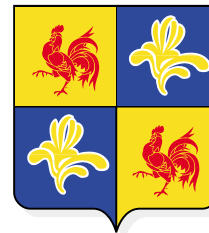
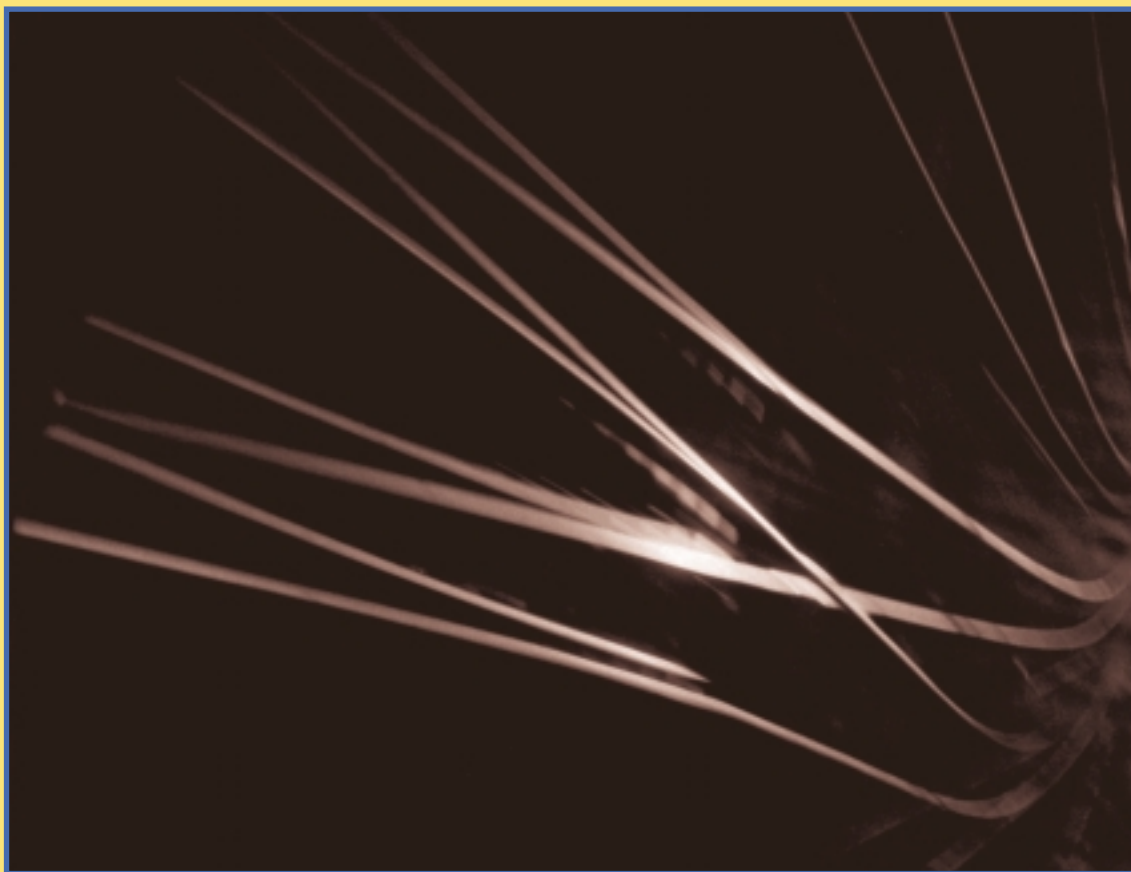


# Les Réseaux santé

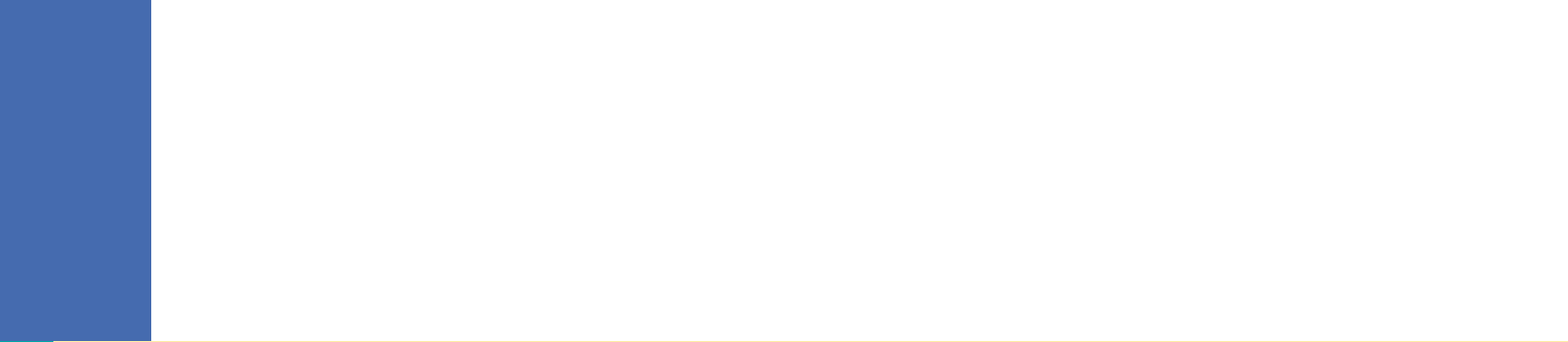


Un axe prioritaire de la politique  
de la Commission Communautaire Française



Première édition

2004



Editorial

Introduction

Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles

Les réseaux

Réseau “ Santé, précarité ”

Réseau Bruxelles-Est

Réseau de santé mentale communautaire Berchem

Réseau Santé Mentale Marolles

Réseau Santé Diabète Marolles

Réseau Hépatite C - Bruxelles

Réseau Dépendance Bruxelles-Est

Réseau “ Maintien à domicile des personnes âgées par l’amélioration de l’indépendance, la prévention des chutes et l’aménagement du domicile ”

Réseau Canal Santé

Réflexions du Réseau Canal Santé

«Pour une éthique des réseaux» Michel Kesteman

**Comité de lecture : Françoise Kinna/Question Santé et Thierry Lahaye/Service Santé, Tita Chronis/Service Santé,  
Commission communautaire française**

**Graphisme : Carine Simon/Question Santé**

**© Commission communautaire française, 2004**

Notre système de santé et de soins est confronté aujourd'hui à un certain nombre de limites et doit répondre à de nouvelles exigences. De nouvelles stratégies d'organisation des soins passant par le développement des réseaux de soins s'imposent dès lors comme une évidence afin de promouvoir leur qualité et développer des actions de prévention et de promotion de la santé.

**Il nous faut d'abord** promouvoir la qualité des soins car il faut tenir compte en permanence de l'évolution des connaissances, des progrès thérapeutiques, mais aussi du souhait des personnes malades d'être toujours mieux informées et de bénéficier d'une médecine plus humaine, mieux coordonnée et plus proche de leur lieu de vie.

**Il nous faut ensuite** développer des actions de prévention car cette discipline reste le parent pauvre de la médecine. Même l'éducation thérapeutique, qui vise à permettre au patient de prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins, sa thérapeutique, n'arrive pas à prendre sa place dans notre système de santé et de soins. Or, l'éducation thérapeutique s'avère nécessaire en raison d'une mauvaise observance des prescriptions qui diminue l'efficacité des traitements et fait courir le risque de complications et de rechutes.

**Il nous faut aussi** promouvoir une politique de santé publique qui tienne compte des nombreux déterminants extra-sanitaires, essentiels à la santé de la population. Le rôle de la médecine curative individuelle comme déterminant quasi exclusif de la santé est en effet de plus en plus remis en cause.

Les réseaux peuvent contribuer à corriger un certain nombre de difficultés dans notre système de santé et de soins, et ce par une meilleure adaptation de celui-ci aux attentes des patients. Ces derniers seraient replacés au cœur du fonctionnement du système de soins et de santé par un déclioisonnement à différents niveaux : entre médecine ambulatoire et hospitalière, entre généralistes et spécialistes, entre le curatif et le préventif, entre champs sociaux et santé.

Ils le seraient aussi par un accroissement de la compétence collective des professionnels de santé via une mise en commun plus efficiente de leurs expertises et de leur savoir-faire...

Ce déclioisonnement aboutirait à une nouvelle répartition des tâches et des responsabilités, non seulement entre eux mais également avec les professionnels d'autres domaines (juridique, social, éducatif,...).

Le réseau, c'est aussi une réponse aux nouveaux besoins en matière de santé comme, par exemple, le développement des maladies chroniques liées au vieillissement, qui, couplé aux attentes d'usagers plus avertis, exige des prises en charge à la fois plus globales et mieux coordonnées. Le changement de culture de la santé est l'élément essentiel à la mise en œuvre d'un réseau. Ce changement passe par une approche plus globale des problèmes de santé, une volonté de coopérer dans une conception non hiérarchique, une évolution des pratiques mobilisant mieux les possibilités techniques, une conception plus « citoyenne » du travail sanitaire, un respect mutuel, une reconnaissance de la compétence de l'autre. Il s'agit d'une démarche fondamentalement éthique.

Le réseau est enfin un observatoire des problématiques qui se posent sur le terrain et un outil de construction de nouvelles méthodes de travail permettant d'éclairer les mandataires politiques dans le choix de leurs priorités.

Le développement des réseaux est donc bien une nécessité et les expériences positives en cours répondent à cette préoccupation. Il convient cependant d'approfondir nos réflexions sur ce que nous attendons concrètement des réseaux de santé, comme mode d'organisation de notre système de santé et de soins. En effet, si aujourd'hui un accord de principe de la plupart des acteurs de santé semble se dégager, il n'est pas certain pour autant que chacun interprète et donc envisage la notion de réseaux de la même manière.

La première question qu'il faut se poser est celle de savoir quelle place doivent prendre les réseaux dans notre système de santé. La question de leur développement est évidemment très différente selon qu'on leur attribue :

- une fonction de substitution, faisant des réseaux le mode privilégié d'organisation tant de la santé ambulatoire que des structures hospitalières ;
- une fonction subsidiaire, avec comme intention de répondre à certains dysfonctionnements du système actuel sans le remettre en cause dans sa totalité.

Je pense qu'il faut adopter une démarche pragmatique par laquelle nous concevons le réseau comme une nouvelle façon de travailler, dont la place dans notre système de santé et de soins reste encore à préciser. Il faut donner la possibilité à des acteurs de terrain de travailler différemment pour répondre plus efficacement aux besoins de leurs patients et aux attentes de la population et de capitaliser de nouveaux savoir-faire. Il faut aussi s'interroger sur les conditions de la réussite du développement des réseaux. Pour ma part je vois quatre grandes séries de questions auxquelles il nous faudra trouver des réponses dans un futur proche : quel encadrement juridique, quelles orientations privilégier, quel partenariat avec le Fédéral, quel financement ?

J'agirai dans le cadre de mes compétences pour que ces réseaux de santé fassent partie intégrante de notre système de santé et de soins, de donner du souffle aux initiatives et une véritable reconnaissance du travail des professionnels.

Benoît Cerexhe  
Président du Collège, en charge de la Santé

# Introduction

Modalité de travail innovante, la notion de réseau tend depuis plusieurs années à s'imposer comme une référence majeure dans le domaine sanitaire et social. Les réseaux santé ont pour objet de mettre en œuvre un nouveau mode d'organisation du système sanitaire afin d'aboutir à une meilleure prise en charge des besoins de santé de la population.

Mais la création d'un réseau, son mode de fonctionnement, sa mise en œuvre n'est pas exempte de difficultés et d'obstacles : il faut apprendre à travailler en équipe, être capable d'annuler les différences entre les cultures professionnelles et organisationnelles, pouvoir dégager des orientations et des objectifs communs, pouvoir mettre en place des procédures de communication des données concernant les patients, aptes à la fois à sauvegarder la confidentialité et à permettre le travail efficace de chacun, savoir gérer dans le temps les vicissitudes d'un projet collectif.

Le principe même du réseau repose sur l'idée de faire travailler ensemble des acteurs de santé publique obéissant traditionnellement à des rationalités différentes et agissant chacun de leur côté. Comme le définit le président de la Coordination nationale des réseaux en France, le docteur Didier Menard : *“ le réseau est un processus de transformation profonde des pratiques professionnelles. Il permet de dépasser les représentations négatives des uns et des autres. Cela nécessite un apprentissage, une connaissance des limites et des compétences de chacun. Le réseau développe des pratiques coopératives non hiérarchiques. Il impose un changement d'état d'esprit, un changement de mentalité des professionnels voire un changement de culture pour aboutir à des références et à un langage commun ”.*

L'ambition des réseaux est de créer des ponts, des échanges de la coopération là où existent aujourd'hui les cloisonnements, les coupures, les rivalités. Les réseaux doivent être des vecteurs de changement par le partenariat.

## **L'idéal-type du réseau**

Ce concept, forgé au début du siècle par le sociologue allemand Max Weber, désigne un modèle idéal, ne correspondant pas directement à la réalité mais dont il synthétise certains éléments constitutifs et à l'aune duquel celle-ci peut être comparée : *“ L'idéal-type est un tableau de pensée, il n'est pas la réalité historique ni surtout la réalité “ authentique ”, il sert encore moins de schéma dans lequel on pourrait ordonner la réalité à titre exemplaire. Il n'a d'autre signification que d'un concept limite (....) purement idéal, auquel on mesure (....) la réalité pour clarifier le contenu empirique de certains de ses éléments importants et avec lequel on la compare ”.*<sup>1</sup>

Le but n'est pas de définir un modèle normatif du réseau auquel le fonctionnement réel des institutions et organismes travaillant dans le domaine de la santé devrait se conformer, mais de retenir certains critères de définition du réseau pour en établir une synthèse en référence à laquelle leur action pourra être comparée. Le rôle de l'idéal-type est de permettre de mesurer par comparaison des écarts par rapport à un modèle synthétique, lequel ne saurait prétendre au statut de référence normative absolue à laquelle il serait impératif de se conformer.

<sup>1</sup> Max Weber. *Essais sur la théorie de la science*. Paris, Pocket, 1992 (1904), p.176

# Introduction

Dans le domaine socio-sanitaire, le fonctionnement en réseau relève avant tout d'une approche globale des besoins des individus pris en charge. Celle-ci suppose un rejet des approches étroitement sectorisées, conduisant soit à favoriser un traitement à partir d'une démarche unique (que celle-ci soit médicale, psychologique, sociale,...) à l'exclusion des autres, soit à la juxtaposition de plusieurs approches distinctes mais sans réelle communication ni articulation les unes avec les autres.

A l'inverse, le réseau suppose une diversité coordonnée ou transversalité des démarches en ce qu'il s'agit de multiplier les points de vue et les angles d'approche d'un même phénomène.

Un des éléments constitutifs du réseau réside dans son caractère pluriel et plus précisément dans le fait qu'il est composé d'acteurs très différents de par leurs statuts et compétences professionnelles, leurs appartenances institutionnelles, leurs pratiques, leurs cadres de références ou encore leur point de vue sur le problème qu'ils ont à gérer en partenariat.

Un réseau ne peut donc être que pluridisciplinaire ; à contrario, un groupe d'acteurs de même statut et accomplissant des missions similaires ne constitue pas un réseau.

La diversité qui marque les membres du réseau est dite coordonnée au sens où il ne saurait s'agir de multiplier des approches distinctes sans communication les uns avec les autres mais aussi au sens où le but du partenariat n'est en aucun cas de produire une homogénéisation et une unification des démarches qui tendraient à " raboter " ou à faire dissoudre les spécificités.

Chaque démarche professionnelle conserve la plénitude de ses missions et de sa légitimité à l'intérieur du réseau mais

est complétée par la spécificité des points de vue que proposent ses partenaires et auxquelles elle doit s'articuler.

Cette hétérogénéité constitutive, si elle est une des conditions de l'approche globale, ne va pas de soi. L'emprise des logiques sociales spécifiques dans lesquelles sont pris les différents partenaires, la diversité de leurs cadres de références et de leurs points de vue, l'irréductibilité de leurs objectifs... peuvent aboutir à des incompréhensions, des difficultés de communication, voire des antagonismes lorsque leurs perspectives respectives sont inconciliables.

D'où la nécessité, lorsqu'un réseau fait se réunir des acteurs extrêmement hétérogènes, de se doter d'un dispositif de coordination - pouvant être occupé par une personne faisant office de point de référence - permettant aux différents points de vue de s'exprimer de manière compréhensible et acceptable par tous.

Une autre caractéristique majeure du réseau est sa dimension horizontale. Les différents points de vue, démarches, acteurs, organismes... qu'il réunit entretiennent entre eux des rapports par définition égaux. Le réseau s'oppose diamétralement à l'idée de hiérarchie en ce qu'il envisage des partenaires disposant d'une égale légitimité de s'exprimer et d'agir et dont aucun ne peut se prévaloir d'un ascendant ou d'une autorité sur les autres.

L'enjeu est la complémentarité entre approches plurielles pour l'atteinte d'un objectif commun, en aucun cas leur asservissement à un point de vue dominant. Tout membre d'un réseau doit savoir faire preuve de pragmatisme en acceptant, parfois, de voir certains des fondements de sa pratique être bousculés, contestés ou remis en cause par les approches distinctes de ses partenaires.

# Introduction

Cette dimension égalitaire – opposée à la structure pyramidale de l'organisation – doit également faire l'objet d'une attention vigilante lorsqu'est défini le rôle du coordinateur du réseau : celui-ci n'est en aucun cas un chef ou un leader mais avant tout un facilitateur dont la mission est de favoriser la communication entre les partenaires et de renforcer l'articulation de leurs actions, mais en aucun cas un rôle de direction ou de contrôle.

Le réseau se définit également par son rejet du centralisme. Même si le coordinateur occupe de fait au sein du réseau une position à l'intersection des lignes d'action des autres membres, la limitation de sa mission à une facilitation des échanges ne lui permet pas de centraliser l'ensemble des informations et par là de se situer véritablement en position de surplomb.

De fait, et même s'ils sont unis les uns aux autres, les différents membres d'un réseau bénéficient d'une grande liberté de connexion, en ce qu'ils n'ont pas à passer par un centre pour faire appel à un ou plusieurs partenaires. L'accent est mis sur l'autonomie de chaque membre du réseau, lequel lorsqu'il n'est pas en connexion avec ses partenaires conduit son activité conformément à sa logique de pratique propre.

Les connexions entre partenaires ne sont pas permanentes, mais se font de manière ponctuelle, en fonction des besoins rencontrés dans le cours de la pratique. Le réseau constitue un ensemble de ressources potentiellement mobilisables en cas de nécessité. On ne fait pas appel à un membre du réseau si on n'a pas un service à lui demander, un problème à lui soumettre.

Se révèle ainsi le caractère nécessairement informel du réseau, lequel n'existe qu'à la condition que soient activées, affermies et consolidées les relations entre ses différents membres.

Autrement dit, un réseau qui n'est pas mobilisé, dont les différents membres ne communiquent pas entre eux et ne se connectent pas les uns aux autres, n'existe pas réellement. Un réseau existe avant tout à l'état pratique, en tant qu'il est régulièrement activé.

Le réseau ne tient que dans et par l'activation des relations entre ses différentes composantes, la solidarité entre ces dernières se réalise avant tout par la pratique. De ce fait, négliger le travail d'entretien et de consolidation des relations avec les autres membres, se tenir durablement à l'écart, expose à se voir progressivement exclure du réseau.

Contrairement à l'organisation, structurée par un ensemble de règles et de normes prévoyant et codifiant la nature des relations entre ses différentes composantes, le réseau fonctionne grâce à la personnalisation des liens à la confiance. Cette dernière est une des conditions de possibilité de la subversion des frontières institutionnelles, professionnelles ou disciplinaires qu'exige l'appel au réseau.

La confiance permet qu'en dépit des différences d'approches, de références ou de points de vue, les personnes qui unissent leurs efforts dans la conduite d'une prise en charge puissent communiquer librement et confronter leur avis sans risquer de mettre en danger leur partenariat. La personnalisation et la confiance permettent de compenser l'absence de contractualisation et de définition officielles des relations, en conservant les avantages de ces dernières (l'explicitation de leurs rôles et capacités offre une capacité d'anticipation de l'action des partenaires, permettant une coordination efficace entre eux) tout en évitant les inconvénients (la pesanteur des rôles institutionnels, ainsi que des règles et des normes officielles, souvent inadaptés aux exigences concrètes de l'action en train de se faire.



# Introduction

Si l'avantage est de ce point de vue l'efficacité permettant d'éviter une déperdition d'énergie et de moyens, le revers de cette personnalisation permettant de subvertir ou de contourner les lourdeurs organisationnelles ou institutionnelles réside dans le risque de voir se développer des rapports privilégiés devant plus à des connivences ou affinités interindividuelles qu'à un véritable souci d'efficacité.

## **Difficultés et limites du réseau**

Le travail en réseau, s'il peut être appréhendé positivement, ne va pas pour autant de soi. Sa mise en œuvre n'est pas exempte de difficultés et d'obstacles :

### **Le travail en réseau est chronophage**

Ce phénomène est inhérent aux rencontres régulières pour assurer une véritable interconnaissance et une personnalisation des relations entre les membres. Le fonctionnement du réseau coûte le temps consacré par chaque participant. *“ Pour l'acteur de base du réseau, c'est parfois beaucoup d'énergie et de temps dépensés, souvent supérieurs à ce qui avait été estimé en première analyse. En effet, outre le temps strictement nécessaire à la réalisation des tâches imparties, il faut participer à des réunions, se coordonner avec d'autres... ”*<sup>2</sup>

### **Les difficultés communicationnelles**

Ces difficultés du fait de concepts, de méthodes et d'approches professionnelles sont fréquentes. Même s'ils ne sont

pas nécessairement contradictoires ou antagonistes, des cadres de pratique ou conceptions hétérogènes peuvent éprouver des difficultés à se coordonner du fait que les différents partenaires ne parlent pas le même langage, ne désignent pas la même réalité par les mêmes mots, ou plus globalement inscrivent leurs perceptions et conceptions des problèmes que le réseau s'est donné pour tâche de prendre en charge dans des cadres de références par trop différents.

### **Les relations de concurrence**

Les difficultés ne surgissent pas toujours d'une trop grande distance entre cadres de références, méthodes, et jargons professionnels. Elles peuvent aussi résulter par une trop grande proximité, source de mise en concurrence. Des dispositifs intervenant par exemple auprès d'une même population peuvent se disputer celle-ci et se reprocher mutuellement de viser le monopole de sa prise en charge. Des querelles de légitimité visant à contester au concurrent la légitimité à “ marcher sur ses plates-bandes ” peuvent apparaître. Ces logiques concurrentielles tendent à s'appuyer sur des différences existantes pour les accentuer et en faire un principe d'évaluation hiérarchisée.

### **L'enjeu éthique**

La nécessaire circulation des informations entre les différents partenaires est un condition essentielle au bon fonctionnement du réseau. Le partage d'informations peut entraîner une perte de confidentialité. En instaurant une prise en charge collective de certains “ cas ” ou de certains problèmes, le

<sup>2</sup> Les réseaux, un mode fonctionnement à définir, caractériser et évaluer, Jean Michel, Revue Prévenir, Les Réseaux de Santé, Coopérative d'édition de la vie mutualiste, deuxième semestre 1994, p. 11

# Introduction

réseau suppose un partage d'information dont l'extension incontrôlée peut s'avérer dommageable pour le respect professionnel.

La diffusion et le contrôle des informations constituent un point particulièrement délicat pour le fonctionnement en réseau. L'équilibre à trouver entre informations pouvant ou non être transmises à un partenaire est primordial. Il s'agit d'identifier quelles informations sont nécessaires au partenaire pour qu'il puisse remplir sa mission dans de bonnes conditions et de les distinguer de celles qui lui seront inutiles ou dont la diffusion est problématique sur le plan éthique.

En guise de conclusion, un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné.

La coopération des acteurs dans un réseau est volontaire et se fonde sur des relations non hiérarchiques et sur la définition commune d'objectifs, en vue d'améliorer la complémentarité, la continuité et la qualité des prestations.

Les éléments essentiels du travail en réseau sont " l'indépendance dans l'interdépendance ", le respect de l'autre, la

transparence de fonctionnement, une vision commune du présent et du futur. Le réseau doit apporter une plus-value en terme de qualité des pratiques mises en commun et en terme d'efficacité, au bénéfice du patient et de la population.

*Thierry Lahaye*

*Service Santé Commission communautaire française*

## Bibliographie

- Les réseaux de santé, Revue Prévenir, Coopérative d'édition de la vie mutualiste, Deuxième semestre 1994/27.
- Réseaux de santé – Guide d'évaluation, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Septembre 2004.
- Promotion de la santé : le temps des réseaux, Revue la santé de l'Homme, N° 369, Janvier/ Février 2004, Inpes.
- Créer et piloter un réseau de santé, François-Xavier Schweyer, Gwénola Levasseur, Teresa Pawlikowska, Ed. ENSP, 2002.
- La santé en réseaux, P. Larcher, P. Polomeni, Masson, Avril 2001.
- L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations, Y.Bourgueil, M. Bremond, A. Develay, M. Grignon, F. Midy, M. Naiditch, D. Polton, Irdes, 2001.

# Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles

Le Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles (CLPS) existe depuis 5 ans et est une asbl agréée par la Communauté française pour organiser la promotion de la santé dans la Région de Bruxelles-Capitale avec le soutien de la Commission communautaire française.

Une jeune institution dont les missions de travail se réfèrent au décret de 1997, organisant la Promotion de la santé en Communauté française.

## *La Promotion de la santé en quelques mots...*

La promotion de la santé prend en compte la dimension individuelle et collective de la santé dans ses aspects sociaux, culturels, psychologiques, politiques, économiques, environnementaux, éthiques et biologiques.

Une multiplicité de facteurs peuvent influencer le bien-être : les conditions de logement, de travail, l'environnement, les liens sociaux, l'éducation, les loisirs, ...

## *Intervenir en promotion de la santé, c'est :*

Contribuer à la réduction des inégalités en matière de santé, à la promotion des droits fondamentaux de l'être humain et au développement social.

Repérer les demandes et les situations des personnes les plus précarisées dans leur milieu de vie, leur environnement et leur contexte social.

Agir sur les déterminants de la santé comme l'éducation, le logement, l'alimentation,....

## *Une équipe pluridisciplinaire pour diverses missions*

Notre soutien aux organisations est essentiellement méthodologique : accompagnement d'organismes et d'acteurs de terrain dans la conception de projets, mise à disposition de documentation et d'outils adaptés, recherche documentaire, orientation vers des formations,... L'aide apportée peut être ponctuelle ou, de commun accord, porter sur un plus long terme. Dans certains cas, un partenariat peut s'établir autour d'un projet.

Lorsqu'un organisme souhaite introduire une demande de subvention auprès d'un pouvoir subsidiant, le CLPS peut l'aider à concevoir et à rédiger le projet en tenant compte des priorités et des stratégies propres à la promotion de la santé.

Au CLPS, nous favorisons le processus de coordination et de concertation à l'échelle de Bruxelles. Il permet la réflexion, l'analyse et les prises de décisions les plus pertinentes par rapport aux attentes de la communauté.

Nous développons aussi un réseau de diffusion afin d'informer les intervenants de terrain des nouvelles publications en matière de santé au sens large (dépliants, brochures, affiches,...). Il y a également un centre de documentation accessible dans nos locaux.

Dans la réalisation de nos missions, nous sommes soucieux de prendre part à des projets qui visent la réduction des inégalités et la dimension de participation en mettant en évidence les demandes des acteurs et les besoins des publics concernés.

# Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles

## **Modalités d'approche du projet Réseaux de Santé bruxellois**

### **Contexte**

En octobre 2003, la Commission communautaire française lance un appel à projet visant la création de réseaux de santé. Des vingt projets introduits, neuf sont retenus. C'est dans ce cadre que le CLPS de Bruxelles a été sollicité par la Commission communautaire française afin d'assurer l'accompagnement méthodologique et l'aide à l'évaluation des réseaux santé.

Si accompagner un projet auprès des acteurs de première ligne désireux de mettre en oeuvre la promotion de la santé est une tâche habituelle pour le CLPS, accompagner un réseau de santé en terme d'aide à l'évaluation suscite un certain nombre de questions au sein de l'équipe. Ces questions sont d'ordre divers :

- la première relève de toute une série d'interrogations sur le sens d'un réseau : qu'est ce qui fait réseau, qu'est ce qu'il ne le fait pas ; une coordination existante n'est-elle déjà pas un réseau, quelles sont les valeurs qui animent un réseau ?
- La deuxième question relève de l'accompagnement méthodologique qu'il nous était demandé de réaliser; comment articuler l'accompagnement du projet en tant que tel mais aussi la dynamique des composantes de ce réseau, celle de son co-portage ?
- La troisième question porte sur l'aide à l'évaluation. Très vite, il nous apparaît qu'il ne relève pas de nos missions d'être dans une logique d'évaluation de type " contrôle extérieur ". Ce qui suppose aussi un éclaircissement sur notre positionnement et ce que nous pouvons offrir comme service aux membres du réseau.

## **Création de réseau de santé : acquérir et partager des compétences complémentaires**

Mettre en place une multitude de réseaux santé à Bruxelles est incontestablement parier sur le potentiel de la transversalité et de la multidisciplinarité, des valeurs importantes en promotion de la santé dont le respect de la mise en oeuvre préoccupe le CLPS. Circulation et échange d'informations et de points de vue, déclinaison et complémentarité des compétences ; chacun des membres du réseau participe, contribue à mettre en place une dynamique où l'utilisateur peut également trouver sa place en qualité d'acteur de sa santé.

Utopique ? Trop ambitieux ? L'objet d'un réseau, sa dynamique trouvent leur force et leur richesse dans la complexité qu'ils recèlent, dans la continuelle recherche d'une meilleure compréhension des singularités d'une réalité et de son ajustement chaque fois différent.

Il ne s'agit pas seulement d'un énoncé théorique, pour le CLPS il paraît aussi nécessaire de partager ce qu'on vit, ce qu'on fait dans ce réseau. Bref, de s'arrêter aussi pour comprendre et réfléchir sur le sens du projet réseau de santé en lien avec les questions pratiques s'y afférant.

Au regard de ces considérations, le CLPS propose à l'administration deux types de rencontres entre les acteurs des réseaux de santé.

Le premier rendez-vous a pour objectif de faire se rencontrer l'ensemble des partenaires des réseaux afin que chacun puisse se présenter, énoncer aussi ses remarques, ses attentes et interrogations par rapport à ce projet.

# Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles

Il nous semble important que chacun puisse mieux appréhender les différents projets retenus afin de prendre connaissance, partiellement certes, de l'ensemble du réseau et de cerner en quoi chacun participe à son existence et à son enjeu plus global. Elargir le champs de regard dans le souci d'éviter toute dérive d'atomisation et de repli centré sur son propre réseau nous semblait un préalable dans notre conception de la promotion de la santé.

Lors de cette première rencontre, de nombreuses questions sont soulevées; celle de l'identité d'un réseau, des places de chacun de ses membres (hiérarchie), des motivations de chacun, du rôle du coordinateur, de la lenteur du processus... Celle de l'évaluation est également souvent interrogée (pourquoi, comment, dans quelles conditions ?).

Ces points récoltés, le CLPS suggère de consacrer une journée de travail qui peut aussi susciter un débat entre les partenaires des réseaux afin de commencer à co-construire une culture de réseau.

Pour cette deuxième rencontre, le CLPS, en concertation avec l'administration propose de s'attarder sur la définition du réseau, les enjeux d'une évaluation, mais aussi de pouvoir entendre des promoteurs de projets (autres que ceux du réseau) parler de leurs expériences de réseau avec en point de mire les leviers et difficultés dans la mise en œuvre sur le terrain.

Cette journée permettra aussi au CLPS de prendre en considération les questions et interrogations des partenaires du réseau. En équipe, nous décidons d'investir davantage de temps à affiner notre profil quant à la question de la mise en réseau et de son évaluation. Nous créons une cellule de travail sur ce sujet où nous croisons nos expériences et regards différents. Et toujours afin d'accroître nos compétences en la matière, nous par-

ticipons à des formations en France où cette question de l'évaluation est fortement débattue dans le champs des politiques sociales.

### 2.3. La question du saut en hauteur

Dans le cadre de tout accompagnement de projet en promotion de la santé réalisé par le CLPS, la question de l'évaluation est récurrente et ce, à toutes les étapes de l'élaboration du projet. Questionner les acteurs du projet sur ce qui fait sens et production de valeurs par rapport à leurs objectifs c'est se poser la question de "A quelle hauteur mettons-nous la barre ?" Réfléchir avec l'ensemble des partenaires sur ce qu'ils font de ce projet collectif (qui s'ancre dans une réalité sociale perçue de manière différente en fonction de l'angle d'approche) nous amène à les questionner sur le sens de s'inclure dans un système plus complexe.

Aider avec pertinence à l'évaluation c'est être présent aux différentes étapes et avec l'ensemble des partenaires. Non pour faire office de contrôle mais pour être garant que le jeu démocratique du "réseau" ne s'embourbe pas dans des conflits d'intérêts. S'il est normal que chacun vienne avec ses attentes par rapport au réseau, les visées de certains prennent parfois trop le pas sur les objectifs généraux fixés du projet réseau. Le coordinateur, s'il existe, doit alors développer beaucoup d'énergie pour recentrer l'objet du débat.

En tant que CLPS, nous nous situons comme partenaire de l'ensemble du système réseau santé. Nous nous considérons comme une institution ressource soucieuse d'assurer une pluralité de regards.

Repérer les objectifs de départ et construire des critères en fonction de ceux-ci, prendre en compte les moyens mobilisés pour ensuite dégager les résultats obtenus nous semble intéressant

# Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles

mais lacunaire car trop axé sur la réalisation. Ce type d'évaluation amène quelque chose de l'ordre de l'autojustification où chacun légitimise sa place et celle de son travail. Où personne n'ose réinterroger ni l'efficacité des politiques ni celle de son projet par rapport à celles-ci...

Une évaluation doit à notre sens porter aussi sur toute l'intelligence et la créativité mises en œuvre pour répondre au changement, à l'imprévu. Qu'en est-il d'un critère pour évaluer la participation des acteurs et des usagers pour ajuster une action, un objectif de départ devenu ou perçu comme obsolète après échange et expérience ?

L'évaluation pose la question de ce que l'on veut évaluer. L'évaluation doit pouvoir rimer avec évolution. L'évaluation doit être productive de sens pour chacun, aider à recentrer ce pourquoi on fait réseau.

## **Premiers résultats obtenus**

Tout au long de l'année 2004, le CLPS de Bruxelles a des contacts avec différents réseaux. C'est à partir de ces contacts qu'une série d'observations sont faites. Ce chapitre rassemble ces informations et les ordonne : il s'agit d'une analyse de données récoltées au cours des différentes formes d'accompagnement menées (avec les coordinateurs, avec des membres

d'un réseau, avec un comité...).

Pour rappel, ces accompagnements ont été réalisés, en 2004, à la demande. Cela signifie qu'il n'y a pas eu de récolte systématique auprès de l'ensemble des réseaux subventionnés. Ces observations sont donc partielles, limitées aux informations transmises dans le cadre des aides méthodologiques.

Cette approche nous apparaît intéressante : elle offre l'avantage d'une vision rapide et globale, sur base d'informations déjà existantes, et ayant un point commun pertinent : le cadre d'une aide méthodologique. Cela permet, de tirer des conclusions pour l'organisation de cette aide méthodologique et de procédures d'évaluation pour les mois à venir.

## ***Cohérence du dispositif***

En quoi les 9 projets réseau de santé sont plus ou moins proches de la volonté politique de la Commission communautaire française d'instaurer un certain type de réseau de santé sur Bruxelles ?

Il nous semble intéressant de voir d'où sont partis les projets tout en sachant qu'aujourd'hui ceux-ci ont évolué et qu'ils continueront à évoluer.

La Commission communautaire française ainsi que les 9 projets de réseau de santé pourront, grâce à une évaluation permanente, continuer à définir au fur et à mesure ce qui est pertinent comme objectifs pour la mise en place de réseaux de santé dans le contexte bruxellois.

Objectifs généraux	Réseau Hépatite C (1)	Soins chez soi (2)	Réseau Berchem (3)	Réseau Santé Diabète Marolles (4)
Prendre en charge les usagers dans le respect de certains principes tels que la continuité, la globalité, la transversalité, la multidisciplinarité, ...	Ouvrir le champ médical vers la globalité de la santé du patient et des personnes à risques en y intégrant des aspects environnementaux. Amener une dynamique dans la continuité des soins.	Permettre le maintien à domicile dans de bonnes conditions. Evitement d'une hospitalisation ou réhospitalisation. Le maintien et/ou la récupération d'une autonomie et d'une indépendance optimale qui procurera notamment une réduction des attentes à l'égard des proches et de la famille et un moindre épuisement.	Améliorer la prise en charge psychologique des usagers de la commune.	Optimiser la prise en charge du patient diabétique de type II. Mieux répondre à la globalité de la pathologie.
Reconnaître et améliorer les compétences des usagers pris en charge : - information et orientation des usagers; - amélioration de leurs trajectoires;	Favoriser l'éducation pour la santé. Améliorer la connaissance générale de la maladie pour mieux soigner l'ensemble de la population.	Affectations des ressources aux réels besoins des patients.		Assurer l'échange et la formation des usagers : patients et professionnels. Mieux répondre aux besoins : pouvoir donner suite aux demandes, renvoyer vers la personne ou le service compétent, communiquer les ressources existantes. Créer des outils fonctionnels (livret de recette de cuisine, carnet du patient, ...).
Accroître les compétences individuelles et collectives des partenaires du réseau - mise en place de nouveaux modes de transmission de l'information; - échange de pratiques; - élaboration et appropriation de référentiels par les acteurs du réseau; - développement de la coopération entre les acteurs.	Ensemble (patients, soignants, entourage, ...) mieux gérer le VIH, mieux le soigner, mieux le vivre : améliorer le suivi médical. Echange de savoirs entre Centres toxicomanes et Maisons Médicales. Complémentarité des professions. Améliorer la connaissance générale de la maladie pour mieux soigner l'ensemble de la population. Utiliser la toxicomanie comme fil conducteur et lien entre les différentes actions.	Une meilleure coordination des acteurs de terrain, mise en évidence de la complémentarité de leurs tâches, une meilleure synergie entre tous les professionnels médico-sociaux.	Amener une autre dynamique de réflexion auprès des travailleurs médico-sociaux sur la commune. Soutenir et assurer certaines formations des différents acteurs du réseau.	Améliorer l'intégration fonctionnelle de l'action de ceux et celles qui interviennent auprès du patient en veillant à un véritable décloisonnement des structures. Assurer l'échange et la formation des usagers : patients et professionnels. Réfléchir les préoccupations communes, mettre ses ressources en commun.
Améliorer l'efficacité et l'efficience des prises en charge.	Amener de la cohérence et de l'efficacité dans la prise en charge du patient VIH.	Réduire les risques de chute. Diminuer l'intervention financière des pouvoirs publics (efficience). Une plus grande satisfaction du patient.	Donner accès aux habitants de la commune à un soutien psychologique accessible financièrement et géographiquement.	Renforcer les liens entre les ≠ aspects de la prise charge. Amener de la cohérence et de l'efficacité dans la prise en charge des patients diabétiques. Complémentarité des professions.
Etre un lieu d'observation et d'évaluation.				Etre un lieu de récolte et d'observation.

Canal Santé (5)	Réseau Santé Mentale Marolles (6)	Bruxelles Est (7)	Tissu social - santé - précarité SSM le Méridien (8)	Réseau dépendance Bruxelles Est (9)
Prendre en charge les usagers et leur famille de manière globale, transversale et pluridisciplinaire.	Accompagner les patients/usagers dans leur démarche et dans le respect de leur demande, vers les services ambulatoires de santé mentale, et y organiser le relais.	Amélioration de l'accueil et de l'orientation des usagers. Permettre, autant que possible, le maintien des usagers dans leur milieu de vie habituel et favoriser l'appui sur leur ressources naturelles (entourage, tissu social, logement).	Accompagner les personnes dans leur " parcours " d'aide.	Offrir pour l'ensemble des institutions du réseau une possibilité de prise en charge des enfants et des fratries de leur patients comme complément de traitement déjà pratiqué au sein de chacune des entités.
Reconnaître les compétences propres des usagers et de leur familles dans un processus d'expression individuelle et communautaire.	Rendre les différentes approches de santé mentale plus accessibles aux patients/usagers. Traiter localement ce qui peut l'être.	Co-construction de nouvelles modalités de collaboration et d'accompagnement des usagers dans le respect de leur choix et des ressources qui leur permettent de rester, autant que possible, dans leur milieu de vie habituel.	Donner la parole aux usagers pour mieux connaître les réseaux primaires existants et les utiliser.	Permettre une implication adéquate des proches dans le processus thérapeutique du patient. Prendre en compte la souffrance de ses proches dans une visée thérapeutique et préventive pour ceux-ci.
Améliorer la coordination, l'échange de pratiques et l'interaction des acteurs. Accroître les compétences individuelles et collectives des partenaires du réseau. Mettre en place un processus d'apprentissage et de transfert d'expérience.	Apprendre à connaître les philosophies de travail de chacun des secteurs afin d'être en mesure de collaborer efficacement. Favoriser la prise en compte du réseau global de la santé dans les réflexions internes des équipes. Créer des liens entre les équipes et les intervenants dans le but de développer leur complémentarité.	Amélioration de la connaissance réciproque des structures et entre les partenaires du réseau de proximité. Redéfinition des spécificités et des limites de chacune des institutions.	Faire travailler les intervenants en interface. Repérer les logiques collectives et développer des interventions correspondantes.	Permettre des échanges et des rencontres entre les membres des institutions.
Améliorer l'efficacité de la prise en charge.				Offrir pour l'ensemble des institutions du réseau une possibilité de prise en charge des enfants et des fratries de leurs patients comme complément de traitement déjà pratiqué au sein de chacune des entités.
	Analyser le fonctionnement des relais actuels vers les structures du secteur de la santé mentale afin de les rendre plus adéquats par rapport à la population spécifique du quartier.			

# Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles

Objectifs généraux	Projet 1	Projet 2	Projet 3	Projet 4	Projet 5	Projet 6	Projet 7	Projet 8	Projet 9
Prendre en charge les usagers dans le respect de certains principes tels que la continuité, la globalité, la transversalité, la multidisciplinarité, ...	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reconnaître et améliorer les compétences des usagers pris en charge : - information et orientation des usagers; - amélioration de leurs trajectoires.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Accroître les compétences individuelles et collectives des partenaires du réseau : - mise en place de nouveaux modes de transmission de l'information; - échange de pratiques - élaboration et appropriation de référentiels par les acteurs du réseau; - développement de la coopération entre les acteurs.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Améliorer l'efficacité et l'efficience des prises en charge.	X	X	X	X	X				X
Etre un lieu d'observation et d'évaluation.				X		X			

# Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles

Par cette vue synoptique, nous nous basons sur les objectifs de départ du projet réseau de santé à Bruxelles. Tant ceux proposés par la Commission communautaire française que ceux nommés par les 9 projets sélectionnés.

Les objectifs généraux sont ceux mentionnés dans le Guide d'information de la Commission communautaire française pour l'appel à projets réseau de santé à Bruxelles au titre : Renseignements sur le réseau (les objectifs des réseaux de santé).

Nous proposons de mettre l'objectif "Optimiser les soins de santé ambulatoire" comme une finalité ou un objectif général à l'ensemble du projet.

Pour les objectifs "être un lieu d'observation" et "être un lieu d'évaluation", il nous semble que l'un ne peut aller sans l'autre et nous proposons de les nommer en un seul objectif.

Par ailleurs, nous remarquons qu'aucun des projets n'a fixé un objectif particulier autour de "être un lieu d'évaluation" cela peut s'expliquer par le fait qu'une partie du dossier se rapportait spécifiquement à l'évaluation.

Les objectifs des 9 projets sont repris dans les dossiers remis pour la demande de subvention du projet réseau de santé dans les parties : pertinence du projet (principales finalités recherchées et objectif général) et présentation du projet (les objectifs poursuivis).

Il nous semble important de mentionner que ces dossiers ont été remis dans un délai très court (15 jours).

Ceci peut expliquer l'ambition de certains objectifs par rapport aux ressources disponibles (temps, subvention, ...). Par exemple, ces objectifs sont des objectifs fixés pour des projets de réseaux de santé sur du long terme alors que la subvention des projets sélectionnés ne porte que sur un an.

Ces objectifs sont donc à ré-estimer, réévaluer et réadapter. La mise en réseau de santé implique une attention particulière sur les processus de mise en œuvre. Nous savons qu'une concertation intersectorielle efficace prend déjà beaucoup de temps.

Les objectifs font partie des composantes d'un réseau mais il existe d'autres composantes comme les stratégies de mises en œuvre, les méthodes et outils d'évaluation, ...

D'autres vues d'ensemble feront partie d'une analyse plus approfondie menée par le CLPS de Bruxelles l'année prochaine : par exemple, quelle cohérence entre les stratégies de mise en œuvre telles que définies par la Commission communautaire française et celles des 9 projets sélectionnés ?

Après lecture des textes nous relevons comme éléments de stratégie de mise en œuvre d'un projet de réseau :

- travailler sur les déterminants de santé;
- développer des stratégies collectives et des approches communautaires;
- travailler sur des territoires définis;
- développer un partenariat étendu;
- impliquer les usagers;
- apporter une plus-value par rapport à l'existant;
- favoriser le décroisement.

# Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles

## *Éléments de notre analyse : des questions transversales*

### *Chronologie du projet et questions de temps*

Comme on le lira également dans le point consacré à la coordination, cette première année s'est organisée davantage autour du court terme : à partir des objectifs décrits, une série de tâches (organisationnelles) s'imposent. En une année, il y a un certain nombre d'étapes à boucler, ce qui positionne les réseaux d'emblée dans le "faire" et moins dans le "devenir" ou "se voir" et "savoir-être".

Les temps d'accompagnement ont été, parmi d'autres, des moments favorables à une prise de recul : des temps où l'évaluation formative prenait le dessus sur les diverses contraintes ressenties (de la part des pouvoirs subsidiaires et des partenaires).

Il apparaît ainsi, qu'en plus de la concertation interne, un autre temps indispensable concerne la prise de recul avec l'aide d'un tiers extérieur aux membres du réseau. Cette étape s'impose pour l'élaboration d'une évaluation pertinente et devrait être organisée de manière récurrente.

Essentiellement dans les réseaux où une personne est identifiée pour remplir une mission de service accessible à d'autres membres du réseau (ou à leur public plus exactement), celle-ci éprouve de réelles difficultés à conserver du temps pour le niveau collectif et les relations du réseau lui-même : la réponse aux demandes individuelles prend une telle place qu'il sera nécessaire de travailler la question de la gestion du temps et de sa répartition entre les niveaux individuel et collectif.

Pour cette première année, on peut parler d'une certaine précipitation constatée dans la réalisation des étapes pour la mise en œuvre des réseaux : il serait opportun que chaque réseau (et l'ensemble des réseaux de manière collective) puisse s'inscrire dans une durée à moyen et long terme. Cela devrait permettre de renforcer les bases (meilleure connaissance des partenaires et de leurs projets, analyse des contextes, ...).

Un autre élément vient renforcer cette nécessité d'assurer les bases des projets de réseaux. Tous ceux-ci présentent dans leurs réponses à l'appel à projet des objectifs très ambitieux. Le contexte dans lequel ces demandes ont été introduites peut évidemment expliquer cette forme de rédaction. Toutefois, nos différents contacts ont plutôt confirmé la nécessité de revenir rapidement sur un travail de priorisation (consécutivement de planification également). Cette étape est un préalable incontournable à tout travail d'évaluation.

Enfin, on peut relier ces différentes observations à celle qui concerne la précarité du financement et des emplois occupés dans le cadre de ces projets, indissociables de "l'obligation de résultat" dans un délai court. A travers nos différents contacts, on ne peut éviter de retenir comme un point commun à plusieurs intervenants des réseaux (pas tous !) un certain stress dans la réalisation de leur fonction. Ces conditions précaires sont à tout le moins un des éléments qui ont joué à cette situation où se côtoient un certain empressement et certaines faiblesses dans l'analyse des problèmes, la définition des objectifs...

# Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles

On ne peut pas dire que la question de l'élargissement du partenariat est absente de cette première année, mais elle apparaît prématurée dans la plupart des réseaux. L'un ou l'autre intervenant évoque parfois que la constitution actuelle du réseau n'est pas optimale, qu'on peut déjà constater la nécessité de l'élargir, de la questionner, mais ce n'est pas un point à l'ordre du jour. C'est davantage considéré comme une étape ultérieure, pour l'année prochaine. voire dans d'autres cas, la pertinence de la question est encore à travailler!

Cette question-là, comme d'autres aussi, ont parfois été post-posées vu l'incertitude quant à la continuité de l'action au-delà de la première année.

Enfin, on lira dans la partie consacrée au partenariat l'importance accordée par certains réseaux à consacrer beaucoup de temps à la mise en place et à l'officialisation du partenariat (tel que décrit dans l'appel à projet).

## *Diagnostic et territoire*

Les questions liées à la définition du territoire concerné et au diagnostic de la problématique font partie des éléments de réponse attendus dans l'appel à projet. Le tableau ci-dessus montre que ces éléments sont décrits. Toutefois, la situation se présente de manière différente d'un réseau à l'autre :

- d'une part dans certains cas définition du territoire et diagnostic élaboré préexistent à la réponse à l'appel à projet ; c'est généralement le cas pour les projets où un réseau embryonnaire existe déjà (mais c'est aussi vrai dans d'autres projets). Pour d'autres projets, il reste une incertitude quant à l'approfondissement de ces deux préalables (territoire et

diagnostic) : le fait d'avoir rassemblé les éléments suffisants pour l'appel à projet n'a-t-il pas encouragé à passer directement à une étape ultérieure ?

- La deuxième remarque concerne le partage collectif autour de ces deux questions : les membres du réseau ont-ils eu l'occasion de débattre de la définition du territoire et du diagnostic ? Ont-ils eu l'occasion de se les approprier ?

Il nous apparaît que ces zones d'incertitude n'ont pas constitué des freins au cours de cette première année. Nous parlons d'incertitude parce que cette analyse n'était pas toujours partagée par les promoteurs. Toutefois, elles pourraient devenir de réels obstacles au cours des mois à venir : une des premières étapes d'évaluation pourrait consister en ce que chaque réseau vérifie, sur base de paramètres adéquats, l'approfondissement du diagnostic et de la définition du territoire et leur appropriation au sein des partenaires.

Dans certains cas, la situation est particulière : le diagnostic semble bien identifié par une partie des partenaires appartenant à un même secteur : les "nouveaux" partenaires par contre devront encore se l'approprier.

La taille des territoires définis est extrêmement variable : cela va d'un quartier à l'ensemble de la Région de Bruxelles-capitale, en passant par un ensemble de communes...

Dans certains cas, c'est d'ailleurs cette définition assez large du territoire qui semble être un des bénéfices de cette mise en réseau : là où il existait parfois auparavant un partenariat local, une concertation, des échanges sur un diagnostic... ce projet

# Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles

a permis, semble-t-il, d'élargir la concertation à des représentants d'un territoire plus large (et donc de retravailler aussi le diagnostic). Dans d'autres cas, le fait d'étendre le partenariat a ouvert sur une vision plus globale de la problématique.

## **Structuration des réseaux**

### **Le partenariat**

Dans plusieurs des projets, on constate que l'intérêt de la mise en réseaux dépasse largement le fait d'avoir une vision plus globale de la problématique traitée. Là où une association pouvait, sur base d'un diagnostic même assez complet, intervenir sur l'un ou l'autre déterminant de santé, la mise en réseau ouvre des perspectives plus larges tout au long du processus.

Un constat mené dans plusieurs projets concerne le manque d'information des usagers quant aux ressources qu'ils pourraient solliciter. Le partenariat est vu comme une occasion de se centrer sur l'utilisateur afin qu'il trouve plus facilement une réponse à ses attentes.

Dans au moins un des projets de réseaux, une tâche importante de cette première année a consisté à rencontrer chacun des partenaires signataires de l'appel à projet : comprendre les enjeux, discuter, négocier... et aboutir à la signature d'une convention comprise et appropriée. Cette étape était considérée comme une base solide qui officialise les rapports et permet de convoquer dans un cadre convenu.

### **La coordination**

Trois cas de figures se rencontrent à travers les projets :

1. Certains ont engagé une personne en lui attribuant dès le départ et expressément une fonction de coordination. Pour d'autres, cette fonction n'a été attribuée que plus tard.

2. Dans d'autres réseaux encore, cette fonction n'a pas été nommée mais il y a bien une personne qui la remplit et qui est identifiée comme telle par les membres du réseau.

3. Un dernier cas de figure concerne les réseaux où cette fonction n'est ni nommée ni remplie : il n'y a pas une personne qui soit identifiée pour la coordination.

Dans les 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> cas (où une coordination existe), cette personne remplit la plupart des tâches administratives. De fait, c'est à elle que revient la prise en charge de celles-ci : comme pour d'autres aspects dans l'organisation des réseaux au terme de cette première année, cette question n'a souvent pas encore fait l'objet d'une réelle répartition qui tiendrait compte des ressources disponibles : l'apparition d'une nouvelle personne (et nouvelle fonction) a concentré vers celle-ci les besoins les plus immédiats et les attentes non remplies jusqu'alors.

La place importante prise par le travail administratif est généralement compris aujourd'hui, avec un peu de recul, comme un passage obligé (il est indispensable pour faire circuler l'information, mettre en lien les partenaires, s'assurer de la compréhension des informations, synthétiser, rappeler...) mais qui est réalisé au détriment d'autres fonctions importantes.

Ainsi, il reste parfois trop peu de temps au coordinateur pour s'informer, pour rencontrer, pour penser...

En filigrane de nos rencontres avec les coordinateurs quand ils existent, se profilent parfois la question de l'absence de leadership et celle des relations non hiérarchiques. Trouve-t-on là des critères qui aident à définir un réseau et son "bon" fonctionnement? Les coordinateurs sont en tout cas désireux de pouvoir débattre de ces questions avec d'autres pour ensuite

# Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles

travailler la mobilisation de chacun et des ressources, la planification et la répartition des tâches.

Autour de cette question de la coordination, on peut en aborder une autre concernant la place du promoteur, celle de l'administration de la Commission communautaire française et celle du CLPS : parmi d'autres, ces trois acteurs sont susceptibles de fournir tantôt des informations tantôt des conseils, tantôt des pistes tantôt un accompagnement, sans que les rôles soient interchangeables pour autant.

## **Transformation et institutionnalisation**

Dans certains cas, le projet de réseau oeuvre à une collaboration entre des secteurs qui n'avaient quasiment pas de contacts entre eux. On observe une démarche inductive qui se met en place et opère déjà des changements : non seulement ces secteurs apprennent à mieux se connaître, ils apprennent alors aussi à mieux orienter les usagers, à mieux situer les limites d'intervention de chacun... et donc d'une certaine façon à modifier des recours institutionnels inadéquats. On peut parler dans certains cas d'une adaptation de l'offre de service qui se profile petit à petit à partir d'une approche plus globale, plus complexe, des réalités de terrain.

Dans un ou deux cas, se pose la question de l'institutionnalisation du réseau, et notamment de son passage à un statut d'asbl. Ce changement de statut est vu comme un moyen pour faciliter un certain nombre de démarches (concernant les mouvements financiers, le statut d'employeur ...). Parallèlement, ce statut n'est pourtant pas perçu comme bien adapté à un réseau qui a pour fonction de rassembler des associations.

## **Une proposition de travail pour l'année 2005**

### **Une concertation inter-réseaux de santé bruxellois**

Des attentes formulées par les partenaires ou repérées par l'équipe du CLPS de Bruxelles, nous suggérons une concertation inter-réseaux en tant que structure de mise en commun.

Le CLPS propose son aide aux partenaires des réseaux dans une **co-construction participative d'évaluation**. En effet, une conception pluraliste de l'évaluation, qui envisage les visions et les intérêts différents des partenaires, participe au débat démocratique et de la production de sens. Concrètement, le CLPS souhaite mettre en place un groupe de travail composé des membres du réseau et qui se réunirait autour de plusieurs questions que nous vous livrons de manière non exhaustive :

- quelles sont les finalités d'une évaluation ?
- Quels sont les critères de qualité à l'oeuvre dans une évaluation ?
- Quels sont les principes de référence qui régissent une évaluation ?
- Quelles sont les valeurs partagées du projet réseau de santé bruxellois ?
- ...

Réfléchir ensemble à ces questions, se dire que la qualité n'est pas une évidence et qu'il n'y a pas de consensus à ce sujet, construire ensemble des référentiels, laisser un espace pour que le conflictuel aussi puisse s'élaborer, voici de quoi alimenter notre réflexion. Nous pensons que cette démarche peut

# Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles

aider les différents projets réseaux à s'autonomiser en évitant tout type d'instrumentalisation.

Lors des accompagnements de projets réalisés par le CLPS, diverses attentes des partenaires se sont exprimées.

Nous pensons qu'une concertation inter-réseaux animée par le CLPS de Bruxelles, tiers garant de la pluralité des points de vue, du respect des personnes et de la transparence, peut amener des éclaircissements sur certains points.

## **Voici quelques sujets que nous proposons de travailler :**

- la nécessaire priorisation des objectifs;
- l'approfondissement du diagnostic et la définition du territoire, leur appropriation par les partenaires;
- le partenariat intersecteurs et le décloisonnement;
- la place du promoteur de projet, de l'administration de la Commission communautaire française et du CLPS de Bruxelles;
- la place et le rôle du coordinateur s'il y en a un et quid s'il n'y en a pas ?
- L'implication des usagers;
- l'institutionnalisation du réseau.

*Ce texte a été rédigé par Yves Gosselain, Bégonia Montilla, Patricia Thiébaud, Catherine Végairinsky et Dominique Werbrouck, pour le CLPS de Bruxelles*

# Réseau «Santé, précarité»

## **Promoteur du projet**

S.S.M. Le Méridien  
Rue du Méridien, 68 - 1210 Saint-Josse  
Tél.: 02/218.56.08 - Fax : 02/218.58.54  
Courriel : lemeridien@apsy.ucl.ac.be

## **Partenaires du réseau et leurs coordonnées**

### • RAPA-L'Autre "Lieu"

Rue Marie-Thérèse, 61 – 1210 Bruxelles  
Tél.: 02/230.62.60 - Fax : 02/230.47.62  
Courriel : autrelieu.rapa@tiscali.be

### • Maison médicale Botanique

Rue de l'Union, 4 – 1210 Bruxelles  
Tél.: 02/219.02.59 - Fax : 02/219.56.37  
Courriel : botanique@fmn.be

### • Groupe santé Josaphat

Rue Royale Sainte-Marie, 70 - 1030 Schaerbeek  
Tél.: 02/241.76.71 - Fax : 02/241.78.19  
Courriel : centre@planningjosaphat.org

## **1. Le pourquoi de la création du réseau**

Le réseau "Santé, précarité" porte sa réflexion et son action sur la commune de St-Josse - commune la plus pauvre de Belgique - et ses populations précarisées<sup>1</sup> (migrants, réfugiés, Belges...).

La création du réseau part du constat que certaines populations précarisées à Saint-Josse ont peu accès aux soins de santé ou s'en détournent. De là, une réflexion a été engagée, travaillée par deux grandes interrogations :

1) le réseau d'aide autour des personnes précarisées est-il fonctionnel, d'une part, et accessible aux personnes, d'autre part ?

2) L'aide proposée aux personnes précarisées correspond-elle aux besoins développés par celles-ci ? Ici, nous pourrions être dans une logique professionnelle où les formes de fragilités et les manques des personnes précarisées sont volontiers repérés, mais "ce qui fait soin" pour ces dernières est souvent négligé, voire détruit dans certains cas.

## **Les objectifs poursuivis**

La mise en place du réseau vise à ce que l'aide en santé proposée à Saint-Josse soit à la fois plus fonctionnelle et davantage adaptée aux populations et à leurs besoins.

L'objectif du réseau est double.

Il s'agit de rencontrer les habitants de St-Josse d'une part, et de développer une culture commune entre professionnels d'autre part, en créant un espace de réflexion - collective et alternative - autour des questions de santé, de précarité et d'aide.

La connaissance mutuelle vise à améliorer l'accessibilité au réseau et à renforcer sa fonctionnalité (en soutenant le tissu social des habitants, en évitant les interventions de sens opposés...).

La rencontre des habitants s'effectue selon deux modes, **au moyen d'un terrain anthropologique**, d'une part, et **d'un accompagnement**, d'autre part.

Le terrain anthropologique cherche à repérer les logiques collectives à l'oeuvre en milieu précarisé, pour y pointer et renforcer les "résiliences".

<sup>1</sup> Tel que nous le comprenons, le terme de "précarité" renvoie à une altération du lien social – "émietté", en rupture.

# Réseau «Santé, précarité»

L'aménagement d'UN ESPACE DE RÉFLEXION s'effectue au moyen de réunions thématiques et mensuelles, entre partenaires du réseau.

## 2. Description du projet

Le terrain anthropologique est élaboré à partir de l'hypothèse d'un décalage entre intervenants et usagers. Il consiste en 2 volets.

**Le premier volet** s'adresse aux professionnels de la santé, partenaires du projet. Il s'agit d'identifier avec eux la réalité du travail effectué auprès des personnes précarisées - ses spécificités, ses difficultés éventuelles. La recherche est menée à partir du discours des intervenants, stimulé au moyen d'entretiens semi-directifs.

**Le deuxième volet** du travail est réalisé en milieu précarisé à St-Josse, par observation participante - l'approche est qualitative. Il s'agit d'examiner dans quelle mesure les logiques collectives tiennent là "une fonction soignante". Plus particulièrement, il faut repérer les communautés d'affiliation primaire, ces groupes de proximité où du sens collectif et des identités s'élaborent.

De même, il s'agit de pointer les représentations et les pratiques développées par les personnes précarisées autour de l'aide (ie. du lien social) ; de repérer l'imaginaire des usagers déployé à l'égard des professionnels, d'interroger le vécu de la rencontre entre usagers et professionnels.

Enfin, il faut cerner la compréhension dont les notions de santé, mal-être et soin font l'objet, et identifier les pratiques auxquelles cette compréhension donne lieu.

**L'accompagnement** vise quant à lui à l'autonomie de l'utilisateur : en se mettant à l'écoute du sujet fragilisé, l'accompagnateur veille à valoriser les ressources (individuelles et communautaires) de ce dernier. Il revêt ainsi le rôle d'un relais, celui d'un " passeur " de savoirs et de discours, entre usager et intervenant : associé au bénéficiaire lors de ses démarches vers les structures de " santé ", il soutient le discours de celui-ci en présence des professionnels. Par ailleurs, l'accompagnateur informe la personne de ses droits ; il la renseigne sur le milieu des intervenants (psycho/ médicaux/sociaux) à St-Josse ; au moyen d'un contact régulier avec les intervenants en santé, il mobilise le réseau d'aide disponible autour d'elle.

Enfin, grâce à la présentation du projet, de nouveaux partenaires seront mobilisés, afin d'être réunis lors de rencontres à thèmes.

Des réunions se sont tenues autour de trois questions :

- 1) Qu'est-ce qui fait soin pour les populations précarisées
- 2) Comment travailler la proximité avec les populations précarisées ?
- 3) Comment rendre (plus) accessibles les soins des professionnels ?

## 3. Résultats obtenus

**Le terrain auprès des professionnels de l'aide : une brève synthèse.**

Entre avril et juillet 2004, des entretiens d'une durée de 2 heures ont été menés auprès de 16 intervenants dont les pratiques se développent à St-Josse et dans le bas de Schaerbeek. Ces intervenants sont assistants sociaux, psychothérapeutes (psychiatres/psychologues), médecins généralistes et logopèdes.

# Réseau «Santé, précarité»

La majorité d'entre eux travaillent "en première ligne" avec le public du quartier : peu d'usagers proviennent du Quart-Monde, et beaucoup sont issus de l'immigration turque et maghrébine. Enfin, une petite partie provient "de l'ancien bloc de l'Est" (Bulgares, Russes, Tchétchènes...), mais aussi d'Afrique noire et d'Amérique du Sud.

## **Vous avez dit "précarité" ?**

Il faut le noter d'emblée, la notion de "précarité" pose problème auprès des intervenants. En effet, son assignation détiendrait un pouvoir stigmatisant : elle isolerait toute une population à St-Josse, dont elle ne rendrait pas compte de l'hétérogénéité des profils, et des histoires de vie.

Pourtant, l'existence d'un public présentant des caractéristiques communes, au-delà d'une fragilité économique, ne fait pas de doute pour les intervenants. Ces caractéristiques sont d'ailleurs souvent situées dans l'ordre **du manque** : manque d'élaboration linguistique adéquate, non-compréhension intellectuelle des réalités et absence d'enracinement dans la culture d'origine (pour les personnes d'origine non-belge) constituent quelques-unes des fragilités les plus souvent citées. Mais, la précarité est également repérée par **ses effets** : solitude, difficulté à établir du lien, perte d'estime de soi et univers de vie clos (peu de mobilité dans l'espace) donneraient ici lieu à "un climat dépressif".

Pour ce qui tient de la relation d'aide, **l'intervenant** se verrait souvent attribuer le rôle d'un référent fort – celui d'une figure parentale. **L'affect** revêtirait une place essentielle, plus visible que dans le lien tissé avec un public autre. Enfin, la plainte

exprimée en santé mentale tendrait à être formulée en **termes corporels** - et non psychologiques.

## **Santé, mal-être et aide : quelles représentations ?**

Les pratiques de soins constituent des actes sociaux, traversés par des représentations de ce que sont la santé, le mal-être et l'aide... Avec quelles représentations la majorité des intervenants travaillent-ils auprès des personnes précarisées ? - telle est la question que nous nous sommes posée ici.

"Être autonome", "maîtriser sa vie", "s'approprier sa santé", tout en étant "relié" et "utile" – en bref, inséré - sont les attributs de la santé, concept volontiers fonctionnel dans le discours des intervenants : être en bonne santé, c'est ainsi "être dans un projet" – et "il faut travailler" pour cela. Par contraste, le mal-être provient d'un échec à maintenir le lien, et d'une incapacité à se situer dans une compréhension diachronique – linéaire – du temps.

Aider professionnellement, dans ce contexte, c'est pour l'intervenant "accueillir" la personne, "l'écouter" et "sentir avec elle", "l'accompagner" et "la soutenir", "la rassurer" et "la valoriser". Bref, c'est "prendre soin de", plutôt que "traiter"<sup>2</sup> - "la dimension humaine" serait ici "plus importante que la technique".

A côté de cette fonction volontiers "maternante" du soin, aider, ce peut être aussi revêtir un rôle plus "paternant" de guidance, où l'intervenant "donne un sens à la souffrance", "recadre", "aiguille", "transmet de l'information" pour "ne pas laisser les gens là où ils sont".

Pour ce faire, il n'est pas rare que le dispositif d'aide "classique" soit aménagé. Par exemple, le travail

<sup>2</sup> On ne peut que penser ici à la distinction entre *cure/care*, repérée par l'anthropologie médicale anglo-saxonne (Leininger 1979; Timm-Reimer & Dougherty 1985).

# Réseau «Santé, précarité»

psychothérapeutique bouge fréquemment dans la forme, tout en demeurant identique dans le fond (il vise à renforcer la connaissance réflexive des usagers, par l'introspection et la verbalisation). "Travailler sur du court terme", "avec souplesse dans les horaires", stimuler "le bon sens" des patients, "adapter son discours" de façon à être reçus d'eux (adopter un discours affectif et social, plutôt que cognitif), telles seraient quelques-unes des concessions faites au cadre psychothérapeutique classique.

## **La figure du professionnel : entre proximité et distance**

### *L'entrée dans le contre-don*

Beaucoup l'affirment, les professionnels de l'aide revêtent une fonction de **tissu primaire**<sup>3</sup> pour un grand nombre d'usagers, isolés. Or, par définition, la solidarité sociale mise en place ici ne peut se substituer à une solidarité naturelle: les rapports n'obéissent pas aux mêmes règles, et le principe de réciprocité entre receveurs et donneurs d'aide ne saurait être respecté. Pourtant, la plupart des intervenants soulignent l'importance d'accepter le contre-don offert en retour de l'aide apportée, afin que - justement - se forme "une alliance thérapeutique" (Métraux 1999) avec le public précarisé. L'enjeu serait "d'être soi", "accessible", "authentique", bref d'être proche, une proximité exprimée en des gestes symboliques : se laisser saluer d'une bise, accepter d'être tutoyé, ne pas refuser boissons à l'accueil ni cadeaux en remerciement, participer aux événements de vie de l'usager (déménagements, mariages...), jusqu'à accepter le parrainage d'un enfant.

Montrer de l'affect entre plus largement dans la gestion de

cette "alliance thérapeutique" : "se laisser toucher émotionnellement" et "dire ses émotions", ce serait ainsi "une façon de montrer du contenant", de "générer de la confiance". Souvent défini comme un "outil de travail", l'affect s'impose avec d'autant plus de nécessité que la relation d'aide s'installe dans la durée<sup>4</sup>.

### *L'attitude envers la culture d'origine – de la discrétion à la reconnaissance*

L'anthropologie a montré dans quelle mesure la maladie – le mal-être – constituait une expérience autant subjective que culturelle. Quelle place les professionnels accordent-ils à la culture des usagers - et, plus spécifiquement, aux compréhensions du corps, de la santé et de la maladie qui s'y trouvent à l'œuvre, à ses étologies ?

Pour de nombreux intervenants, demeurer dans son système de références propre, c'est "être professionnel" : il s'agit de "ne pas trop s'adapter à l'usager", de "ne pas donner un service à la carte" - de "mettre ses limites". Beaucoup de psychothérapeutes expliquent plus particulièrement être tenus de "s'intéresser à l'individu", plutôt qu'à la culture – c'est là d'ailleurs "travailler avec leur outil".

Dans ce contexte, et cela serait rare, lorsque le patient réfère à une étologie en provenance de sa culture d'origine (djinn, envoûtement...), le professionnel dit "son incompetence" ; il réfère éventuellement à un collègue ethno-psychiatre (Hôpital Brugmann). Au mieux, il entre avec le patient dans un questionnement sur le difficile positionnement "entre deux cultures".

Par contraste, d'autres professionnels affirment l'importance pour le patient d'être reconnu dans son appartenance

<sup>3</sup> Nous appelons "tissu primaire" le premier cercle des solidarités naturelles présent autour des personnes (ie. la famille proche, les amis, le voisinage).

<sup>4</sup> Pour une minorité d'intervenants, psychothérapeutes et assistants sociaux, "rester professionnel", ce serait, précisément, refuser ces gestes symboliques.

# Réseau «Santé, précarité»

culturelle – “ d’être entendu ”, “ sans a priori ”. La culture d’origine est alors prise en considération, “mais au niveau psy” : il s’agit de reconnaître son rôle “de contenant”, “de soutien” pour la personne.

## **Difficultés et beautés rencontrées dans le processus d’aide**

La difficulté pointée en premier lieu par la plupart des intervenants tient à l’attitude de nombreux usagers envers le processus d’aide : déni des problèmes, attentisme et passivité parentale coexisteraient avec une compréhension consumériste, “urgentiste” ou “magique” du soin.

La précarité linguistique rendrait la mise en mots laborieuse, et les répétitions nécessaires. Ici, la lenteur du progrès, “le long terme - mais toujours dans l’urgence” ont pu être évoqués comme des motifs d’irritation.

Dans un autre ordre d’idée, le nécessaire engagement de l’intervenant rendrait la gestion de ses émotions parfois délicate : sentiments de “rejet” et “d’impuissance” face à des vécus “lourds”, “de crasse” et de “violence”, seraient fréquents sur le chemin. La recherche d’un juste positionnement (“ni trop loin, ni trop près”) s’avèrerait ici d’autant plus difficile que les usagers nourriraient des attentes de réciprocité fortes envers leurs professionnels (particulièrement lorsque ces derniers partagent leur origine culturelle).

Précisons-le, d’après les intervenants, le dispositif au sein duquel l’aide est offerte influe sur les difficultés observées. Ont ainsi été pointés la dimension de contrôle dans la sphère privée - inhérente à **l’aide sociale**, la dimension parfois “intrusive” de **l’aide familiale** portée dans l’espace du quartier<sup>5</sup>, la courte durée des rendez-vous en **médecine générale**

(n’autorisant pas à aller au-delà des problèmes somatiques), et une **intervention psy** trop “basée sur le discours, et pas assez sur le contexte de vie”.

Quant aux beautés repérées dans le processus d’aide, elles concernent d’abord les usagers eux-mêmes et leurs résiliences - les capacités de lutte et de courage dans la recherche de dignité, la vitalité et la lucidité, l’aisance relationnelle.

Elles tiennent ensuite aux spécificités de la rencontre avec le public précarisé : l’authenticité (cf. la générosité des usagers qui, en se racontant, “font cadeau de leur vie”), l’engagement de l’affectivité et le défi à la réflexion du professionnel constituent ses modalités positives les plus évidentes.

Citons enfin les gratifications reçues avec l’aboutissement du travail : “la reconnaissance” exprimée par les usagers, la suspension de l’aide - devenue inutile, la continuation du lien par-delà le temps de l’intervention.

## **Public précarisé et fonction soignante**

Si quelques intervenants concèdent n’avoir “jamais réfléchi” à **ce qui fait soin** en milieu précarisé, d’autres - médecins et AS, surtout - précisent accorder une attention particulière à ce qui relève du tissu social pour les usagers lors de leurs visites à domicile. Parenté, voisinage (...) - “tout ce que nous pouvons utiliser, nous l’utilisons”, justifiait un médecin. Notons-le, la plupart des professionnels soulignent le peu de solidarités en milieu “belge” (personnes du Quart-Monde et personnes âgées), tandis qu’ils reconnaissent toute la prévalence de “la dimension communautaire” en milieux turc et maghrébin.

<sup>5</sup> En milieux turc et maghrébin, l’irruption de l’aide familiale dans le tissu du voisinage conduirait parfois au dénigrement, par le voisinage, des familles receveuses d’aide.

# Réseau «Santé, précarité»

Exercée à l'intérieur des familles élargies d'une part, et du voisinage d'autre part, celle-ci trouverait forme dans l'aide matérielle dispensée aux pauvres et aux isolés, dans l'entraide autour des enfants, dans l'exercice d'activités sociales communes. "Radicale", elle serait volontiers "étouffante" : on serait là dans la logique du "avec nous, ou contre nous", une logique porteuse de "contrôles", "d'exclusions" - de "commérages". En outre, pareille "dimension communautaire" rendrait parfois la tâche de l'intervenant laborieuse, en facilitant la diffusion d'informations "erronées" au sujet de l'aide sociale et médicale.

Peu repérées par les intervenants, les **débrouilles** mises en place par les usagers seraient d'autant plus "efficaces" "qu'invisibles" : travail au noir et louvoisement avec le contrôle (ex : demandes d'invalidité, contournement de la loi belge, ...) en constitueraient les formes principales. Reconnues par les professionnels comme des savoir-faire pour "vivre malgré tout" et "garder sa fierté", elles recueilleraient néanmoins leur mise en garde.

Quant à **la non-venue aux soins professionnels** d'une partie du public précarisé, elle est justifiée par son appartenance à une "marge" (SDF, tziganes) ou par "l'absence d'intermédiaires" dans un tissu social défectueux. Des représentations négatives à l'égard du dispositif psychothérapeutique sont parfois également invoquées.

## **Le terrain auprès des populations de St-Josse (débuté fin avril)**

Notre terrain étant considérablement investi par les professionnels de la santé, il a été difficile de ne pas être identifiée au départ à ces derniers, à la fois par la population

et par les intervenants eux-mêmes. Compte tenu de la relative étanchéité du monde des intervenants et de celui des habitants – et vue l'importance des loyautés engagées de part et d'autre, notre avancée a donc été relativement lente en ses débuts. Or, d'un point de vue anthropologique, le temps à notre disposition est excessivement court : nous avons donc provisoirement restreint notre observation et notre participation aux milieux turc et maghrébin. La séparation des sexes étant à l'œuvre dans ces cultures musulmanes, nous évoluons en milieu féminin : nous faisons actuellement partie d'un groupe de fréquentation de hammam, ainsi que d'un cercle d'apprentissage - informel - coranique. En ce sens, notre compréhension est jusqu'ici redevable du regard des femmes sur leur communauté, un regard qui n'exclut pas la perspective des hommes, puisqu'il la reprend parfois à son compte.

## *Quelques communautés d'affiliation primaire*

Le voisinage, les groupements autour de l'Islam, les cercles d'épargne collective et le milieu associatif constituent les communautés d'affiliation primaires que nous avons repérées dans un premier temps.

Plus particulièrement, en milieu turc comme en milieu marocain, le **voisinage** fonctionne comme un puissant réseau d'entraide matérielle (prodiguée en biens, services et argent) et affective (soutien émotionnel, visites collectives aux malades, visites de condoléances...) pour les femmes.

Par ailleurs, **les groupements féminins autour de l'Islam** seraient "à la Belgique ce que le hammam est au pays", une activité conviviale, mêlant générations, appartenances sociales et statuts familiaux (célibataires et mariées). De plus en plus

# Réseau «Santé, précarité»

nombreuses, ces réunions religieuses constitueraient un “ prétexte à la rencontre ” - un espace de “ respiration sociale ” (Maffesoli).

La vulgarisation d’enseignements coraniques destinés aux femmes, l’apprentissage de la lecture à partir du Coran et des *hadit* sont au programme des rencontres. Qu’elles soient organisées sur un mode spontané ou institutionnalisé (à l’instar de “l’école arabe” en milieu maghrébin - ou école coranique attenante à la mosquée), les rencontres sont toujours suivies de commensalités (“l’une apporte le pain, l’autre un des desserts”). Le contrôle des femmes entre elles n’est pas absent (à propos de l’habillement, de la mobilité dans l’espace...) : exercé dans la référence au Texte, il est la contre-partie du lien ici créé autour du religieux.

Présents en milieu turc, **les cercles d’épargne collective** (*gün*, litt. “le jour”) renvoient, eux, à une pratique sociale traditionnelle, encore bien vivante au pays – en milieu urbain, principalement. Régies par un principe de réciprocité, ces cagnottes tournantes se tiennent entre femmes de même origine géographique. De l’or en pièces (*altin*) est donné à celle qui reçoit, qu’elle devra rendre à son tour et en temps opportun. Notons-le, prolongés par la lecture de *hadit*, certains *gün* revêtent depuis peu une coloration religieuse.

Enfin, pour les femmes en difficulté avec leur appartenance communautaire, **le milieu associatif** constitue un biais - valorisé - de soutien émotionnel, de reconnaissance et de promotion sociale. Hors du contrôle des familles et du voisinage, les femmes se laissent là à exprimer collectivement ce qu’elles ont “dans le cœur”, mais aussi à élargir - avec la protection

du groupe - leur mobilité dans la ville (visites au *hammam* etc.).

## **Autour de l’aide : représentations et pratiques**

Nous l’avons constaté, l’entraide transgresse rarement les frontières du groupe : on est solidaire d’un parent ou d’un allié – d’un pair qui, en retour de l’aide reçue, nous aidera. Par la suite, dans un contexte où “l’aide, c’est la communauté”, “recevoir l’aide des Belges” est perçu avec ambivalence : par principe, “ça ne se fait pas”. Mais c’est lorsqu’il est porté au su de la communauté que le geste peut constituer une menace à la recherche de “dignité”. Ainsi, laisser entrer une aide familiale dans sa propre maison – auprès d’un parent invalide, par exemple - c’est signifier au voisinage que ce parent s’y trouve délaissé.

Précisons que la communauté ne soutient pas ceux qui portent atteinte à sa clôture, comme les candidates à l’alliance exogamique<sup>6</sup>, les femmes qui vivent une sexualité “illicite”, tenue hors des liens du mariage, ceux et celles qui se détachent de l’enveloppe domestique, pour habiter seul(e)s, De même, la communauté n’étend pas son aide aux sujets qui se délient d’elle symboliquement, en n’honorant pas leurs dettes, en consommant alcool et/ou drogues (qui altèrent la conscience et lèvent la maîtrise des corps).

## **Santé, mal-être et soin**

Enfin, en accompagnant au *hammam* un groupe de femmes maghrébines, nous avons pu noter combien la venue à l’étuve était vécue comme une vraie pratique de soins, d’autant plus

<sup>6</sup> Les communautés musulmanes perpétuent comme un idéal la notion d’une reproduction à l’identique: elles savent que les femmes contiennent “le sang des hommes” et en assurent la continuité.

# Réseau «Santé, précarité»

essentielle dans les esprits qu'elle renoue avec une tradition millénaire. Dans l'espace euchronique et indifférencié de l'étuve, les générations, statuts, classes sociales et provenances nationales (" la Tunisie côtoie l'Algérie et le Maroc ") se mêlent généreusement. C'est que le *hammam* est lieu convivial par excellence - d'ailleurs, " l'on y va en groupe ou l'on n'y va pas ". Espace de transmission intergénérationnelle (les aînées frottent les cadettes; les cadettes portent l'eau à leurs aînées etc.), le *hammam* est aussi un lieu d'hygiène (frottement de la peau, toilette intime, nettoyage des dents ...) et d'esthétisation du corps (épilation, soins des cheveux, teintures au henné...). " L'on fait là honneur au corps tout entier - de la tête au talon ". De fait, " pour rien au monde, on raterait une visite au hammam " : la fréquentation régulière de l'étuve régénère l'âme et le corps ; elle prolonge la discipline religieuse des ablutions.

## L'accompagnement

La mise en oeuvre de la fonction d'accompagnement s'est heurtée à une difficulté majeure, qui tient à la résistance observée chez la plupart des institutions contactées, performantes dans leurs liens avec leurs partenaires. Il apparaît en outre que l'intervention d'un accompagnateur fait irruption dans la relation de confiance entre le professionnel et " son " usager.

