



Analyse organisationnelle des Réseaux Santé en Région de Bruxelles-Capitale

Commission Communautaire française

S. Deschamps, B. Francq (dir.),
C. Mahieu, Ph. Scieur (dir.), D. Vanneste

FUCaM
Mars 2007

Introduction

Ce rapport est structuré par quatre parties. La première rappelle les termes de la convention entre les FUCaM, représentées par Monsieur le Recteur C. Delporte et Monsieur le Professeur Ph. Scieur et la COCOF, représentée par Monsieur le Ministre Benoît Cerexhe. Outre les éléments de base définissant la mission, deux sections présentent d'une part les modalités concrètes ajustées au cours de l'étude, et d'autre part la méthodologie mise en œuvre, qui a supporté le processus heuristique et a conduit à la réalisation du rapport. La deuxième partie est constituée de la présentation de chacun des dix réseaux, avec en final un sociogramme des associations partenaires et leur appartenance aux différents projets ainsi qu'une brève analyse en termes de regroupements territoriaux et de rapports à l'espace. La troisième partie fait l'objet d'une étude organisationnelle des réseaux, mettant l'accent sur les grands traits qui traversent l'ensemble du dispositif. La dernière partie présente une lecture transversale avec des propositions, formes de pistes d'action.

Un rapport de recherche, outre son contenu, constitue toujours un pacte de lecture. Ainsi, chaque partie est entamée par une introduction qui présente les différentes sections et leur articulation. Dans le texte, certains extraits théoriques d'auteurs ou modèles analytiques ou pragmatiques sont encadrés, illustrant une assertion ou un propos. En plus des propositions intégrées dans la quatrième partie, certaines prescriptions émergent à l'issue de l'analyse dans la troisième partie. Cette étude a été réalisée avec rigueur et précision, selon un modèle classique plutôt inductif : la constitution d'un matériau empirique, la réalisation d'un travail d'analyse et la formulation de propositions en cohérence avec les savoirs issus des deux étapes précédentes. Nous espérons que ce rapport contribuera au progrès de la gestion de la santé dans la Région Bruxelles Capitale.

Sommaire

Introduction	2
1 ^{ère} partie. Rappel de la convention	4
1. Introduction	5
2. Les termes de la convention : rappel	6
3. Modalités concrètes ajustées	10
4. Méthodologie de l'étude	11
2 ^{ème} partie. Présentation des différents réseaux	12
1. Introduction	13
2. Présentation des réseaux	14
1. Réseau Bruxelles-Est	14
2. Réseau Canal Santé	15
3. Réseau Dépendance Bruxelles-Est	17
4. Réseau de santé mentale communautaire Berchem	19
5. Réseau de santé « soins de santé primaires – Santé mentale »	20
6. Réseau Hépatite C – Bruxelles	21
7. Réseau « Maintien à Domicile des personnes âgées par l'amélioration de l'indépendance, la prévention des chutes et l'aménagement du domicile »	22
8. Réseau Santé Diabète Marolles	24
9. Réseau Santé Mentale Marolles	26
10. Réseau « santé, précarité »	28
3. Sociogramme des réseaux	30
3 ^{ème} partie. Analyse organisationnelle	34
des réseaux santé	34
1. Introduction	35
2. Perspectives générales : complexité, diversité, flexibilité	35
3. La dynamique structurelle de l'organisation réticulaire	39
4 ^{ème} partie. Lecture transversale et propositions	53
1. Introduction	54
2. La question de la qualité sur le terrain ou la modernisation « par le bas »	54
3. Où sont les usagers ? De la qualité à la citoyenneté	59
4. La modernisation par le haut : la nécessité d'une politique de santé publique à l'échelle de la Région	60
Annexes	64

1^{ère} partie

Rappel de la convention

1. Introduction

Cette partie vise à rappeler, sur le plan de la recherche, les termes de la convention passée entre le commanditaire et l'équipe des FUCaM. Cette convention dresse les objectifs, la méthodologie ainsi que les balises de l'étude et de ses attendus. Cette manière de décrire l'objet du travail d'intervention permet également aux partenaires de l'opération d'évaluer si l'étude et ses conclusions sont conformes aux attendus explicités formellement dans la convention. Une section « Modalités concrètes ajustées » fournit des informations supplémentaires à propos de la manière dont la recherche a été organisée effectivement. Ainsi, il est fait référence à l'échéancier réel, les motifs de ses ajustements successifs ainsi qu'au calendrier de réunions diverses mises en œuvre au cours du processus heuristique. Une description de la méthodologie appliquée (ajustée) clôture la partie.

2. Les termes de la convention : rappel

Article 1 : Contexte de la convention

Convention entre d'une part,

Le Ministre Benoît Cerexhe, représenté par Dominique Maun, Attachée du Ministre, Président du Collège de la COCOF en charge de la santé et par Thierry Lahaye, responsable de la Commission Communautaire Française - Service santé - dont le siège social est situé à la rue des Palais, 42, 1030 Bruxelles ;

et d'autre part,

Les FUCaM (Facultés Universitaires Catholiques de Mons), dont le siège social est situé au 151, Chaussée de Binche à 7000 Mons, représentées par Monsieur C. Delporte, Recteur et Monsieur Ph. Scieur, Professeur et Vice-Recteur.

