectivement. Donc ça a vraiment été un travail de longue haleine de commencer à identifier correctement ce qui se passait. Ça aussi été de recorriger les attentes tellement massives qu'on avait vis-à-vis d'un service considéré comme expert alors qu'on avait pas envie d'apparaître comme cela, c'était pas une option intéressante. Donc on a commencé à détricoter.

(Le Méridien)

C'est en nous interrogeant sur les frontières du réseau que nous serons amenés à définir un enjeu porteur de multiples projets et réseaux liés.

Le réseau n'a pas de frontières, si ce n'est dans le rapport exclusif "y être ou pas". A l'instar de N. Dodier, nous devons intégrer ce principe d'incertitude : on ne sait pas *a priori* où va nous conduire le déroulement des solidarités le long des réseaux qui ne peuvent jamais être tenus pour des totalités fermées.

Le réseau est relativement autonome par rapport au territoire, et on voit dans cette relative autonomie le partage nécessairement artificiel induit par les concepts de quartier, commune ou ville, sensés répartir au départ de notre recherche les divers services ambulatoires. On comprend mieux maintenant pourquoi les cartes sont fausses. Le réseau franchit les rues et limites des quartiers, il entre dans les universités, les palais de Justice ou les délégations syndicales, il sort de Bruxelles, relie d'autres associations dans d'autres provinces, d'autres villes sur d'autres continents (voir le réseau Ville-Santé).

Or cette capacité à s'extraire immédiatement du local pour plonger dans le global, procure aux acteurs *qui y sont* cette fascinante impression d'ubiquité et d'autonomie ; et aux projets développés, une plus grande transversalité allant dans le sens d'un traitement global et individualisé. Le projet ainsi développé intègre l'avis de spécialistes, la collaboration des paires, du politique, des services publics, du privé et de toutes autres connexions (relations) selon le principe de la non-fermeture des frontières d'un réseau.

Nombreuses sont les associations qui participent à un réseau d'échange-formation avec des experts et cliniciens. Rares sont celles qui prolongent cette démarche dans un travail de collaboration allant au-delà de la prise en charge individualisée, *myope et segmentée* (le fameux paradigme du manque). Il suffit pour s'en convaincre de dénombrer le nombre de bulletins de liaison/information qui caractérisent généralement la pratique de réseau en milieu associatif.

A propos du nouveau Réseau d'Echange de Pratiques.

- Au départ il y a un psychiatre de l'hôpital, un type qui travaille avec les sans-abri dans la rue, des gens de maisons d'accueil, une de la maison médicale des Marolles, le SAS et l'Autre lieu. L'idée c'est de dire "je ne m'en sors pas avec ce gars là mais je n'ai pas envie de te l'envoyer, comme on fait toujours. Donc tu viens chez moi, et on va le voir ensemble". Et là on rencontre quelqu'un sur un terrain qu'il ne connaît peut-être pas. Donc quand le psychiatre va avec le gars dans la rue, bien il ne sait peut-être pas comment on travaille dans la rue, et il se retrouve à aller boire un verre avec le S.D.F.. Sinon ce qu'on fait c'est de dire au gars d'aller à l'hôpital, ben il n'y va pas. Mais est-ce du partenariat, parce que c'est vraiment faire ça avec des gens qui ont envie de faire ça ? Parce que c'est pas si facile d'engager les gens à faire quelque chose qu'ils ne font jamais. Et donc si on commence à demander que des associations d'un quartier travaillent là-dedans, j'ai l'impression que ça ne marchera pas. Il faut commencer avec des volontaires. **Aller à la rencontre des gens.**  
(RAPA-Autre Lieu)

Mais là où les effectifs se réduisent à un ou deux services ambulatoires, c'est quand il s'agit d'arrêter de se voiler la face, et de considérer le concept de réseau dans son intégralité, c'est à dire, non plus se limiter aux professionnels de la santé, du social, de la chose publique... mais tenter l'ouverture (l'aventure ?) vers son public.