Dans ce contexte, l'accompagnement a été mis en place auprès des organisations qui considéraient cette fonction comme nécessaire, néanmoins peu appliquée par défaut de personnel et/ou de temps. Vu la demande peu importante, il semble que la fonction d'accompagnement telle qu'elle a été initialement conçue ne corresponde pas aux attentes, ni aux besoins de la plupart des partenaires du projet. Le sujet doit donc être remis en débat.

## Espace-réflexion

Grâce à la présentation du projet (début avril – fin mai), de nouveaux partenaires ont été mobilisés : la problématique soulevée par le projet a d'emblée suscité un vif intérêt et la promesse d'un soutien généreux. Le peu de temps à disposition des professionnels n'a pas été un obstacle pour s'engager.

Le réseau a donc été élargi, et comprend à présent le CPAS de St-Josse, la Clinique St-Etienne, la Maison Médicale du Nord, la Maison de la Famille, ELIPS, le Foyer-Poste, SIMA, la Ruelle.

Les partenaires ont relevé *la visée informative* (partage des savoirs et des pratiques de travail), et la visée *de lien* (partage des difficultés rencontrées...) des rencontres thématiques. Ils ont également valorisé la perspective *de travailler dans une proximité plus tangible* avec les populations, par le biais du terrain anthropologique : certains professionnels ont en effet exprimé leur sentiment de "s'éloigner du terrain", d'une part, et de méconnaître la perception de leurs interventions, d'autre part.

## 4. Perspectives

Nous comptons poursuivre le **terrain anthropologique** mené auprès des habitants précarisés de St-Josse. Le travail amorcé sera non seulement **approfondi**, mais également **élargi** à d'autres populations, non musulmanes (Belges, populations issues du Bloc de l'Est...).

Par ailleurs, **certaines thématiques** non encore abordées devront l'être : il nous faudra repérer l'imaginaire des personnes précarisées déployé à l'égard des professionnels de l'aide, mais aussi interroger le vécu de la rencontre avec ces derniers.

# Réseau «Santé, précarité»

Emergées du terrain, des **pistes nouvelles** seront explorées.

Synonyme d'un "bricolage de mondes" (Benoist 1996), la notion de "quête thérapeutique" (Janzen 1978) dans la pluralité – ou co-consultation – recueillera notre intérêt. Il s'agira de comprendre dans quelle mesure les figures du *hoca* et du *falci* (en milieu turc), et celles du *fqih* et de *l'imam* (en milieu maghrébin) coexistent avec les figures du médecin ou du psychothérapeute pour le patient, ce "pélerin culturel" (Benoist 1996 : 505).

A côté des figures des thérapeutes, nous centrerons également notre attention d'une part sur l'entourage familial et le voisinage en tant qu'acteurs dans le processus de soins, et d'autre part sur la place accordée à Allah dans le processus de guérison (ou de mieux-être).

Enfin, nous souhaitons **poursuivre les réunions réflexives** mensuelles, menées autour des questions de santé, de précarité et d'aide. La restitution des résultats du terrain anthropologique en cours nourrira ces rencontres thématiques. Afin de mieux penser l'articulation entre réflexion et pratique, les questionnements prochains seront :

- \* "Accompagner... Pourquoi ? Pour qui ?"
- \* "Renforcer les résiliences... Oui, mais comment ?"
- \* "La culture peut-elle être soignante ?"

## Références bibliographiques

- Benoist J. (dir.) 1996  
*Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala.
- Janzen J.M. 1978  
*The Quest for Therapy in Lower Zaire*, Berkeley, University of California Press.
- Leininger M. 1979  
*Transcultural Nursing*, New York, Wiley & Sons.
- Métraux J.C. 1999  
*"Dons de mémoire. Lecture anthropologique et sociale d'une psychothérapie interculturelle"*, *Psychothérapies*, vol. 19, 4 : 225-234.
- Tripp-Reimer T. & Dougherty M. 1985  
*"The Interface of Nursing and Anthropology"*, *Annual Review of Anthropology*, 14 : 229-241.

# Réseau Bruxelles-Est

*“ Le lien avec autrui ne se noue que comme responsabilité, que celle-ci, d’ailleurs, soit acceptée ou refusée, que l’on sache ou non comment l’assumer, que l’on puisse ou non faire quelque chose de concret pour autrui ”*

E. LEVINAS

## **Promoteur du projet**

SSM WOPS

Chaussée de Roodebeek, 471 – 1200 Bruxelles

Tél. : 02/762.97.20

Fax : 02/772.61.30

Contact : Stéphanie Martens – steph\_martens@hotmail.com

## **Partenaires du réseau**

• 7 services de santé mentale de l’Intersecteur Est de Bruxelles

- **Le Grès**

Rue des Trois Ponts, 51 – 1160 Bruxelles

Tél. : 02/660.50.73

Contact : Georges Schmit

- **Le Chien Vert**

Rue Eggerickx, 28 – 1150 Bruxelles

Tél. : 02/762.58.15

Contact : Nicolas Latteur

- **Le WOPS**

Chaussée de Roodebeek, 471 – 1200 Bruxelles

Tél. : 02/762.97.20

Contact : Martine Zwick

- **La Gerbe**

Rue Thiéfry, 45 – 1030 Bruxelles

Tél. : 02/216.74.75

Contact : Joëlle Richir

- **Le SAS**

Rue de la Marne, 85 – 1140 Bruxelles

Tél. : 02/242.07.63

- **Chapelle-aux-Champs**

Clos Chapelle-aux-Champs, 30/3049 – 1200 Bruxelles

Tél. : 02/764.31.20

Contact : Dr. Sylvie Vanden Eynde

- **Le Méridien**

Rue du Méridien, 68 – 1210 Bruxelles

Tél. : 02/218.56.08

• L’Unité de crise et d’urgences psychiatrique, Service des Urgences, Cliniques Universitaires Saint-Luc

Avenue Hippocrate, 10 – 1200 Bruxelles

Tél. : 02/764.21.21

Fax : 02/764.16.20

Courriel : urg@apsy.ucl.ac.be

Contacts : Dr. Vincent Dubois/Claudine Delsart

• Les Bureaux d’Assistance policière aux Victimes (BAV)

- Zone 5343 (Etterbeek, Woluwé-Saint-Pierre et Woluwé-Saint-Lambert)

Service de la Police Locale-Montgomery, zone 5343

Chaussée de Saint-Pierre, 122 – 1040 Bruxelles

Tél. : 02/788.92.31

Fax : 02/788.92.30

Contacts : Pascale van Dorslaer/Aurore de Laveleye

- Zone 5342 (Auderghem, Watermael-Boitsfort, Uccle)

Service de la Police Générale, zone 5342

Rue Idiers, 12 – 1160 Bruxelles

Tél. : 02/676.49.42

Fax : 02/660.61.11

# Réseau Bruxelles-Est

Contact : Irène Balcers  
- Zone 5344 (Schaerbeek, Saint-Josse et Evere)  
BAV de la police locale, zone 5344  
Square Servaes Hoedemaekers, 9 – 1140 Bruxelles  
Tél. : 02/249.22.32  
Fax : 02/245.15.33  
Courriel : dirprox@belgacom.net  
Contact : Annick Gonda

- Wolu-Services CASG  
Avenue Andromède 63/2 – 1200 Bruxelles  
Tél. : 02/761.11.80  
Fax : 02/761.11.81  
Courriel : casg.woluservices@chello.be  
Contact : Corinne Huygens

- Service laïque d'Aide aux Justiciables – versant Aide aux Victimes  
Rue Haute, 314 et 296b – 1000 Bruxelles  
Tél. : 02/537.66.10  
Fax : 02/537.12.22  
Courriel : aideauxvictimes@skynet.be  
Contact : Hugues Hamoir

- Service de Médiation communale EGREGOROS  
Square Hauwaerts, 28 – 1140 Bruxelles  
Tél. : 0800/11403  
Contact : Jean-Claude Kawaya

- Abaka asbl  
Rue Goffart, 105 – 1050 Bruxelles  
Tél. : 02/640.07.11 – 0472/75.257.55  
Fax : 02/647.96.19  
Courriel : info@abaka.be  
Contact : Marie-Halène Vilaceque

## Historique du réseau

L'idée de ce réseau est née au sein de l'Intersecteur Est de Bruxelles, association de fait regroupant 7 services de santé mentale<sup>1</sup>. Il découlait du constat commun suivant : depuis la nouvelle loi du 26 juin 1990<sup>2</sup> prescrivant une nouvelle procédure pour la mise en observation des patients, la configuration du réseau de proximité et de la collaboration tant avec les urgences psychiatriques qu'avec la police s'est vue modifiée progressivement dans le sens d'un plus grand **cloisonnement** menant parfois à des difficultés réelles de collaboration<sup>3</sup>.

Si chaque partenaire faisant partie aujourd'hui du réseau travaillait déjà avec certaines structures de proximité, force était de constater que certaines de ces collaborations laissaient sans réponse toute une série de situations de souffrance complexes. Le cloisonnement, la méconnaissance voire parfois la méfiance vis-à-vis d'un certain nombre de structures, étaient autant de facteurs qui faisaient obstacle à une collaboration fructueuse et par conséquent à tous les avantages qu'une telle collaboration pourrait offrir en terme de **mise en commun de ressources spécifiques**.

<sup>1</sup> Le Chien Vert, le WOPS, le Grès, la Gerbe, le Méridien, Chapelle-aux-Champs, le Sas

<sup>2</sup> "protection de la personne des malades mentaux"

<sup>3</sup> Si les contacts avec l'unité de crise des urgences des Urgences Psychiatriques des Cliniques Universitaires Saint-Luc avaient été maintenus, ils s'étaient néanmoins complexifiés. Quant aux contacts entre les services de santé mentale et la police, ils étaient quasiment réduits à néant

# Réseau Bruxelles-Est

L'appel à projets, en octobre 2003, a été l'occasion pour penser la création d'une nouvelle façon de collaborer. Services de santé mentale, bureaux d'assistance policière aux victimes, Unité de crise des urgences psychiatriques, service de médiation communale, Centre d'Action Sociale Globale, Service d'Aide aux Victimes<sup>4</sup> et autres intervenants psychosociaux, armés de nos frustrations, de nos questions, de nos mécontentements, de nos ressources, mais aussi et surtout de notre désir commun de travailler ensemble, sans savoir exactement où cette expérience nous mènerait, nous sommes mis autour de la table.

## Les constats

D'emblée, nous ne pouvions que constater la **méconnaissance réciproque** des ressources, spécificités et limites des différentes structures de proximité et le cloisonnement entre elles qui en découle. Seul Wolu-Service, Centre d'Action Sociale Globale, de par sa mission généraliste et d'orientation, avait une représentation relativement satisfaisante des différentes structures de proximité.<sup>5</sup>

Pour les **professionnels**, la méconnaissance des ressources, spécificités et limites de l'ensemble des structures appartenant au réseau de proximité ont pour conséquence des difficultés voire une inadéquation dans l'orientation des usagers, un sentiment d'isolement et des phénomènes de désensibilisation.

Pour les **usagers** (hypothèses), les conséquences sont la difficulté à identifier les ressources potentielles du tissu social proche, le risque de renforcement de l'isolement et la potentielle stigmatisation de son symptôme en moment de crise.

L'unité de crise des Urgences Psychiatriques de Saint-Luc déplorait un **engorgement** exponentiel de la salle des urgences psychiatriques, certainement dû en partie à l'augmentation des demandes de mise en observation urgentes. Tel était aussi le cas pour les services de police dont les locaux se trouvaient envahis par des citoyens désorientés qui s'adressaient à eux dans des contextes et avec des demandes qui ne relevaient pas toujours de leurs champ d'action.

De la même manière, le CASG constatait que toute une série de personnes s'adressait à ses travailleurs avec des demandes complexes, qui requéraient davantage qu'une réponse sociale. Parallèlement, les Services de Santé Mentale se sont vus «dépossédés» de toute une série de cas dans lesquels leur intervention aurait tout à fait eu sa place.

La **perte relative de l'efficacité du réseau de proximité** n'est probablement pas sans lien avec l'engorgement exponentiel de la salle des urgences psychiatriques tout comme des services de police. Ces deux structures sont en effet fréquemment confrontées à des personnes en souffrance psycho-sociale dont la situation dépasse leurs compétences et les ressources dont ils disposent.

<sup>4</sup> Ainsi qu'Abaka qui s'est joint à nous à mi-chemin.

<sup>5</sup> Cela se manifestait par l'existence, comme c'est le cas pour d'autres services, de collaboration effective. Néanmoins, le réseau offrait une possibilité d'élargir et de consolider ces liens.

# Réseau Bruxelles-Est

En résumé, les principales nécessités identifiées à partir de ces constats étaient les suivantes :

Tout d'abord, non seulement la nécessité d'améliorer **la connaissance réciproque** des différents partenaires, mais aussi celle de veiller au **maintien de liens effectifs** entre les partenaires du réseau de proximité en raison des évolutions structurelles constantes des institutions.

Ensuite, la nécessité d'inventer, de **co-construire** ensemble de nouvelles modalités de collaboration et d'accompagnement des citoyens dans le respect de leurs choix et des ressources qui leur permettent de rester, autant que possible, dans leur milieu de vie habituel.

Enfin, la nécessité de repenser **l'accueil des usagers** en raison de la complexification des demandes.

## Les objectifs

Lors de la remise du projet, les objectifs ont été définis comme tels :

- *Mise en place d'outils structurels de rencontres et d'échanges au sein d'un réseau de proximité afin de mieux identifier les ressources et les limites de chaque partenaire dans une optique d'amélioration de l'adéquation de l'offre de services aux demandes.*
- *Ouvrir et soutenir des espaces de réflexion pour améliorer l'accueil des usagers.*
- *Permettre, autant que possible, le maintien des usagers dans leur milieu de vie habituel et favoriser l'appui sur leurs ressources naturelles (entourage, tissu social, logement,...)*

Notre hypothèse était la suivante : de nombreuses situations de crise arrivent aux Urgences ou à la police, alors qu'elles bénéficieraient d'une prise en charge en amont.

Cela nécessitait que les partenaires se rencontrent afin d'acquérir une connaissance plus fine des ressources et des limites de chacun, dans un cadre de travail à définir en fonction de critères légaux, structurels et déontologiques.

**Bénéfices escomptés pour les professionnels** : pouvoir identifier les ressources et limites de chacun, afin de permettre à chacun des partenaires de redéfinir ses responsabilités, et d'orienter de manière plus adéquate les situations rencontrées qui ne sont pas de leur ressort tout en n'y étant pas totalement étranger non plus.

**Bénéfices escomptés pour les usagers**<sup>6</sup> : être mieux orientés, de mieux pouvoir identifier les structures d'accueil (au sens large) du tissu social proche et pouvoir se maintenir, fût-ce en moment de crise, le plus longtemps possible dans leur milieu de vie naturel.

## Méthodologie

Il a été décidé de mettre en place 4 " comités " :

1. Comité de coordination, auquel participe l'ensemble des partenaires. Ces moments sont destinés à la présentation de chacun des partenaires, au déploiement de leurs questions, à la clarification de leurs limites et ressources, ainsi qu'à la présentation de cas, essentiellement ceux ayant abouti à un échec ou permettant de mettre en lumière les difficultés présentes au sein du réseau.

<sup>6</sup> Par usager, nous entendons toute personne, en ce compris celles qui ne présentent pas de pathologie mentale spécifique, mais rencontrant des difficultés sociales, professionnelles, de logement, etc : soit toute difficulté susceptible d'interférer avec leur bien-être

# Réseau Bruxelles-Est

2. Comité de recherche-action : composé de quelques personnes et, ouvert à tout partenaire qui désirerait s'y joindre. Ce comité a pour fonction de faire un travail de réflexion théorico-pratique à partir des thèmes abordés en réunion de coordination.

3. Comité de gestion : vise à s'occuper de la gestion administrative et financière liées au projet et à sa réalisation.

4. Comité d'évaluation : regroupe quelques personnes qui travaillent à élaborer une politique et un outil d'évaluation du projet.

Il s'agit avant tout de mettre en place des moments de rencontre et d'échange, où chacun des partenaires pourra rendre compte de la réalité de son travail sur le terrain. Ceci permettra aux professionnels, après avoir fait connaissance, de se situer les uns par rapport aux autres et de co-élaborer un partenariat en fonction des ressources et des spécificités de chacun.

## **Nos orientations de travail**

Bien que travaillant dans des logiques différentes, notre volonté était clairement de réfléchir et de mettre en place une façon de travailler ensemble qui relève d'une **logique résolument ambulatoire**.

Il ne s'agit pas d'établir un parcours que les usagers auraient à suivre a priori. Ce que nous préconisons en revanche, c'est que toute personne en état de souffrance psychologique et/ou sociale, que ce soit de manière ponctuelle ou chronique, puisse être accueillie et orientée le plus adéquatement possible, dans le respect de ses choix et des ressources qui lui sont propres. Il ne s'agit donc pas d'une logique de soin mais

bien d'une **logique de prévention**.

En outre, si nous sommes fermement résolus à travailler ensemble, à co-construire de nouvelles modalités de collaboration, il n'en demeure pas moins que tous les partenaires devaient rester distincts et garder leurs spécificités. Travailler en réseau, ce n'est pas rentrer dans une logique d'englobement, mais bien dans une **logique de maillage**.

Bien que nous ayons défini des partenaires initiaux, notre volonté est celle d'accueillir ou d'inviter d'autres interlocuteurs. Il s'agit d'une **logique d'ouverture**.

Enfin, comme nous l'avons évoqué, chaque partenaire a sa place dans le réseau et aucun n'est considéré comme possédant un savoir au nom duquel il pourrait édicter ce qui pourrait être une bonne façon de collaborer. Chaque structure a sa logique interne propre, qu'il s'agit de connaître et dont il faut tenir compte. C'est pourquoi nous nous tenons à une **logique de co-construction** à chaque étape d'élaboration et de mise en place du projet.

## **Etat des lieux**

*“ Ce qui fait l'urgence d'une situation, c'est un long processus de désagrégation qui s'est installé de longue date. C'est donc la défaillance de nos systèmes de prise en charge que met en exergue l'urgence ” Michel Autès<sup>7</sup>*

La méconnaissance relative de certaines structures entre elles que nous avons pressentie s'est confirmée au cours de ces rencontres. Aujourd'hui, nous constatons à quel point la **com-**

<sup>7</sup> “ Intégration ou insertion : deux régimes de subjectivation dans le soin psychique ”, in “ Dépasser l'Urgence ”, Rhizome, Bulletin national santé mentale et précarité, avril 2004

# Réseau Bruxelles-Est

**munication** est facilitée depuis que nous avons une connaissance de la logique interne des autres partenaires et que nous avons pris le temps de nous parler. Outre un **décloisonnement** effectif, nous constatons une nette **diminution du sentiment subjectif d'isolement** des professionnels face à des situations difficiles et lourdes à porter, ainsi qu'un **sentiment de confiance accru** vis-à-vis des partenaires.

L'abord de situations pratiques a permis de mettre en lumière des **incohérences**, des **incompréhensions**, des **incertitudes** et un **sentiment d'impuissance** récurrents face à un certain nombre de situations. Ces situations, que nous avons qualifiées de " **situations limites** ", étaient caractérisées par le fait qu'elles échappaient plus ou moins au mandat de chacun des partenaires, tant et si bien que chaque structure finissait par se décourager, voire se désresponsabiliser, ou par attendre qu'une autre prenne le relais. Se rencontrer, mieux se connaître et travailler en partenariat nous a permis de **redistribuer les responsabilités**.

Nous ne pourrions élaborer des stratégies qui permettraient de résoudre définitivement ce genre de question, sauf à rentrer dans une logique totalisante et totalitaire. L'existence de points communs entre certaines situations n'ôtent rien à leur singularité. Nous ne pouvons par ailleurs pas tout prévoir – comment donc organiser l'imprévisible ? Néanmoins, l'analyse de ces situations nous a permis de co-élaborer des débuts de réponses et de proposer de nouvelles façons de travailler en partenariat.

Chacun a pu rendre compte de ses ressources mais aussi de ses limites. Les limites étaient de différents types :

– Limites légales : expliquent pourquoi tel patient n'a pu

être hospitalisé, pourquoi on n'a pas pu intervenir dans telle situation, etc.

- Limites structurelles : il s'agit de limites liées à la structure même du partenaire. Ainsi, les services de santé mentale sont fermés la nuit contrairement au service des urgences.
- Limites déontologiques : chaque structure a une logique déontologique propre qui l'empêche d'intervenir dans un certain nombre de cas.

S'il n'est globalement pas souhaitable que ces limites soient changées, en ce qu'elles constituent des facteurs protecteurs du citoyen au sein d'un Etat de droit en empêchant l'interventionnisme intempestif et le règne de l'arbitraire, il n'en demeure pas moins que, définissant ces limites, se dessinent des interstices créant un espace d'entre-deux dans lequel on peut créer, penser, élaborer, parfois bricoler des nouvelles façons de travailler ensemble.

Il est une indéniable réalité qui contribue largement au fait que les usagers s'adressent prioritairement aux services de police et aux urgences : c'est la culture actuelle de **l'urgence** qui tyrannise souvent les travailleurs quels qu'ils soient. Les personnes en souffrance s'adressent, souvent quand il est déjà trop tard, à des endroits qu'elles perçoivent comme étant porteurs d'une potentielle réponse à l'urgence de leur demande. Travailler en réseau permet d'introduire du tiers dans la relation de corps à corps que peut engendrer l'urgence. Cette fonction tierce ne peut être remplie qu'à partir du moment où les structures du réseau se connaissent, et permet de faire en sorte que les professionnels puissent se dégager, quand cela est possible, du sentiment de devoir trouver une solution urgente à des situations urgentes : introduire une nouvelle temporalité suffit parfois à apaiser une situation de crise.

# Réseau Bruxelles-Est

Il est aussi une autre réalité sociale dont il faut tenir compte aujourd'hui. La précarisation d'une tranche de plus en plus importante de la population entraîne l'émergence d'urgences sociales.

## **Objectifs futurs**

Apprendre à nous connaître, à se parler malgré nos différences, prend du temps. Si cette première année nous a permis essentiellement d'apprendre à nous connaître et d'identifier un certain nombre de problématiques, le temps est maintenant venu de passer à une phase plus pratique dans la réalisation du projet, c'est-à-dire de mise en place de **solutions concrètes**.

Un des principaux objectifs, et ce dès la naissance du projet, était celui de **l'amélioration de l'accueil des usagers**.

Nous avons également un souci **d'interpellation du politique** au travers de notes que nous nous proposons de transmettre. En effet, ce travail en réseau constitue un terreau propice à une réflexion qui dépasse le cadre du réseau lui-même. Qui mieux en effet que les travailleurs ayant une pratique de terrain quotidienne peuvent rendre compte des impasses dans lesquelles ils peuvent se trouver ?

Il est également des **interlocuteurs** avec lesquels nous aimerions échanger sur nos pratiques et que nous n'avons pas encore eu l'occasion de rencontrer. Or, il s'avère que ce sont des acteurs importants dans un certain nombre de situations. Ainsi, juges de paix, procureurs ou substituts, membres du parquet, usagers, représentants directs de la commune, SAJ, acteurs du milieu scolaire, sociétés de logements sociaux sont tant d'acteurs que nous aimerions convoquer à notre table...

En outre, il nous semble important de travailler autour de certains concepts, tels l'urgence, la crise ou la dangerosité. En effet, nous avons constaté que nous utilisions parfois le même terme pour désigner des réalités bien différentes.

Toute institution, quelle qu'elle soit, prise dans ses diverses contraintes, sa logique interne, la pression de sa réalité quotidienne, si elle n'a pas des temps comme ceux que les subsides ont permis de mettre en place, aura tendance à se refermer sur elle-même. Nous être rencontrés, avoir élaboré des constats communs et une logique de travail commune, ne résout rien s'il n'y a pas de continuité dans ces échanges. Il est capital que les liens aujourd'hui tissés soient maintenus.

# Réseau de santé mentale communautaire Berchem

## **I. Introduction**

### **1. Le cadre**

Partant du souhait émanant de plusieurs services oeuvrant sur le terrain social, médical, politique et culturel de la commune de Berchem, la proposition d'engager une psychologue pour répondre au besoin de prise en charge psychologique des usagers de ces services, a été concrétisée fin décembre 2003.

C'est dans le cadre des projets de " réseaux de santé ", suite aux démarches de la Maison Médicale Kattebroek et au soutien de certains partenaires de la Coordination Sociale de la Commune, qu'un subside a été octroyé par la Commission communautaire française couvrant les frais d'engagement jusqu'au 30 novembre 2004.

La Maison Médicale KATTEBROEK met à la disposition de la psychologue, un bureau d'accueil et de travail ainsi que toute l'infrastructure administrative nécessaire.

La psychologue est formée aux thérapies familiales et systémiques et a une expérience importante du terrain psychosocial. Elle est également formée à la clinique de l'adolescent. Elle est par ailleurs sensible à la démocratisation de l'accès aux soins de santé mentale.

## **2. Le promoteur**

Maison médicale de Kattebroek  
Avenue du Roi Albert, 24 - 1082 BRUXELLES  
Tél. : 02/469.10.17  
Fax : 02/469.14.17  
Courriel : mmkattebroek@skynet.be  
Personne contact : Brigitte Meire

## **II. Le réseau**

### **1. Définition**

*" Un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné.(...) L'action d'un réseau est de favoriser les soins de santé en milieu ambulatoire ".*

Cet extrait des " Recommandations pratiques pour travailler en réseau " introduit bien le type de projet que des professionnels de terrain, tentent de mettre en place avec ce projet, sur la commune de Berchem-Sainte-Agathe. En effet, ce sont au départ, les partenaires de la coordination sociale de la commune regroupant plus de 25 associations, qui ont

# Réseau de santé mentale communautaire Berchem

relevé le problème du manque de structure permettant de répondre au besoin de prise en charge psychologique des usagers en demande. Sans relais possible, en l'absence de Service de Santé Mentale sur la commune et dans les environs (Berchem-Sainte-Agathe, Ganshoren, Koekelberg) et vu le manque d'accessibilité financière pour tous chez les psychothérapeutes privés, les travailleurs de première ligne sont confrontés à des crises qui deviennent récurrentes et à des situations individuelles, familiales ou de couple, qui se détériorent.

L'aspect particulier du projet est qu'il s'inscrit d'abord dans la *réponse au besoin d'un réseau existant : celui de la coordination sociale de la commune*. Bien que la réponse idéale et la plus efficace à ce besoin du réseau eut été la création d'un nouveau Service de Santé Mentale de ce côté-ci de Bruxelles, devant les nombreuses difficultés et refus rencontrés par les initiateurs du projet dans leur quête de subsides, il a été décidé d'utiliser les ressources mêmes du réseau. C'est ainsi que la psychologue engagée dans le cadre des "réseaux de santé" de la Commission communautaire française a eu pour **mission de développer des actions communautaires et collectives de prise en charge psychologique avec le soutien du réseau de la "coordination sociale" existant**. **Cependant, une réponse individuelle de prise en charge des usagers des services du réseau est également fortement sollicitée.**

Bien que ces deux conceptions de prise en charge semblent a priori peu compatibles (individuelle/communautaire et collective), il est décidé par le réseau de tenter l'expérience et d'évaluer les effets ensuite.

## 2. Les partenaires

Les partenaires du projet font tous partie de la Coordination Sociale de la commune. Un "sous réseau" est ainsi constitué qui s'intéressera davantage à la "santé mentale communautaire".

- La commune de Berchem-Sainte-Agathe  
Avenue du Roi Albert, 33 - 1082 Bruxelles  
Tél. : 02/464.01.91  
Fax : 02/464.04.91  
Contact : Joël Riguelle, Bourgmestre

- Le CPAS de la commune de Berchem-Sainte-Agathe  
Avenue du Roi Albert, 88 - 1082 Bruxelles  
Tél. : 02/482.13.00  
Fax : 02/468.38.85  
Contacts : R. Geyvenbergh/Secrétaire  
Monsieur Gillis

- La Médiation sociale, service prévention  
Villa Pirsoul  
Rue Mertens, 15 - 1082 Bruxelles  
Tél. : 02/466.18.69  
Fax : 02/466.18.69  
Contact : Frédérique Boyer

- L'Oranger a.s.b.l., Service AMO  
Rue de l'Eglise, 14 - 1082 Bruxelles  
Tél. : 02/465.38.90  
Fax : 02/465.96.88  
Courriel : loranger@chello.be  
Contact : Salvatore Mulas

# Réseau de santé mentale communautaire Berchem

- Le Kiosque a.s.b.l.  
Centre d'Information et de Documentation  
Rue de l'Eglise, 14 - 1082 Bruxelles  
Tél. : 02/465.38.30  
Fax : 02/465.96.88  
Courriel : kiosque@skynet.be  
Contacts : Salvatore Mulas/Ivone Alves de Oliveira,

- Solidarité Hunderenveld  
Hunderenveld, 777 - 1082 Bruxelles  
Tél. : 02/469.42.79  
Fax : 02/469.42.79  
Courriel : pcs-hunderenveld@hotmail.com  
Contact : Nicole Nyst

- La Ligue des familles – Section Berchem-Sainte-Agathe  
Rue des fleuristes, 30 - 1082 Bruxelles  
Tél. : 02/468.39.83  
Fax : 02/556.58.22 (travail)  
Courriel : marc.van.cauwenberghe@skynet.be  
Contact : Michèle Vancauwenberghe

- Le Fourquet, CCFB  
Place de l'Eglise, 15 - 1082 Bruxelles  
Tél. : 02/469.26.75  
Contact : Christian Boucq

## III. Les objectifs

### 1. Objectif général

L'objectif général de ce projet est de donner aux habitants de la commune, à travers le réseau, un soutien psychologique accessible financièrement et géographiquement.

### 2. Les objectifs opérationnels

1. Travail de concert avec les partenaires pour créer des projets et actions, curatifs et de prévention, s'articulant autour de la santé mentale communautaire tendant à améliorer le bien-être psychologique des Berchemois.
2. Prises en charge psychologiques individuelles, familiales et de couples, d'usagers, des partenaires en cas de demande et d'indication.
3. Soutien des partenaires dans leur travail auprès des usagers par une écoute bienveillante, des conseils voire des supervisions concernant des situations problématiques qu'ils rencontrent, ne nécessitant pas l'intervention directe du psychologue.

# Réseau de santé mentale communautaire Berchem

## **IV. Description du projet**

### **1. Réseau de santé mentale communautaire**

Au sein du réseau de "Coordination Sociale" de la commune, se dessine un sous réseau de partenaires intéressés par la santé mentale communautaire. Notons que chacune des associations présentes dans la coordination (au-delà des partenaires "officiels") se consacre, chacun à sa manière, selon ses objectifs, au bien-être psychologique des Berchemois. Ainsi, une AMO comme l'Oranger s'occupe des jeunes et de leur famille; le Fourquet, centre culturel de la commune, par ses spectacles et activités collectives contribue à la santé morale de son public; le CPAS rencontre quotidiennement des personnes en détresse et doit y faire face; le personnel de la Maison Médicale reçoit tous les jours des patients qu'il doit soutenir psychologiquement. Tous les autres partenaires sont également concernés. Cependant, il manquait un fil conducteur, un rassembleur qui centralise les questions de santé mentale et tente d'y apporter des réponses collectives.

Après une période légitime d'intégration de la psychologue, d'adaptation réciproque et de mise en confiance, des projets commencent à se mettre en place.

Des rencontres entre partenaires du réseau de santé mentale communautaire ont lieu alors que les réunions mensuelles du réseau de Coordination Sociale de la Commune sont également autant d'occasions de faire le point et de voir les projets naître et se développer.

### **2. Consultations individuelles**

Envoyés par les partenaires du réseau, des usagers en demande de soutien psychologique individualisé arrivent ... en grand nombre ! Ils sont pris en charge par la psychologue ou relayés vers d'autres services lorsque cela est indiqué.

### **3. Soutien aux partenaires**

Les partenaires du réseau ont la possibilité de s'adresser à la psychologue dans le cadre d'un soutien par rapport à des situations difficiles qu'ils rencontrent avec leurs usagers. Ces rencontres vont de l'écoute à l'éventuelle supervision.

## **V. Résultats et évaluations**

### **1. Les projets et actions en santé mentale communautaire**

#### **1) Participation active à la Coordination Sociale de la Commune et en particulier au bureau permanent**

Par sa présence au bureau permanent, organe de gestion de la coordination sociale, la psychologue a pu sensibiliser et informer les partenaires de manière régulière sur des aspects psychologiques du travail socio-communautaire, répondant ainsi à un des objectifs du travail en réseau : accroître les compétences individuelles et collectives du réseau.

Elle a pu également donner une impulsion nouvelle dans la construction de projets en chantier mais aussi dans la mise en place de nouveaux projets s'articulant autour de la santé

# Réseau de santé mentale communautaire Berchem

mentale. La confiance s'est installée assez rapidement entre elle et les partenaires de manière telle qu'elle devient peu à peu, une personnalité incontournable et une référence en matière de santé mentale dans le réseau social de la commune.

La plus value pour les partenaires est importante à cet égard : par ses actions, la psychologue a joué un rôle de coordination de ce sous réseau de santé mentale communautaire.

## 2) Conférences-débats

- En collaboration avec l'infirmière et les médecins de la Maison Médicale Kattebroek, d'animateurs du Service Jeunesse de la Commune et d'animateurs du Service Prévention de la Commune, deux animations sur les maladies sexuellement transmissibles ont été organisées en mars 2004. Celles-ci s'adressaient à des jeunes fréquentant les activités des services jeunesse. Le public a été davantage présent lors de la seconde session mais ce type d'action mériterait d'être répété tant les jeunes en ont bénéficié.
- En avril, avec la collaboration d'un médecin de la Maison Médicale Kattebroek, une conférence sur l'énurésie chez les enfants a également été donnée à deux reprises, l'une en matinée, l'autre en soirée. La publicité a été diffusée essentiellement chez les membres du réseau mais les organisateurs ont appris qu'il fallait s'y prendre de manière plus active et plus précoce pour toucher une plus grande partie de la population. En effet, une dizaine de personnes assistaient chaque fois aux conférences alors qu'il est facile d'imaginer que la problématique touche un plus grand

nombre de gens. Un article abordant le sujet a néanmoins été publié dans la revue de la Maison Médicale Kattebroek afin d'informer un plus large public.

- Une conférence sur la dépression a été donnée par la psychologue en matinée, en juin dans les locaux de l'association pour femmes " Le Pluriel ". L'entrée était ouverte à toutes les femmes. Cette conférence a rencontré un grand succès (une cinquantaine de femmes) de manière telle qu'elle sera redonnée en soirée et organisée cette fois par une association partenaire " Solidarité Hunderenveld " et " Cohésion Sociale ". Elle sera ouverte à tous. Vu l'engouement pour le sujet, la psychologue a décidé de faire paraître un article sur le sujet dans la revue de la Maison Médicale Kattebroek.
- A la Villa Pirsoul, à partir du 11 octobre 2004, au rythme d'une fois tous les deux mois, sera donnée une conférence concernant un sujet de santé mentale. Les prochaines conférences auront pour sujets : " Comment écouter son enfant ", " Entente et conflit dans le couple ". Organisées par " Le Pluriel ", ces conférences sont naturellement ouvertes à un large public.

## 3) Mise en place de groupes de parole

- Un groupe de parole pour les familles monoparentales a été une des demandes importantes des usagers du réseau. Il a été mis en place avec la collaboration du " Fourquet ", centre culturel de la commune, et les membres du réseau. Cette activité se déroule une fois par mois avec une dizaine de personnes depuis novembre 2004.

# Réseau de santé mentale communautaire Berchem

Une conférence-débat préparant une action de soutien aux parents d'adolescents aura lieu vraisemblablement en janvier 2005. Avec la collaboration de la Ligue des Familles essentiellement et grâce au soutien du réseau, l'idée est d'attirer les personnes intéressées par le sujet à participer à une conférence-débat (débutant par une action culturelle ludique afin de dédramatiser). Partant de cette soirée, les organisateurs espèrent collecter les souhaits des participants (groupe de parole, espace de rencontre intergénérationnel...).

## 4) Les matinées "Maison verte" de la VILLA PIRSOUL

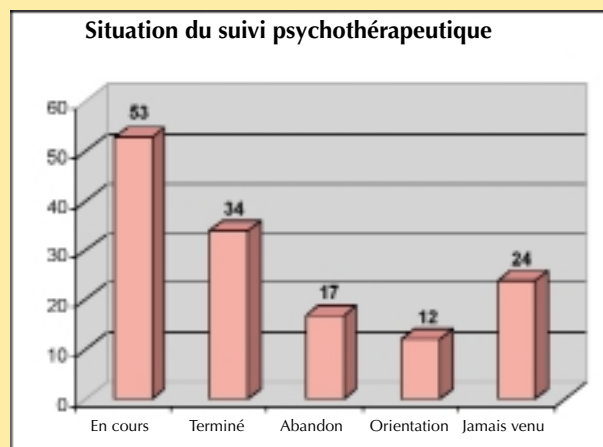
Un projet de création d'un lieu "rassembleur multiculturel et multigénérationnel" a vu le jour dans la commune et regroupe dans son organisation bon nombre de partenaires du réseau dont la psychologue. Celle-ci propose, depuis novembre 2004, une matinée par semaine (mardi, de 9 h à 11 h), un accompagnement des familles avec un enfant en bas-âge qui viendraient passer un bout de temps à la Villa. Le but de ces rencontres est de répondre, de manière informelle aux questions et de rompre la solitude des parents ou responsables d'enfants à la manière des "Maisons vertes" de Françoise Dolto.

## 2. Les consultations psychologiques

### 1) Nombre de demandes

Un total de 140 premiers rendez-vous ont été pris entre le 1er février et la 30 septembre 2004. C'est-à-dire que 140 personnes, couples ou familles, ont émis le souhait de rencontrer la psychologue afin d'apporter une réponse à leur soucis.

### 2) Situation des suivis psychothérapeutiques



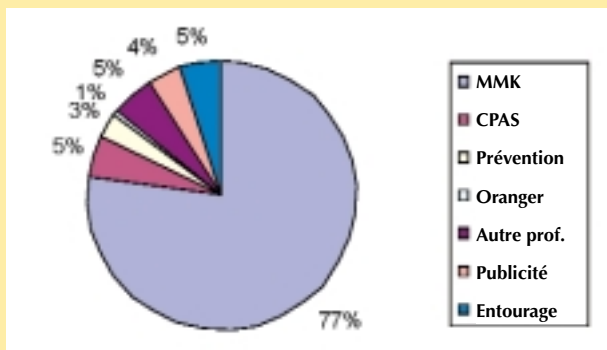
### Observations

- Les thérapies durent en moyenne une dizaine de séances. Cependant, certains suivis comme ceux concernant des personnes souffrant de dépressions chroniques durent beaucoup plus longtemps.
- Un suivi est terminé lorsque nous considérons avec le patient que la problématique pour laquelle il consultait et les autres problèmes qui auraient pu émerger pendant les séances sont résolus. Des personnes ont abandonné leur thérapie en cours de route. Cet effet est bien connu des psychothérapeutes. Soit, le thérapeute ne leur convient pas, soit, la demande n'était pas mûre ou encore, nous abordions des sujets trop douloureux. Pour cette troisième catégorie, il n'est pas rare que les personnes reviennent.
- Certaines situations sont orientées vers d'autres services lorsque par exemple, la personne n'habite pas la com-

# Réseau de santé mentale communautaire Berchem

mune ou bien, l'indication psychothérapeutique n'entre pas dans les compétences de la psychologue (très jeunes enfants, graves phobies ou TOC, problèmes psychiatriques importants...).

## 3) Qui envoie ?



## Observations

- La prédominance manifeste de patients provenant de la Maison Médicale s'explique par plusieurs facteurs :
  - La Maison Médicale Kattedbroek est promotrice du projet et la psychologue y travaille à temps plein : un rapport de confiance a été plus facile à établir avec le personnel " envoyeur ", médecins, kinés, infirmières et accueillantes.
  - Un grand nombre de Berchemois fréquente la Maison Médicale Kattedbroek qui est un lieu de soins globaux : la présence nouvelle d'un psy dans l'équipe entre dans la logique d'une prise en charge globale de la santé et un grand nombre de personnes y a accès.

- Le cabinet du médecin généraliste est le lieu le plus propice pour l'évaluation de la détresse psychologique des gens. De plus, un rapport de confiance existant très souvent entre le médecin de famille et son patient, la proposition de prendre un rendez-vous chez la psychologue est souvent acceptée.

- Les patients envoyés par le personnel de la Maison Médicale sont souvent également usagers d'autres structures dont notamment celles qui occupent les partenaires du réseau. Bien souvent, ces patients sont invités par plusieurs professionnels à la fois à venir consulter la psychologue.
- A mesure que le service " fait ses preuves ", les partenaires sont de plus en plus encouragés à envoyer leurs usagers quand cela s'avère nécessaire. Mais bien que des partenaires (comme le CPAS ou le service de Prévention de la Commune) font appel au service de manière de plus en plus régulière, d'autres n'ont jamais recouru à cette voie.
- Le " bouche à oreilles " fonctionne assez bien et d'autres structures que celles des partenaires envoient des patients : écoles, " Le Pluriel "...