Article 2 : Objet de la convention

L'objet de l'opération est d'évaluer la qualité et la plus-value que procure le travail collectif et articulé des différents opérateurs agissant au sein de chacun des 10 réseaux santé. L'administration et le cabinet, les commanditaires souhaitent que quatre dimensions soient prises en compte lors du travail d'audit et de comparaison des pratiques :

- l'intégration - effective ou potentielle - des usagers et des professionnels ;
- le fonctionnement du réseau ;
- la qualité de la prise en charge ;
- la connaissance et la mesure de l'impact économique de l'action des réseaux en santé.

Article 3 : Finalités

L'objectif politique de l'action vise à assurer un renforcement du travail réticulaire des opérateurs santé et une plus grande efficacité dans la gestion de la coopération et de la coordination entre les différents partenaires. L'évaluation menée fournira une information validée par un dispositif rigoureux

de recueil et de traitement des données. Elle constituera un outil d'aide à la décision.

L'évaluation visera aussi à définir, mesurer, voire assurer (la pertinence) des normes autour des quatre dimensions susnommées, susceptibles de fournir des repères pertinents pour la réitération d'une même opération, dans un souci d'analyse longitudinale et de mise en œuvre d'actions pérennes sur les courts, moyens et longs termes.

Article 4 : Responsables de l'étude

Monsieur Ph. Scieur, Vice-Recteur des FUCaM, Professeur, Enseignant-Chercheur, Docteur en Sociologie, Licencié en politiques et pratiques de formation, Intervenant et auditeur dans les organisations.

Monsieur B. Francq, Professeur, Enseignant-Chercheur, Docteur en sociologie, Evalueur de projets sur les plans international, fédéral, régional et local.

Equipe d'évaluation : quatre chercheurs du CERIO/FUCaM, Centre de recherche et d'intervention en organisation (direction du CERIO : Ph. Scieur).

Article 5 : Contenu et méthodologie

L'audit est assuré par une équipe d'universitaires, indépendante, rompue à ce type d'intervention.

La méthodologie d'évaluation est basée sur une analyse croisée de différentes sources, disponibles et suscitées, avant de faire l'objet d'une étude descriptive (par réseau) et comparative (sur l'ensemble).

Les sources disponibles sont les règles et normes officielles qui régissent le secteur, qui organisent les réseaux, les audits divers, évaluations, auto-évaluations menés par les opérateurs concernés et/ou les pouvoirs subsidants, les procès-verbaux et rapports de fonctionnement... Ces données sont mises à la disposition de l'intervenant par le commanditaire et les opérateurs.

Les sources suscitées sont issues des interviews de la petite centaine (on en recense 111) de partenaires constituant les 10 réseaux santé. Le guide d'entretien sera relativement exhaustif et élaboré autour des quatre dimensions clés de l'évaluation (*cf. supra*). L'équipe intervenante veillera à rencontrer au minimum un représentant de chaque partenaire.

Ci-dessous, un premier aperçu des orientations du guide type d'entretien.

1. ÉVALUATION DE L'INTÉGRATION DES USAGERS ET DES PROFESSIONNELS DANS LE RÉSEAU

Objectifs

Evaluer la participation et la satisfaction des usagers et des professionnels du réseau. Cette partie est consacrée à des items sur les critères d'inclusion dans le réseau, les modalités d'adhésion au réseau, la mesure de la satisfaction et les mesures correctrices éventuellement mises en place pour l'améliorer. La congruence entre les critères de satisfaction retenus et la finalité et les objectifs opérationnels du réseau sera vérifiée.

2. ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU RÉSEAU

Objectifs

S'assurer de l'existence d'un réel pilotage du réseau, avec une formalisation des décisions permettant de disposer d'une trace de l'évolution et de rendre compte de la dynamique de l'organisation (pilotage, coordination, organisation, fonctionnement interne, coopération, environnement...). Pour être pérenne, l'organisation doit être structurée de manière à rendre possible une évolution du réseau.

3. ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

Objectifs

Mesurer l'apport (en termes procéduriers, de référentiels, de systèmes d'échanges de données, impacts sur l'état de santé...) de ce type d'organisation par rapport aux modalités traditionnelles de prise en charge, quand elles existent, ou par rapport à la situation hors réseau. L'analyse de l'apport du réseau ne relève pas exclusivement du promoteur, mais l'un des objectifs fondamentaux des réseaux étant d'améliorer la qualité de la prise en charge, il est essentiel que le réseau lui-même s'interroge sur ses pratiques et son impact sur l'état de santé des personnes incluses et sur l'environnement socio-sanitaire dans lequel il s'est constitué.

4. ÉVALUATION DE L'IMPACT ECONOMIQUE

Objectifs

Savoir comment sont identifiés les coûts tant du réseau que des dépenses concernant des coûts médicaux afin de repérer l'apport économique d'une pratique en réseau.

Article 6 : Durée

La présente convention prend cours le 15 juin 2006 pour s'achever au plus tard pour le 15 décembre 2006. Un calendrier précis d'intervention sera déterminé communément par les deux parties.