On retrouve ici des principes d'action simples :

- le suivi individualisé du patient, ou *case management*, dont l'un des outils principaux est le dossier médical<sup>104</sup>,
- la contractualisation sous la forme de "contrat d'insertion", "contrat d'aide", dont il est secondaire de savoir s'il a véritablement une valeur juridique, car le vocabulaire du contrat sert autant à produire chez l'utilisateur que chez l'opérateur le sentiment de responsabilité et d'engagement<sup>105</sup>,
- *l'empowerment* de communautés locales.

Dans les deux premiers cas il s'agit donc d'horizontaliser le rapport usager/intervenant et construire un engagement mutuel propice à l'insertion, au soutien, à la restauration identitaire, sur la base d'une compétence relationnelle à être en contact avec l'utilisateur. Quant au troisième principe d'action, il s'inspire directement de la technique d'*empowerment* (traduction littérale : donner du pouvoir) des communautés locales telle que développée par Saül Alinsky, dans un quartier pauvre de Chicago, en 1938<sup>106</sup>.

Le *self-help* américain contribue à la volonté d'affirmation du local comme sujet et non plus objet de politiques publiques. Organiser des habitants et travailler les communautés naturelles

---

<sup>104</sup> MACQUET, C., *Interrogations sur un modèle médical "délibéralisé" : la Maison médicale de Seraing (Liège)*, in Revue Internationale d'Action Communautaire, 7/47, 1982.

<sup>105</sup> HASSENTEUFEL, P., MARTIN, C., *Santé, dépendance : le rôle des associations*, in Esprit, mars-avril 1998, p. 198.

<sup>106</sup> ALINSKY, S., *Manuel de l'animateur social*, Seuil, Paris, 1976.

pour qu'ils prennent eux-mêmes en main leur devenir, sans se retrouver dans la position humiliante d'assistés. L'argument principal est que les meilleurs "experts" en pauvreté et en exclusion sont les pauvres et les exclus eux-mêmes. Travailler ainsi avec des "communautés" d'utilisateurs, les intégrer au projet, mieux "scier la branche sur laquelle on est assis"<sup>107</sup>, en les laissant s'approprier le projet, signifie aussi repérer ou créer d'éventuelles communautés, repérer les leaders naturels et être capable de demeurer pragmatique pour obtenir des résultats concrets.

Or l'analyse sociologique de ces communautés, et des communautés en général, montre qu'il est là aussi plus utile de préférer l'usage du concept de réseau à celui du quartier ou de voisinage. Car de telles attaches spatiales et normatives ne sont plus que rarement d'actualité aujourd'hui. Wellman et Leighton parlent ainsi de réseaux denses, faiblement soudés ou ramifiés, sans nécessaire référent territorial<sup>108</sup>.

L'association Citoyens Comme Les Autres intègre cette dimension réticulaire de la communauté en opérant avec un réseau d'utilisateurs éclaté spatialement, mais resserré autour de la problématique des risques liés à l'usage de drogues.

D'un autre côté, la maison médicale du Miroir multiplie peu à peu les occasions propices à l'auto-définition d'une communauté d'utilisateurs autour d'événements festifs. Bien qu'habitants le même quartier, ces gens ne se connaissaient pas. Tout comme la Gerbe qui dit travailler en atelier avec des utilisateurs issus d'une même "entité sociologique", la Maison Médicale du Miroir ou les Citoyens Comme Les Autres contribuent à créer du lien social, et luttent, peut-être implicitement, contre l'exclusion.

C'est en creusant ces approches variées de travail communautaire, en s'attardant sur le principe "d'auto-support", et en orientant l'action d'un travail en réseau vers une assise territoriale<sup>109</sup>,

---

<sup>107</sup> Phrase tirée des entretiens à la Gerbe (Centre Santé Mentale).

<sup>108</sup> WELLMAN, B., LEIGHTON, B., *Réseau, quartier et communauté*, in *Espaces et Sociétés*, n°38, 1981.