Nous constatons d'emblée l'importance des demandes de suivi psychothérapeutique. Il est évident que ces chiffres mettent en évidence de manière claire le manque en matière de prise en charge psychologique individualisée sur la commune.

## 3. Soutien aux partenaires

Que ce soit de façon formelle en prenant rendez-vous ou informelle, pendant une réunion ou lors de rencontres for-

# Réseau de santé mentale communautaire Berchem

tuites, la psychologue a été sollicitée plusieurs fois dans le cadre d'un soutien aux partenaires autour de questions relatives à des difficultés rencontrées avec des usagers. Les réponses sous forme d'information, d'orientation, d'écoute bienveillante ou de supervision, ont pu contribuer à accompagner les intervenants dans leur travail auprès du public.

## VI Conclusions et perspectives

Notons d'emblée qu'il est évidemment trop tôt pour évaluer correctement une telle entreprise. Mais ces quelques remarques sont une tentative de conclusion pour les prémisses de la création de ce réseau :

- A partir d'un réseau social existant, la psychologue a créé un sous-réseau d'intervenants sensibles aux questions de santé mentale communautaire pour tenter de répondre ensemble au besoin de prise en charge psychologique des habitants de la commune. Cependant, au cours de ces mois, nous pouvons constater que l'ensemble des partenaires du réseau de la Coordination Sociale s'est impliqué dans les projets en cours. **Il serait donc souhaitable d'élargir le réseau de santé mentale communautaire à l'ensemble des 25 partenaires du réseau social.** L'idée serait alors de consacrer une partie de chaque réunion de Coordination Sociale aux projets de santé mentale communautaire.
- La psychologue a pu insuffler un courant nouveau auprès des intervenants de première ligne, instaurant une attention plus accrue en matière de santé mentale, au sein de la Coordination Sociale. Sa présence et sa disponibilité ont pu motiver des partenaires à travailler de concert dans des projets centrés sur le bien-être mental des usagers.

Certains partenaires ont émis le souhait de rejoindre certains projets en cours, amenant ainsi leur pierre à l'édifice.

- Le vif succès qu'a rencontré le service de consultations psychologiques pose de manière claire le problème du manque d'une structure de prise en charge psychologique individualisée accessible géographiquement et financièrement au Nord-Ouest de Bruxelles. Il semble peu probable pour la psychologue de pouvoir se permettre dans l'avenir de poursuivre ces prises en charge du fait de leur nombre croissant et de l'inadéquation d'avec les objectifs du travail en réseau. Ce service a eu le mérite de mettre en évidence de manière chiffrée, ce manque.
- La rencontre des partenaires représentant en quelque sorte leur public et travaillant ensemble est important en matière de " relience sociale ". Finalement, ce sont les divers publics qui se rejoignent au travers de nos actions en santé mentale communautaires.

Le réseau, baptisé en cours de route " **Réseau de santé mentale communautaire** " est en très bonne voie de développement. En effet, les partenaires marquent un intérêt de plus en plus important de travailler ensemble autour de préoccupations relatives au bien-être psychologique de leurs usagers. Même s'il est précoce de parler aujourd'hui vraiment de la création d'un réseau s'articulant autour de la santé mentale des habitants de la commune, il n'en reste pas moins que les prémisses y sont et ne demandent qu'à se développer.

# Réseau Santé Mentale Marolles

## **Promoteur :**

le SSM-ULB a.s.b.l.,  
Centre de Guidance ,  
Rue Haute 293 - 1000 Bruxelles  
Tél. : 02/503.15.56  
Courriel : centredeguidance@ulb.ac.be  
Contact : Dr Jean-Paul Matot

## **Partenaires :**

Le Centre de Santé du Miroir a.s.b.l.,  
Rue du Miroir, 67 - 1000 Bruxelles  
Tél. : 02/511.34.74  
Contact : Geoffroy Schmitz

La Maison Médicale des Marolles a.s.b.l.,  
Rue Blaes, 120 - 1000 Bruxelles,  
Tél. : 02/511.31.54  
Courriel : medmarolles@skynet.be  
Contact : Shalini Petre

L'Entr'Aide des Travailleuses a.s.b.l.,  
Service Médical et Service Psychologique,  
Rue des Tanneurs, 169 - 1000 Bruxelles,  
Tél. : 02/510.01.80  
Courriel : entraide@entraide-marolles.be  
Contact : Jacques Verstraeten

## **I. Le projet " RESEAU SANTE MENTALE MAROLLES "**

### **1.1. Historique**

Des collaborations informelles s'étaient nouées au fil du temps entre le Centre de Guidance du SSM-ULB et différents professionnels de la santé, de l'aide sociale, de l'instruction publique, oeuvrant dans le quartier des Marolles. Elles s'étaient intensifiées à la suite du déménagement du Centre de Guidance du CHU Saint-Pierre pour la rue Haute, en 1998. Toutefois, ces collaborations se limitaient à l'envoi de patients vers le Centre de Guidance, notamment par les maisons médicales du quartier, et à des échanges ponctuels autour de ces envois.

Par ailleurs, un esprit de complémentarité, de collaboration et de transparence s'est installé dans le cadre du contrat de quartier Tanneurs 2000-2004, à travers les sous-projets *Toile de Jeu* et *Prévention de la Carie Dentaire* (Maison Médicale des Marolles, avec le Centre de Santé du Miroir et le CASG Entr'Aide des Travailleuses), *Prévention de la Santé et de l'Environnement* (les trois associations précitées associées à Habitat et Rénovation, CPAS antenne plume, Vrienden van Huizeke, en collaboration avec Question Santé, la Ville de Bruxelles et le Centre Urbain).

D'autre part, dans le courant de l'année 2003, un premier contact avait été pris entre le service d'aide psychologique de l'Entr'Aide des Travailleuses et le Centre de Guidance, dans l'optique de réfléchir à la mise en œuvre de collaborations plus instituées entre les deux institutions.

# Réseau Santé Mentale Marolles

C'est dans ce contexte qu'est survenu l'appel à projets de la Commission communautaire française pour des initiatives de travail en réseau dans le domaine de la santé. Il est apparu au Centre de Guidance et à l'Entr'Aide que cet appel à projets constituait une opportunité d'accélérer la dynamique de concertation et de collaboration naissante. Des contacts ont donc été pris avec les Maisons Médicales du Miroir et des Marolles, qui ont immédiatement adhéré à l'idée de l'expérimentation d'un cadre de travail commun.

## **1.2. Fondements du projet**

Le projet part du constat que les problématiques de santé rencontrées dans le quartier populaire et multiculturel des Marolles sont très régulièrement complexes parce qu'à la fois sociales, médicales et psychologiques, ce qui tout à la fois incite à envisager les problématiques de santé mentale dans leurs dimensions physiques, psychologiques et sociales, mais pose aussi d'importantes difficultés dans la mise en œuvre pratique d'une approche prenant en compte ces différents niveaux.

Il n'est pas toujours utile, possible ou même souhaitable de réorienter des problématiques de santé mentale décelées dans un service social ou une maison médicale vers un service de santé mentale : il est, au contraire, parfois préférable de les traiter là où elles ont été déposées, dans une approche pluridisciplinaire.

D'autre part, il est souvent difficile d'orienter les patients/usagers de manière pertinente et efficace vers les structures du secteur de la santé mentale, lorsque cela est effectivement

nécessaire. D'où l'idée d'aménager les dispositifs des différents acteurs professionnels des champs de la santé et de l'aide sociale de manière à augmenter l'accessibilité des soins de santé mentale.

## **1.3. Objet du réseau et objectifs poursuivis**

L'objet du réseau est de créer des liens et de la complémentarité entre les différents services partenaires afin de faciliter une prise en charge globale de la santé, la continuité des soins et la prise en charge multidisciplinaire des problématiques rencontrées par les patients/usagers.

Les différents objectifs poursuivis sont :

- Créer des liens entre les équipes, les intervenants dans le but de développer leur complémentarité.
- Apprendre à connaître les philosophies de travail de chacun des secteurs afin d'être en mesure de collaborer efficacement.
- Favoriser la prise en compte du réseau global de la santé dans les réflexions internes des équipes.
- Rendre les différentes approches de Santé Mentale plus accessibles aux patients des Maisons Médicales ainsi qu'aux usagers du Centre d'Action Sociale Globale :
  - en analysant le fonctionnement des relais actuels vers les structures du secteur de la Santé Mentale afin de les rendre plus adéquats par rapport à la population spécifique du quartier ;
  - en accompagnant les patients/usagers dans leurs démarches et le respect de leur demande, vers les services de Santé Mentale, et y organiser le relais ;
  - en traitant localement ce qui peut l'être.

# Réseau Santé Mentale Marolles

## II. Description du projet

Pour atteindre ces objectifs, trois axes sont développés :

- un dispositif de concertation, mis en place dès le début du projet : le “ comité de pilotage ”, dont l’une des décisions fut :
- l’engagement d’une psychologue “ réseau ”, coordinatrice clinique entre les institutions, ainsi que la mise au point d’un :
- dispositif d’évaluation, dans le but d’estimer dans quelle mesure les objectifs sont atteints, ainsi que la validité des moyens mis en œuvre.

### 2.1. Dispositif de concertation

Le réseau fonctionne sur base volontaire, chacun des partenaires étant sur pied d’égalité avec les autres. Les partenaires travaillent dans le respect des spécificités de chaque équipe, en développant la complémentarité des compétences.

Le réseau est coordonné par un comité de pilotage qui se réunit au moins mensuellement. Les missions et règles de fonctionnement de celui-ci sont définis dans la convention et le règlement d’ordre intérieur. Chacun prend en charge différentes tâches en fonction de ses spécialités, ses affinités et ses disponibilités, et assure le relais vers son association.

Il est composé de manière pluridisciplinaire (médecin généraliste, kinésithérapeute, assistant social, psychologue, psychiatre) et est représentatif des différentes institutions.

### 2.2. Dispositif clinique

Les activités de la psychologue engagée à temps plein se répartissent de la manière suivante :

- participation à certaines réunions d’équipes des quatre institutions partenaires : 3h30 – 4h/sem ;
- interventions structurées au Centre de Guidance et à l’Entraide : 3h/sem
- permanences cliniques et plages de consultations dans les Maisons Médicales et à l’Entr’Aide : 17 h/sem
- travail de liaison, de relais, d’accompagnement clinique : environ 4 h/sem
- temps de préparation des réunions, recueil et analyse des données, rédaction, participation à des groupes de réflexion sur les pratiques de réseau (Ligue, SSM-ULB), etc. : environ 6h/sem

#### *Dans les Maisons Médicales :*

La “ psychologue-réseau ” y exerce la majeure partie de ses activités cliniques de terrain, partageant son temps entre sa participation à certaines réunions d’équipe et des plages de consultation où elle est autant à la disposition des patients envoyés qu’à celle des intervenants qui le souhaiteraient. Ses objectifs de travail sont de trois ordres :

#### **Promouvoir l’échange entre professionnels**

A son arrivée, la psychologue a invité tous les intervenants des Maisons Médicales à discuter avec elle des patients leur semblant en souffrance psychique et par rapport auxquels ils se posent des questions. Nous visons ainsi une sensibili-

# Réseau Santé Mentale Marolles

sation mutuelle aux différentes réalités et logiques de travail et d'un partage de compétences, par exemple en ce qui concerne la manière d'analyser une demande en santé mentale.

## **Orienter et accompagner des patients vers le secteur de la santé mentale**

La psychologue rencontre également certains patients : il s'agit d'accéder à une meilleure compréhension de leur situation et de leur demande, puis de les orienter, le cas échéant, vers des " prises en charge " adéquates. Et ce tout en considérant qu'il existe des réponses parfois plus opportunes que la réponse " psy ". Dans l'optique de plus de collaboration, nous souhaitons privilégier les co-consultations " intervenant envoyeur – psychologue – patient ". Le contact préliminaire toujours souhaité entre la psychologue et l'intervenant de la Maison Médicale sert donc aussi à poser l'indication et le cadre des éventuelles rencontres de la psychologue avec les patients.

Il s'agit aussi pour la psychologue de faire un réel accompagnement du patient dans ce pas difficile à franchir vers un " psychologue ", vers un " psychiatre ", ces mots lourds de significations anxiogènes pour les patients : *" Un Service de Santé Mentale ! C'est pour les fous !? " " Qu'est-ce que je vais devoir lui raconter ? Il va me regarder en attendant que je déballe tous mes malheurs ! A quoi ça va servir ? " Accompanyer en se rendant aussi avec le patient à un premier rendez-vous, et en restant disponible pour lui, si nécessaire, après le relais, en " toile de fond ", en " filet de sécurité ". Cette fonction de contenance s'adresse aussi à l'intervenant envoyeur et à l'intervenant " receveur " : il s'agira parfois de veiller à ce qu'un fil se maintienne entre*

ces différents acteurs de terrain, à ce qu'une coordination s'installe autour d'un patient qui en a besoin.

## **Traiter sur place ce qui peut l'être**

Si cela s'avère nécessaire et possible, la psychologue est amenée à effectuer des " interventions brèves ", cohérentes avec la courte durée du projet. Cette double fonction a contribué autant à enrichir les interventions de la psychologue, qu'à introduire une certaine confusion pour les patients, pour les intervenants des Maisons Médicales et pour elle-même, dans la manière de présenter et de se représenter son rôle. *" Ce qui est sûr, c'est qu'à chaque fois que je rencontre un patient dans les Maisons Médicales, je me dis que c'est peut-être la première et la dernière fois qu'il rencontre un psychologue, et j'essaie qu'il en retire quelque chose : une question, un nouvel angle de vue, et si possible, une envie d'aller plus loin dans cet intérêt porté à soi-même et à ce qui lui arrive. "*

## **A l'Entr'aide des Travailleuses :**

Le rôle de la psychologue auprès des médecins généralistes du service médical, des infirmiers du dispensaire et du service de soins à domicile ainsi qu'auprès des assistantes sociales du CASG de l'Entr'aide des Travailleuses a été pensé de manière similaire à celui dans les Maisons Médicales. Grande différence néanmoins : il existe, à l'intérieur de l'institution, un Service d'Aide Psychologique qui remplit déjà en partie les mêmes fonctions, en tous cas en ce qui concerne le travail de liaison à l'intérieur de l'institution. La psychologue engagée par le réseau se concentrera donc davantage sur les liens vers l'extérieur.

Pour ce faire, elle tient chaque semaine une " Permanence

# Réseau Santé Mentale Marolles

Psychologique " à l'Entr'aide, où patients comme professionnels peuvent venir, sans rendez-vous, prendre un premier contact, exposer les difficultés qu'ils rencontrent et formuler, le cas échéant, une demande d'aide ou de collaboration. Ces demandes sont ensuite relayées auprès du Service d'Aide Psychologique de l'Entr'aide qui essaye alors d'y répondre.

*Au Centre de Guidance de l'ULB et dans le Service d'Aide Psychologique de l'Entr'aide des Travailleuses : le relais vers les équipes " psy "*

Etant donné la fonction de liaison de la " psychologue-réseau ", elle participe également aux réunions d'équipes traitant des nouvelles demandes dans les différentes équipes " psy " du réseau : les équipes " Enfants " et " Adultes " du Centre de Guidance de l'ULB et le " Service d'Aide Psychologique " de l'Entr'aide des Travailleuses. C'est pour elle l'occasion, à la fois de se familiariser avec le fonctionnement de ces équipes et de relayer ce qu'elle en perçoit à ses collègues des Maisons Médicales, mais aussi de présenter aux intervenants " psys " des situations qu'elle a rencontrées dans les Maisons Médicales et qu'elle aimerait leur envoyer, de prévoir des entretiens de passage avec eux, de discuter du suivi de patients envoyés et de la coordination entre professionnels autour de ceux-ci.

*Les interventions entre " psy " du réseau*

Dès le début du projet, des interventions hebdomadaires ont été mises en place au Centre de Guidance de l'ULB, entre la " psychologue-réseau ", une psychiatre de l'équipe " Adultes " et une assistante sociale de l'équipe " Enfants "

du Centre de Guidance. Il s'agit d'y mener une réflexion approfondie sur le travail en réseau, à partir de situations rencontrées par la " psychologue réseau ".

Suite à l'évolution du projet, la coordinatrice (et psychologue) du Service d'Aide Psychologique de l'Entr'aide des Travailleuses a rejoint le groupe. C'est un tournant important de la vie du réseau, qui n'aurait pas été imaginable à sa naissance, et qui s'est imposée comme des plus logiques et naturels en cours de route, étant donné la similarité des intérêts des deux services pour le projet.

## **2.3. Dispositif d'évaluation**

Il a pour objectif :

- de préciser dans quelle mesure chaque partenaire a amélioré sa connaissance des réalités, des ressources et des limites des autres partenaires ;
- d'approcher les changements des pratiques des différents services partenaires du projet
- d'explorer le fonctionnement et l'efficacité des modalités concrètes de prise de relais " santé mentale " expérimentées.

Pour ce faire un recueil de données sera élaboré.

## **III. Résultats**

### **3.1. Dispositif de concertation : le comité de pilotage**

#### **3.1.1. Cadre de travail**

Les réunions se tiennent à un rythme mensuel, en alternance dans l'une des quatre institutions partenaires.

# Réseau Santé Mentale Marolles

## 3.1.2. Contenu

- définition et aménagement de la méthodologie et du calendrier de travail ;
- décisions administratives et de gestion ;
- explicitation des spécificités, des modalités de fonctionnement et des philosophies de travail des institutions partenaires ;
- réalisation d'un inventaire des besoins et des attentes au sein des équipes de chaque institution ;
- développement des possibilités d'analyse de la demande au niveau des services envoyeurs préalablement à l'envoi des patients vers le Centre de Guidance, l'Entraide ou un service tiers ;
- aménagement des procédures et dispositifs susceptibles de faciliter et améliorer les passages des patients ;
- structuration de l'offre de soins pour des patients multi-consultants ;
- diversification des possibilités de réponses en utilisant au mieux les ressources des différents services.

La participation de la " psychologue-réseau " au Comité de Pilotage permet de faire circuler, entre les quatre institutions, les observations et réflexions émergées à partir de son travail de terrain. Il s'agit de diffuser les questions qui prennent forme à partir des collaborations au cœur desquelles elle se trouve, et de les soumettre au débat, point de départ d'une co-construction entre professionnels.

## 3.2. Dispositif clinique

Bilan des activités cliniques de la " psychologue réseau " dans les Maisons Médicales, entre la mi-mars et la fin septembre.

En six mois, dont deux mois d'été, 85 situations ont été traitées dans les deux Maisons Médicales, soit environ 4 par semaine.

Parmi ces 85 situations, deux tiers (65) ont fait l'objet d'un envoi vers la " psychologue-réseau ", un tiers (20) ont été discutées mais ne lui ont pas été adressées. Ces situations concernaient en grande majorité des patients adultes, plus rarement des familles ou des couples, et exceptionnellement un enfant ou un adolescent.

Un quart de ces 85 situations ont été discutées en réunion d'équipe de la Maison Médicale, les deux tiers ont fait l'objet d'un contact unique entre l'envoyeur et la " psychologue-réseau ", un tiers de contacts plus fréquents ou suivis. Pour les 65 situations qui ont été envoyées à la psychologue, seules 20% sont préalablement concertés ; par contre, un contact entre la psychologue et l'envoyeur a eu lieu dans 85% des cas, soit avant le rendez-vous (75%), soit après (25%). Beaucoup de ces contacts se limitent cependant à une brève note explicative.

Parmi ces 65 " patients ", 48 ont effectivement rencontré la " psychologue-réseau ", dont un quart dans un cadre de co-consultation. En moyenne, chaque situation a fait l'objet de trois entretiens : un à trois entretiens dans plus de deux tiers des cas, des entretiens plus suivis dans moins d'un tiers des cas.

## 3.3. Dispositif d'évaluation

Chaque situation portée à la connaissance de la psychologue fait l'objet de l'ouverture d'un dossier. Les données qui en seront extraites aux fins de l'évaluation seront préalablement anonymisées.

# Réseau Santé Mentale Marolles

## *Evaluation du projet : élaboration d'un recueil de données*

Trouver une manière d'évaluer le dispositif mis en place n'était pas chose simple. Comment rendre compte de la rencontre ou non de nos objectifs de départ, en considérant les différentes facettes et niveaux de ceux-ci, ainsi que toute la complexité engendrée par un travail en réseau ? Ce n'est qu'en se lançant dans le travail de terrain qu'on a pu, petit à petit, "défricher" celui-ci et voir émerger des pistes pour son évaluation. Avant de pouvoir récolter les données pertinentes, il fallait donc définir quelles elles étaient ...

Pour une raison de moyens évidents, nous avons décidé de nous concentrer sur l'évaluation des effets du travail de la psychologue engagée par le réseau, et plus particulièrement de son travail dans les Maisons Médicales. Les questions auxquelles nous cherchions des réponses étaient les suivantes:

- le dispositif mis en place pour promouvoir les contacts entre la psychologue et les intervenants des Maisons Médicales est-il utilisé ?
- permet-il un accroissement progressif de ces contacts, une amélioration de leur qualité et de leur efficacité au fil du temps, une meilleure concertation dans les décisions à prendre ?
- des orientations de patients vers des structures extérieures à la Maison Médicale ont-elles lieu ? Où ? Sont-elles mieux ciblées ? Sont-elles effectives ?
- la place d' "intermédiaire" de la psychologue engagée n'a-t-elle pas parfois au contraire des effets "pervers" en alourdissant le chemin qui mène à l'orientation d'un patient, ou en créant un lien supplémentaire pour le patient dans la Maison Médicale ?

- la fonction de la psychologue-réseau permet-elle petit à petit que des collaborations se nouent aussi entre les intervenants des Maisons Médicales et ceux, extérieurs, de la Santé Mentale ?

Ainsi, nous avons dans un premier temps envisagé de codifier toutes les étapes de l'itinéraire d'un patient à partir du moment où il est signalé à la psychologue du réseau. Figureaient dans cet itinéraire, tous les contacts entre la psychologue et l'intervenant, toutes les actions engendrées par ceux-ci (envoi vers la psychologue du réseau, contact avec un autre intervenant extérieur, orientation vers l'extérieur, ...). Nous avons également envisagé de qualifier la qualité des premiers contacts entre intervenants, en fonction du degré d'explicitation, perçu par la psychologue-réseau, de la demande qui lui est formulée par l'intervenant. L'idée étant de comparer ces différentes données au fil du temps, afin de constater ou non une évolution dans nos manières de collaborer et d'utiliser le réseau global des intervenants.

Actuellement, nous avons laissé de côté cette méticuleuse codification de l'itinéraire des patients, tout en nous en inspirant dans l'établissement des données que nous allons recueillir. Elles couvrent plusieurs axes :

- les caractéristiques des consultations effectuées par la psychologue (individuelles, familiales, ...) et des patients rencontrés par elle (age, sexe, origines, ressources financières, ...);
- les problématiques principales présentées par les patients rencontrés par la psychologue en Maisons Médicales ;
- la demande : qui demande quoi ?
- certains éléments de l'itinéraire du patient, à partir du premier contact entre la psychologue-réseau et l'intervenant

# Réseau Santé Mentale Marolles

(la place de ce premier contact au sein de l'itinéraire du patient - avant ou après l'envoi ? -, sa teneur) jusqu'à l'orientation par la psychologue du réseau vers un intervenant extérieur, en passant par le processus qui y a éventuellement mené (nombre d'entretiens avec la psychologue, fréquence des contacts entre la psychologue et l'intervenant de la Maison Médicale, ...).

Toutes ces données seront récoltées, avec certaines nuances, pour trois catégories de situations : les situations où la psychologue a rencontré les patients envoyés, les situations où les patients envoyés chez la psychologue ne sont jamais arrivés à leur premier rendez-vous, les situations discutées avec la psychologue sans qu'elles aient pour autant fait l'objet d'un envoi vers elle.

## IV. Discussion des résultats

### 4.1. La concertation

Celle-ci s'envisage à plusieurs niveaux :

– Au niveau du **comité de pilotage** s'est déployée **une ambiance de travail, de respect et de confiance mutuels** entre les représentants des quatre institutions. Il a été possible d'envisager dans la durée la manière de collaborer concrètement à l'amélioration de l'offre de soins en santé mentale pour la population consultante. Chacun a mieux compris les contraintes et les logiques de fonctionnement des partenaires, même si la connaissance affinée de nos fonctionnements mutuels reste encore incomplète et fragmentaire. Il serait certainement nécessaire de poursuivre nos efforts dans cette direction ;

- au niveau des **équipes cliniques**, cette concertation est néanmoins restée cantonnée au développement de **collaborations au cas par cas**, sans qu'une véritable réflexion sur le travail en réseau et ses implications pratiques, organisationnelles et en termes de philosophie de travail ne s'enclenche ; il semble bien qu'il soit d'abord nécessaire de mettre en place de manière concertée des outils de réponse satisfaisants aux demandes cliniques, pour seulement dans un deuxième temps aborder le niveau d'analyse et de mobilisation des fonctionnements institutionnels ;
- la concertation ne se joue pas seulement entre institutions, mais également **au sein de chaque institution** : un enjeu important du travail en réseau est de parvenir à ce qu'il soit discuté, aménagé et investi par chaque équipe en tant que groupe, et non par quelques professionnels plus ou moins isolés ;
- sur le plan d'une **philosophie de travail partagée**, un consensus s'est rapidement dégagé entre les quatre institutions sur la priorité à accorder à **un développement de la qualité de l'analyse de la demande " santé mentale "** émergeant dans les consultations médicales, sociales, kiné, des maisons médicales et des services de l'Entr'Aide, et à une première réponse à offrir localement à ces demandes. Un accord se fait aussi sur la nécessité que toute demande de consultation " psy " pour un patient implique un temps préalable d'échange entre le professionnel demandeur et le " psy ", permettant d'affiner l'analyse de la demande, de la reformuler le cas échéant de manière suffisamment précise et compréhensible pour le patient, de prévoir si nécessaire une " co-consultation " d'élaboration conjointe. La difficulté, comme on le verra au chapitre suivant, est de passer des intentions à la réalisation.

# Réseau Santé Mentale Marolles

## 4.2. La clinique

Il se confirme qu'**un nombre considérable de patients présentant d'importantes problématiques "psy"** fréquentent les Maisons Médicales, et que les relais vers des structures "santé mentale" sont relativement rares et difficiles à mettre en oeuvre. Les problématiques les plus fréquentes présentées à la psychologue-réseau concernent des syndromes anxio-dépressifs, mais suivent juste après les troubles psychotiques, puis les problèmes de dépendances, les troubles psychosomatiques et hypocondriaques. On rencontre aussi beaucoup de problématiques imbriquées, de symptomatologies multiples, de grandes difficultés sociales. Sans compter que les intervenants des Maisons Médicales font face à des situations bien plus lourdes encore que celles envoyées à la "psychologue-réseau" : psychoses décompensées, patients en errance et sans domicile fixe, toxicomanies.

Les situations rencontrées **impliquent souvent plusieurs générations d'une même famille**, fréquentant la même Maison Médicale, ce qui donne un nouvel angle de vue au psychologue et permettrait éventuellement de faire davantage de travail intergénérationnel. Enfin, beaucoup de situations mettent à mal toute l'institution : **situations qui "envahissent"** la Maison Médicale qui ne sait plus quelle position institutionnelle prendre, agressivité journalière dans la salle d'attente devant être gérée par les accueillantes. A noter aussi un fait intéressant pour le réseau : plusieurs patients rencontrés par la psychologue fréquentent les deux Maisons Médicales, posant parfois la question d'une coordination entre médecins des deux institutions.

Il y a **beaucoup moins d'envois d'enfants et d'adolescents** vers la psychologue. Autre fait notable : **beaucoup d'hommes vien-**

**ent consulter** la psychologue en Maison Médicale : 18 hommes pour 23 femmes, ce qui paraît être une proportion différente de celle rencontrée en SSM où la majorité de consultantes est plus nette.

### *La promotion des échanges entre professionnels*

Tous les envois vers la psychologue ont été initiés par les médecins généralistes, (à côté de quelques sollicitations spontanées par les patient eux-mêmes, qui n'ont par ailleurs pas été encouragées par le projet). Les accueillantes et les autres intervenants investissent plus la réflexion commune avec la psychologue, en équipe ou en dehors, sans envoyer directement les patients. Parmi les médecins, on constate une grande différence quant à l'investissement du projet et de la "psychologue-réseau". Certains envoient beaucoup, d'autres pas du tout. Ils n'ont pas le même mode d'envoi, certains sans prendre aucun contact préalable avec elle, d'autres la contactant toujours au préalable.

**La mise en place des contacts entre la psychologue et les intervenants des Maisons Médicales** (médecins et kinés) **ne va pas de soi**. Les contacts préliminaires aux envois de patients sont régulièrement omis ou très limités. Rares sont les envois concertés et les co-consultations. Il semblerait que pour la majorité des médecins, cela renvoie à une question de temps et d'organisation. Certains disent qu'il faudrait changer l'entière du fonctionnement de leur institution pour rendre ces temps d'échanges et de prise de recul possible. *"J'ai parfois peur de commencer à parler d'un patient à la psychologue, car je sais que ça va prendre 15 minutes et qu'il y a dix patients qui attendent !"*

# Réseau Santé Mentale Marolles

Certains médecins se rendent ainsi compte de leur **tendance à privilégier l' " agir " et la réponse directe à la demande ou souffrance du patient**, sans prise de recul ni temporisation des situations.

Cette différence perçue entre " psy " et médecins dans la manière d'investir un patient dans le temps est intéressante à bien des égards, et nous éclaire notamment sur les sempiternelles " querelles " entre professions quant à la manière de communiquer au sujet des patients. En effet, les supports et voies de communications privilégiées ne sont pas les mêmes pour les uns et les autres. Ainsi un médecin : " Ces pysys ! On n'arrive jamais à les joindre parce qu'ils ne décrochent pas leur téléphone en séance ! " La psychologue : " Mais tu peux laisser un message et ils te rappelleront. " " Mais je ne serai plus en face du patient et je risque de ne plus me souvenir de qui il s'agit, voire de confondre avec un autre patient ! "

Dans le même ordre d'idées, on constate une manière différente chez " psy " et médecins de considérer les " urgences ", certaines situations paraissant souvent plus urgentes aux médecins qu'aux pysys.

S'il n'y a pas beaucoup de contacts préliminaires aux envois de patients, **c'est autour de situations investies en commun par la psy et l'intervenant (ou l'équipe) d'une Maison Médicale, que des collaborations se créent, que le dialogue se noue, dans l'après-coup de l'envoi ! Ceci nous permet donc d'atteindre certains objectifs majeurs : sensibilisation mutuelle à nos approches respectives, essai de compréhension de ce qui facilite ou freine nos collaborations, et surtout : échanges de compétences et instauration d'un travail pluridisciplinaire autour des probléma-**

**tiques de santé mentale au sein des Maisons Médicales.** Des points importants sur la collaboration médecin-psy sont abordés : qui et comment envoyer chez le psy, notamment quand le patient n'est pas demandeur ? Comment évaluer quand un patient est prêt à entamer un travail psy ? Quel est l'intérêt des co-consultations ? Que faire de l'investissement du patient sur son médecin ? Comment considérer l'urgence psy ? Comment les pysys peuvent-ils s'appuyer sur la connaissance de terrain des médecins, sur leurs relations de proximité d'avec leurs patients ? Comment, quoi et pourquoi communiquer entre professionnels au sujet d'un même patient ?

Ces collaborations autour de situations ne sembleraient pas possibles si les médecins n'avaient pas de psy " sous la main " dans la Maison Médicale. En effet, les échanges se font surtout " entre deux portes " et non dans des temps prévus à cet effet, temps apparemment très difficiles à dégager. Par ailleurs, cette proximité est l'occasion d'imaginer d'autres manières d'être psy : pour certains patients, la co-construction thérapeutique entre médecin et psy semble des plus indiquées. Des interventions " brèves " peuvent parfois apporter un bénéfice, à condition que la brièveté des interventions ne soit pas la règle mais une possibilité parmi d'autres.

**La présence de la " psy-réseau " dans les réunions d'équipes** présente un intérêt certain pour les équipes, ne serait-ce que par le fait qu'elle " oblige " les équipes à parler davantage de situations cliniques. Il semble y avoir aussi un effet rassurant dans le fait de pouvoir échanger autour de situations et de ne plus se sentir seuls face à des situations psychiatriques lourdes. Certains intervenants disent que cela les aide parfois à tempérer leur sentiment d'urgence face à une situa-

# Réseau Santé Mentale Marolles

tion. La psychologue considère quant à elle que c'est le meilleur moyen de faire profiter l'entièreté des équipes des questions qui émergent.

**A l'Entr'aide des Travailleuses**, le réseau a été l'occasion d'instaurer une réunion clinique bi-mensuelle entre la psychologue du Service d'Aide Psychologique, la psychologue-réseau et un médecin investi dans le projet. Réunions ayant permis qu'une épineuse question soit énoncée : le problème de la non-visualisation par les médecins de ce que c'est qu'un travail psy, d'où leurs difficultés à l'expliquer aux patients et à y adhérer eux-mêmes.

## *L'orientation et l'accompagnement des patients vers le secteur de la santé mentale*

Les orientations concernent environ une situation sur six. Plus ou moins variées (Centres de Guidance, Entr'aide, SSM plus proches du lieu de vie de certains patients, unité d'hospitalisation de St-Pierre, Brugmann, Centres de Jour, Similes, consultation d'ethno-psychiatrie, service pluridisciplinaire spécialisé dans le traitement de l'obésité de l'enfant à l'Hude, activités pour jeunes, ...), elles sont en général assez ciblées et ne provoquent pas l'avalanche de nouvelles demandes redoutées par les institutions " pys " du réseau. Elles se font davantage vers des psychiatres. L'effet de facilitation de l'accès aux soins en santé mentale est observé dans plusieurs situations, tandis que pour d'autres, l'ouverture vers l'extérieur n'est pas encore suffisante.

Il est relevé que toutes les problématiques de santé mentale ne doivent pas nécessairement être adressées à des " psy " : en particulier, certaines pathologies psychiatriques lourdes, plus ou moins stabilisées ou en tout cas non décompensées,

sont traitées de la manière la plus adéquate par des cliniciens identifiés comme " non psy ".

Pour certains patients, il est opportun de différencier les lieux où sont mis en œuvre différents aspects des prises en charge, tandis que pour d'autres au contraire il est préférable de rassembler ces différents aspects en un seul lieu, au sein d'une seule équipe ; il serait intéressant d'affiner cette idée sur le plan clinique (psychopathologie individuelle et familiale, éléments culturels, contexte socio-économique,...) ;

La fonction " relais " de la psychologue pose de nombreuses questions. Que la psychologue ne s'engage pas dans la prise en charge de la situation constitue pour certains médecins un réel frein à l'envoi de patients vers elle. Lorsqu'un travail préalable a été effectué par le médecin pour obtenir d'un patient qu'il consulte un psy, l'intervenant peut préférer référer directement vers l'extérieur plutôt que vers la psychologue-réseau. Ceci n'est pas un mal en soi, puisque l'idée de départ n'est pas que la psychologue rencontre tous les patients à référer, mais seulement ceux pour qui le passage pose problème. Néanmoins, ces médecins restent frustrés car en envoyant ailleurs, ils restent dans l'incertitude quant à l'efficacité de leur envoi, ne parvenant pas toujours à maintenir un contact avec le " psy " vers lequel ils ont envoyé. Cette réticence de certains médecins rejoint une difficulté rencontrée par la psychologue-réseau à référer certains patients après qu'ils aient investi le lieu de parole trouvé auprès d'elle. Beaucoup expriment ne pas être prêt à recommencer une nouvelle fois cette démarche, tout en continuant à demander des rendez-vous à la psychologue et paraissant commencer une réelle amorce de travail avec elle. Il serait important d'arriver à discerner petit à petit quelles sont les différences entre les situations faciles à " relayer " vers l'ex-

# Réseau Santé Mentale Marolles

térieur, et celles pour lesquelles cela est quasi impossible. De la même manière, il serait important de comprendre quels sont les éléments qui incitent les médecins à envoyer vers la psychologue-réseau ou au contraire directement vers les institutions “ psys ” extérieures.

Autour de la question de l'orientation se déploie par ailleurs un travail beaucoup plus large : du côté des patients, essai d'ouverture de nouvelles questions, de nouvelles pistes de réflexion ; avec les équipes : recherche d'attitudes et de prises de positions d'équipes par rapport à certains patients, sensibilisation des médecins à l'intérêt de prendre en compte le reste du réseau existant autour du patient : une patiente envoyée vers la psychologue s'est avérée être déjà entourée par une kyrielle d'intervenants “ psy ”, d'autres avaient des psychiatres qui n'avaient pas été consultés par les médecins avant envoi vers la psychologue.

Enfin, l'accompagnement des patients par la psychologue dans les relais vers l'extérieur permet parfois que se nouent des collaborations plus poussées entre les intervenants, qu'une meilleure coordination s'instaure autour d'un patient, par exemple entre médecins et psychiatres en ce qui concerne la médication.

Tout ce travail s'appuie sur la participation de la “ psy-réseau ” aux réunions des équipes psy du Centres de Guidance et de l'Entr'aide, où sont discutées les situations rencontrées en maison médicale. Les entretiens de passage, qui permettent parfois que les jalons de ce genre de collaborations soient jetés, paraissent intéressants, bien que nous manquions encore de recul pour évaluer leur efficacité.

## *Le développement des échanges entre professionnels des différentes institutions et du travail pluridisciplinaire*

On observe une amélioration de la connaissance des autres intervenants et institutions du quartier parmi les membres des équipes qui participent directement au projet, mais cet effet se diffuse peu au sein des équipes. Il peut y avoir un effet pervers de la présence du “ psy-réseau ”, qui n'incite plus certains médecins à contacter les intervenants du réseau mais favorise chez eux la tendance à s'adresser directement à psy-réseau. Actuellement, les liens s'établissent davantage de personne à personne que d'institution à institution.

Les **réunions d'intervisions**, au départ entre la “ psy-réseau ” et des collègues du Centre de Guidance, puis élargie à une psychologue de l'Entraide, apparaissent comme un outil précieux : elles leur ont permis de se familiariser avec le fonctionnement des maisons médicales ainsi que d'envisager leurs patients dans de nouvelles dimensions, plus contextuelles ; cette meilleure représentation des dynamiques sociales peut ensuite avoir des retombées positives dans leur travail avec les patients ; il serait intéressant de pouvoir élargir ces interventions à d'autres intervenants du réseau, y compris les médecins généralistes, qui, eux, n'ont pas encore eu le sentiment d'apprendre à mieux connaître les autres institutions.

## *Remarques générales*

Des questions relatives à **l'éthique du travail et en particulier au secret professionnel** ont été soulevées : ce n'est pas parce qu'on travaille en réseau qu'on peut négliger le fait que les

# Réseau Santé Mentale Marolles

patients, eux, se confient à un professionnel bien identifié, dans le cadre d'une relation interpersonnelle et dans un lieu précis, et que la confidentialité dès lors doit être respectée. A priori, il convient que les communications d'informations relatives à des patients se fassent avec l'accord du patient, ou que si, pour des motifs cliniques importants, l'absence d'accord doit être outrepassée par le clinicien, le patient en soit informé ;

**cette question de la confidentialité se pose également par rapport aux institutions entre elles** ; la " psychologue-réseau " étant dans une position qui associe appartenances institutionnelles plurielles et liaison inter-institutions, doit veiller à respecter " l'intimité professionnelle " des différents cliniciens et équipes. Lorsque des situations impliquent plusieurs professionnels, la transmission des informations se fait en fonction de la définition d'un " plan de traitement " où les objectifs cliniques spécifiques et globaux sont définis avec les différents intervenants.

La **confidentialité ou du partage des informations relatives aux patients** avec des collègues d'équipes différentes ; cette question, qui se pose déjà au sein d'une même institution, est encore plus flagrante entre des institutions différentes. La discussion souligne la responsabilité individuelle du clinicien dans sa décision de partager telle information, et pas telle autre, avec un ou des collègues, en fonction de son appréciation subjective des nécessités cliniques.

Nos discussions mettent bien en évidence une difficulté dans laquelle se trouve la " psy-réseau " : dans le modèle qui se dessine, elle est " divisée " en quatre parties qu'elle doit arriver à faire cohabiter sans les confondre ; ce qui est très différent d' " appartenir " à une équipe et d'être " détachée " pour collaborer avec une ou plusieurs autres équipes. Il faudrait pouvoir évaluer cet aspect structurel du projet de réseau.

## 4.3. L'évaluation

Une première question qui vient à l'esprit est celle de savoir si le travail en réseau permet de mieux répondre aux besoins des patients. En matière de problèmes de santé mentale, on pourrait se demander si le travail en réseau permet de faire accéder à des soins de santé mentale des patients qui ne s'adressent pas spontanément aux professionnels de la santé mentale, et qui s'avèrent " résistants " à une orientation (soit, p.ex., en intégrant des " psys " dans des lieux non identifiés comme tels ; ou en affinant le travail d'orientation et de lien vers les professionnels " psys "). Encore faudrait-il s'assurer que, ce faisant, cela constitue un réel bénéfice pour ces personnes.

Répondre à de telles questions supposerait une méthodologie qui dépasse largement nos moyens actuels.

Dans le cadre du projet de cette année, il a semblé raisonnable de s'en tenir à une évaluation qui porte sur les seules situations venant à la connaissance de la " psy-réseau ", ce qui ne nous permet d'espérer évaluer qu'une partie des effets du projet : ainsi, il sera très difficile d'évaluer les effets potentiellement " pervers " de la présence de la " psy-réseau ", tels le fait que des patients auparavant adéquatement pris en charge par leur médecin généraliste seraient adressés à la " psy-réseau " par facilité ou par sentiment de moindre compétence, sans bénéfice pour eux, voire avec une perte de qualité de la prise en charge ; ou que des patients pour lesquels le médecin aurait précédemment fait un important travail de lien et d'orientation vers des professionnels ou services tiers, seraient envoyés chez la " psy-réseau " qui serait amenée à faire le même type de travail mais avec une moindre légitimité aux yeux du patient, et une moindre connaissance

# Réseau Santé Mentale Marolles

des besoins globaux de celui-ci et des ressources de son environnement.

## **V. Conclusions et perspectives**

### *Consolider l'implication des équipes dans le projet*

La rapidité avec laquelle les projets ont dû être pensés et lancés se fait aujourd'hui ressentir. Le temps de concertation insuffisant n'a pas permis de rallier l'entièreté des équipes autour du projet. Par ailleurs, il faut continuer à imaginer des projets et dispositifs susceptibles de rencontrer l'intérêt des professionnels du réseau. Développer les projets communautaires serait une des voies à explorer, notamment des groupes co-animés par des professionnels de différentes institutions et professions. Enfin, davantage de soin doit être apporté à la manière de transmettre les informations sur les avancées du projet du comité de pilotage vers les équipes. D'une manière générale, se pose la question de savoir si la quantité de projets dans lesquels les institutions sont investies permet encore une qualité suffisante à cet investissement .

### **Clarifier la fonction de la " psychologue-réseau "**

Les difficultés rencontrées par la psychologue quant à sa fonction " relais " qui exclut les possibilités de prise en charge plus longues doivent être débattues, tout comme la confusion introduite par sa double fonction de départ : se concentrer sur les relais mais " traiter ce qui peut l'être " aussi, quand une intervention brève est possible. Confusion qui rend par ailleurs délicate l'explicitation de sa fonction auprès du patient.

Ainsi, doit-on ouvrir sa fonction à des possibilités plus larges de prises en charge ? Cela ne risque-t-il pas de surcharger sa consultation et de dévier l'objet du projet : travailler sur les liens entre institutions ? Il n'empêche qu'une des conclusions du projet pourrait bien être l'utilité de disposer d'un psychologue au sein des équipes des Maisons Médicales. L'originalité de notre projet permettrait en outre de ne pas calquer cette présence " psy " dans les Maisons Médicales sur le modèle classique de la consultation, mais d'enrichir ses dispositifs.

Si nous voulons rester dans la droite ligne des objectifs du réseau et continuer à promouvoir les contacts inter-professionnels, ne doit-on pas se montrer plus rigoureux quant à l'obligation, pour les intervenants des Maisons Médicales, de passer par un contact préliminaire avec la psychologue du réseau avant l'envoi de patients vers elle ? Est-ce une perspective réaliste pour le moment ? En effet, il faut du temps pour changer les habitudes. On peut penser que les contacts ayant eu lieu jusqu'à présent permettront à ceux qui suivront de s'intensifier, du fait de l'intérêt qu'ils font naître chez les intervenants qui ont essayé de " jouer le jeu ". *" Elle pose des questions auxquelles on ne pense pas quand on est pris dans le tourbillon de notre pratique quotidienne ! " " En tous cas, j'envisage plus facilement qu'avant de faire des consultations pour des patients adultes, car j'en ai ressenti l'utilité. Avant, je le faisais déjà pour des enfants mais je n'y pensais pas pour des adultes. "*

Un autre point de clarification se situe au niveau de la fonction de la " psychologue-réseau " à l'Entr'aide des Travailleuses, qui compte tenu de l'existence d'un Service d'Aide Psychologique dans l'institution, devrait se concentrer sur les fonctions de liaisons entre les services de l'Entr'aide

# Réseau Santé Mentale Marolles

et les institutions extérieures, dans un positionnement qui se rapprocherait de celui qu'elle occupe déjà au Centre de Guidance, où elle n'a jamais eu d'activités cliniques, sauf quand il s'agissait de faire des entretiens de passage ou un suivi en collaboration avec un intervenant du Centre.

## *Faciliter les contacts directs entre intervenants des Maisons Médicales et des Services de Santé Mentale*

Comme nous l'avons relevé précédemment, la présence de la psychologue-réseau au sein des quatre équipes amène les intervenants à s'adresser directement à elle plus qu'aux intervenants extérieurs, que ce soit pour envoyer des patients ou pour demander des informations sur le suivi de patients dans les autres centres. Ainsi, il faut réfléchir à la manière de susciter chez les intervenants, à partir du bénéfice perçu par eux dans les échanges avec la psychologue-réseau, une envie de faire ces mêmes démarches directement avec les intervenants des institutions extérieures, sans intermédiaire. Mais il ne s'agit pas seulement d'une question d'envie. Il faudrait aussi développer des moyens pour rendre ces contacts possibles : prévoir un financement pour ce travail de liaison dans les budgets des institutions, notamment pour les intervenants indépendants, mais aussi changer l'organisation et les fonctionnements institutionnels (attribuer ce type de travail dans les fonctions des professionnels travaillant des les équipes subventionnées). Cette transformation des institutions nécessite cependant que les professionnels qui y travaillent en voient l'intérêt et soient prêts à changer leurs habitudes. C'est à cette sensibilisation et mobilisation que nous travaillons.

*Améliorer la connaissance des professionnels entre eux, ainsi que leur compréhension fine de leurs pratiques respectives*

Notamment en proposant de nouveaux dispositifs :

- **Intervisions ouvertes aux différents professionnels des institutions du réseau**, c'est à dire non plus seulement entre " pys " du réseau, mais aussi avec des assistantes sociales du CASG, des médecins, des accueillantes des Maisons Médicales, ... .
- **Tables rondes au sujet des pratiques de chacun**, pour permettre une meilleure connaissance, compréhension, visualisation des cadres de travail, cadres théoriques et éthiques, outils d'intervention de chacun : C'est quoi une thérapie analytique, systémique ? Quelles sont les différentes tâches d'un médecin généraliste en Maison Médicale ? A quoi ressemble une journée d'un médecin généraliste en Maison Médicale ? L'intérêt de ces tables rondes résiderait notamment dans le fait qu'elles permettraient aux participants de découvrir quelles sont les visions et interprétations personnelles qu'en font les intervenants avec lesquels ils sont amenés à collaborer sur le terrain. Ces tables rondes pourraient être aussi l'occasion de **rencontres inter-équipes**, permettant déjà simplement aux différents intervenants de pouvoir mettre des visages sur des noms ou des voix entendues au téléphone.

# Réseau Santé Mentale Marolles

## *Développer des liens avec d'autres institutions du quartier*

Comme prévu dans le projet de départ, mais aussi parce que c'est une nécessité qui s'est fait ressentir au fil de l'expérience, il serait intéressant de développer nos contacts avec d'autres institutions du quartier, notamment le CPAS et le CHU St-Pierre (dont l'unité d'hospitalisation psychiatrique, le service ambulatoire médico-psychologique et les urgences). Il s'agirait dans un premier temps de rencontrer les équipes, d'expliquer notre projet et de débattre des questions qui font difficultés dans nos collaboration, des aspects qu'on pourrait améliorer et comment.

# Réseau Santé Diabète - Marolles

## **Promoteur du projet**

Réseau Santé Diabète – Marolles  
C/O Maison médicale des Marolles  
Rue Blaes, 120 - 1000 Bruxelles  
Tél. : 02/511.31.54  
Fax : 02/502.44.54  
Courriel : reseau.diabete@laposte.net  
Contacts: Judith Hassoun/Nora Rian.

## **Partenaires du projet**

- Centre de Santé du Miroir ASBL  
Rue du Miroir, 67 - 1000 Bruxelles
- CARIA, Centre d'Accueil, de Recherche, d'Information et d'Animation ASBL  
Rue Haute, 135 - 1000 Bruxelles
- Comité de la Samaritaine ASBL  
Rue de la Samaritaine, 41/6 - 1000 Bruxelles
- Entr'Aide des Travailleuses ASBL  
Rue des Tanneurs, 169 - 1000 Bruxelles
- Le Nouveau 150 ASBL  
Rue Haute, 150 - 1000 Bruxelles
- Les Amis de la Petite Maison ASBL – Vrienden van het Huizeke VZW  
Place du Jeu de Balle, 23 - 1000 Bruxelles
- Maison médicale de l'Enseignement ASBL  
Rue de l'Enseignement, 52 - 1000 Bruxelles
- Maison médicale des Riches-Clares ASBL  
Rue des riches Claires, 41 - 1000 Bruxelles
- Maison médicale Santé Plurielle ASBL  
Rue de la Victoire, 110 - 1060 Bruxelles
- Cultures et Santé – Promosanté ASBL  
Rue Gallait, 60 - 1030 Bruxelles

## **1. Origine et objectifs du réseau**

La prise en charge du patient diabétique est très complexe. Pour être efficace, elle nécessite la participation du patient et de son entourage, un suivi pluridisciplinaire (médecin généraliste, paramédicaux et divers spécialistes) et une action éducative élargie à la santé dans son ensemble, inscrite dans la vie quotidienne.

De plus, le mode de vie (l'alimentation, l'exercice physique...) influence l'apparition et l'évolution du diabète. Plusieurs acteurs issus de sphères différentes – médicale, sociale, psychologique, environnementale... – sont nécessaires pour proposer des changements de modes de vie et assurer une prévention efficace auprès des publics à risque. Ces partenaires doivent être en lien les uns avec les autres.

Le quartier des Marolles détient déjà ce potentiel d'acteurs. Diverses associations de types différents (voir ci-dessus la liste des partenaires) se sentant concernés par cette problématique ont manifesté le souhait de créer un réseau.

**L'objectif du réseau est d'améliorer la prévention et la prise en charge du diabète de type II.** Pour atteindre cet objectif, le réseau se donne les buts suivants :

**a) Intégrer la diététique dans la prise en charge et la prévention** en mettant en place des consultations de diététique pour les patients diabétiques, en organisant des animations sur l'alimentation, en permettant la présence de la diététicienne du réseau lors des activités cuisine et des petits-déjeuners organisés par des associations du réseau.

# Réseau Santé Diabète - Marolles

## b) Améliorer la pratique des professionnels grâce à :

- un **plus grand partage d'expériences entre professionnels** avec la mise en place de groupes d'échange de pratiques ;
- **de nouveaux partenariats** avec l'organisation d'activités entre plusieurs associations du réseau ;
- **une meilleure formation** avec l'organisation d'une formation à l'animation ;
- **une meilleure connaissance du diabète** chez les professionnels avec l'organisation de conférences.

e) **Mieux informer les patients** avec la création d'un agenda regroupant chaque mois les activités des associations du réseau et l'organisation d'une campagne de sensibilisation au diabète.

## 2. Description du projet et des activités

### 2.1) Organisation et moyens

#### a) Mode de fonctionnement

Une assemblée générale est organisée une fois par trimestre. C'est lors de ces assemblées que sont décidées les grandes orientations du réseau et que sont planifiées les actions à mener.

L'assemblée générale délègue au comité de pilotage la gestion pratique du réseau. Ce comité regroupant 4 associations du réseau, se réunit toutes les 6 semaines.

Des temps conviviaux sont également organisés.

Le réseau a engagé une coordinatrice et une diététicienne, chacune travaillant à 60 %.

## b) Rôles des deux salariées du réseau

### • Faciliter et non remplacer

La coordinatrice facilite la création de nouveaux partenariats, l'acquisition de nouveaux savoirs, la mise en place de nouveaux projets, la rencontre avec de nouvelles personnes ressources. Elle soutient une dynamique sans tenter de tout contrôler.

La diététicienne, lorsqu'elle intervient dans une animation, ne remplace pas les professionnels qui y travaillent. Elle soutient, forme parfois, facilite la compréhension. Elle se montre particulièrement attentive à la communication avec les médecins concernant leurs patients communs.

### • Communiquer

L'information sur les activités du réseau est communiquée à tous, sans exclusive ni préjugé. Via plusieurs modes de communication (e-mails, téléphone, réunions d'équipe, assemblées plénières, repas organisés, contacts individuels), l'information est donnée aux institutions partenaires mais également, dans la mesure du possible, à chacun de leurs membres individuellement (adresse électronique personnelle).

### • Travailler en complémentarité

Tout en ayant des rôles distincts, des formations et des expériences professionnelles différentes, la coordinatrice et la diététicienne échangent leurs informations (sur les activités du réseau d'une part, sur les attentes des patients de l'autre), travaillent en binôme et se soutiennent mutuellement dans l'élaboration des projets et des outils de travail.

# Réseau Santé Diabète - Marolles

## 2.2) Activités

### a) Intégrer la diététique dans la prévention et la prise en charge du diabète

#### • Des consultations

La diététique est une dimension indispensable à la prise en charge du diabète. Toutefois, les consultations sont souvent peu accessibles ou peu adaptées aux patients du quartier des Marolles : les consultations à l'hôpital sont peu nombreuses et insuffisamment personnalisées et les consultations en cabinet privé sont trop onéreuses pour bien des patients en situation précaire. La création du réseau a permis d'engager une diététicienne. Entre le 1er mars et le 1er septembre 2004, 66 patients de 5 centres de santé du réseau ont déjà bénéficié gratuitement de ces consultations.

#### • Une permanence

Le Réseau Santé Diabète n'a pas pour seul objectif d'améliorer la prise en charge mais aussi celui d'améliorer la prévention. Les habitants qui souhaitent observer un régime équilibré ou qui se posent des questions sur l'alimentation sont d'ailleurs nombreux. Pour répondre à ces questions, une permanence diététique s'est donc mise en place à l'Entr'aide des Travailleuses. Elle est ouverte à tous.

#### • Des animations " alimentation "

Durant l'année, la diététicienne du réseau a réalisé une dizaine d'animations sur l'alimentation, préparées et réalisées avec un membre de l'association où l'animation était proposée.

#### • Un soutien aux " activités cuisine " des associations

La diététicienne du réseau aide les animatrices qui organisent des activités cuisine, petit-déjeuner, repas de quartier, à préparer et animer ces groupes (aide au choix de la recette, réponses aux questions des participants).

### b) Amélioration des pratiques professionnelles

#### • Le groupe de travail " alimentation et diabète "

Comment les repas de quartier organisés dans les Marolles peuvent-ils intégrer une dimension diététique tout en gardant un caractère festif ? Comment amener les habitants à modifier le contenu de leur pique-nique lors de sorties organisées ? Quelles activités proposer pour montrer l'importance de prendre un petit-déjeuner le matin ?

Pour travailler sur ces questions et créer de nouvelles synergies, un groupe de travail s'est mis en place, réunissant une dizaine de professionnels travaillant dans plusieurs maisons médicales, un restaurant social, une agence immobilière sociale, un centre d'alphabétisation.

#### • Une formation à l'animation

Pour informer sur le diabète, il ne suffit pas de donner des informations. Il faut savoir trouver des mots simples qui puissent être compris par un public souvent peu alphabétisé. Il faut aussi amener les habitants à participer, se questionner, trouver des solutions, s'échanger les connaissances qu'ils ont déjà. C'est pourquoi le Réseau Santé Diabète a mis en place une formation portant sur des techniques d'animations et des outils pédagogiques sur le diabète, adaptés à un public peu alphabétisé.

# Réseau Santé Diabète - Marolles

## • **Des conférences**

- “ Le diabète : explications, traitement et prévention ” : Le Réseau Santé Diabète comprend 11 associations issues de différents secteurs : médical, éducatif, social. Les métiers sont différents, les connaissances qu’a chaque professionnel du diabète le sont également. Pour que tous les membres du réseau aient des connaissances de base sur le diabète et soient capables de répondre aux questions du public, une conférence a été organisée avec Valérie Vandooren, infirmière à la Maison des Diabétiques.
- “ Ramadan et diabète ” : comment le personnel soignant peut-il au mieux préparer et gérer cette période avec les patients diabétiques qui suivent le ramadan ? Comment les animateurs peuvent-ils au mieux adapter leurs activités de prévention (groupe cuisine...) à cette époque ? Pour répondre à ces questions, le réseau a invité Naïma Bouali, médecin à la Maison médicale Norman-Béthune.

## c) **Amélioration de l’information du patient**

### • **Un agenda des activités**

Comment informer les habitants des différentes activités de prise en charge et de prévention du diabète proposées par les associations du quartier des Marolles ? Travailler en réseau permet de regrouper l’information et de rentabiliser le travail. Chaque mois, la coordinatrice du réseau centralise toutes les activités en lien avec la prise en charge et la prévention du diabète et les regroupe dans un agenda, classées par rubrique (cuisine, animations, exercice physique) et par dates.

Cet agenda a été réfléchi par les membres du réseau pour que l’information puisse réellement être donnée et enten-

due par des habitants qui sont peu ou pas alphabétisés : il est un support à une information donnée d’abord oralement. Ainsi, le professionnel informe un habitant d’une activité, coche celle-ci sur l’agenda, qu’il laisse ensuite à son interlocuteur. Mais l’information est également transmise par les habitants eux-mêmes, “ de bouche à oreille ”. Ainsi, des membres du réseau informent plus longuement certains habitants, particulièrement impliqués dans la vie du quartier, des activités proposés par l’agenda afin qu’ils puissent à leur tour relayer l’information à leur entourage.

### • **Une campagne de sensibilisation au diabète (du 7 au 25 juin 2004)**

Cette campagne a été organisée dans 5 associations médicales du réseau : des tests de glycémie ont été proposés aux patients de plus de 45 ans, des informations ont été données en salle d’attente avec l’appui de supports visuels, deux animations ont été réalisées. Mais pour que les patients soient sensibilisés, il fallait d’abord que les équipes soient motivées et mobilisées, via différents biais : l’organisation d’une conférence sur le diabète, un travail sur les objectifs de la campagne, la répartition du travail au sein de chaque équipe pour réaliser des tests de glycémie, l’évaluation de la campagne.

Au total, plus de 80 tests de glycémie ont été réalisés et plus d’une centaine de patients ont reçu une information sur le diabète. Mais c’est au niveau de la sensibilisation des professionnels que cette campagne a eu le plus d’effet : elle a permis de les motiver ou de les re-motiver à travailler sur le diabète en prenant davantage en compte l’aspect multidimensionnel de cette maladie. Elle a permis à des équipes de travailler davantage ensemble. Elle a conduit à des interrogations et des remises en question indispensables à l’amé-

# Réseau Santé Diabète - Marolles

lioration de la pratique professionnelle. Enfin, elle a amené des pistes quant aux actions futures à mener en réseau.

## 3. Résultats

### a) Un réseau qui se fait connaître...

- Lors du colloque en santé communautaire organisé par l'Institut Renaudot les 10-11 juin 2004 à Mulhouse sur le thème " Place et relations des acteurs en santé communautaire : un nouveau partage des pouvoirs ", Bénédicte Hanot (Maison médicale des Marolles) et Judith Hassoun (coordinatrice du Réseau Santé Diabète) ont présenté la communication suivante : " Le pouvoir ou la possibilité d'agir : le donner, le recevoir, le prendre. Le cas du Réseau Santé Diabète ".
- Les 8-9 mai 2004, lors du colloque de la Fédération des Maisons médicales sur le thème de la recherche-action, Bénédicte Hanot a présenté une communication expliquant notamment les différentes étapes qui ont conduit à la naissance du réseau.

### b) Quelques difficultés...

#### • **Les contraintes de temps des professionnels**

Le manque de temps, ce serait là une des limites principales au fonctionnement en réseau. Parce qu'un réseau (s'il veut réellement avoir un impact sur la prise en charge et la prévention du diabète) demande du temps. Pour se connaître mutuellement, améliorer ses connaissances, réfléchir ensemble à la pertinence d'un projet commun, transmettre ses savoirs. Mais ce réseau, s'il " prend " du temps au démarrage, en fera gagner à moyen terme en permettant aux pro-

fessionnels de mutualiser leurs compétences, d'apprendre des expériences des autres, de se former...

#### • **Les limites liées au fonctionnement interne des équipes**

Il ne suffit pas que l'information soit diffusée. Encore faut-il qu'elle parvienne à l'ensemble des membres de chaque association si l'on veut que la prise en charge du diabète soit intégrée. L'efficacité de la transmission d'une information au sein d'une équipe est fonction du mode de fonctionnement de celle-ci (forte ou faible collaboration entre les membres, hiérarchisation et répartition des rôles, forte ou faible implication des individus dans la structure...). Le réseau est confronté à des modes de fonctionnement qu'il met en évidence mais qui le dépassent.

### c) Et beaucoup d'avancées...

#### • **La diététique : des patients mieux suivis, des professionnels plus sensibilisés**

Plus de 66 patients ont consulté la diététicienne du réseau. Ces consultations ont aidé les patients à équilibrer leur diabète, à perdre du poids (jusqu'à 9 kilos) lorsque c'était nécessaire, souvent, elles leur ont également apporté un soutien moral et les ont amené à être plus actifs dans la prise en charge de leur pathologie. Ces consultations ont aussi permis aux professionnels de santé de se rendre d'autant plus compte de l'importance de la prise en charge multidimensionnelle du diabète.

#### • **Une prise en charge plus intégrée du diabète**

Le réseau a permis de motiver ou de re-motiver les équipes à travailler sur le diabète, et ceci dans une approche intégrée. A côté de la prise en charge strictement médicale deux autres dimensions essentielles de la prévention et du traite-

# Réseau Santé Diabète - Marolles

ment du diabète sont prises en compte : la diététique et l'exercice physique. De nouveaux projets intégrant ces trois dimensions sont mis en place par des associations du réseau : cours individualisé de gymnastique donné par une kinésithérapeute à des patients diabétiques suivis également par un médecin et la diététicienne (Maison médicale de l'Enseignement) ; projet de prévention pour un groupe de femmes, intégrant animations sur le diabète et l'alimentation, cours de cuisine et cours de gymnastique (Centre de santé du miroir) ; animations sur l'alimentation pour des femmes suivant un cours de gymnastique et de relaxation (Entr'aide des Travailleuses) ; cycle d'activités "santé" pour les femmes d'un groupes d'alphabétisation intégrant animation sur l'alimentation, cours de cuisine et cours de gymnastique douce (CARIA).

#### • **Une plus grande collaboration entre associations**

Grâce à la mise en place de groupes de travail et de projets communs, grâce à l'organisation de conférences, de réunions plénières, de temps conviviaux, le réseau a permis à des professionnels d'un même quartier d'organiser de nouvelles activités ensemble, d'échanger leurs connaissances, de confronter leurs pratiques, et de mutualiser leurs compétences.

#### • **Des professionnels et des patients mieux informés : le succès de l'agenda**

Au mois de septembre 2004, l'agenda a été diffusé à plus de 300 exemplaires. Mieux informés des activités existant dans le quartier, les professionnels peuvent mieux informer les habitants. La diététicienne du réseau, en rencontrant de nombreux habitants lors d'animations ou de consultations dans les associations du réseau, joue également un rôle d'information important. Les habitants sont plus nombreux à

se rendre aux activités proposées. Mieux, ils sont aussi plus nombreux à "se mélanger", aller à des activités dans des associations qu'ils ne connaissaient pas, ce qui donne un nouveau dynamisme aux activités et enrichit les échanges par un brassage culturel et parfois social.

#### **4. Perspectives**

##### **a) Privilégier le travail en équipe**

L'un des préalables essentiels à une approche plus intégrée du diabète est la collaboration entre intervenants d'une même équipe : le médecin d'une maison médicale devrait informer son patient des activités organisées par l'éducatrice pour la santé ; l'animateur d'un restaurant social devrait travailler avec la cuisinière pour que, dans la mesure du possible, il y ait une cohérence entre ce qui est dit dans une animation et les repas servis aux habitants, etc. Le réseau devra donc privilégier des actions où tous les membres d'une même équipe pourront avoir leur place et se compléter les uns les autres. Toutefois, travailler en équipe nécessite parfois de modifier des fonctionnements institutionnels, ce qui demande du temps, un questionnement sur sa propre pratique professionnelle et sur les mécanismes internes de l'association.

##### **b) Développer les collaborations**

Il est essentiel que le réseau "fasse encore plus réseau" : des partenariats entre associations sont à impulser, et notamment entre associations issues de secteurs différents. Une plus forte collaboration entre associations permet aux professionnels d'améliorer leurs pratiques et aux publics de "se mélanger", de connaître de nouvelles activités, de nouveaux habitants et animateurs. Mieux informés, moins

# Réseau Santé Diabète - Marolles

“ dépendants ” d’une seule association, les habitants n’auraient-ils pas ainsi davantage de pouvoir ? Pour soutenir cette dynamique, le réseau devra continuer à rassembler et faire travailler ses membres lors de rencontres, conférences, groupes de travail, mise en place d’actions communes dans le quartier, etc. Il devra aussi davantage recenser les ressources de l’ensemble de ses membres. Un annuaire des ressources devrait ainsi être diffusé à chacun des membres du réseau.

## ***e) Accroître la participation des habitants à la conception et à la diffusion de l’agenda***

Comment l’information passe-t-elle dans le quartier des Marolles ? Bien souvent c’est le “ bouche à oreille ” qui fonctionne. Ainsi, le réseau devra davantage impliquer les habitants dans la diffusion de l’agenda. Leurs suggestions devront être également prises en compte. Plus largement, le réseau devra tenter d’impliquer davantage les habitants à la vie du réseau, aux décisions prises, aux orientations choisies.

## ***d) Poursuivre et amplifier les consultations en diététique***

Ces consultations pourraient être élargies aux patients non diabétiques mais médicalement à risque de développer un diabète. C’est là une demande de nombreux médecins. De plus, les consultations sont parfois à compléter par une “ mise en pratique ” : bien des patientes souhaitent que la diététicienne vienne à domicile leur montrer comment alléger tel plat qu’elles ont l’habitude de cuisiner. Ces visites sont importantes pour des patientes peu ou pas alphabétisées, qui ne savent pas lire les recommandations écrites par la diététicienne et ne peuvent retenir oralement l’ensemble de ses conseils. Ce développement des activités demanderait que le travail de la diététicienne passe à un temps plein.

## ***e) Créer un livret sur l’alimentation équilibrée pour les personnes peu ou pas alphabétisées***

Aucun livret expliquant l’alimentation équilibrée à des patients peu ou pas alphabétisés n’existe, alors qu’il serait utile que les patients puissent avoir un “ aide mémoire ” suite aux consultations ou animations en diététique. Ce livret pourrait être conçu avec un groupe d’habitants en présence de la diététicienne et d’un illustrateur. Ce groupe de travail serait d’ailleurs très formateur pour les patients et les professionnels qui y participeraient.

## ***f) Poursuivre les animations, les groupes d’échanges de pratiques et les formations***

Les animations sur l’alimentation sont à poursuivre, les groupes d’échanges de pratiques et la formation à l’animation également.

## ***g) Développer les conférences***

Les conférences sont à poursuivre, notamment celles qui amènent des “ connaissances pour la pratique ” à tous les membres du réseau quelle que soit leur profession. Ainsi, des thèmes comme l’alimentation, l’exercice physique, les nouveaux traitements du diabète, sont des sujets de conférences à mener en 2005.

## ***h) Sensibiliser d’autres habitants***

Le réseau devra aussi sensibiliser des habitants qu’il ne touche pas encore : hommes célibataires fortement précarisés, personnes âgées souffrant d’isolement...

# Réseau Santé Diabète - Marolles

## *i) Etablir un lien avec le Réseau Santé Mentale-Marolles.*

Nous avons pu constater durant les consultations ou les animations de groupe que bon nombre de patients diabétiques sont en souffrance : ils sont notamment tiraillés entre le respect des “bonnes consignes” recommandées par les professionnels de santé pour gérer leur diabète et leur participation aux activités familiales et socio-culturelles de leur communauté. L'aide d'une psychologue serait la bienvenue.

## **Conclusion**

Le Réseau Santé Diabète a déjà fortement amélioré la prévention et la prise en charge du diabète dans une approche réellement pluridisciplinaire, entre associations de différents secteurs (médical, social, éducatif). L'engagement de la coordinatrice et de la diététicienne a permis d'intégrer la diététique dans la prise en charge et la prévention du diabète (consultations, animations sur l'alimentation...), d'améliorer la pratique des professionnelles (organisation de formation, de groupe de travail, d'animations), enfin de donner une meilleure information aux habitants sur le diabète et les

activités de prévention présentes dans le quartier des Marolles. Avec le réseau, de nouveaux partenariats ont débuté, de nouvelles activités se sont développées en étant à chaque fois adaptées aux missions et à aux réalités institutionnelles des associations.

Les assemblées plénières et les temps conviviaux ont permis d'une part de rester cohérent et d'autre part d'apprendre à se connaître et d'échanger sur la multitude des initiatives prises.

Le Réseau Santé Diabète a enclenché une nouvelle dynamique qu'il faut poursuivre. Car le travail en réseau demande du temps : du temps pour les patients diabétiques pour intégrer les conseils donnés par la diététicienne lors des consultations, du temps pour les professionnels pour développer les initiatives prises, pour renforcer les partenariats, pour se former. Il est indispensable que les consultations en diététique puissent se poursuivre, tout comme il est indispensable que les pratiques des professionnels puissent continuer à s'améliorer, grâce aux échanges, partenariats, formations, impulsés par le réseau.

# Réseau Hépatite C - Bruxelles



## **Promoteur du projet**

Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FMGB)  
Rue Langeveld, 107 – 1180 Bruxelles  
Tél. : 02/379.03.33  
Contact : Dr Lawrence Cuvelier

## **Partenaires du réseau**

- CHU Saint-Pierre – Gastro-entérologie  
Rue Haute, 322 – 1000 Bruxelles  
Tél. : 02/535.42.00  
Contacts : Dr. Jean-Pierre Mulkay/Rhimou Saïdi

Le Centre hospitalier universitaire St-Pierre est un hôpital faisant partie du réseau des hôpitaux publics bruxellois, le réseau IRIS. L'enseignement de la médecine "au lit du malade" y est dispensé par des médecins, professeurs de l'Université Libre de Bruxelles ou de la Vrije Universiteit Brussel. Cet hôpital est réputé pour accueillir une population particulièrement défavorisée.

- Maison d'accueil Socio-Sanitaire (MASS)  
Rue de Soignies, 9 - 1000 Bruxelles  
Tél. : 02-505.32.90  
Contacts : Julie Bastogne/Dr Serge bechet/Dr Anne Van de Vyver/Céline Guida

En 1995, le gouvernement fédéral décidait, dans son " Programme d'action toxicomanie-drogue ", la mise en place de Maisons d'accueil socio-sanitaire pour usagers de drogues (MASS) dans les principaux centres urbains du pays. Les MASS ont pour objectif premier d'entrer en contact avec les toxicomanes marginalisés (minimexés, SDF, réfugiés politiques,...) en vue de réduire les conséquences néfastes de leur consommation de drogues sans viser immédiatement la cessation de cette consommation (ce que l'on nomme la «réduction des risques»). Elles participent aussi à l'optimisation de l'accessibilité aux traitements de substitution à la méthadone pour les héroïnomanes. La MASS offre une aide pluridisciplinaire: consultations psychologiques, médicales et sociales, dispensaire,...

Heures d'ouverture : lun 10-19h, mar 14h-22h, mer 10h-19h, jeu 14h-19h, ven 10h-19h, sam 10h-13h.

- ASBL Interstices  
Rue Haute, 322 – 1000 Bruxelles  
Tél. : 02/534.44.66  
Contact : Dr. Serge Berchet

L'ASBL Interstices a été créée en 1994 au sein du CHU St-Pierre. Composée d'une équipe pluridisciplinaire, elle a pour objectif d'améliorer l'accueil et la prise en charge des patients toxicomanes à l'hôpital général.

# Réseau Hépatite C - Bruxelles

Elle comprend trois départements :

- La “ Liaison-toxicomanie ” assure une prise en charge médico-psycho-sociale aux patients toxicomanes hospitalisés dans les unités non psychiatriques. Elle propose des consultations psychiatriques et/ou psychologiques pour avis ou suivi de problèmes spécifiques (clinique du cannabis, nouvelles drogues de synthèse,...), ainsi que des supervisions destinées au personnel médical ou paramédical en contact avec des patients toxicomanes.
- “ Parentalité-addiction ” assure une prise en charge psycho-médico-sociale aux parents et futurs parents par le biais de suivis ambulatoires et/ou durant les séjours hospitaliers, collaborant avec les équipes de la maternité, de la néonatalogie, de la pédiatrie et des différents intervenants extérieurs (médecins traitants, crèches, ONE,...).
- “ Urgences-Toxicomanie ” assure un accueil en urgence 24h/24 des patients toxicomanes.

- Enaden ASBL

Rue Saint-Bernard, 114 – 1060 Bruxelles

Tél. : 02/534.63.73

Contact : Dr Sylvie Blondel

Créé en 1992, le centre médical Enaden accueille toute personne présentant des difficultés d'existence liées aux drogues, à l'alcool et aux médicaments, ainsi que son entourage.

Il dispose de quatre unités :

- l'unité ambulatoire informe, conseille, oriente et offre une aide sociale, médicale, psychiatrique et psychologique en fonction des situations.
- un centre d'hébergement de crise (15 jours renouvelables une fois) pour des sevrages.
- une unité d'hébergement de séjour court pour personnes sevrées (3 mois)
- un centre de jour (six mois maximum, renouvelable trois fois).

- Association des généralistes de Bruxelles

Avenue Berckmans, 126 – 1060 Bruxelles

Contact : Dr. Lawrence Cuvelier

Courriel : lawrencuvelier@hotmail.com

Fondée en 2002, l'Agebru regroupe une trentaine de médecins généralistes sur le territoire de la Ville de Bruxelles.

Cette association crée un espace de convivialité entre personnes partageant la même profession.

Elle s'attache également à défendre et promouvoir la médecine générale auprès des autorités notamment.

# Réseau Hépatite C - Bruxelles

- Maison médicale Enseignement  
Rue de l'Enseignement, 52 – 1000 Bruxelles  
Tél. : 02/218.35.53

Fondée en 1982, la Maison médicale de la rue de l'Enseignement prend en charge une population très diversifiée.

Les accueillantes, médecins, kinésithérapeutes et diététicienne (extérieure) offrent leurs services à une population assez diversifiée. Les patients sont pour la plupart des isolés habitant le quartier.

- Hôpital HIS Bracops  
Rue Docteur Hue, 79 – 1070 Bruxelles  
Tél. : 02/665.12.12  
Contact : Dr. Chantal de Galocsy

Le site Joseph Bracops fait partie des Hôpitaux Iris Sud (Baron Lambert, Etterbeek-Ixelles, Molière Longchamp). Cet hôpital public a une capacité de 236 lits répartis sur 2 sites: le service spécialisé pour les traitements chroniques et la revalidation (situé rue Puccini) et l'hôpital général situé rue Docteur Huet.

- ASBL Modus Vivendi  
Avenue Emile de Béco, 67 – 1050 Bruxelles  
Tél. : 02/644.22.00  
Contact : Dr. Fabienne Hariga

Créée en 1993, l'ASBL Modus Vivendi a pour but la prévention du Sida et autres maladies sexuellement transmissibles, des hépatites et autres risques liés à l'usage de drogues (overdoses, " bad trips ").

Au bénéfice des usagers de drogues et avec leur participation. Au moyen de brochures et d'actions sur le terrain, l'association diffuse une information correcte sur les produits ainsi que sur les manières de les consommer à moindre risque. En décembre 2002 s'est ouvert Modus Fiesta (130 rue Van Artevelde), un lieu d'information, d'accueil et de réduction des risques pour usagers de drogues " festives ".

- ASBL Transit  
Rue Stephenson, 96 – 1000 Bruxelles  
Tél. : 02/515.89.90  
Contact : Anne-Marie Moens

Créé en 1995 dans le cadre d'un " Contrat de sécurité ", la première mission de Transit était l'accueil des usagers de drogues après le passage par un commissariat de police. Ses missions se sont depuis lors élargies.

Transit offre actuellement une aide psychosociale (mais pas médicale) à tout usager de drogues souhaitant une aide d'urgence, quelle que soit sa provenance. La maison de crise a développé deux fonctions : un centre de jour et un centre d'hébergement.

Les usagers de drogues peuvent solliciter une aide auprès du centre 24h/24 (sur base de l'appel téléphonique d'un intervenant psycho-médico-social ou judiciaire) ou entre 9h et 19h (s'il est " demandeur ponctuel ").

# Réseau Hépatite C - Bruxelles

- Maison médicale des Marolles  
Rue Blaes, 120 – 1000 Bruxelles  
Tél. : 02/511.31.54  
Contact : Dr. Geneviève Oldenhove

Fondée en 1986, la Maison médicale des Marolles est composée d'accueillantes, de médecins et de kinésithérapeutes. Une psychologue et une diététicienne extérieures transitent régulièrement par le centre. Cette maison médicale accueille aujourd'hui une des populations les plus jeunes et les plus défavorisées du Pentagone. L'institution base notamment son action sur la santé communautaire, une pratique qui vise une prise en charge plus globale du patient, dans son environnement. Habitants du quartier, professionnels et politiques développent des projets intersectoriels en matière de santé.

- ASBL Lama  
Siège social : rue Américaine, 211/213 – 1050 Bruxelles  
Tél. : 02/640.50.20

Lama Anderlecht  
Rue Gheude, 47/49 – 1070 Bruxelles  
Tél. : 02/524.33.52  
Contacts : Dr. Jerry Wérenne/ Jérôme Looten

Créé en 1983, le projet Lama propose un accompagnement psycho-médico-social ambulatoire aux usagers de drogues. Il associe le travail sur la parole des usagers et la prescription de molécules de substitution. Au travers de ses différents sites (Ixelles, Anderlecht, Saint-Josse, Schaerbeek et Molenbeek), le projet Lama offre divers niveaux d'encadrement. Depuis le travail de rue à visée de réduction des risques jusqu'à l'administration quotidienne de traitements pharmacologiques sous contrôle dans le dispensaire.

# Réseau Hépatite C - Bruxelles

## 1. Le pourquoi de la création du réseau et les objectifs poursuivis

### A. Pertinence du réseau

– **L'hépatite C (VHC) est un problème majeur de santé publique.** En Belgique, on estime qu'1% de la population en est atteint. Mais il semble qu'un malade sur deux l'ignore ; on peut vivre avec ce virus sans présenter de symptôme pendant de longues années. Et donc propager la maladie sans le savoir.

– **L'hépatite C est associée à une grande morbidité.** Près de 80% des personnes contaminées développeront une hépatite C chronique. Parmi elles, 20% développeront une cirrhose qui n'apparaîtra peut-être dans les 20 à 30 ans. Dans 5% des cas, un cancer apparaîtra ensuite, sur fond de cirrhose, dans le courant de l'année.

– **Le VHC se transmet essentiellement par voie sanguine.** Jusqu'à la fin des années quatre-vingts, le virus s'est largement répandu par transfusion car il n'avait pas encore été clairement identifié. Par défaut, sa dénomination était " non-A, non-B " (ni hépatite A, ni hépatite B). En Belgique, le risque actuel de contamination par transfusion est minime. Aujourd'hui, le principal mode de contamination de l'hépatite C est l'échange de seringues entre usagers de drogues (risque de contamination : 80%). L'échange de pailles ou de billets entre usagers sniffant de la drogue est également une pratique à risque.

**On estime qu'environ deux-tiers des usagers de drogues par voie intraveineuse sont atteints par ce virus.**

– **Il existe un traitement contre l'hépatite C.** Il y a six ans, le taux de réussite était de 14%. Il est actuellement de 50 à 80% en fonction du type de virus (il existe six génotypes différents). Mais encore trop peu de patients y ont accès. Notamment en raison de son coût (environ 1.500 euros par mois pendant 6 à 12 mois, remboursables selon des critères stricts élargis récemment) et de ses effets secondaires. Le patient peut présenter un syndrome grippal, se sentir fatigué, perdre l'appétit, présenter des troubles du sommeil, souffrir d'une dépression réactionnelle,... C'est pourquoi **il est primordial de considérer le malade dans son intégralité, d'un point de vue non seulement médical mais aussi social et psychologique.**

### B. Objectifs du réseau

Lancer des synergies entre les partenaires du réseau, actifs dans le secteur de la toxicomanie et de l'hépatite C afin de :

- Mieux prévenir le VHC, mieux le dépister, mieux le soigner, mieux le vivre.
- Améliorer l'accessibilité aux soins.
- Ouvrir le champ médical vers la globalité du patient et des personnes à risque en y intégrant les aspects environnementaux (famille, amis, statut social, assuétudes, état psychologique, condamnation en justice,...). Cela passe par le renforcement du dialogue et des collaborations entre les patients, leur entourage et les différents intervenants actifs dans le milieu de la toxicomanie et de l'hépatite C à Bruxelles.