<sup>109</sup> Cette possibilité de travail communautaire local doit être envisagée différemment selon le contexte et les missions de l'association. Il est certain que cette assise territoriale ne correspond pas au mode de fonctionnement actuel des Citoyens Comme Les Autres par exemple. Mais l'approche du local nous semblait indispensable au vu de certaines recherches sociologiques récentes. Si la communauté ne prend plus que dans certains cas l'apparence d'une *communauté de voisinage*, ou réseau protégé circonscrit à l'espace du quartier, l'"effet de territoire" demeure une donnée pertinente. Catherine Bidou-Zachariassen, dans un article intitulé *La prise en compte de l'"effet de territoire" dans l'analyse des quartiers urbains* nous montre que les "problèmes" sociaux et économiques - qui sont indissolublement liés - n'émergent pas de la même façon en fonction des rapports que les couches sociales entretiennent avec leur territoire. Ils peuvent se construire à partir d'une mauvaise adéquation socio-territoriale, mais aussi trouver leur résolution sans l'intervention de "dispositifs" externes pour peu qu'un

que le secteur associatif, celui de la santé mais pas uniquement, délaissera son rôle traditionnel d'assistance au profit de l'instauration d'une véritable démocratie urbaine.

Voilà un enjeu véritable pour cette fin de siècle, propice à la mise en place de projets ambitieux mais concrets, nécessitant un travail de coopération avec tous les acteurs concernés. La question ultime concernant ces hypothétiques réseaux du XXI ème siècle sera "y être ou pas ?".

- Ce qui ne va pas c'est que :

**Un.** Il n'y a absolument pas de transparence au niveau des programmes définis par le Ministère, donc ça nous prend énormément d'énergie pour comprendre ce qu'ils veulent.

**Deux.** Les interlocuteurs n'arrêtent pas de changer et les partages de compétences entre les cabinets administratifs, ça nous prend plein d'énergie, il faut le savoir.

**Trois.** En général, il n'est pas compris dans les budgets des projets de prévention, un temps pour la gestion administrative des projets, c'est pas compris. Et pour la réflexion, c'est pas compris non plus.

(Le SAS)

---

"travail" culturel, à base territoriale, puisse être mené par les acteurs sociaux eux-mêmes. BIDOUCHE-ZAHARIASEN, C., *La prise en compte de l' "effet de territoire" dans l'analyse des quartiers urbains*, in Revue Française de Sociologie, PUF, Paris, janvier-mars 1997, p. 113.

## RESUME des TROIS RECOMMANDATIONS

### RECOMMANDATION 1. UNE ANALYSE SOCIALE D'UNE ZONE

Ayant constaté le caractère "stéréotypé" des descriptions du milieu dans lequel l'association ou le service a choisi de s'implanter et de développer son action, au vu aussi des difficultés à qualifier le public autrement que par des catégories administratives ("chômeurs de longue durée", "minimexés") ou simplistes ("pauvres", "précaires", "solitaires"), alors qu'aujourd'hui les pouvoirs publics ont - trop - tendance à présenter Bruxelles comme une ville pauvre, dualisée, polarisée, il est nécessaire de revenir à un travail plus fin, plus ethnographique et anthropologique, qui interroge les catégories d'usage courant et développe un questionnement sur les "manières de vivre en ville" qui ne soit pas centré sur le seul repérage des facteurs pathogènes.

Il paraît souhaitable d'envisager une meilleure connaissance des milieux sociaux et culturels en adoptant une procédure - minimale et optimale - qui permettrait d'accroître considérablement cette connaissance. L'enjeu est de dépasser une approche strictement épidémiologique des problèmes sociaux et de situer la vie urbaine par rapport à la citoyenneté.

1. une **procédure minimale**, réalisable à l'échelle d'une équipe, consisterait à répondre à un ensemble de questions (6) et de construire un diagnostic, dynamique faisant apparaître les enjeux de la zone, du quartier, de l'espace dans lequel cette équipe travaille;

2. une **procédure optimale** tiendrait compte de deux éléments supplémentaires : une démarche comparative et la construction d'un partenariat, l'objectif de la démarche étant d'objectiver - à partir de six domaines (localisation, signaux d'alarme, habitat et cadre de vie, population, cohésion sociale, présence institutionnelle) - au mieux l'analyse des secteurs d'études où des actions sont menées. Il s'agit de trouver un moyen terme entre un choix trop subjectif et aléatoire et une décision qui résulterait d'une véritable enquête scientifique, hors de proportion avec l'objectif poursuivi. Cet instrument d'aide à la décision viserait simplement à une vérité "approchée" et nécessite la construction d'un partenariat.

3. Ces procédures devraient s'intégrer dans le cadre d'un projet de recherche associant **des équipes de recherche universitaire et des services et des associations** qui oeuvrent dans différentes zones et qui participent à l'élaboration de ces savoirs urbains. De la même manière, cette collaboration entre monde universitaire et monde associatif devrait déboucher sur **un travail en partenariat avec les responsables communaux afin de définir une meilleure intégration des communes au système de santé publique**. Il ne serait pas souhaitable que cette intégration soit limitée à la compilation de seuls indices épidémiologiques ou de mesures

standardisées de santé. Il s'agit clairement d'inciter les communes à se situer dans le projet "ville-santé" à partir de 4 axes :

- une amélioration de la connaissance de la ville et de la problématique ville-santé,
- une intégration des communes au système de santé au niveau des soins de santé primaires,
- une amélioration de la prise en compte des spécificités locales dans la conception des programmes de santé publique,
- un accompagnement organisationnel - par un soutien technique et stratégique - de l'investissement matériel et immatériel des communes promouvant une politique de santé publique.

Ces quatre axes devraient faire l'objet d'une recherche particulière à très court terme afin de répertorier les éléments qui positionnent les communes quant à leur participation au projet de "ville-santé" à Bruxelles.

## **RECOMMANDATION 2. LE RECUEIL DES DONNEES**

**Il apparaît comme évident qu'un système local d'informations doit se construire de manière négociée autour du projet d'un protocole commun minimum comportant un tronc commun d'informations générales avec des modules spécifiques selon les orientations de service ou de mission des différents partenaires de la politique de santé, ces modules étant régis par un principe d'échantillonnage.**

La mise en forme - pour la négociation à venir - des éléments indispensables pour visibiliser les activités du secteur ambulatoire des soins en santé implique **trois blocs de données** :

- un bloc concernant la personne qui s'adresse à un service ou qui est le sujet d'une intervention; traduit du point de vue du service, il s'agit de répondre à la question : à quoi sommes-nous confrontés (demandes, appels, plaintes,...); on n'oublie pas ici de distinguer le nombre de fois où un même individu vient en consultation ni le nombre de nouveaux et d'anciens dossiers ouverts;
- un bloc d'enregistrement des activités du service; soit la réponse à la question : quel service prestons-nous (volume et type d'activités);
- un bloc qui présentent les démarches, la nature des prises en charge, la temporalité des interventions; la question ici est : quels résultats obtenons-nous.

Les informations réunies dans chacun des blocs seront croisées entre elles (analyse en tableaux doubles, analyse multivariée et multifactorielle) en vue de dégager des typologies de public et d'actions, de consultations ou d'interventions; les données sont individuelles et

anonymées; ceci doit également faire l'objet d'une négociation (commission d'évaluation des données, contrats de transferts,...).

### **RECOMMANDATION 3. LE RAPPORT D'ACTIVITES COMME OUTIL D'AUTO-EVALUATION**

Le rapport d'activités ne doit pas être confondu avec un recueil des données mais est l'occasion de réaliser une auto-évaluation de l'organisation du travail et de son fonctionnement - tant au niveau des conditions de travail qu'à celui des relations avec les utilisateurs -.

Nous nous limitons à **énoncer les conditions qui permettent de cerner le contenu d'une auto-évaluation à partir des relations et des flux entre les quatre acteurs - fournisseurs et transformateurs de ressources, producteurs et utilisateurs de service - impliqués dans la production d'un service, contenu qui constituerait l'essentiel du rapport d'activités centré autour de la qualité.**

Une certaine homogénéisation des rapports s'impose quant aux thèmes traités et aux informations statistiques fournies (le volume des activités et des conditions de travail), principalement en vue de faciliter la diffusion et l'échange d'informations dans l'objectif de construction ou de renforcement d'un partenariat.

**Le rapport devrait traiter - au minimum - des 7 points suivants :**

- l'origine de l'initiative ;
- le nombre de travailleurs, d'utilisateurs et le budget ;
- la définition du ou des groupes-cibles ;
- les buts et les caractéristiques du service ; les caractéristiques de l'emploi ;
- la qualité et l'évaluation pratiquée au sein du service ;
- les perspectives selon que l'action est limitée ou selon son degré de transférabilité à d'autres contextes.