# Réseau Hépatite C - Bruxelles

- Dynamiser les ressources professionnelles des différents membres par la création d'un espace d'expression et d'échange.
- Favoriser une information exacte et précise sur l'hépatite C à travers le milieu médical bruxellois : moyens de transmission, précautions à prendre, efficacité du traitement, etc. Outils : diffusion de brochures d'information, conférences, animations, formations,...
- Construction d'un climat de confiance réciproque favorisant un échange fluide de l'information. Dans le respect du secret médical qui lie les membres du réseau, promouvoir une prise en charge pluridisciplinaire globale, la continuité des soins et le recueil de données épidémiologiques.
- Répertoire les ressources locales utiles pour les patients atteints du VHC (logement de transit, aide sociale,...)
- Se faire connaître en tant que structure ressource pour des professionnels confrontés à l'hépatite C.
- Identifier les besoins en termes de recherche.

## **2. Description du projet et des actions déjà réalisées ou en cours**

### **A. Historique**

Le réseau Hépatite C-Bruxelles s'est formé à l'initiative du Dr Mulkay en décembre 2002, suite à une réunion regroupant des membres du projet Lama, d'Agebru, de la MASS,

de Transit et du CHU St-Pierre. Lors de cette rencontre, une poignée de professionnels actifs dans le milieu de la toxicomanie et de l'hépatite C ont souhaité unir leurs connaissances et leurs compétences en vue d'une meilleure prise en charge des patients atteints du VHC. Le réseau s'est rapidement étendu à d'autres partenaires du secteur.

### **B. Fonctionnement**

Un patient est pris en charge par le réseau après un contact avec un partenaire (médecin, hépatologue, psychologue, infirmière)... Ce dernier l'informe de son statut de relais privilégié dans le cadre d'un réseau, sans préjudice du libre choix du thérapeute par le patient.

L'adhésion d'un nouveau partenaire au réseau suppose l'acceptation de la requête par les membres et la signature d'une convention. Celle-ci précise notamment les objectifs et le cadre éthique du fonctionnement du réseau.

Les membres se réunissent une fois par mois pour discuter de l'organisation du réseau d'une part, et de cas cliniques d'autre part (d'un point de vue médical, social), dans le respect du secret médical. une légitimité supplémentaire.

### **C. Actions réalisées**

- L'étude Care. Cette étude tire parti des informations consignées dans un dossier-type, moyennant le consentement des patients. Les données rendues anonymes servent à des fins de recherche épidémiologiques. En septembre 2004, l'étude Care incluait 150 patients.

# Réseau Hépatite C - Bruxelles

- L'organisation d'un colloque qui s'est tenu le 8 mai 2004, sur le thème " Prise en charge de l'hépatite C chez les usagers de drogues ", à l'hôtel de Ville de Bruxelles :

Environ 80 personnes ont assisté à cette journée.

Ce colloque a engendré la mobilisation de nombreuses compétences, tant en matière d'hépatite C que de toxicomanie, de prévention et d'auto-support. Des personnalités belges et issues de réseaux similaires existant en France ont permis de faire le point sur le développement du réseau Hépatite C et de dresser l'état des lieux des connaissances.

- Visite de réseaux fonctionnant à l'étranger : Amiens, Rouen, Lille,...
- Création d'un site Internet.

### **3. Résultats obtenus**

#### *Relation de confiance*

Grâce au réseau, aux rencontres et réunions organisées dans le cadre de celui-ci, les partenaires ont pu établir des relations de confiance. Ils envoient ainsi facilement un patient vers un autre membre. Les acteurs se connaissent et prennent plus souvent leur téléphone. Sachant qu'ils viennent " de la part de ", les patients affichent quant à eux davantage de confiance lors d'un contact avec un nouveau professionnel.

#### *Meilleure prise en charge des patients*

Les membres du réseau pensent plus facilement " hépatite C ". Le nombre de dépistages a augmenté. Tout comme le nombre de prises en charge et les mises au point, dans l'espoir d'amener les patients en traitement. Le nombre de malades traités est à la hausse mais pas encore de manière très significative. Cela nécessitera du temps. Convaincre un patient d'accepter le traitement (souvent très lourd) se fait dans la durée. Cela nécessite la mobilisation de tous les professionnels, les médecins, comme les psychologues, les infirmiers(infirmières) ou les assistant(e)s sociaux(sociales).

#### *Circulation de l'information*

Le réseau stimule la circulation des connaissances et de l'information. Lors des réunions ou par e-mails, les généralistes ont, par exemple, l'occasion de poser des questions aux hépatologues sur les évolutions récentes en matière de traitement. De part leurs contacts avec les acteurs du secteur de la toxicomanie, ces médecins spécialistes ont quant à eux une meilleure approche du patient (ex)usager de drogues.

### **4. Perspectives**

Le réseau souhaite accueillir de nouveaux acteurs, en vue d'une meilleure prévention, d'un meilleur dépistage et d'une meilleure prise en charge des patients (potentiellement) atteints par le VHC :

# Réseau Hépatite C - Bruxelles

- les généralistes. Ils sont en première ligne pour la prise en charge à large échelle du problème de santé publique que constitue l'hépatite C. Ils nécessitent un important besoin d'information et de soutien à ce niveau.
- le personnel des prisons où l'on compte un nombre important d'usagers de drogues pour lesquels le risque de contamination du virus de l'hépatite C est important. La continuité des soins pour ceux qui entrent ou sortent de prison n'est pas souvent assurée.
- d'autres services de gastro-entérologie que celui du CHU St-Pierre et vers d'autres hépatologues.

## ***Sièges du réseau***

- Le siège officiel du réseau Hépatite C - Bruxelles se situe à la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB), 107 rue Langeveld, 1180 Uccle  
Tél : 02/379.03.33
- Le siège des activités du réseau Hépatite C Toxicomanie-Bruxelles se situe au CHU Saint-Pierre, 322 rue Haute à 1000. La coordinatrice dispose d'un bureau dans la " maison des infirmières " du CHU, où sont centralisés tous les documents relatifs au réseau.  
Tél : 02/535.41.99

# Réseau Dépendance Bruxelles-Est

## **Promoteur du projet**

S.S.M. Centre Chapelle-aux-Champs  
Clos Chapelle aux Champs, 30 bte 3049 - 1200 Bruxelles  
Tél. : 02/764.31.20 - 31.43

S.S.M. Le chien vert  
Rue Eggerickx, 28 - 1150 Bruxelles  
Tél. : 02/762.58.15

A.S.B.L. Addictions  
Rue de Lantsheere, 50 - 1040 Bruxelles  
Tél. : 02/734.04.47

## **Partenaires du projet**

Cliniques Universitaires St Luc  
Unité de Crises et Urgences Psychiatriques  
Avenue Hippocrate, 10 - 1200 Bruxelles  
Tél. : 02/764.21.21

Clinique de l'Europe, site St Michel  
Rue de Linthout, 150 - 1040 Bruxelles  
Tél. : 02/737.85.60

Clinique La Ramée  
Unité de désintoxication  
Avenue de Boetendael, 34 - 1180 Bruxelles  
Tél. : 02/344.89.68

Clinique Fond'Roy, Unité 1 - Unité 3  
Avenue J. Pastur, 43 - 1180 Bruxelles  
Tél.: 02/375.44.93



Le Solbosch CATS - (Centre de post-cure)  
Avenue Adolphe Buyl, 110 b - 1050 Bruxelles  
Tél.: 02/649.79.01

ASBL Messidor - Projet ARIA (Appartements supervisés)  
Rue de l'Union, 23 - 1210 Bruxelles  
Tél. : 02/223.49.52

Le réseau se situe dans la partie Est de Bruxelles principalement.

La proximité géographique facilite les contacts entre les intervenants et rend plus aisé l'accès aux différents types de soins pour les patients.

Ce réseau n'est pas fermé et d'autres partenaires pourraient nous rejoindre à l'avenir : autres institutions spécialisées, maisons médicales, services de médiation, ...

# Réseau Dépendance Bruxelles-Est

## **Population concernée**

Les patients alcooliques et dépendants et plus particulièrement :

- les enfants de patients alcooliques
- la fratrie du patient alcoolique (bien souvent elle-même enfant d'alcoolique)

## **Pourquoi un réseau dépendance ?**

Les patients alcooliques et dépendants, selon le moment où ils en sont dans leurs parcours, nécessitent une prise en charge différenciée, par des institutions de type différent : ambulatoire, hospitalier, post-cure, communautaire, habitations protégées. Ces institutions doivent nécessairement collaborer pour permettre aux patients de circuler entre elles et de bénéficier ainsi de soins adaptés à chaque moment. Le fonctionnement en réseau est donc indispensable au maintien d'une continuité de soins durant les différentes phases du parcours thérapeutique.

L'objectif du réseau est d'améliorer la collaboration entre ses différents membres pour améliorer l'accès aux soins et la qualité de ceux-ci. Ce renforcement des liens dans le réseau se fait autour de ce projet spécifique concernant les enfants et les fratries d'alcooliques.

## **But du projet ?**

Pour le réseau : offrir à l'ensemble des institutions du réseau une possibilité de prise en charge des enfants et des fratries des patients alcooliques comme complément de traitement déjà pratiqué au sein de chacune des entités.

Permettre, à travers cette collaboration, des échanges et des rencontres régulières entre les membres des institutions du réseau.

Développer la formation des intervenants du réseau à la prise en charge des enfants d'alcoolique.

## **Pour les patients :**

- permettre une implication adéquate des proches dans le processus thérapeutique du patient alcoolique,
- prendre en compte la souffrance de ses proches dans une visée thérapeutique et préventive pour ceux-ci et particulièrement pour les enfants.
- faciliter l'accès aux différents modules de prise en charge en améliorant la continuité des soins et la collaboration entre les intervenants des différentes institutions.

## **Argument**

Bon nombre de familles sont concernées par l'alcoolisme d'un proche. Les chiffres avancés sont de l'ordre d'une famille sur quatre en Belgique.

Aucune prise en charge spécifique jusqu'ici n'avait été déployée pour les enfants et les fratries de ces patients dont la souffrance ne laisse pas les intervenants indifférents. Les prises en charge sont, en général, focalisées sur l'alcoolique lui-même.

## **Description du projet**

Notre projet vise à travailler avec :

- les enfants d'alcooliques en fratrie
- des fratries d'adultes, enfants ou frères d'alcooliques adultes

# Réseau Dépendance Bruxelles-Est

En réunissant chacun de ces types de fratries, notre souhait est d'offrir un soutien spécifique. Notre projet est de travailler par famille, et d'offrir un lieu où puissent être parlées les souffrances d'enfants alcooliques d'une part, ou de frère et sœur d'autre part. Nous croyons dans les effets thérapeutiques et préventifs de la reconnaissance de la souffrance et de l'analyse de la place de chacun dans la fratrie.

## **Les objectifs poursuivis**

Nous développons 3 axes de travail :

### **I. Les prises en charge thérapeutiques de fratrie**

#### **A. Pour les enfants de nos patients alcooliques et dépendants**

Il nous semble très précieux de pouvoir rassembler la fratrie et de souder celle-ci dans un partage de la souffrance et des émotions. Ceci nécessite des consultations adaptées à l'expression du traumatisme pour la fratrie réunie. (Il est en effet reconnu dans la littérature et dans les expériences cliniques que dans toute famille qui a vécu des traumatismes : violence, inceste, alcoolisme, ... la loi du silence domine par honte et par loyauté vis-à-vis du groupe familial. Une fracture dans les relations intra-familiales est observée).

Nous nous proposons donc par ce setting thérapeutique de briser le silence et l'isolement. C'est aussi reconnaître les difficultés, les peurs et les déceptions face à l'adulte qui sous les effets de l'alcool n'assume plus ses responsabilités parentales.

L'analyse des réactions propres à chacun des membres face à cette situation libère la fixation à un rôle qui bien souvent outrepassé les capacités de l'enfant et l'entraîne dans une impuissance culpabilisante et dénarçissante. (Ex. Un enfant

se sentira le devoir de «sauver» le parent alcoolique; il cache les bouteilles, va le rechercher au café, ... un autre tentera de le remplacer dans les tâches et responsabilités familiales ...).

Nous sommes convaincus que reconstruire une entité familiale avec ses mythes propres et ses idéaux aura un impact salvateur pour l'avenir.

#### **B. Pour les ADULTES enfants d'alcoolique ou frères et sœurs d'alcoolique**

Les voies d'entrée sont diverses :

- soit un parent alcoolique, même âgé, continue à poser des problèmes pour les enfants adultes.
- Soit un des membres adultes de la fratrie est dépendant. Outre la recherche de solutions à des problèmes très concrets à partager, la réunion de la fratrie adulte permet de mettre en commun des souffrances passées, d'évacuer les dénis et les clivages et s'avère un levier thérapeutique pour le patient alcoolique. Ceci donnera de meilleures assises à la génération suivante.

### **II. La recherche et l'étude**

Ceci nous semble indispensable pour ce type de prises en charge. Il faut créer un modèle qui n'existe pas encore dans ce contexte. C'est un créneau sous investi : il s'agit tout autant de prévention que de traitement. La caractéristique étant que ces membres de la fratrie ne viennent pas, au départ, pour une problématique personnelle mais pour des difficultés posées par un autre. Le nombre des rechutes, typiques dans l'alcoolisme, a de surcroît découragé l'entourage et isolé le patient.

# Réseau Dépendance Bruxelles-Est

Dans le cas des enfants d'alcooliques, la demande n'émane pas nécessairement de leurs parents ni de l'urgence d'une situation problématique concernant ces enfants. La plupart du temps, on constate que ces enfants assument «trop» bien les carences parentales. C'est le travail thérapeutique avec les adultes, enfants d'alcooliques, qui nous a fait voir les effets dévastateurs à l'âge adulte de ces traumatismes infantiles toujours tus et cachés. C'est ce qui est à l'origine de ce type de travail. Il faut donc penser à des techniques et à un cadre innovateur pour ces familles où la parole n'est pas le mode de communication privilégié.

Nos références s'appuient sur les théories systémiques et psychanalytiques.

### **III. Information et prévention par la publication de nos réflexions et de nos expériences à ce sujet**

Deux articles sont en voie de publication :

1. «Comment aider les enfants d'alcoolique ? L'apport de la fratrie» (revue «Revista analisa»)
2. «La fratrie comme ressource, en cas d'alcoolisme» (revue «Enfance et Adolescence»)

### **Comment fonctionne le réseau ?**

#### **1. Rencontres - réflexions - débats à l'intérieur du réseau et réalisation**

Chaque partenaire du réseau a délégué un représentant pour son institution. Ceux-ci participent aux rencontres du réseau, présentent les souhaits propres de son équipe en fonction du type de patients et du type de fonctionnement et de soins proposés par celle-ci. Les questions, les réflexions et l'évolution des prises en charges sont ensuite rapportées à chaque équipe.

Il est apparu que chacun des partenaires s'est trouvé confronté dans sa pratique à la problématique des familles de patients alcooliques. Même si des prises en charge familiales sont établies lors d'hospitalisation de patients, elles s'en trouvent réduites le plus souvent à la durée de celle-ci (ex. La Ramée, Fond'Roy, St Luc, Solbosch).

La possibilité de travailler avec un outil particulier, la fratrie, ou de pouvoir déléguer ces prises en charge à d'autres partenaires du réseau a trouvé un écho plus que favorable.

Nous nous sommes rencontrés à trois reprises de janvier à juin (30 janvier, 12 mars et 25 juin 2004).

Les différents thèmes abordés lors de ces rencontres, forts de nos diversités et de nos compétences respectives en matières d'alcoolologie, se sont centrés sur :

- Les exposés et partages des expériences et pratiques de chaque institution concernant les prises en charge familiales en cas d'alcoolisme : les ressources, les failles, les souhaits.
- La présentation et l'apport spécifique du projet : l'aide apportée par le travail avec la fratrie, au niveau thérapeutique et préventif.
- Les réactions en fonction des possibilités et du type de rencontre avec le patient selon l'institution, avec les questions subséquentes.

#### **2. Engagement**

Pour mener à bien le projet, 32 h/semaine ont été attribuées et réparties sur 5 thérapeutes.

#### **3. Formation**

- 1° Un séminaire bi-mensuel théorico-clinique.
- 2° Supervisions de thérapies de fratries.
- 3° Participation à des colloques sur le thème de la fratrie, et des enfants d'alcoolique.

# Réseau Dépendance Bruxelles-Est

4° Journée de formation sur ce qu'est un réseau organisé par la Commission communautaire.

5° Rencontre avec le C.L.P.S. pour l'évaluation du projet.

## **Nos outils ? Nos réalisations ?**

- un dépliant envoyé à toutes les personnes professionnelles et institutions concernées
- un protocole d'évaluation à faire au début et à la fin de la prise en charge
- une journée d'étude le 19 novembre 2004

## **Quels projets pour le réseau ?**

### **- Intensifier les rencontres**

Lors de nos rencontres-réseau chaque partenaire a toujours été présent, signe de motivation.

Nous aimerions développer encore davantage ces réunions. La difficulté principale pour ces rencontres reste la charge horaire de chacun.

### **- Intensifier les formations**

Nous visons également à une participation plus large des membres du réseau au séminaire bi-mensuel et à davantage de formation pour les membres qui le souhaitent (supervisions, formation en groupal, ...).

### **- Elargir le réseau**

S'adjoindre des médecins généralistes, des maisons médicales, des services de médiation, ... qui travaillent dans les communes de l'Est de Bruxelles. Ces professionnels sont en contact fréquent avec les familles de personnes alcooliques.

## **Le travail avec les fratries**

### **Modalité des prises en charge.**

#### **Enfants**

Ce travail réunit les enfants d'une même famille avec l'accord des parents. Un entretien avec les parents est demandé au préalable.

Ces enfants peuvent éventuellement être accompagnés par l'un des parents ou toute personne autorisée.

Les entretiens durent en moyenne une heure. Tous les enfants peuvent participer; il n'y a pas de limite d'âge.

Le rythme des séances et leur nombre sont discutés en fonction de chaque situation.

Les demandes peuvent venir de toute personne en contact avec ces enfants et interpellée par cette question, comme par exemple les parents, grands-parents, médecins traitants, enseignants ...

#### **Adultes**

Ce travail réunit les frères et sœurs, adultes, d'une famille dont l'un des membres est ou a été alcoolique.

La demande peut émaner d'une membre de la fratrie :

- > qui est inquiet de l'évolution d'un proche qui abuse d'alcool;
- > qui cherche à parler de la souffrance liée à la consommation d'alcool dans sa famille;
- > qui s'interroge sur la répétition du recours à l'alcool à travers les générations.

Le rythme et le nombre des séances sont discutés en fonction de chaque situation.

Il n'y a pas de limite d'âge.

# Réseau Dépendance Bruxelles-Est

## Résultat

Actuellement, il y a 13 fratries qui sont ou qui ont été prises en charge depuis le début du projet :

- 1 fratrie d'enfants (âge primaire)
- 4 fratries d'adolescents
- 2 fratries de jeunes adultes (étudiants)
- 4 fratries d'adultes
- 2 fratries d'enfants et d'adolescents

Il y a donc 9 fratries qui vivent en dépendance et sous le même toit que le parent alcoolique.

La durée des prises en charge est variable et nous n'avons pas encore assez de recul pour pouvoir analyser la moyenne de celle-ci.

Il est manifeste que chaque fratrie prise en charge, chacune à sa mesure, a pu y trouver des bénéfices. Ceci est difficilement quantifiable. Par contre nous pouvons observer que le parent ou le frère ou la sœur alcoolique, grâce à la mobilisation familiale a consolidé ou entrepris un traitement.

## Analyse critique et projets pour les prises en charge

- Faire circuler davantage l'information auprès des différents organismes, A.A., ... auprès des familles concernées. Ceci suppose que chaque partenaire développe des outils propres pour contacter les proches des patients alcooliques (séances d'information, permanence de renseignements, ...)
- Augmenter le temps de réflexion et de supervisions. La gravité des situations exposées va au-delà de ce que nous avons pensé au départ. Nous avons rencontré sur

ce petit nombre 3 fratries qui dépendent d'une maman alcoolique et dont le père est absent.

La difficulté des situations oblige les intervenants à composer et à créer un setting thérapeutique particulier pour chaque famille : par exemple, convier la maman alcoolique aux réunions, inviter le médecin psychiatre d'une maman alcoolique ...

- Augmenter le nombre d'intervenants formés à ce type de prise en charge.

Chaque fratrie est prise en charge par deux thérapeutes, ceci nécessite une organisation pratique qui est loin d'être simple. Nous essayons à chaque fois qu'il y ait un thérapeute homme et un thérapeute femme expérimentés en alcoologie et que les deux supports théoriques et cliniques soient représentés : analytique et systémique.

En outre, il ne faut pas que ces intervenants aient déjà été en relation thérapeutique avec un des membres de cette fratrie, ce qui n'est pas toujours facile puisque davantage sensibilisés au projet, ce sont ces intervenants qui en parleront plus facilement aux personnes concernées. Le nombre des thérapeutes doit donc être augmenté.

- Augmenter le nombre d'heures pour répondre aux demandes d'informations et de formations. Nous avons été sollicités par plusieurs collègues intéressés par le projet en dehors du réseau,
  - soit pour faire des supervisions dans ce type de travail
  - soit pour recevoir davantage d'informations
  - soit pour être aidé à présenter le projet à leur patient ou famille
  - soit pour nous encourager à ouvrir ce type de travail avec les fratries dans le cas d'autres pathologies, ex. parent psychotique, ...

# Réseau Dépendance Bruxelles-Est

Ceci nous confirme bien la nécessité de ce type de prise en charge, et d'en faire encore mieux l'exploiter.

## **Conclusions générales**

Le Réseau Dépendance Bruxelles-Est est constitué et fonctionne avec une participation motivée de chacun des 9 partenaires autour du travail avec les fratries de famille alcoolique.

Ceci nous a permis de mieux nous connaître et d'être plus performant dans les prises en charge des patients alcooliques et de leur famille.

Pour réaliser ce projet, 32h/sem. ont été attribuées et réparties sur 5 thérapeutes. Nous avons élaboré les outils suivants : un dépliant, un protocole d'évaluation, et l'organisation d'une journée d'étude le 19 novembre 2004.

Nous restons convaincus de la nécessité de ce travail vu :

- la gravité des situations rencontrées (familles monoparentales où le parent boit)
- l'appel à continuer à développer ce type de travail venant de collègues extérieurs démunis face à ces problématiques
- l'ouverture des personnes concernées, enfants ou frères et sœurs d'alcoolique, à la dimension du travail en fratrie et le bénéfice qui en est retiré
- la stimulation à se soigner pour le patient alcoolique
- la prévention que ce type de travail opère en rompant l'isolement et les lois du silence, et en permettant un meilleur fonctionnement familial.

Nous visons à développer encore davantage les liens du réseau et à faire mieux connaître ce projet aux professionnels et aux familles intéressées et enfin à affiner notre travail clinique dans ces prises en charge spécifiques.

# Réseau «Maintien à domicile des personnes âgées par l'amélioration de l'indépendance, la prévention des chutes et l'aménagement du domicile»

## **Promoteur du projet**

Soins chez Soi  
Rue de Stalle, 65 BP 4 - 1180 BRUXELLES  
Tél : 02/421.47.75  
Fax : 02/428.90.44  
Courriel : catherine.ballant@soins.chez soi.skynet.be  
Contact : Catherine Ballant

## **Partenaires du réseau**

- **Télé-Secours**  
Boulevard de Smet de Nayer, 578 - 1020 Bruxelles  
Tél. : 02/478.28.47  
Fax : 02/478.17.84  
Courriel : bernard.deroover@tele-secours.be  
Contact : Bernard De Roover
- **GRAPE (Groupe de Recherche Appliquée en Ergothérapie)**  
Avenue Masoin, 89 bte 3 – 1020 Bruxelles  
Tél. : 02/477.28.27  
Fax : 02/476.03.45  
Courriel : jvalentin@belgacom.net  
Contact : Philippe MEEUS

## **1. Le pourquoi de la création du réseau et les objectifs poursuivis**

L'espérance de vie ainsi que l'accroissement du nombre de personnes âgées augmentent. Celles-ci souhaitent rester à domicile le plus longtemps possible. Or le maintien à domicile se fait souvent dans des conditions de sécurité et d'hygiène insuffisantes avec une faible qualité de vie. La logique qui prévaut actuellement s'oriente

d'avantage vers le recours aux prestations des professionnels plutôt qu'aux ressources des bénéficiaires dans la mesure où les interventions extérieures sont principalement des assistances et des suppléances (visite à domicile du médecin, de l'infirmière, du kiné, des aides familiales, ...) au risque même d'accentuer la dépendance. L'entourage de la personne âgée (conjoint, enfant, voisin) est largement mis à contribution avec le risque d'en arriver à un épuisement, voir à une dépression.

Notre projet vise à répondre à ces constats et donc à garantir aux personnes âgées une vie à domicile de qualité dans de bonnes conditions de sécurité et d'hygiène. La manière dont les personnes âgées gèrent leurs comportements dans leur environnement quotidien est essentielle allant, d'une part, de tout faire faire par d'autres à, d'autre part, tenter de sauvegarder ou de récupérer un maximum d'indépendance vis-à-vis des tiers (famille, prestataires, bénévoles, ...). Inverser la logique de la dépendance, c'est mettre l'accent sur les besoins des bénéficiaires, c'est-à-dire leur permettre de rester dans leur environnement familial en valorisant leurs ressources propres et leur capacité d'autonomie restante. Ceci nécessite donc un réapprentissage des gestes de la vie quotidienne, l'apprentissage à l'utilisation d'aides techniques et l'aménagement du domicile. C'est ce que nous souhaitons développer par l'intervention de l'ergothérapeute à domicile.

## **Objectifs :**

**Pour les patients et leur famille**, ce projet permet un maintien à domicile de qualité en améliorant le bien-être de la personne et en maintenant son indépendance. La réduction des chutes est également à envisager par l'aménagement du domicile. Ces différentes améliorations éviteront des hospitalisations successives ainsi que l'épuisement de l'entourage.

# Réseau «Maintien à domicile des personnes âgées par l'amélioration de l'indépendance, la prévention des chutes et l'aménagement du domicile»

**Pour les professionnels du social et de la santé**, ce projet offre une meilleure coordination des acteurs de terrain à domicile, une mise en évidence de la complémentarité de leurs tâches, une meilleure synergie entre tous les professionnels médico-sociaux et souligne l'apport de l'ergothérapie dans les soins à domicile.

**Pour les pouvoirs publics**, ce projet réduira à terme les coûts de santé publique.

## 2. La description du projet et des actions déjà réalisées

A la demande du médecin généraliste informé par l'hôpital ou par Télé-Secours suite à une chute à domicile, un(e) ergothérapeute se rendra gratuitement au domicile du patient pour évaluer ses capacités/incapacités, sa situation actuelle, ses besoins et souhaits en matière d'Activités de la Vie Journalière, les possibilités et les risques environnementaux. Suite à cette étude, l'ergothérapeute proposera les apprentissages nécessaires, les aides techniques à mettre en place et à utiliser ainsi que l'aménagement du domicile.

Ces petits aménagements éventuels pourront être effectués par les services " petits boulots " de Télé-Service, des CPAS, des communes.

L'ergothérapeute établira un rapport pour le médecin généraliste, Soins Chez Soi et le patient. La coordination pourra, au-delà de l'intervention de l'ergothérapeute, mettre en place les autres soins et services nécessaires et veiller à la bonne complémentarité des différents prestataires.

## 3. Les résultats obtenus depuis le 1er décembre 2003

Le projet a réellement pu débuter en mars 2004 considérant

que le début de l'année a servi à préparer le déroulement de celui-ci.

### 3. 1. le réseau.

*Idéalement, le réseau devrait être considéré comme " un assemblage non structuré d'acteurs libres, entretenant entre eux une communication forte. (...) Les réseaux d'acteurs sont les structures informelles qui mettent en communication ces acteurs, les renforcent l'un l'autre, créent entre eux une complicité grâce à laquelle ils se sentent beaucoup plus forts que s'ils restaient isolés. (...) La création de réseaux s'opère naturellement de façon progressive. Un réseau ne se décrète pas, il se constate. " <sup>1</sup>*

Le recrutement des ergothérapeutes s'est effectué via le GRApE, initiateur des grilles d'évaluation utilisées chez le patient.

En interne le GRApE s'est réuni avec comme objectifs principaux :

- l'interview et sélection des candidats;
- la formation à l'emploi des différents outils susmentionnés;
- information sur le timing de la procédure de prise en charge, la méthodologie de conception des rapports, la procédure de remboursement des prestations;
- l'acceptation des personnes hors normes (limite d'âge du projet initial);
- la coordination avec Soins chez Soi et le réajustement de la collaboration;
- les questions relatives aux visites et à la recherche d'aides techniques.

1. C. Neuschwander, « Les réseaux : singularité et légitimité » in Prévenir, n° 27, 2ème semestre 1994, pp 6-7.

# Réseau «Maintenance à domicile des personnes âgées par l'amélioration de l'indépendance, la prévention des chutes et l'aménagement du domicile»

Le rythme des réunions GRAPe a été de 1 à 2 fois par mois (3h) et complété par de fréquents contacts via courriel ou par discussion entre les ergothérapeutes du terrain.

De nombreuses réunions se sont déroulées en interne au sein de Soins Chez Soi. Elles avaient pour objectifs de :

- préparer le folio, la conférence de presse, les envois, les émissions de radio et TV
- préparer les réunions de coordination, ajuster la collaboration
- discuter des cas individuels
- rédiger les statistiques, la plaquette intermédiaire et le rapport d'activités

Les réunions se sont déroulées chaque semaine avec une durée variable en fonction de l'agenda. Les tâches administratives ont été presque exclusivement assurées par Soins Chez Soi. La charge de travail a donc été importante venant s'ajouter à un quotidien déjà surchargé.

Télé-Secours a envoyé sa liste de 140 patients qui chutent. Parmi ceux-ci 9 ont accepté la visite de l'ergo.

SCS s'est donc concerté avec eux et a pris en charge la coordination du cas.

8 réunions de coordination entre les membres du réseau ont été organisées ainsi que 2 avec le CLPS en accompagnement et 2 pour travailler à l'évaluation.

Les hôpitaux ont été très intéressés par le projet. Les ergothérapeutes de l'hôpital ne pouvant pas aller à domicile, ils s'adressent donc à Soins Chez Soi.

Les médecins, malgré leur intérêt, restent difficiles à contacter et à impliquer de manière active dans le projet. Ils restent assez extérieurs récoltant l'information sans participer activement au processus.

Les partenaires " Petits boulots ", CPAS et communes n'ont pas pu être impliqués pour l'aménagement du domicile par manque de temps.

Les autres prestataires se sont montrés intéressés et collaborateurs, faisant notamment remonter les informations intéressantes pour les uns et les autres. Par une meilleure collaboration, des cas apparemment simples se sont révélés complexes.

L'entourage du patient a fortement marqué son influence tant positive que négative en soutenant ou en dévalorisant les conseils apportés.

## 3.2. Statistiques du projet ergo

101 patients des 19 communes de Bruxelles se répartissant en 67 femmes et

34 hommes ont pu bénéficier du projet. Leur médecin a fait appel à notre intervention suite à des problèmes de chutes, à des pathologies neurologiques dont essentiellement des accidents vasculaires cérébraux, à des pathologies orthopédiques et à des problèmes liés à la vieillesse en général.

La plupart des patients vivent seuls à leur domicile (60 %) et souvent en appartement (70 %). Leur moyenne d'âge est de 77 ans.

## 3.3. Origine de la demande

On constate que l'information et la publicité ont attiré les demandes des médecins et des centres. Les coordinatrices sociales de SCS ont aussi bien introduit la possibilité d'avoir une visite des ergothérapeutes suite à des chutes ou des problèmes dans les AVJ.

# Réseau «Maintenance à domicile des personnes âgées par l'amélioration de l'indépendance, la prévention des chutes et l'aménagement du domicile»

## 3.4. Constat des problèmes

Les différents champs d'activités dans lesquels la personne présente des limitations sont les suivants :

- Déplacement : capacité de se déplacer dans le domicile facilement et en sécurité même avec transport d'objet.
- Transfert : capacité à passer de la position debout à assis et couché et vice-versa dans les divers lieux du domicile : WC, salle de bain, living, ...
- AVJ : " Activités de la Vie Journalière " selon l'échelle de KATZ
- AIVJ : " Activités Instrumentales de la Vie Journalière " qui comprennent toutes les activités que la personne souhaite réaliser pour être autonome : gestion du budget et des médicaments, préparation des repas, entretien du domicile et du linge, communiquer efficacement (écriture, téléphone, ...) , loisirs, déplacements à l'extérieur, ...
- Intellectuel/Mental : capacité à s'orienter dans le temps et l'espace, à mémoriser et apprendre.
- Motricité : capacité limitée par manque de force et d'amplitude généralisée
- Sensoriel : déficit visuel ou auditif important
- Autre : ce qui n'entrait pas dans les catégories précédentes et spécialement les problèmes de solitude et d'isolement

## 3.5. Conseils

Les catégories de conseils sont reprises d'abord en envisageant les lieux du domicile où des adaptations, aménagements et apprentissages ont été effectués:

- WC, Salle de Bain, Chambre, Living, Cuisine.

Les conseils liés aux activités travaillées ou à travailler avec la personne sont :

- Mental : diverses activités à composante mentale ( par exemple : gestion de l'agenda et des médicaments.
- Accès à l'extérieur : possibilité de sortir du domicile en toute sécurité.
- Se relever : l'apprentissage de techniques pour se relever après une chute, techniques destinées à la personne elle-même ou aux personnes aidantes.
- AVJ et AIVJ (voir supra).
- A l'extérieur : les activités à l'extérieur du domicile et le besoin de sortir pour les loisirs ou les courses.
- Autre : les demandes qui n'entrent pas dans les catégories précitées et donc également les problèmes de solitude ou d'isolement.

Commentaires : Les problèmes et les conseils sont provisoires car ils ne comprennent que les premiers dossiers encodés. Ils risquent de se modifier d'ici la fin du projet.

## 4. Conclusions

Un suivi des bénéficiaires à plus long terme permettrait de faire un entraînement, de vérifier l'application des conseils et la réalisation des aménagements. Une réelle rééducation dans les lieux de vie pourrait être envisagée pour certaines personnes afin d'éviter un placement ou une ré-hospitalisation.

La visite des ergothérapeutes n'a pas amené de réduction sensible des aides humaines mais a permis une meilleure qualité de vie en sécurité au domicile tant pour la personne elle-même que pour son entourage.

L'inertie et la crainte face au changement sont deux caractéristiques des personnes âgées et sont des éléments qui plaideraient en faveur d'un nombre de visites plus important. La poursuite du travail au sein du même réseau, l'échange

# Réseau «Maintien à domicile des personnes âgées par l'amélioration de l'indépendance, la prévention des chutes et l'aménagement du domicile»

d'expertise mutuelle permettraient aux différents partenaires d'être plus adéquats rapidement et performants à long terme et de poursuivre une démarche de reconnaissance mutuelle de leur apport au bénéfice du patient.

## 5. Les perspectives

L'allongement de l'espérance de vie et le nombre toujours croissant des personnes concernées conduiront à l'avenir à un véritable problème de santé publique. Il est évident que toutes les personnes âgées ne pourront bénéficier d'une hospitalisation, d'un placement en maison de repos ou dans un home.

Parallèlement, leur souhait est avant tout de rester le plus longtemps possible chez elles. Une vision plus éthique du vieillissement est désormais incontournable.

La recherche de solutions de terrain via une réflexion citoyenne menée par les professionnels et par les bénéficiaires est une nécessité. Le maintien à domicile est un véritable enjeu pour la sauvegarde de l'intégrité et de l'identité des personnes concernées. Leur permettre de finir leurs jours à domicile, dans les meilleures conditions possibles, est devenu une question qui se prépare, qui se prévoit.

C'est donc bien avant que les besoins se fassent sentir que la personne âgée doit être sensibilisée à son vieillissement et à ses conséquences. C'est déjà à ce moment que l'aménagement du domicile doit être envisagé et que la prévention doit être enseignée.

Nous pouvons espérer que le travail de l'ergothérapeute aura autant de reconnaissance que celui de l'infirmier ou du kinésithérapeute. Et que dès lors tout patient en perte d'indépendance aura le réflexe de se faire conseiller et aider par un professionnel.

La présence de l'ergothérapeute au domicile permettra également à chacun de faire ce pourquoi il est formé et donc une plus grande complémentarité entre les différents acteurs de terrain.

L'entourage devrait être dispensé de nombreuses tâches pour lesquelles le patient fait appel à lui. Il pourra dès lors se libérer des contraintes organisationnelles pour être mieux présent, à l'écoute et par là éviter peut-être le sentiment d'isolement et de solitude de la personne âgée.

Pour le projet entamé, il est trop tôt de tirer des conclusions. Le temps imparti étant insuffisant. Une évaluation sérieuse devra nous indiquer quels sont les bénéfices tant quantitatifs que qualitatifs pour le patient. Ce que ce dernier a pu retirer des changements apportés. Ce qu'il a pu réellement intégrer comme nouveaux comportements dans la durée.

L'avis tant du médecin qui connaît son patient que de l'entourage seront à prendre en considération.

Ce nouveau modèle de large concertation avec le patient et avec de nouveaux acteurs de terrain au domicile sera à encourager et à pérenniser.

# Réseau Canal Santé

## **Promoteur du projet**

Espace social Télé-Service ASBL  
Boulevard de l'Abattoir, 28 – 1000 Bruxelles  
Tél. : 02/548.88.00 (central)  
Fax : 02/502.49.39  
Courriel : canal-sante@tele-service.be

## **Partenaires du réseau**

- CHUClowns à l'hôpital – Fables rondes ASBL  
Avenue des Nymphes, 59 – 1170 Bruxelles  
Tél. : 02/538.92.58  
ou Erasme/Pédiatrie 2ème  
Route de Lennik, 808 – 1070 Bruxelles  
Courriel : cat.vanandruel@skynet.be
- L'école à l'hôpital et à domicile ASBL  
Avenue Albert -Elisabeth, 34 – 1200 Bruxelles  
Tél. : 02/356.89.26  
Courriel : ajdebueger@hotmail.com  
Ehd@pandora.be
- Espace social Télé-service ASBL (CASG)  
Boulevard de l'Abattoir, 28 – 1000 Bruxelles  
Tél. : 02/548.98.00  
Courriel : direction@tele-service.be
- Culture et Démocratie ASBL  
Rue de la Concorde, 60 – 1050 Bruxelles  
Tél. : 02/502.12.15  
Courriel : cultureetdemocratie@pro.tiscali.be
- Babaclown SARE (Cliniques Ste Anne /St Rémi ASBL)  
Boulevard Graindor, 66 – 1070 Bruxelles

Tél. : 02/556.58.81  
Courriel : caty.rodriquez@tristare.be

- APH  
C/O L'Ecole Escale  
Avenue Hippocrate, 10 BP 8510 – 1200 Bruxelles  
Tél. : 02/764.47.99 (ou 97)  
Fax : 02/764.89.65 (ou 15)  
Courriel : christian.lieutenant@clin.ul.ac.be  
Contact : Christian Lieutenant

## **1. Le pourquoi de la création du réseau et les objectifs poursuivis**

### **a. Pourquoi Canal Santé ?**

Des associations opérant toutes dans la zone du Canal à Bruxelles dans les pédiatries hospitalières, ainsi qu'avec les familles des enfants malades en traitement hospitalier ambulatoire ou en alternance ont souhaité échanger leurs pratiques, diagnostics et améliorer leur déontologie et pertinence à partir de ce terrain commun.

La zone du Canal à Bruxelles concentre des situations de pauvreté et de précarité : c'est là que s'enracinent beaucoup de demandes. 75 % des enfants pris en charge viennent de cette zone, 75 % de ceux-ci viennent de familles immigrées précarisées, ou de familles réfugiées.

Les hôpitaux concernés, sans exclusive, sont :

- Erasme (Anderlecht)
- St Anne-St Remy-St Etienne (Anderlecht- Molenbeek et St Josse)

# Réseau Canal Santé

- HUDERF Reine Fabiola (Laeken)
- St Pierre (Bruxelles)
- Bordet (Bruxelles)

## *b. Objectifs poursuivis ?*

- Promouvoir le soutien aux enfants malades et à leur famille dans une perspective de santé et de droits sociaux.
- Soutenir la démarche des équipes d'intervenants.
- Construire une démarche communautaire des familles et des intervenants.
- Réunir et soutenir les intervenants dans et autour de la pédiatrie en réseau.
- Promouvoir les soins relationnels.
- Confronter et enrichir les pratiques des intervenants.
- Signaler publiquement les problèmes, questions et solutions émergentes.
- Mettre sur pied un colloque.
- Travailler à la transversalité santé-social.
- Travailler à la transversalité art-culture-santé-social.