C'est en disposant - au minimum - de ces informations que l'on peut commencer à envisager la réalisation d'un rapport d'activités commun - en fait, il s'agirait bien plus d'une **démarche collective** - où serait identifié clairement les zones de collaboration, les échanges de services, les collaborations diverses, les orientations des projets. Cet échange de savoirs est complémentaire de la démarche comparative et de la construction d'un partenariat telle que proposée dans le cadre de la recommandation 1.

Il s'agirait en tout cas à terme de mieux pouvoir distinguer

- les actions qui visent à améliorer l'état de santé de la population
- de celles qui visent à intensifier les liens sociaux tant au niveau du service lui-même que dans son contexte spatial

- ou encore des actions communes menées avec des instances locales.

C'est alors que l'on pourrait mieux évaluer les difficultés, problèmes, accords ou désaccords quant aux actions menées dans une zone. On se donnerait ainsi les moyens d'échapper à une énumération de fonctions ou d'actions qui ne permettent pas vraiment - comme on l'a vu pour chacune des zones passées en revue - d'évaluer les problèmes réels rencontrés et les actions qui sont réalisées pour les rencontrer.

## TABLE DES MATIERES

Présentation de la démarche	2	
I. Le terrain	4	
A) Zone des Marolles	4	
1. Combien sont-ils à œuvrer dans la zone ?	5	
2. Que font-ils ?	6	
3. Quelle est la population touchée par l'existence de ces services ?	15	
4. Comment faire une synthèse de ces informations ?	16	
B) Zone "Evere- Schaerbeek - St Josse"	19	
1. Combien sont-ils à œuvrer dans cette zone ?	19	
2. Que font-ils ?	20	
a) les Maisons médicales	21	
b) les Centres de santé mentale	28	
3. Une synthèse	38	
4. Les données disponibles	41	
II. Les informations socio-sanitaires	53	
1. Un annuaire minimaliste	54	
2. Une analyse de l'offre en soins de santé	55	
3. 53 indicateurs et un projet de système d'information sanitaire local	58	
4. La place des services dans un projet de ville	59	
5. Un tableau de bord par objectifs	62	
6. Une démarche collective de délimitation de problèmes	64	
7. Un inventaire des pratiques de recueil des données et des problèmes soulevés	65	
7.1. Le dossier médical	66	
7.2. La pratique de saisie des données en santé mentale	69	
7.3. La pratique de saisie des données dans d'autres secteurs	73	
8. Une tentative pour rendre compte de la production d'un service	76	
9. Une photographie ratée, un ensemble de conditions à ordonner	84	
Recommandation 1. Une analyse sociale de la zone	88	
1. Procédure minimale	89	
2. Procédure optimale	91	
3. La ville incertaine	92	
Recommandation 2. Le recueil des données	94	
III. Le rapport d'activités comme outil d'auto-évaluation	96	
1. La loi a changé	96	
2. Une rectification : se débarrasser des "besoins" et parler en terme de service	97	
2.1. Les dimensions de l'approche en terme de "besoin"	98	
2.2. La théorie des "quatre corps"	107	
3. Les principes de l'auto-évaluation	108	
Recommandation 3.	108	
Condition 1.	108	
Condition 2.	109	
Condition 3. (le contenu du rapport)	109	
IV. Pratiques de partenariat et échelles d'action	112	
A. Pratiques de partenariat	112	
1. Entre discrets et affirmatifs	112	
2. Le cas par cas du réseau	114	
3. Collaborations autour d'un projet	117	
4. Echange de personnel	120	
5. Réseaux exclusifs	120	
6. Réseaux institutionnalisés	121	
7. Nouveaux réseaux citoyens	124	
8. Le réseau en creux	126	

B. Les jeux d'échelles des collaborations	129
1. L'échelle spatiale	130
2. L'échelle institutionnelle	130
3. Echelle de population	132
4. Echelle économique et temporelle	134
Conclusion : association, réseau et réseau d'associations	135
Résumé des trois recommandations	146
Table des matières	150