## **2. Résultats obtenus depuis le 1.12.2003**

### *a. Résultats attendus*

Echange de pratiques et concertation mensuelle :

- Présentation des méthodologies spécifiques, confrontation et échange entre :
  - équipe infirmière formée aux soins relationnels;
  - équipe de comédiens intervenant en pédiatrie;
  - équipe de bénévoles assurant le transport quotidien hôpital-domicile-école;
  - présence de conteurs ou animation cirque hospitalière;
  - équipe d'enseignants bénévoles travaillant en hôpital et

à domicile;

- équipe de travailleurs sociaux;
- artistes opérant en milieu hospitalier.

- Visites et démonstrations de la pratique sur les différents sites hospitaliers.
- Rencontre d'autres intervenants (Radio Bobo, Expo Sariban, Ecole hospitalière, Ecole escale, Frédéric Pauwels photographe, De Brab dessinatrice BD, Anne Debra, psychologue ...).
- Rencontre d'artistes (comédiens, plasticiens, photographes, dessinatrice, vidéographes, ...).
- Inventaire des outils et secrétariat :  
Formation : organisation, diffusion et formation.
- Pratique des soins/du clown relationnel avec Christian Moffarts (Liège).
- Colloques.

Mise en place de réflexion méthodologique, de formation pratique et éthique :

- Pratique des soins relationnels et techniques Clown.
- Secret professionnel, déontologie des professionnels et bénévoles.
- Enfant malade : spécificité, parents, fratrie.
  - Scolarité et croissance culturelle de l'enfant hospitalisé (N.Verougstraete).
- Formation du personnel soignant.
- Evolution de la santé publique.
  - Perspective soignante et service non interventionnel.
  - Prise en compte de la réalité sociale des patients.
  - Dimension multiculturelle, analphabétisme.
  - Travail social individuel, collectif et communautaire avec les enfants et les parents.

# Réseau Canal Santé

## **Colloque du 25 novembre**

### **Programme provisoire**

Les documents publiés ci-dessous, intitulés «Le clown» et «Pour une éthique des réseaux» indiquent les perspectives dans lesquelles s'est inscrit le travail. L'adhésion à ces lignes de convergence, de complémentarité, de déontologie fait partie des résultats attendus de celui-ci.

### **b. Difficultés**

- La diversité des motivations d'insertion initiale dans le projet et de trajets professionnels assure une hétérogénéité dans le travail, mais conduit, paradoxalement, à une interrogation en profondeur sur les limites dans une approche interdisciplinaire et sur la complémentarité des interventions.
- La perspective court terme de la subsidiation a contraint à un engagement à temps partiel pour une période réduite. La difficulté à trouver une personne adéquate a contraint le promoteur à détacher provisoirement un collaborateur à cette tâche, au détriment d'autres missions.
- Le temps requis a été sous-estimé et a demandé la collaboration de plusieurs collaborateurs professionnels et bénévoles, surtout entre août et novembre 2004 pour la mise en place des formations et du colloque.
- Le décès du professeur André Kahn, éminent spécialiste de notre question, à un mois et demi du colloque obligea les organisateurs à faire appel à d'autres collaborations.

### **c. Résultats inattendus**

- La nature de la formation au clown relationnel a élargi le public-cible concerné aux maisons de repos.
- Implication de deux classes d'éducateurs et de leurs professeurs à la conférence, soit 40 personnes.
- Nouvelles collaborations entre partenaires politiques.

### **Politique**

- Adhésion des membres du Réseau Canal-santé au Mémorandum d'accès à la santé du Forum bruxellois de lutte contre la pauvreté, l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes et l'Union nationale des Mutualités socialistes

## **7. Perspectives**

### **a. Objectifs souhaités pour 2005**

- Secrétariat permanent.
- Diffusion et actualisation du répertoire documentaire sur internet.
- Elargissement du réseau.
- Formation initiale et permanente d'intervenants professionnels et bénévoles.
- Travail social communautaire avec les familles d'enfants gravement malades.
- Groupe de parole des intervenants.
- Poursuite de la réflexion sur la scolarité et l'apport des artistes.

# Réflexions du Réseau Canal Santé

LE CLOWN, HOSPITALIER, AMBULATOIRE OU INTERIEUR : CONTRIBUTION A L'INVENTION DE LA VILLE EN SANTE ?

## Introduction

*“ Je désire que l'on prenne mes malheurs au sérieux. ”*  
(Antoine de St Exupéry, Le petit prince).

De nombreuses questions m'habitent dans le contexte d'une recherche commune sur la créativité citoyenne en matière de solidarité sociale permettant l'accès des grands malades, en particulier des enfants et de leurs familles à la santé en milieu urbain :

- Hospitalier, ambulatoire ou intérieur, le clown, peut-il être une contribution à l'invention de la ville en santé ? Et si oui, laquelle et pourquoi ?
- Est-elle médicale, citoyenne ou n'est-ce que littérature ?
- Autrement dit : est-il là comme moyen, comme prétexte, comme symbole ?
- L'art du cirque comme celui du livre ou de la peinture, est-il là comme un luxe ou un moyen essentiel ?
- Que dire aux enfants ? Que dire aux parents ?
- Que vivent-ils ? Qu'y pouvons-nous ?
- Qui est le plus mal ? Qui est le plus proche ?
- Notre communauté urbaine ou nos communautés de proximité ont-elles un rôle à jouer dans l'accès à la santé ?
- En ont-elles les moyens et la compétence ?

- Quel bénéfice retirer d'une association d'associations puisque nous voilà associés à un projet de réseau social de santé ?
- Que dire aux politiques ?
- Que la Sécurité sociale reste un outil primordial à affiner mais qu'il ne suffit pas de traiter la question des financements des soins si on ne parle pas de la qualité de la vie à l'hôpital pour l'enfant patient et ses parents ?
- Que l'accès à la santé passe aussi par les déterminants de la santé ?
- Que nous nous réjouissons des interpellations conjointes faites par Paul Galand (Ecolo), Joël Riguelle (Cdh), Michel Mook (PS), Françoise Bertiaux (MR) à propos des droits des enfants malades à Bruxelles.<sup>1</sup>

Michel Kesteman

## 1. Le clown est à l'intérieur

*“ Je m'appelle Alzheimer, je suis Sidéen et je vis sous le signe du Cancer, dit le Petit Prince. Dessine-moi un prénom. ”* (version 2004)

Ce que je vais dire n'est pas réservé aux enfants. D'ailleurs, enfants, nous l'avons tous été. Peut-être le sommes-nous encore sans oser le montrer et le serons-nous à nouveau sans toujours le vouloir.

Si un clown fait irruption dans votre salle d'hôpital ou sous le chapiteau de vos vies, mieux vaut en rire.

# Réflexions du Réseau Canal Santé

La présence du clown peut bénéficier énormément à votre santé. Il fait bouger vos zygomatiques dans son zygomatocorama. Il vous fait sortir de votre dramaticorama fait d'exams, de soucis, d'angoisses, de médicaments, de gestes qui sauvent et d'autres qui ne vont plus. Il fait bouger vos relations : il remplace les synapses défaillantes de vos vies en créant de nouveaux liens sociaux : c'est un clown relationnel. Il fait des liens entre les choses, les mots, les regards et renouvelle d'autres liens : c'est un cirque qui n'est plus infernal dans l'enfermement du sans issue. Il est le GPS de la santé retrouvée, de la respiration. Le temps n'est plus le même ni l'espace. Demandez aux clowns qui sont dans la salle ou dans vos vies. Ce n'est pas un spectacle : cela se passe à l'intérieur.

Prenons, par exemple, Charlotte. Quand elle " prend un enfant par la main " pour l'emmener à l'hôpital pendant deux ans, à l'école entretemps, en famille aussi longtemps, elle prend le temps de rencontrer sa maman.<sup>2</sup>

Au cœur de ses fatigues, de ses doutes, de ses impuissances, cette mère découvre qu'elle n'est plus seule. Ce n'est pas une tare, une exception, une punition. C'est une condition. Etre maman d'enfant gravement malade c'est une dignité retrouvée quand autour d'une tasse de thé, d'un gâteau de St Nicolas ou d'un camp avec toute sa petite smala, on a le temps de chercher, de découvrir qu'on a son propre clown intérieur tantôt triste et tantôt gai, qui veut vivre, survivre, se relever et danser avec son enfant pour l'emmener vers demain. D'autant plus quand la fragilité du budget familial et des moyens culturels parce qu'on vient d'une autre culture sont encore plus fragilisés par la maladie de l'enfant et les coûts qu'ils entraînent. Echanges de savoirs, de savoir-faire, de doutes, de manques ont ici leur place.

Les mamans soutenues par d'autres parents qui se sont libé-

rés et mobilisés pour assurer transport, animation, accompagnement ou par des adolescents qui montent un cirque à l'hôpital plutôt que de faire leur cirque peuvent alors voir le bout du tunnel.

C'est ainsi qu'une action individuelle peut devenir collective et communautaire, comme nous y invitent les perspectives contemporaines du travail social et de santé.

Nous voulons une société " malades admis " même les enfants gravement malades.

Autant que de docteurs, nous avons besoin de " petits bonheurs tranquilles ", comme les chante Théo Mertens, petits bonheurs tranquilles retrouvés, renouvelés, adaptés s'il faut. Devant ce qu'on appelle " perte d'autonomie " ou " désorientation dans le temps et l'espace ", nous sommes à la recherche de possibilités d'autonomie assistée, de pertes d'autonomie réduites et compensées, d'une désorientation remise à sa place par une meilleure organisation des espaces de soin et d'habitation pour malades. Que celui qui n'a jamais perdu le nord et celui qui n'a jamais été bouleversé à en perdre bras et jambes lève la main ! Ce n'est pas la fin du monde : c'est l'apprentissage d'un nouveau monde. Soyons les Christophe Colomb de l'apprentissage de la vie maladie comprise, handicap admis, raccourcis possibles, fins de vie tolérables : l'être autrement, quelle aventure, et, qui sait, quel bonheur.<sup>3</sup> Demandez à votre clown intérieur !

## 2. Prendre soin

*" Nous sommes tous des créateurs.*

*Nous avons tous le potentiel d'une grande créativité. "*

Anne-Marie Jobin

# Réflexions du Réseau Canal Santé

“ Prenez soin de vous ”. Ce vœu n’est pas une injonction paradoxale si nous nous plaçons dans la bienveillance et le souhait mutuel : “ comme j’ai pris soin de vous jusqu’ici, prenez la suite, je vous passe le relais ” ou encore “ jusqu’ici vous vous occupiez des autres, prenez du temps pour vous-même ”.

Mais qu’est-ce que prendre soin ?

La santé est tout à la fois mentale, sociale, médicale et personnelle. Laissons leur place et leur complémentarité à chacun de ces aspects. Nous n’avons pas besoin d’un leadership mais d’un rapport interactif entre ces quatre aspects. La santé n’est pas unidimensionnelle. Le soin non plus. Pas plus que l’être humain, homme et femme.

C’est pour cela que tout ne va pas se passer à l’hôpital : ce n’est pas possible, ce n’est pas permis, ce n’est pas tolérable. Tout ne va pas se passer tout seul : il faut que ça se passe en soi, entre soi, en famille, à la maison, avec les potes, avec les collègues même. D’autant plus que l’hôpital n’est plus ce qu’il était : on y va et on reste aussi peu longtemps que possible, même avec une maladie chronique, même avec une maladie grave.

Dans la société éclatée d’aujourd’hui, l’hôpital est un des pôles de la vie du malade plus le seul. C’est une résidence secondaire et provisoire aussi longtemps et aussi courtement que possible. Les médecins, d’ailleurs de moins en moins mobiles dans une société engorgée de voitures et de malades, font la navette entre leur cabinet et leur hôpital et ne livrent à domicile que les prestations nécessaires aux contagieux, affaiblis et impotents et s’étonnent qu’on traite aux urgences ce qu’on aurait pu envisager autrement à temps. Nous sommes les patients déambulants de médecins moins

mobiles. Le secteur ambulatoire doit aller de pair avec le tissage de liens communautaires qui fassent sens, qui nous fassent du bien !

Que faut-il faire ? Je voudrais reprendre ici deux passages essentiels du philosophe Jean de Munck parus dans un numéro récent de la Revue Nouvelle : <sup>4</sup>

Quand on parle de soins à domicile, de guidances, de nouvelles interactions médecin-patient, “ se dessine un modèle de médecine contextualisée qui n’a pas encore vraiment trouvé sa théorie. Il ne s’agit plus seulement de guérir (to cure), mais de prendre soin de ... (to care). Il s’agit d’inclure dans une pratique thérapeutique, l’aménagement d’un environnement. Il s’agit non seulement de prendre soin du malade, mais de prendre soin du soin, si j’ose dire, de veiller à sa permanence, sa diversité, sa qualité, sa multidimensionnalité. Il s’agit de prendre soin du thérapeute, de sa présence, de sa capacité de communiquer, autant que du malade lui-même. Il s’agit d’offrir des lieux de vie, des refuges, des promontoires, des passerelles, des abris, des stations, des résidences. Il s’agit d’inventer des fonctionnements collectifs originaux, où le pouvoir et la norme font l’objet d’une réflexivité attentive. Dans cette perspective instituer la santé consiste à instituer une dimension du monde plutôt qu’un système fonctionnel et les passerelles qui y conduisent. ”<sup>5</sup>

Mais encore, comme le dit très bien Jean de Munck :

*“ Soigner, ce n’est donc plus seulement soigner le corps au sens organique du terme. Soigner, ce n’est pas seulement soigner le mental au sens psychologue du terme. Soigner, c’est soigner le corps et l’esprit dans des contextes de normes et de pouvoirs qui doivent être travaillés pour eux-mêmes, si on peut travailler le mode d’insertion des personnes dans leur milieu, dans leur quartier, dans leur famille. ”*

# Réflexions du Réseau Canal Santé

*“ On peut commencer à construire les repères des relations que doivent tisser des familles non occidentales dans les milieux de travail et de culture non occidentaux ”.*

Ajoutons : les points de repère et les modes de réorganisation profonde que doivent se donner les familles où la maladie d'un enfant a surgi, et s'est installée perturbant les équilibres, ce qui demande :

- de l'énergie humaine,
- du temps : Il faut qu'on prenne congé (pour atteindre des interlocuteurs aux heures administratives, ou pour être près de son enfant aux heures d'ouverture du service sans délaissier les autres membres de la famille) avec les effets perturbateurs sur des contrats de travail parfois précaires,
- de l'argent (heureusement nous avons l'INAMI, la carte SIS, le MAF (maximum à facturer), l'assurance solidaire hospitalisation en attendant l'assurance-dépendance ),
- un moyen de transport privé quand votre immunité est atteinte par la maladie ou en cas de chimiothérapie (faut-il rappeler qu'on ne va pas à l'hosto même avec le métro quand le moindre virus fait sur vous de l'auto-stop ?). La pauvreté nuit donc gravement à notre possibilité d'accès à la santé. <sup>6</sup>

Jean de Munck relève que : *“ Tout cela suppose évidemment beaucoup d'innovation, et donc beaucoup d'expérimentations. ”* <sup>7</sup>

Si la santé est, comme le dit Ivan Illich, *“ la capacité de s'adapter à ce qui change en soi et autour de soi ”*<sup>8</sup>, chapeau à toutes les familles qui ont pris leur enfant par la main pour l'accompagner dans sa vie à la santé gravement défaillante. Quelle santé !

En fait, vous l'avez compris : on ne prend pas soin d'une maladie, on soigne des patients. On ne confond pas symptômes et mal. On identifie la maladie : diagnostic. On soigne la maladie : thérapeutique. On guérit la maladie : parfois ; On apprend à vivre avec elle : souvent. Avec soi : encore plus souvent. On prend le temps de se soigner : repos. On rentre dans la vie : retour. On n'en sort pas indemne, même si on peut être indemnisé. On en sort bousculé dans ses évidences, grandi parfois, relié à d'autres et à d'autres dimensions de la vie. Comme l'observait le philosophe Hans-Georg Gadamer, *“ Un traitement ne consiste pas seulement à rédiger des prescriptions ou des ordonnances pour le malade, il est toujours dans le même temps une libération. ”* <sup>9</sup>

Prendre soin en soignant les malades est le sens le plus évident où nous l'entendons, mais Walter Hesbeen, infirmier belge, philosophe du soin à l'école de nursing *La source* à Lausanne élargit le concept. Il a consacré différentes publications à *“ prendre soin dans le monde ”* ou à la *“ pratique soignante ”* : *“ comment aider la personne, mon patient singulier, à se créer un mode de vie porteur de sens pour lui et compatible avec sa situation et son état quels qu'ils soient ? ”* <sup>10</sup>

Il précise *“ prendre soin relève d'une attention adéquate et délicate qui s'inscrit dans une perspective (...), faire un bout de chemin avec la personne pour l'accompagner vers plus de santé, de bien-être, d'autonomie, d'harmonie, d'épanouissement ”* en prenant au sérieux la souffrance des patients, des proches et des professionnels.<sup>11</sup> Entre les soins intensifs et les soins palliatifs, il y a place pour les soins attentifs et les soins créatifs. Cela évite le recours aux urgences et la contagion domino où l'on devient malade parce qu'on est proche de malades.<sup>12</sup>

# Réflexions du Réseau Canal Santé

Mais il n'y a pas que des soins de santé...

Et qui donc faut-il soigner ? Tout vivant, à commencer par soi ? " Prendre soin de soi, prendre soin des autres. "

Hesbeen nous dirait bien à la façon de Thomas d'Ansembourg : *" ne soyez pas gentils, soyez soignants "*. A condition de ne pas identifier le soin avec l'univers médical, paramédical, celui des blouses blanches, vertes, bleues et oranges mais avec celui de l'homme et de la femme qui prennent soin d'eux-mêmes et de leurs proches, en étant " aux petits soins " pour ceux qu'on aime. Ce n'est pas un hasard si dans sa déclaration du 12 septembre 1978, à Alma-Ata, l'O.M.S., Organisation mondiale de la santé, soulignait la nécessaire participation de chacun à la planification et à la mise en œuvre de soins de santé et rappelait tous les déterminants de l'état de santé : l'état de logement, d'éducation, d'alimentation... , en bref, les conditions de vie de chacun.<sup>13</sup>

Néanmoins, il faut aussi " prendre soin des choses et de la technique " pour qu'elles puissent rester orientées sur l'humain, " prendre soin de l'environnement " pour permettre l'épanouissement durable des vivants, " prendre soin de la beauté " tant sous l'angle de l'esthétique que de la reconnaissance et " prendre soin du débat ", une culture requise de la parole, de l'écoute, de la place du doute, de l'interdit de la persuasion et de la nécessité de l'argumentation en vue d'un partage d'idées.<sup>14</sup>

Plus loin, en suivant Marc Alain Ouaknin : n'est-ce pas de l'être dont il faut prendre soin, car si la santé concerne un bien-être équilibré et multidimensionnel, si toute la démarche des soins médicaux, de la promotion de la santé préventive,

de l'accompagnement psycho-médico-social visent à un mieux-être du patient redevenant acteur de sa santé et agent interactif de sa guérison, alors pour aller du mal être à un mieux-être, à un certain bien-être, c'est bien de l'être dont il faut prendre soin. Voilà qui nous change d'une vision ténue, " rikiki " du soin. Vous direz sans doute avec moi : *" Si c'est cela, garçon, des soins tout de suite. Et que ça saute ! "*.

### 3. La santé et l'action communautaires

*" Tu n'es jamais seul pour te battre ou pour pleurer "*  
(Soins palliatifs Saint Jean)

Nous nous situons dans la perspective de la promotion de la santé dans la ville pour et par les citoyens selon le projet Villes-Santé du Bureau européen de l'organisation mondiale de la Santé dans la ligne de la Charte d'Ottawa de 1986.<sup>15</sup> Plus précisément, dans une perspective de revalorisation de la dimension communautaire de l'action sociale et de la promotion de la santé, apparue dans les années 1970 essentiellement au Canada et dans les pays anglo-saxons, en particulier l'école de Chicago avec Saul Alinsky.<sup>16</sup> Elle s'inscrit dans une triple dimension :

- Horizontale, entre pairs,
- Verticale, entre couches sociales, catégories d'âge ou professionnelles,
- Durable, donc intergénérationnelle ou pérennisable.<sup>17</sup>

*" La santé communautaire est une pratique basée sur la solidarité et le dialogue. "* Elle repose sur une base collective ou communautaire locale au plan géographique ou institutionnel, un repérage collectif des problèmes et potentialités, impliquant la population et les réseaux de solidarité avec la participation de tous les acteurs. " L'action communautaire

# Réflexions du Réseau Canal Santé

visé à apporter des réponses collectives à des problématiques collectives ; l'usage du terme " communautaire " renvoie ici à la défense ou à la promotion d'intérêts collectifs, le terme " collectif " renvoyant alors à des groupes ou réseaux locaux (ou non) pouvant être homogènes ou hétérogènes. " Elle vise à un " changement de situation ".<sup>18</sup>

La communauté, est ici entendue au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé, comme " groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales " en étant liés à des degrés variables par des caractéristiques, des intérêts ou des aspirations communs.<sup>19</sup> Elle fonctionne donc comme " un lieu d'échange, de réflexion et d'action qui positionne les préoccupations des individus dans leurs dimensions collectives. "

Les solidarités interpersonnelle et intergroupe d'acteurs, ainsi manifestées et ainsi rendues possibles, passent par la reconnaissance mutuelle et le respect des différences, au-delà des mythes et préjugés véhiculés par les groupes d'appartenance. Elles supposent également une reconnaissance des compétences propres de l'autre personne ou de l'autre groupe. C'est dans cette mesure où, dans notre cas, l'enfant gravement malade, ses proches, les intervenants de nature diverse sont pris au sérieux et aidés à augmenter encore leur compétence par leur interaction, que le phénomène de précarisation qui conduit à la désaffiliation ou au sentiment de dévalorisation peut être inversé. La dégradation de l'image de soi, la perte du sentiment d'utilité, l'altération du sentiment d'exister, le repli sur soi, l'exacerbation de l'agressivité à l'égard de soi et des autres, observés dans ce cas peuvent disparaître par ce processus de solidarisation et ainsi supprimer l'atteinte au droit de vivre dans la dignité.<sup>20</sup>

A contrario, on peut se permettre cette parabole :

" Pour les lecteurs d'une autre planète auxquels on présenterait l'organisation des hommes, il apparaîtrait qu'il y a d'un côté ceux dont on s'occupe, " que l'on prend en charge ", que l'on " incite " et, de l'autre, ceux qui le font.

Voit-on des différences entre ces deux types humains ?

Sont-ils biologiquement semblables ?

Sont-ils différemment programmés (...) ?

Ceux qui prennent en charge d'autres hommes ou groupes d'hommes sont-ils eux-même entièrement autonomes et responsables ou bien sont-ils eux aussi pris en charge pour une partie de ce qui les concerne ? " <sup>21</sup>

La communauté est un levier d'action car la population y passe du rôle de bénéficiaire passif, usager ou consommateur, à celui d'acteur compétent à son propre propos, susceptible d'interagir activement dans le processus évolutif. Cela demande cependant qu'on élabore le diagnostic communautaire support d'apprentissage de la coopération et outil d'engagement des acteurs, que je suis ici.<sup>22</sup> :

- Voir ce qui fonctionne déjà.
- Définir des champs d'action et des objectifs communs.
- S'appuyer sur les attentes, initiatives, potentiels et représentations (perceptions de soi et d'autrui, comportements, niveaux de connaissance, environnement favorable ou défavorable, et pourquoi) .
- Reconnaître les pôles de compétences de chacun, les réseaux de vie quotidienne.
- Repérer les conflits et leurs modalités de régulation, les besoins en accompagnement de projet, en formation, en aide à l'évaluation. C'est ainsi qu'une trame méthodolo-

# Réflexions du Réseau Canal Santé

gique et d'analyse systémique peut cadrer l'approche intuitive puis organisée qui s'est mise en place.

Nous y voilà.

On se met dès lors en situation de prendre en charge ce que le psychanalyste cancéreux Pierre Cazenave appelait l'hétéropathie.

Louise Lambrichs, son témoin privilégié, rapporte ce qui suit : *“ Quant à l'hétéropathie, ou vécu de la maladie par l'entourage, elle n'est quasiment pas prise en compte et confondue, aux yeux du médecin, avec l'autopathie. Autrement dit, si le médecin admet qu'il est préférable, pour un malade, d'être soutenu par son entourage et de supporter vaillamment sa maladie, il relègue néanmoins ces éléments au second plan par rapport à son souci premier, qui est de restaurer l'ordre biologique ”.*

Voilà pourquoi Cazenave défendit les idées suivantes : *“ Notre approche à nous est tout autre. Elle consiste, d'abord et avant tout, à rendre au patient sa propre compétence. (...) Celle du malade, c'est sa capacité à gérer sa maladie, à en comprendre les tenants et aboutissants, à prendre sa vie en charge dans ce contexte particulier. La compétence du psychanalyste, c'est d'amener le patient à découvrir en lui ce qui fait le lit de la maladie. ”*<sup>23</sup>

Nous ne sommes pas des marchands de guérison mais des habitants de la santé et de la maladie, c'est pourquoi notre projet doit avoir un impact sur le plan mobilité, le plan éducation et le plan logement : comment peut-on avoir une ville en santé sans transports appropriés, sans éducation ambulatoire, sans logement adapté à une maladie chronique, sans

intégration que l'enfant malade est malade de son environnement proche ou lointain perturbé et que cela ne peut être passé sous silence.

Revenons à la communauté des familles concernées, associées à la réflexion autour du clown intérieur : elles prennent la mesure des problèmes qui se superposent et des solutions qui émergent. L'une d'entre elles finit par prendre le volant pour aider une autre. On organise un covoiturage comme on a fait des vacances communes. Ce qui se fait à Pâques ou au Mardi-gras rebondit l'été à Porcheresse ou ailleurs. Ce qui s'est noué à Porcheresse crée des liens qui se prolongent dans des rencontres pendant l'année ou à l'hôpital.

Le changement de situation passe par la découverte progressive qu'on peut s'en sortir et qu'on s'en sort mieux ensemble, d'autant plus qu'on n'est plus tout seul. Le changement passe aussi par la détection de problèmes sociaux où l'intervention professionnelle de travailleurs sociaux est requise.

Une recherche de ressources économiques complémentaire est faite par sponsoring et mécénat pour répondre aux imprévus de politiques publiques parce qu'on ne peut attendre. Un travail est fait avec les chauffeurs et les clowns pour les éveiller aux aspects médicaux et sociaux de leur engagement pour qu'ils puissent fonctionner avec déontologie et avec un minimum d'erreur de jugement. C'est ainsi qu'ils deviennent une communauté aidante, empathique, salutaire, solidaire.

Il n'empêche, ces situations demandent qu'on tape sur le clou. Ce n'est pas que les conditions de vie qu'il faut chan-

# Réflexions du Réseau Canal Santé

ger, ce sont les modalités d'accès à l'hôpital et aux soins. C'est la nature de l'accompagnement offert dans tous les hôpitaux aux petits patients : ils ne sont pas seulement objets d'actes de soins : ce sont des sujets, ce sont des acteurs de la santé, ce sont des usagers de l'hôpital : comment leur rendre pleinement la parole ? L'émiettement des prestations ne facilite pas la participation sous forme d'un conseil des patients, mais une procédure d'enquête-évaluation participative pourrait permettre aux institutions de rester à l'écoute de leurs usagers et des familles de leurs usagers.

## 4. L'art de l'hôpital

*" Il fait plus clair lorsque quelqu'un parle. "*  
(Rapporté par Freud).

Faut-il de l'art à l'hôpital, puisque c'est déjà le lieu de l'art médical, je veux parler de l'art de guérir dont nous connaissons les performances et les limites ? L'art à visage de présence créative, de proximité sécurisante, de rêve ou d'expression de la douleur contribuent au surgissement d'une parole qui soit juste, vraie, salutaire.

Les onco-psychologues le savent depuis longtemps : il y a un chemin à parcourir pour que la vérité puisse naître, des mots et des gestes trouvés qui sauvent ce qui peut être sauvé. Les groupes de parole organisés ou spontanés, la confiance au chauffeur qui vous ramène de l'hôpital, peuvent être le lieu où l'on sort de la " conspiration du silence ". Car, plus qu'on ne le croit, les enfants savent la vérité sur leur état comme parfois leur état révèle qu'ils savaient ou devinaient ce qu'ils n'étaient pas sensés savoir : un deuil, une faute, une blessure profonde rentrée mais toujours apparente d'un parent.<sup>24</sup>

La maladie est un traumatisme : n'y allons pas par quatre chemins : elle bouleverse l'univers et celui qu'elle entraîne ou celui qu'elle contraint d'explorer ne nous trouve pas toujours prêts pour le voyage, ni nous ni nos proches. C'est ce qui fait dire à Donald Winnicott que le traumatisme est " comme une rupture de la continuité de l'existence d'un individu ".<sup>25</sup> Le groupe de parole ou d'expression, animé ou non par un clown, peut favoriser la mise en scène de la vie psychique. L'espace tiers ainsi créé permet de parler du traumatisme lié à la maladie grave, de verbaliser questions, représentations, affects. Le groupe maternant, l'information médicale dosée et adéquate comme levier, les animatrices en fonction paternante permettent une réelle rencontre de l'enfant. Elle n'est pas sans risque car elle révèle des fragilités profondes, parfois cachées, retenues. On se lâche, on peut se sentir lâché. On ne peut évacuer les événements douloureux et leur effet angoissant : on peut apprendre à les reconnaître et vivre avec eux.

L'art est-il un " plus " esthétique ? Ou une nécessité vitale ?

" A thing of beauty is a joy for ever " disait le poète anglais Keats et la touche de beauté, source de joie, de bonheur, de ravissement, opérerait selon le cas l'anesthésie, le divertissement, la sublimation ou mieux encore en mettant le patient dans de bonnes dispositions l'aiderait à se sentir mieux... en attendant d'aller mieux. Mais plus encore, " L'art n'est pas un besoin qu'on peut satisfaire après bien d'autres. Il est le premier chez l'homme qui s'élève au-dessus des contingences de la vie animale. " comme le disait le critique artistique Gabriele Fahr-Becker.<sup>26</sup>

" La culture n'est pas une dimension de luxe que l'on peut ajouter à l'existence quand tous les problèmes sont résolus " affirme A.T.D., Aide à toute détresse.<sup>27</sup>

# Réflexions du Réseau Canal Santé

L'art peut-il être une pratique thérapeutique en soi ? Certains parlent d'ailleurs d'art-thérapie...<sup>28</sup> L'arthérapie au sens strict, c'est le recours aux techniques expressives de dessin, peinture, photo et vidéo facilités à l'heure du numérique, au bricolage non seulement comme ergothérapie, à la thérapie par le travail manuel, comme exutoire, expression du ressenti physique et affectif. C'est encore l'expression gestuelle comme conquête de l'espace et de soi-même, la possibilité pour l'enfant de découvrir et d'offrir aux autres une image positive, valorisante et rassurante de soi..En ouvrant l'imaginaire sur un monde inédit, non balisé, faisant appel aux cinq sens, l'expression artistique permet par exemple de parcourir les chemins de la maladie, du corps, des angoisses, des plaisirs, des rencontres, des déchirements mais aussi l'univers science-fiction des blocs opératoires, cathéters, salles de radiothérapies, labyrinthes hospitaliers, clairs obscurs où le virtuel semble l'emporter sur le réel.

Le rabbin Marc-Alain Ouaknin ose parler de Bibliothérapie : la thérapie par le texte qu'on lit ou s'entend lire et qui vous sort du délire, fait germer des mots vitaux, fait accoucher de sens là où ne l'attendait pas.<sup>29</sup> Jacques Salomé propose des Contes à guérir, contes à grandir, aptes à sortir l'enfant ou l'adulte de son enfermement. Joël Coppens, atteint par l'épilepsie a trouvé à 20 ans dans l'écriture " une armure qui lui permet de continuer à lutter contre la souffrance et la solitude " comme l'indique la quatrième de couverture. Il publie Poésie-thérapie <sup>30</sup>où l'on trouve les vers suivants :

*" A chaque visite tu me réponds  
Par une crise d'épilepsie  
Mais avant tu me souris  
Tandis que je chante et prie. " (Orval,59)*

*" Quand l'émotion est plus forte que tout  
sans pouvoir exprimer ses sentiments  
le voltage explose et dans ma tête, je court-circuite tout  
C'est comme l'éruption d'un volcan*

*Mon corps s'exprime comme un tremblement de terre  
Je n'ai plus de son  
Et la lumière est éteinte malgré les yeux grands ouverts  
Je me réveille inconsciemment sans vraiment voir à l'horizon. "*  
(La crise, 20)

Alors, pour le jeune poète : *" S'exprimer, c'est s'extérioriser  
S'extérioriser, c'est s'affirmer  
S'affirmer, c'est se comprendre  
Se comprendre, c'est se défendre "* (L'expression,24)

La littérature nous ouvre le chemin hospitalier par des romans comme *The hospital / Het ziekenhuis* de l'auteur de " Maître après Dieu ", Jan de Hartog <sup>31</sup> qui témoigne des conditions infernales des grands ensembles hospitaliers et montre la nécessaire contribution humanisante des bénévoles, pour que malades et soignants en sortent. Ceci bien avant le feuilleton Urgences.

La littérature en témoigne à travers le chemin vécu de plus d'un écrivain, comme patient ou comme témoin, par exemple :

– Maurice Bellet, un psychanalyste, y a consacré *L'épreuve* ou le tout petit livre de la divine douceur <sup>32</sup> où il nous dit que " *le plus dur n'est pas la douleur* " mais l'équilibre rompu, la maison cassée, la menace inconnue. Il nous

# Réflexions du Réseau Canal Santé

parle de l'humiliation de l'homme mis au lit et en pyjama avec l'arrêt de tout ce qui structurait sa vie jusque là. Vous voyez dès lors ce que cela donne pour un enfant privé d'école et de table familiale. Alors, ramené aux fonctions essentielles mais menacées (respirer, boire, pisser et quelques autres...) on apprend le poids de son corps, la détresse et la tendresse fraternelle des voisins et des visiteurs, bref le regard des autres et, par eux, peut-être, l'infinie douceur qui maintient l'avenir ouvert.

- Philippe Labro, un journaliste, rapporte " La traversée " qui l'a conduit aux portes de la mort<sup>33</sup>. L'histoire se passe à la réa : il y rencontre " les femmes les plus importantes " de sa vie : les infirmières, " rapides mais pas expéditives, méticuleuses ". Régression : " Où est papa ? " La force de la poésie pour s'en sortir : " La mort n'est pas une ennemie " : elle est " juste derrière, à gauche ". Le bonheur d'une ardoise où écrire quand on ne sait pas encore ou plus parler.
- Anne-Marie de Vilaine conclut " Un regard si tranquille ",<sup>34</sup> en donne un autre témoignage dont la conclusion est surprenante lors de l'annonce du retour possible à la maison : " *Pas encore, pas maintenant, ne rentrons pas tout de suite à la maison. Il y a là-bas quelqu'un que je ne veux plus voir: moi.* " Terrible vérification qui authentifie ce que disent le psychanalyste Lacan ou le psychosociologue Salomé quand ils soutiennent l'étymologie de maladie comme mal-à-dit, mal-à-dire l'insupportable indicible.<sup>35</sup> La maladie est sans doute aussi une pauvre réponse à une souffrance. Besoin de comprendre. Besoin de mots pour le dire. Besoin de temps pour se le dire. Quelle lecture possible de la maladie comme langage de notre enfant !

Quelle lecture de ses freins à rentrer dans l'ordinaire même si l'extraordinaire lui faisait mal, mais lui assurait un statut ! Quelle lecture de la réaction de la mère qui retrouve son statut de mère comme toutes les autres au lieu de celui de mère victime admirable d'épuisement et de dévouement.

- Marie de Hennezel, une infirmière, à travers " La mort intime " <sup>36</sup> a su nous initier aux soins palliatifs si bien mis en scène par Jacques Dutronc au cinéma.
- Anne François, dans Nu-Tête, <sup>37</sup> nous fait entrer dans la vie d'une danseuse atteinte par la maladie de Hodgkin et dans l'amour de son médecin avec la peur de la perfusion, du regard d'autrui sur une tête devenue chauve, les allers et retours en clinique.
- Eric-Emmanuel Schmitt, romancier et homme de théâtre, avec Oscar et la dame rose <sup>38</sup> nous livre la rencontre de l'enfant et la présence de celle qui s'est fait proche, une babouchka comme il nous en faut tant.
- La bande dessinée n'est pas absente car, partant de son expérience avec le Sparadrap Circus, Carine de Brab propose " Docteur Pupuces, rigolothérapeute ", <sup>39</sup> une histoire sur les enfants malades et l'amitié : peut-on faire entrer un chien dans une chambre d'hôpital ? Ils ont des pupuces... Mais parfois, c'est le déclenchement possible d'un retour à la vie : c'est alors le temps des transgressions nécessaires. Je pense ici à l'histoire du chien Charly et d'Anne sortie du coma à l'âge de 5 ans par son chien et l'audace de ses soignants au Centre Lennox d'Ottignies.<sup>40</sup>

# Réflexions du Réseau Canal Santé

## 5. Faut-il des clowns à l'hôpital ?

*“ Prenez donc le risque de vous tromper. Il vaut mieux se tromper en donnant qu'en refusant de donner. ”*

Professeur André Kahn

Si vous en doutez, allez donc revoir le film Docteur Patch avec Robin William. Le clown s'y révèle non pas comme un effet de mode provoqué par l'École du Cirque ni par le marketing qui entend associer le clown et le hamburger. Ce n'est pas un hasard si la clinique du clown a fait son apparition de Barcelone à Genève, de la Corse aux hôpitaux parisiens et s'est exportée en Algérie et en Pologne. Le clown, c'est sérieux car le rire est le propre de l'homme. C'est essentiel à notre santé mentale.

Ecoutez le professeur Kahn : *“ Pour être médecin, il faut être médecin plus magicien, pas la magie de mettre un nez rouge mais celle des mots et de l'écoute, d'une présence au quotidien. ”* Il ajoute : *“ Le nez rouge, c'est un symbole qui dit “ je joue, j'accepte la dérision, j'accepte que tu te moques de moi ”, de ne pas avoir de carapace de technicien qui se prend très au sérieux et qui exige que l'autre vous prenne au sérieux d'où la distance. Avec le nez rouge, je me rapproche et tout devient possible, l'imagination, la créativité. ”*<sup>43</sup>

Ou venez accompagner Fables Rondes, le Sparadrapp circus, les Babacloons et les clowns relationnels, nos partenaires du Réseau Canal-Santé.<sup>44</sup>

Ils ne sont pas seuls : il y a place pour Les Babouchkas et autres conteuses.

Il y a place pour les musiciens d' Une note par jour.

Il y a place au lit de l'hôpital ou au chevet de l'enfant gra-

vement malade alité à la maison pour L'école à l'hôpital., les enseignants de l'école ambulatoire.

Il y a place pour les couleurs, la colle et le fil de fer des arts plastiques.

Même si tout cela ne se réalise qu'en associant des bénévoles aux professionnels, ou encore en encadrant et formant des volontaires par des professionnels aussi créatifs qu'eux. Il faudra cependant veiller à l'adéquation des interventions. La fonction détente, la fonction occupationnelle ou la fonction cadeau expressif ne justifient pas à eux seuls ce type d'intervention. Les interventions artistiques dans le cadre d'un service de pédiatrie remplissent pleinement leur rôle dans le cadre du processus de prise en charge de sa maladie qui peut conduire un enfant à la guérison. Elles ne remplacent ni la présence familiale, ni la thérapie proprement dite. Voilà pourquoi est essentielle la formation assurée aux clowns relationnels pour leur donner information, outils, méthodologie, déontologie, cadre approprié.

Le risque n'est en effet pas nul, car comme le montre bien le psychanalyste D.W.Winnicott,<sup>45</sup> il ne suffit pas d'enthousiasme pour qu'une visite à l'hôpital fasse du bien à un enfant. Elles sont bonnes parce qu'elles empêchent la dépendance de l'infirmière. Mais le ressort de la responsabilité passe alors aussi de l'infirmière à la famille : ce qui peut marcher mais peut aussi rater s'il y a multiplication de cas fatigants ou de mères fatigantes en visite. *“ Vous seriez surprise si je commençais à vous raconter tout ce qui peut se passer pendant les heures de visite. Les parents partis, les enfants sont très souvent malades et ce qu'ils vomissent permet de savoir ce qui s'est passé. ”*, nous dit-il. Il illustre son propos. Ainsi, un enfant a reçu des carottes qu'il n'aurait pas dû avoir,

# Réflexions du Réseau Canal Santé

une glace ou des bonbons contraires à son régime alimentaire. Les écarts de nourriture ne sont pas les seuls risques : la contagion mais des visiteurs porteurs de microbes à l'égard de l'enfant fragilisé en est un autre. Les chagrins, symptômes d'une affection ravivée, ne sont pas permanents : ils indiquent le besoin de la famille mais voilent les substitutions que comble le passage d'autres intervenants hospitaliers. Ce serait bien si les mamans venaient régulièrement, mais pas trop longtemps, dit-il, qu'elles ne veuillent pas donner " trop d'amour " à leur enfant pour compenser la maladie<sup>44</sup> et sachent partir discrètement sans prolongation.

En même temps, ce temps malheureusement nécessaire de séparation peut aider certains enfants à devenir plus autonomes. Son impact peut être aussi amplifié par l'incohérence de parents qui ne viennent pas au jour et à l'heure dite, qui se disputent dans la chambre de l'enfant. Alors que pour l'enfant, c'est le moment important : *" Ma maman va venir me voir. C'est la chaise pour mon papa : ne la prenez pas."*

On remarquera enfin combien il faut mettre des mots sur les choses, les actes, le vécu, même pour les enfants qui comprennent souvent plus que les adultes ne l'imaginent, mais aussi parce que leur perception, surtout en bas âge, est lacunaire et en partie imaginaire. Le professeur Kahn constate que notre monde d'adultes est pour l'enfant un monde hostile, plein de dangers ou en tout cas d'agressions. *" Ce qui fait que jusqu'à un âge avancé les enfants vivent dans l'imaginaire qu'ils sont responsables de tout ce qui arrive, qu'ils ont le pouvoir d'influencer tout ce qui les entoure. Par conséquent, lorsque quelque chose de mauvais leur arrive, comme la maladie, l'accident, presque toujours un enfant finit par se sentir coupable, coupable d'être malade... Il a dû faire quelque chose qui n'allait pas. "*<sup>45</sup>

## **6. Un réseau : pour associer social et santé ou permettre aux gens de relier leur vie ?**

*" Une pensée, même vraie, devient fausse à partir du moment où l'on s'en contente. "*

(Alain)

Faut-il se mettre en réseau pour occuper le terrain, pour ouvrir plus de portes aux portes, pour s'ouvrir toutes les portes possibles ou pour avoir la chance de confronter et enrichir les points de vue ?

Les associations sans but lucratif à la base de la démarche de Canal-santé ont identifié que, travaillant chacune dans des hôpitaux différents, à une encablure du canal unissant Bruxelles à Charleroi, et à partir d'approches variées, elles développent une approche commune mais différenciée du clown relationnel et de l'accompagnement d'enfants gravement malades, en particulier ceux dont les familles sont précarisées culturellement et économiquement.

Nous sommes tous un jour primo-arrivants et précarisés dans nos évidences quand la maladie surgit comme un masque d'Halloween dans nos vies. Alors, il faut de la ressource et pouvoir trouver la porte qui me permet d'entrer et de s'orienter dans un réseau d'expérience et de soutien qui me permettra de m'y retrouver et de s'en sortir. Il en faut davantage pour ces familles où l'assise culturelle et économique, le confort du logement et des conditions de vie font défaut. On bascule pour un rien : surcoût de soins, surcoût de trajets, perte de revenus du travail lié aux perturbations familiales, tous les effets collatéraux de la maladie de l'enfant dans une précarisation agrandie et un surendettement bien connus du secteur social.

# Réflexions du Réseau Canal Santé

J'ai la chance de travailler dans une maison, Espace social Télé-Service, qui est multiportes, multiservices, pluridisciplinaire en soi, alliant les travailleurs sociaux d'un CASG, les psychologues, psychothérapeutes, médecins, animateurs d'un Planning, d'un Service jeunes, mais aussi des bénévoles juristes ou médiateurs de dette soutenus par des professionnels.

Nous y découvrons comment les gens choisissent la porte qui leur convient, celle qui représente pour eux le seuil le plus bas, le plus facile à franchir. Celui qui a peur du psy passe au service social, celui qui a peur de la rencontre face à face commence au téléphone avec SOS Solitude. Celui qui ne veut pas d'un assistant social sonne au planning. Celui qui veut " juste voir " commence par le magasin du Télé-Shop et pose la question qui lui permettra de passer une autre porte déjà introduit, accompagné ou précédé. Chacun bricole son itinéraire, bâtit son réseau, là où il a confiance et, de pas en pas, se fait sa " ville en santé ".<sup>46</sup>

Nos politiques peuvent permettre aux pôles polyvalents d'enrichir leurs liens interactifs avec d'autres opérateurs disséminés dans la trame de la ville. C'est ainsi qu'ils donneront accès aux soins auxquels ont droit les hommes, les femmes et les enfants de la ville. La légitimité des acteurs s'établit alors grâce aux compétences techniques, citoyennes, humaines, créatives. Cela ne suffit pas : la légitimité passe aussi par la capacité d'écoute, de présence, de cohabitation concrète dans le quotidien des quartiers et des chemineurs urbains partagés. Le décloisonnement permet d'ou-

vrir de nouvelles perspectives. " Le vrai pouvoir est celui qui est rendu aux gens et non celui exercé par les uns sur les autres. " <sup>47</sup>

Mais cela ne se décrète pas. Cela se tisse. Cela s'essaie. Cela s'entretient. Cela se respecte. Les universités peuvent être tentées de jouer au plus malin. Les médecins réécrire le Docteur Knock. Les travailleurs sociaux prendre un air de victimes. La santé mentale tisser sa toile d'affiliation. Les uns craignent les déviances. Les autres la concurrence. D'autres encore une mainmise ou une tutelle. Le modèle hiérarchique où selon le cas on verrait l'université, les communes, la santé mentale prendre le leadership est sans doute obsolète. Pourquoi ignorer les potentialités d'un réseau interactif proche du terrain, en échange d'informations, en capacité de convention, en vue d'assurer un service social et sanitaire de qualité dans les centres hospitaliers mais aussi aux familles implantées dans leurs zones de chalandise comme un accompagnement aux familles ayant besoin d'un soutien accru et habitant le territoire circonscrit pour le projet social et de santé ?

Nous n'en sortirons que dans le respect mutuel, le professionnalisme de nos disciplines complémentaires et la créativité citoyenne des patients, des bénévoles, des acteurs sociaux individuels et collectifs qui, de manière active et tenace, font que notre ville offre des réseaux sociaux et sanitaires auxquels se référer non seulement dans le Pentagone mais dans les 19 communes, de part et d'autres du Canal bruxellois.<sup>48</sup>

# Réflexions du Réseau Canal Santé

Notes :

1 Dans la perspective de :

Charte des Droits de l'Enfant hospitalisé, 1988 ;

Convention Internationale relative aux Droits de l'enfant, 1989 ;

Déclaration sur la promotion des Droits du Patient en Europe, dite

Déclaration d'Amsterdam, 1994 ;

Projet de Charte de Charte de l'enfant malade 2001 ;

Loi relative aux droits du patient, MB 26.9.2002.

2 Ce n'est pas un hasard qu'Yves DUTEIL ait permis à Charlotte BEECKMAN, fondatrice du Service d'enfants malades de Télé-Service et du Sparadrap Circus, d'utiliser le titre de sa chanson comme symbole poétique de son contact avec les enfants malades. D'autres en France organisent aussi des stages " à la découverte de son propre clown " dans une perspective médico-éducative comme Pascale Gondebaud-Sylvander de l'Institut de formation Bataclown : voir [www.jazzpi.assoc.fr/actions.html](http://www.jazzpi.assoc.fr/actions.html).

3 J'invite chacun à lire au goutte à goutte les pages d'Albert MEMMI : Ah, quel bonheur, Paris, Arléa, 1995 ; Bonheurs, 1992 et L'Exercice du bonheur, 2001.

4 Jean de Munck, Quel avenir pour le secteur ambulatoire de la santé, Soins ambulatoires : qu'est-ce qui bouge ?, dans la Revue Nouvelle, octobre 2003, 10, pp.27-41.

5 O.c., 35.

6 Voir : Pauline ROMERO, Le "l social " et la santé, dans Bruxelles-santé, 1998(11), 8-10 ; Hervé AVAOLSSE ? Inégalités sociales dans le domaine de la santé, Mutualités chrétiennes, Bruxelles, 1996

7 O.C., 36.

8 Ivan. ILLICH, Némésis médicale : l'expropriation de la santé, Paris, Seuil, 1975. Voir aussi Michel KESTEMAN, L'invention de la santé, Bruxelles, FIAS, 1997 ; Puisqu'on nous change l'hôpital, l'hospitalité n'est pas déplacée : elle devient fondamentale, Anderlecht, Editions de la Marelle, 2003.

9 Hans-Georg GADAMER, Philosophie de la santé, Paris, Grasset- Mollat, 1998, 119.

10 Walter HESBÈEN (dir.), Le soin, une nécessité pour le monde, dans Prendre soin dans le monde (perspectives soignantes), Paris, Seli Arslan, 2000

11 La qualité du soin infirmier, Paris, Masson, 1998, 98.

12 Lucien ISRAËL, Le médecin face aux malades (Psychologie et sciences humaines, 25), Bruxelles, Dessart, 1971 a analysé très finement Le cercle de famille à la fois comme générateur de névrose que comme lieu de réactions particulières à la maladie qu'il s'agisse de celle du père, de la mère, d'un enfant ou d'un aîné, p.117-135.

13 On en trouve le texte entre autres dans la Revue Nouvelle, octobre 2003, 10, pp.24-26.

14 Prendre soin dans le monde, 20-22. Voir aussi Yves PACCALET-Michel HOUËT, Soigner l'homme. Soigner la terre, Paris, JC Lattès, 2003 qui associent de manière très suggestive les dangers qui atteignent l'homme individuellement et collectivement et dont il peut se prémunir selon le cas individuellement et collectivement : chaudière et Tchéliabinsk (agression), Barbecue et Tchernobyl (imprudence), obésité et marée noire (surdose), drogue et croissance (pléthore), mélanome et tétrachlorure (mal sourmois).

15 Alain CHERBONNIER, Promouvoir la santé dans la ville, Bruxelles santé, N8spécial 1998.

16 Saul ALINSKY, Manuel de l'animateur social : une action directe non-violente ? (Points), Paris, Seuil, 1976 ; A. COULON, L'École de Chicago (Que sais-je, 2639), Paris, PUF, 1992 ; STENGÈLE, ci-dessous, 67-71.

17 STENGÈLE André, Action sociale et communautaire, Bruxelles, Cridis-CoCoj, 1998 ; BANTUELLE Martine, DE HENAU P., LAHAÏE T., La pratique communautaire dans la promotion de la santé : quelques réflexions, janvier 1998 ; Santé communautaire et promotion de la santé, 1. "Des concepts et une éthique " , Bruxelles, Santé, communauté, participation, 2000, 23 sv ; LAHAÏE Thierry, La santé communautaire, octobre 2003.

18 STENGÈLE, O.c ; 61.

19 Les soins de santé primaires, Alma-Ata, OMS/UNICEF, Genève, 1996.

20 LAHAÏE, O.c., 3 ; Pauvreté, précarité : quelle santé promouvoir ?, dans La santé de l'homme, n8348, juillet-août 2000, CFES.

21 J.MAISONDIEU, Le déji brestois : un déji aux buveurs " normaux " !, dans Ville et santé, CFES, 1995.

# Réflexions du Réseau Canal Santé

22 Voir aussi : Santé communautaire et promotion de la santé. 3. " le diagnostic communautaire ", Bruxelles, Santé, Communauté, Participation, 2000. ; idem. 4. " La participation et les acteurs ", 2000 et 5. " L'évaluation, un outil au service du processus ", 2001.

23 LAMBRICHS Louise L., *Le livre de Pierre. Psychisme et cancer*, Paris, Editions de la différence, 1995. p.41 et 47 et 8V.

24 Nicole LANDRY-DATTEÉ et Marie-France DELAIGUE-COSSET, *Hôpital silence. Parents malades : l'enfant et la vérité*, Paris, Calmann-Lévy, 2001. Une psychanalyste et une anesthésiste.

25 Les auteurs rapportent aussi p.32 la définition de Sigmund Freud pour qui le traumatisme est " un événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité et l'incapacité d'y répondre adéquatement, un bouleversement accompagné d'effets pathogènes de l'organisme psychique ". Deuil et mélancolie, dans *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1985.

26 *L'art nouveau*.

27 *Une politique à partir des plus pauvres*, Paris, 1993, repris dans le *Rapport pauvreté de la Fondation Roi Baudouin* en 1994.

28 C'est le cas d'Anne-Marie JOBIN, arthérapeute canadienne, qui le situe " à la croisée des chemins entre la psychothérapie et les arts visuels ". Elle " vise à guérir ou à transformer la psyché avec l'aide de l'art. La création spontanée de dessins, peintures, sculptures, masques ou collages permet à l'inconscient de nous faire parvenir des images symboliques qu'on explorera par après afin de faire le lien entre nos créations et notre vie courante. " Jean-Pierre KLEIN y ajoute contes, mandalas, travail de la voix, images, danse, mime, théâtre qui permettent aussi à la spontanéité de s'exprimer à travers le technique en vue d'une liberté de créativité, une anticipation imaginaire de soi-même, du détachement et de l'intérêt à l'essence de l'être. Voir : J.F.KLEIN, *Art thérapie*, dans *Rhapsodie Contact* 2004/1. et <http://pages.globetrotter.net/amjobin/ArtTherapie.htm>. Voir aussi Docteur Jean RODRIGUEZ-Geoffroy TROLL, *L'Art-Thérapie. Pratiques, techniques, concepts*, Paris, Ellébore, 2001, 2<sup>e</sup> éd. Geoffrey Troll, artiste sculpteur, est diplômé en art thérapie de la faculté de médecine de Tours et de Goldschmidt College University de Londres. Il l'enseigne en Suisse à Créavie, en Normandie à Acte et en Martinique. Les ateliers de la Maison d'Enfants Clair Logis : [\[logis.org/ateliers.htm\]\(http://logis.org/ateliers.htm\) développent l'usage à l'égard des enfants ; c'est aussi le cas du Centre Rhapsodie \[www.rhapsodie.be\]\(http://www.rhapsodie.be\) et \[www.mieux-etre.org\]\(http://www.mieux-etre.org\) qui propose des initiations et des formations certifiées.](http://www.clair-</a></p></div><div data-bbox=)

29 Marc-Alain OUAKNIN, *Bibliothérapie. Lire, c'est guérir*, Paris, Seuil.

30 Bruxelles, Orphée, 2000.

31 Jan de HARTOG, *Het ziekenhuis*, Amsterdam-Brussel, Elsevier, 1966 (6<sup>e</sup> édition).

32 Paris, Desclée de Brouwer, 1988.

33 Paris, Gallimard, 1996.

34 Paris, Julliard, 1976.

35 Jacques SALOMÉ n'écrit-il pas : " les maladies sont nos alliées " dans *Passeur de vie* (Pocket 11342), Paris, Dervy, 2000.

36 Marie de HENNEZEL, *La mort intime. Ceux qui vont mourir nous apprennent à vivre*, Paris, Laïfont, 1975.

37 Bruxelles, Labor, 1993 (Prix Rossel) 1991) dont les annexes évoquent d'autres références : Alexandre SOLJENITSYNE, *Le pavillon des cancéreux* ; Jean-Paul DE DADÉLSEN., Jonas, Gallimard, 1962 (cancer du cerveau) ; Jean COLIN D'AMIENS, *Journal*, Seuil, 1978 (paralysie) ; ZORN F. : Mars, Gallimard, 1979 (cancer) ; ROUBAUD A.C., *Journal* 1979-1983, Seuil, 1984 (embolie pulmonaire sur asthme) auxquels on aurait pu ajouter e.a. Albert CAMUS, *La peste*, Paris, Gallimard, 1996 et Jean GIONO, *Le cavalier sur le toit. (peste)*, Thomas MANN (*sanatorium*), Anny DUPÉREY, *Le voile noir*, Paris, Seuil, 1995 (*souffrance cachée*) en attendant les auteurs du Sida.

38 Paris, Albin Michel, 2001.

39 Marcinelle, Dupuis, 2002 (Collection Sac à Puces).

40 Rose-Marie VANDEN BROECK, *La qualité de prise en charge en neuropédiatrie au Centre neurologique WLennox (Ottignies), Unité Aubier, Formation aux bénévoles du SEM*, février 2003, p. 3-5.

41 Professeur André KAHN, chef de clinique à l'Hôpital des Enfants Reine Fabiola/HUDERF à Bruxelles, *Prise en charge de l'enfant malade par les volontaires et humanisation à l'hôpital, Formation aux volontaires du SEM d'Espace Social Télé-Service*, 22/04/1999, p.2.

42 Un répertoire des initiatives a été distribué lors du colloque Canal-Santé de novembre 2004, Suivez le Canal.

# Réflexions du Réseau Canal Santé

43 Visite aux enfants hospitalisés, dans *L'enfant et sa famille*, Paris, Payot, 1991 (1957), 175-182.

44 Il dit même p.179 : " Certaines paraissent presque " faire l'amour " à leur enfant. " en visant par là la surabondance de cadeaux, de bonbons, de caresses qui ont l'air de revendiquer une réponse affective de même niveau. De même oserions-nous évoquer ici l'outrance maternelle de ces femmes qui comme l'évoque un pédiatre viennent se faire soigner de leur enfant plutôt que de présenter l'enfant à soigner ou encore dont l'enfant est un symptôme, jeu qu'il joue bien jusqu'à ce qu'elles puissent être guéries de leur vertige. Voir Aldo NAOURI, La maladie-enfant, dans *La mère*, numéro de la revue *Autrement.*, mai 1987(90), 166-171.

45 O.c., p.3..

46 Voir l'analyse du psychanalyste Philippe FOUCHET, Une pratique de réseau bien singulière, dans *Rapport d'activité 2002 du planning familial de la Senne*, Bruxelles, 2003, 16-20 (Contribution au Congrès *Penser la psychose. Du traitement à l'accompagnement*, Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale et la CoCoj, Bruxelles, novembre 2002). Il y évoque le " bricolage " et " l'institution invisible " que se crée le sujet en créant autour de lui un réseau personnel d'intervenants comme l'a montré Alfredo ZENONI, Orientation analytique dans l'institution psychiatrique, dans *Mental*, 2002 (10), 90.

47 Table ronde *Stratégie des acteurs*, janvier 1999, cité dans *Santé communautaire et promotion de la santé 2 " Les acteurs et leurs pratiques "*, p.24.

51 Il représente de manière significative, l'axe de la représentation elliptique de la pauvreté dessiné par Cédric SCHUPP, *Indicateurs de disparité dans la Région de Bruxelles-Capitale*, Bruxelles, Iris-Bres, 1995 : p.41 qui commente p.48 : il s'agit " de communes " jeunes ", à forte proportion d'étrangers, à bas revenus et fortement touchés par le chômage ". Ces données croisent celles relevées par le *Tableau de bord de la Santé .région Bruxelles-capitale*, Bruxelles, Commission communautaire commune, 2001. On en retrouve la pertinence en observant le positionnement des quartiers d'initiative (1998) et des contrats de quartier (1979) initiés par la Région. C'est pourquoi le réseau de santé Canal-santé (2003-2004) mis en place avec le soutien de la Commission Communautaire Française justifie pleinement son nom : la créativité citoyenne enracinée dans des initiatives associatives sociales et sanitaires implantées le long du canal se manifeste même si elle doit faire appel à des intervenants professionnels et bénévoles issus d'autres quartiers. La mobilisation des forces propres des quartiers concernés reste donc un objectif à atteindre pour l'avenir.

# Pour une éthique des réseaux

*“ Les hommes qui tracèrent les premiers un chemin entre deux endroits ont accompli l’une des plus grandes performances humaines. ”*

Georges Simmel

## 1. Éthique :

Dès qu’une question est controversée, dès qu’elle est controversable, elle génère un espace éthique, celui d’un discernement entre diverses visions ou divers scénarios de solution.

**A quoi sert un réseau, quelles en sont les limites, les risques et les bénéfices**, voilà des questions qui ne manquent pas d’interroger ceux qui dans le réseau scolaire, le réseau hospitalier, le réseau de soins à domicile, le réseau social, voire le réseau de distribution de l’eau, du gaz et de l’électricité, les télécommunications sont confrontés à des choix sur l’évolution de ceux-ci : il y a longtemps que les autoroutes et les autoroutes de l’information ne sont plus le seul modèle de réseau reliant les gens.

## 2. Éthique de responsabilité :

Depuis Max Weber, nous savons que l’éthique de responsabilité est l’alternative à l’éthique de conviction : elle renvoie au pratique, aux conséquences envisagées et à celles qu’on ne pouvait envisager. L’homme s’y reconnaît, depuis St Exupéry en tout cas, pourvu que la responsabilisation ne soit pas le nouveau visage de la culpabilisation.

On peut distinguer différents niveaux ou modes de responsabilité.

La première est la **responsabilité particulière, personnelle**, celle où un homme en relation avec un autre répond de ses actes à cet autre.

La responsabilité singulière devient **responsabilité plurielle** quand notre individu rend compte de ses actes devant plusieurs. Il s’agit en l’occurrence de la société ou de ceux qui la représentent (hommes de loi, hommes d’église, hommes politiques) ou plus largement de tous ceux que la société entend représenter (citoyens, voisins, prochains, humanité, générations futures), voire Dieu même comme garant méta-social ou instance fondatrice (le “ coram Deo ” , le face à face de Luther).

Dans les années 50, le procès de Nuremberg a posé la question d’une possible **responsabilité collective**, irréductible à la somme des responsabilités individuelles : plusieurs ont-ils à répondre ensemble de l’effet de leurs actions communes ou de leur inaction, en particulier face à la Shoah, indépendamment de leur propre responsabilité personnelle. La question s’est répétée sur des enjeux écologiques, humanitaires ou militaires qui émaillent le vingtième siècle : Hiroshima, Nagasaki, Tchernobyl, Rwanda et autres Sarajevo. Il y a en effet une responsabilité collective, construite ou non, des groupes de décideurs et des groupes constitués impuissants à se déterminer et à réagir.

D’autres noteront que la **responsabilité conjointe**, identifiée parfois dans les schémas favorisant le racisme, se retrouve dans la malbouffe, le non-soin ou le surendettement : les

# Pour une éthique des réseaux

victimes peuvent contribuer à leur victimisation même si certains ont créé ou amplifié les circonstances qui y conduisent.

### 3. Tout au réseau ?

La mondialisation, la création d'internet comme la modification de modes de vies éclatés entre plusieurs lieux de vie ont fait de nous des navetteurs et des branchés, des zappeurs et des opportunistes. La pluralité des initiatives sociales, sanitaires, culturelles, éducative et la multidisciplinarité ont conduit au développement de réseaux spécialisés ou non juxtaposés ou entremêlés qui conduisent à étudier ce phénomène dont A. Bravais avait développé le concept en cristallographie, en conjuguant motif et réseau pour décrire la formation des cristaux.<sup>1</sup> Le sociologue Guy Bajoit observe à ce propos : *“ Les acteurs collectifs forment des groupes plus ouverts, que l'on désigne justement comme des réseaux, dans lesquels on entre et on sort plus librement, qui tolèrent mieux les tendances et les critiques internes et invitent davantage leurs membres à participer à l'élaboration de leurs normes. ”*<sup>2</sup>

S'il faut caractériser un **réseau matériel** (par exemple de voies ferrées), on soulignera l'architecture topologique de nœuds/sites et de liaisons entre eux qui assurent un maillage quand chaque fois qu'un ensemble formant maille se répète.

<sup>1</sup> *Études cristallographiques*, Paris, 1885. On ne parlait pas encore de fractales ni des boucles de rétroaction de la complexité chères à Edgar Morin.

<sup>2</sup> *Le changement social. Approche sociologique des sociétés occidentales contemporaines*, Paris, Armand Collin, 2003, 144.

<sup>3</sup> D'où l'attention requise par ceux qui mettent en place le Customers relationship management (CRM) ou Coordination des relations avec les membres/consommateurs/usagers/clients.

<sup>4</sup> *Du groupe au réseau*, Paris, CNRS, 1988, 12-13

On parlera de **réseau dynamique** (par exemple pour les populations) quand on peut analyser les distances, les détours, les chemins possibles et les parcours privilégiés ou répétitifs : c'est ainsi qu'un usager nous indique son réseau ou qu'un prestataire s'installe dans le sien, qu'il soit formalisé ou non : les réseaux informels ont autant d'importance que les formels pour la sociologie, à défaut d'avoir statut légal, mais même le droit reconnaît l'usage dans le fait des servitudes.

On évoquera enfin les **réseaux de communication ou relationnels**, surtout à l'heure des télécommunications et des réseaux virtuels : on est ainsi passé d'un mode binaire comme chez Shannon à un modèle systémique, complexe, comme le révèle le réseau culturel " où beaucoup transmettent à beaucoup, sans qu'on sache toujours qui à qui, ni exactement quoi à qui ", a fortiori dans les bases de données relationnelles où le stock préservé sous contrôle devient flux cumulable et exploitable, exportable et copiable à l'excès.<sup>3</sup> Le réseau n'est plus seulement local (LAN), contrôlable par ses usagers et ses acteurs-auteurs, mais global (WAN) : l'ouverture formidable permet tous les courants d'air !

Le philosophe Parrochia nous invite à approfondir pour tout réseau les caractéristiques qui font qu'il y a réseau, selon P.Dujardin <sup>4</sup> :

- **Artificialité** : un réseau est une relation voulue et construite ;
- **Formalisation**, même élémentaire : comme l'entraide, la

# Pour une éthique des réseaux

- répétition, la remise d'un document ;
- **Limites** : où s'arrête le réseau, où va-t-il céder ?
- **Procédure d'établissement** : elles sont diverses et révélatrices.

Ainsi, nous sommes amenés à observer :

- **L'institution de réseaux** : une institution mère en suscite d'autres comme filiales ou succursales réparties dans l'espace concentrique géographique ou dans l'espace hiérarchisé des compétences. (Par exemple une université s'entourant d'écoles et d'hôpitaux ou de PME complémentaires ; les piliers en Belgique sont du même type). On élargit ainsi le bassin de recrutement ou de distribution.
- **La fédération ou réseau fédérateur** : un ensemble d'institutions existantes ou de prestataires visent leur représentation politique commune, leur synergie ou la création d'économie d'échelle, voire leur fusion et un pilotage commun (par exemple des fédérations patronales, fédérations de P.O. ou pouvoirs organisateurs,...). Dans certains cas, l'élément identitaire l'emporte sur les aspects pratiques : qui se ressemble s'assemble.
- **La complémentarité ou réseau interdisciplinaire** : un ensemble d'institutions ou de prestataires complémentaires associent leur savoirs et savoir-faire pour élargir leur palette de compétences et de performances (constitution d'académies réunissant universités et grandes écoles, transversalités santé-social). On élargit le bassin d'équipements.
- **Le réseau interne** : un espace multi-portes permet d'articuler des spécialités dans un espace unique et facilite les transitivités d'une spécialité à une autre : c'est le concept des polycliniques, qui offrent à l'utilisateur la possibilité d'accéder par la spécialité, le généraliste, l'accueil ou le dispensaire lui offrant le moins d'effet de seuil économique ou psychologique (je ne suis pas un cas social, je n'aime

pas les psy, je ne suis pas malade mais..., ce n'est pas pour moi mais pour ma sœur,...).

- **Les individus** : leur bricolage les conduit à éclater des points de contacts institutionnels ou personnels susceptibles de répondre à leurs besoins, soit pour préserver leur liberté, soit par irrationalité, soit par opportunisme au nom d'une proximité physique ou d'une relation de confiance particulière (dialogue singulier). C'est le réseau à la carte car " il est de l'essence des liens d'être multiples, empiétants, parfois instables " selon l'observation de Parrochia.
- **Les communautés** : l'institution culturelle ou idéologique, le bricolage des individus dans une émigration conduisent à des réseaux populationnels, communautaires ou thématiques.

## 4. Questions au réseau

On voit donc pourquoi se pose une première batterie de questions :

- Est-il pertinent d'occuper l'espace sanitaire, social et culturel par un réseau monopolistique ? n'est-ce pas totalitaire ?
- Peut-on le faire avec un réseau complémentaire ? Sans entrer dans le même objectif de conquête ou d'hégémonie territoriale, d'influence ou de chalandise (les parts de marché) ?
- Le fait de les créer induit-il une dépendance vis-à-vis de l'institution, de sa maison mère, de sa fédération ?
- Quel statut fait-on à la liberté de l'individu, à son libre choix du prestataire, initial et successif ? Les prestations sont-elles conditionnelles et la conditionnalité est-elle justifiée (continuité d'un traitement, d'une guidance,..) ?
- Quel traitement sera donné aux informations récoltées

# Pour une éthique des réseaux

pour une prestation ? L'anamnèse appartient-elle au prestataire, à l'utilisateur, aux deux, au réseau pour éviter un doublet et fournir l'info utile au prestataire suivant ?

- La synergie ne crée-t-elle pas une nouvelle forme de monopole : le passage de l'occurrence à la concurrence ?
- Le pouvoir public contemporain préfère souvent, à l'inverse de l'adage diviser pour régner, limiter ses interlocuteurs et négocier avec une instance représentative plutôt qu'à des individus ou des institutions atomisées (facilité de négociation, information cohérente, discours construit, limitation des coûts). Faut-il s'y soumettre par décret ou par opportunité ?
- La détotalisation des appartenances et prestations dans l'éclatement urbain et sociétal contemporain est-il une forme de détricotage des liens sociaux ou une forme de retricotage des liens sur mesure, satisfaisant parce que personnel, expérimenté et validé par ses effets positifs.

Le lecteur aura compris que les problèmes éthiques ne manquent pas dans ce champ.

Notre réflexion va croiser ici celles des Docteurs Pierre Hahnel et Etienne Duschu, membres du Conseil national de l'Ordre des médecins en France.<sup>5</sup> Nous pouvons reprendre leur argumentation en élargissant leur propos.

**L'appel à prestataire/intervenant/opérateur (de soins, d'action sociale)**, quand il n'est pas fondé sur la rareté des intervenants, est basé sur la " rencontre d'une confiance et d'une compétence ", même si celle-ci n'est que supposée ou faite sous réserve de vérification. Cet appel à prestataire ou cette

**confiance à prestataire** entre dans une logique nouvelle quand cet appel s'élargit à d'autres intervenants mobilisés au titre de l'équipe comme adjuvants, agissant simultanément, en relais, en alternance pour des raisons de disponibilité spatiale ou temporelle ou de compétences différentes et complémentaires. Ce qui rend cette transitivity acceptable c'est que le premier prestataire se porte garant des autres et que les éléments de concertation ou de cohérence méthodologique ou procédurale valident cette prétention. On s'y retrouve, on n'y perd pas ses repères, on est dans de bonnes mains et on vous explique comment et pourquoi : dans ces conditions on peut passer de main en main. Nos auteurs appellent cela **délégation de confiance** et **obligation d'explication**. Si la confiance se mérite, la délégation de confiance se légitime. Il y a cependant une évolution en contenu et en nature, parfois en lieu : le réseau n'est pas une somme de compétences techniques ni un rassemblement d'intérêts croisés de clients/usagers/patients/élèves et de prestataires/intervenants/soignants/éducateurs/enseignants mais une **communauté morale**.

Même si cela prend parfois la forme hiérarchique où le plus fort valide le plus faible, on entre néanmoins dans un système réticulé où la force de l'ensemble est à la mesure du maillon le plus faible. On peut certes distinguer première et seconde ligne, premiers soins d'urgence et traitements spécialisés, niveaux primaire, secondaire et supérieur, la qualité de l'ensemble d'un réseau n'est pas seulement dans le pôle d'excellence " la source " mais jusqu'à l'estuaire dans le delta large et distant, la frontière de la qualité totale. C'est là que l'enjeu devient la réalisation et la validation d'une

<sup>5</sup> Problèmes éthiques et réseau. Actualité et dossier en santé publique, 1998 (24), 45-46.

# Pour une éthique des réseaux

**performance de groupe** et le **renforcement des maillons faibles**, par le jeu de l'équipe, des procédures, des formations, de l'accompagnement. La coordination des compétences, la fluidité relationnelle et la transparence, la circulation pertinente des infos, l'évaluation entre pairs en sont les garants. Une **charte de qualité** commune en est le signe externe, expression de l'engagement de la communauté des prestataires.

Quelques facteurs déontologiques émergent dès lors :

- L'accessibilité de l'information pertinente (rien que celle-là et toute celle-là) pour éviter de soumettre l'utilisateur à la question à répétition
- Le dossier médical partagé ou le dossier social partagé ou le dossier pédagogique commun
- La vigilance à l'égard de pratiques à risques susceptibles de faire de la casse par manque de proportionnalité ou perte de contrôle, ce qui suppose transmission adéquate des données et sédimentation suffisante
- Le maintien de l'autonomie du praticien par rapport son réseau mais avec obligation de communiquer ce qu'il a fait et pourquoi à celui qui doit assurer la suite de son action. On évitera ainsi de tomber dans le complexe d'Hippocrate des médecins, le complexe de Socrate des enseignants, le complexe de Lacan des psys et le complexe soixante-huitard libertaire des travailleurs sociaux qui peuvent être autant de surdéveloppements de l'égo au détriment du service au client.
- Le maintien du libre choix de l'utilisateur dans et hors réseau.
- L'enregistrement officialisant les partenariats en réseau et les conditions d'exercice tarifaire ou horaire par exemple
- La vigilance à la qualité pour éviter qu'un incident loca-

lisé ne discrédite l'ensemble.

- Un code déontologique commun définissant les " bonnes pratiques " usuelles et le travail éthique d'analyse des terrains nouveaux
- Une délimitation des pratiques d'urgence et de remplacement
- Une détermination des limites d'intervention
- Un bilan des compétences en vue d'une formation permanente adaptée des intervenants

## 5. Il y a plus d'un réseau

Dans l'univers de la rareté, on serait très content de trouver un réseau : l'absence de réseau est au porteur de portable ce que la solitude est à l'homme en quête de lien social introuvable. Pourtant en milieu urbain, dans les mégapoles, dans un espace concentré comme la mégapole européenne, comme celles du Japon, des bandes côtières américaines, ... il n'y a pas seulement présence de plusieurs réseaux concurrents sur le même thème, ce qui laisse des possibilités de choix, mais enchevêtrement, juxtaposition, superposition. A l'heure de la fin des affiliations totales et définitives et de l'éclatement ou du zapping des affiliations provisoires, la cohérence manque quelquefois aux usagers et le pur effet d'aubaine engendre déconnexions et reconnexions : une synapse peut en cacher une autre.

Par ailleurs nous sommes tous de plusieurs réseaux : réseau de service, de communication, de télécommunication, chatters du net, réseau d'amis, réseau des tenants d'une même conviction, réseau scolaire de nos enfants, réseau militant de nos mouvements, réseau commercial de notre carte de

# Pour une éthique des réseaux

client, réseaux de savoir, , d'échanges de pratiques, de financement...<sup>6</sup>

Nous voilà avec une nouvelle batterie de questions éthiques :

- Comment garantir à la fois liberté et continuité ?
- La transmission de droit en cas de rupture ?
- Faut-il jouer la conditionnalité contribution-rétribution ? investissement préalable ou fidélité ?
- Comment résoudre la question de la concurrence ou de la superposition des réseaux ?
- Peut-on envisager un métissage des interventions ?

## 6. Communication en réseau

Certains craignent le flou, le manque de visibilité du réseau : une campagne de communication aide à résoudre cette question si il y a clarté du concept : ce qui se conçoit bien, s'énonce et se montre clairement. Si on ne peut voir le tout, ce n'est pas pour autant objet d'opacité, à condition de prévoir la disponibilité effective de la communication sur le reste du réseau.

Communiquer : quoi et comment ?

La communication d'un réseau et en réseau a pris une importance nouvelle à l'heure des nouvelles technologies :

- Quel médium privilégié et quels médias, quel rythme, quelle distribution ?
- Quels moyens pour communiquer, quel support, quelle régulation ?
- Est-elle purement transitive, réversible, alternée, permanente, publique ou semi-publique ?
- Qui régule ces questions ? Où sont-elles négociées et protocolées ?
- Quel rythme et quelles modalités de communication ?

On pourrait considérer ces questions comme anecdotiques mais elles vont plus loin qu'une éthique de la communication. En effet, comme le remarquait Marshall McLuhan à la suite de Shannon : " toute forme de transport non seulement transporte mais traduit et transforme l'expéditeur, le message et le destinataire. " <sup>7</sup> Les utilisateurs des traitements de texte et outils de mise en page savent comment cela les aide à rendre leur pensée infiniment plus percutante, plus communicable au détriment parfois d'une rigueur de pensée et d'argumentation.

*6 J'arrête l'inventaire mais d'autres auraient ajouté : réseau de prostitution et de traite des blanches, réseau pédophile, réseaux mafieux, réseaux d'initiés, ... ce qui indique que tout n'est pas éthique dans la forme et le contenu. A l'heure de la circulaire Bolkenstein et de la mondialisation, la tentative de transformation des services publics en marchandise au nom de la libéralisation des marchés fait des réseaux d'eau, de gaz et d'électricité comme des cartes d'accès au réseau téléphonique et bancaire devenus des nécessités dans notre univers contemporain des marchandises soumises au pur jeu de la concurrence. L'éthique du libéralisme total sans régulation, sans acteurs collectifs fédérant les sans voix et garantissant collectivement des solidarités protectrices des minorités constitue un risque majeur.*

*7 Pour comprendre les média, Paris-Tours, Mame-Seuil, 1968, 110.*

# Pour une éthique des réseaux

C'est l'interdépendance des acteurs qui s'en trouve modifiée : passer de la réunion mensuelle ou hebdomadaire au mail quotidien, voire successif dans la journée, passer du contact physique et visuel au chat avec caméra ou télé-conférence offre des possibilités de raccourci et de dialogue intercontinental mais empêche des consultations que favorisaient la distance et le temps à prendre pour rejoindre le lieu de débat.

La mise au clair de **protocoles de communication** est donc une exigence fondamentale pour :

- Garantir la validation démocratique et sortir du privilège du plus proche et du plus disponible (par servilité ou par hasard)
- Eviter la dictature de l'urgence supposée ou fabriquée pour mettre sur pression ou valoriser l'exigeant qualificateur d'urgence (hiérarchie par disponibilité : le pouvoir du temps)
- Eviter les discrédits ultérieurs des non-intervenus pour cause d'indisponibilité ou de délai de réflexion requis (l'urgence est mauvaise conseillère même si elle nous requiert)
- Eviter l'application du principe économique de Gresham " la mauvaise monnaie chasse la bonne " : l'inflation des messages crée l'encombrement, la banalisation, l'indigestion, la non-priorisation ou des réponses aléatoires, impertinentes et dilatoires.

Il faut assumer fluidité du trafic de l'info, mise à disposition des informations pertinentes, des clés d'accès de la confidentialité à la fois pour préserver les droits à la confidentialité des données privées qu'elles soient médicales, sociales, confessionnelles ou autres, tel que le prévoit la loi mais aussi

d'éviter la fabrication de rumeurs indues parce qu'une hypothèse est prise pour une réalité avec l'effet domino des craintes et des frilosités.

Il faut donc allier paradoxalement **devoir de réserve, devoir d'information et devoir d'hiérarchisation de l'info**.

Parrochia conclut à ce propos : " pour qu'une société fonctionne, il faut encore que chacun ait envie d'y vivre. " <sup>8</sup> Je dirais même plus " puisse encore y vivre sa vie sans se sentir menacé ".

## 7. Réseau sans frontières ?

L'existence de Médecins Sans Frontières et autres Reporters Sans Frontières manifeste la possibilité d'une relative ubiquité du réseau. Il n'empêche que la question se pose de l'au-delà et de l'en-deçà du réseau :

- peut-il être sans limites géographiques,
- peut-il tout soutenir et durer, peut-il fonctionner 24 h sur 24,
- pour toute réquisition ?

Tout étant théoriquement possible, tout n'est pas possible, tout n'est pas payable, tout n'est pas convenable, tout n'est pas acceptable. La question des frontières, de la limite territoriale comme celle de la limite morale ou pratique est donc inéluctable si on ne veut ni l'épuisement des acteurs ni l'incompétence et l'impuissance. La cohérence idéologique et le consensus sur les pratiques inclut donc celui des limites dans le temps, l'espace, la nature, l'ampleur, la quantité de la prestation.

Michel KESTEMAN

<sup>8</sup> O.c., 147.

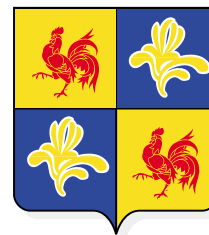


## Les maisons médicales



Un axe de la politique de soins de santé primaires de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale





**Cette brochure est mise à votre disposition par la Commission  
Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale.**

**Tél. 02 800 83 16**

**Fax 02 800 85 16**

**E-mail : [ccfbe@yahoo.fr](mailto:ccfbe@yahoo.fr)**

**Site web : <http://www.cocof.irisnet.be>**

Administration de la Commission Communautaire Française  
Service Santé  
Rue des Palais 42 - 1030 Bruxelles  
Tél. 02 800 83 16 - Fax 02 800 85 16

Ministre-Membre du Collège  
de la Commission Communautaire Française  
chargé de la Santé

Rue Capitaine Crespel 35 - 1050 Bruxelles  
Tél.: 02.508.79.11 - Fax : 02.514.48.60  
Courriel : [info@cerexhe.irisnet.be](mailto:info@cerexhe.irisnet.be)