Article 7 : Budget et modalités de paiement

48 000 euros (minimum 120 jours de travail), dont 50 % seront versés à la signature de la convention (une facture sera adressée au commanditaire) et le solde après la journée d'étude des conclusions du rapport. Ce montant couvre la totalité des frais d'intervention ainsi qu'un suivi dont le délai est indéterminé dans la mesure où il relève du conseil à la gestion.

L'échelonnement de la facturation de la suite est à convenir de commun accord.

Notre offre est valable jusqu'au 15/06/06.

Article 8 : Modalités particulières

L'intervenant s'engage à une confidentialité maximale des données qui lui seront fournies. Il se réserve le droit d'en faire usage pour des publications scientifiques ou des exercices pédagogiques en respectant strictement l'anonymat de l'organisation et de son personnel.

Les commanditaires s'engagent à respecter la confidentialité des informations et des analyses réalisées par le chercheur au cours de l'intervention.

Article 9 : Dispositions administratives

Toute correspondance relative à l'exécution de la présente convention sera envoyée :

pour ce qui concerne le Cabinet du Ministre Benoît Cerexhe à Madame Dominique Maun, 42, rue des Palais à 1030 Bruxelles ;

pour ce qui concerne les FUCaM, au professeur Philippe Scieur, Vice-Recteur, FUCaM, Bâtiment A, Chaussée de Binche 151 à 7000 Mons.

3. Modalités concrètes ajustées

Suite à une série d'entretiens qui ont dû être reportés (cf. annexe 1), l'échéancier initial a été revu en accord entre les deux partenaires. La remise du rapport final est prévue le 5 mars 2007. Ci-dessous, la liste des réunions collectives organisées autour de cette mission.

Le 7 septembre 2006 a eu lieu la première réunion du Comité d'accompagnement de la recherche, avec comme objectifs la présentation de l'étude, de ses finalités et attendus, ainsi que de la méthodologie afférente.

Le 25 septembre 2006, l'étude a été présentée aux différents coordinateurs et promoteurs des réseaux. Cette rencontre visait aussi à définir le cadre et la portée de l'intervention, avec l'énoncé des règles déontologiques qui la soutiennent.

Le 29 janvier 2007, la seconde réunion du Comité d'accompagnement a été organisée. L'objet était de présenter l'état des lieux de la recherche ainsi que les premiers grands résultats issus des premières analyses empiriques.

Le 26 février 2007, à l'initiative des réseaux, une rencontre a été organisée avec comme buts la présentation par les réseaux de leur rapport d'intervision et une discussion autour du contexte de l'action de santé publique à Bruxelles.

Le 5 mars 2007, le rapport sera transmis par voie électronique au commanditaire.

Le 13 mars 2007, les conclusions de l'étude seront présentées au Comité d'accompagnement.

Le 20 mars 2007, B. Francq et Ph. Scieur présenteront les grandes lignes de la recherche lors du colloque « Les réseaux de santé », à l'initiative de M. B. Cerexhe, Président du Collège de la Commission Communautaire française en charge de la santé, Centre culturel de Woluwé-Saint-Pierre.

4. Méthodologie de l'étude

La méthodologie mise en œuvre a tenu compte des spécificités de chaque réseau, cela nous ayant conduit à interroger, par exemple plusieurs fois plus de 15 personnes pour certains projets¹. Les conditions pour réaliser l'étude ont été correctes et les chercheurs ont - dans la grande majorité des cas - été bien accueillis. Les retards dans le recueil des données font l'objet du point précédent et de l'annexe 1. Outre les propos issus des entretiens, pour constituer notre matériau, nous avons intégré de la littérature « grise », c'est-à-dire des documents internes autour du travail de réseau que nous procuraient les témoins. Ces données ont permis de déterminer des monographies descriptives, que nous avons constituées sur la base des entretiens retranscrits. Afin d'éviter toute forme d'erreur ou de « sous » ou « sur » interprétations, nous les avons validées auprès des coordinateurs, intégrant ou non les modifications qu'ils proposaient. Cette production d'effets d'information² a été suivie par une analyse organisationnelle mobilisant des concepts et modèles issus de la sociologie des organisations. Cette opération de production d'effets de connaissances a donné lieu, dans la dernière partie à une analyse en termes de transversalité, génératrice d'intelligibilité par rapport à l'objet d'étude, qui a été associée à la définition de pistes d'action.

En permanence, et la méthode l'exige, nous avons opéré des « allers-retours » entre le matériau et l'analyse afin de satisfaire aux critères épistémiques en la matière. Nous avons procédé régulièrement, lors de nos réunions d'équipe, à de l'herméneutique collective afin d'asseoir conjointement notre analyse et éviter ainsi toute forme de partialité ou de particularisme cognitif individuel. Enfin, soulignons que l'étude repose en grande partie sur des discours de témoins souvent convergents et très consensualistes.

¹ Cf. Annexe 2.

² Cf. les trois espaces de l'enquête de J.-C. Passeron (1991, 1995, 1996) et la « grounded theory » de B. Glaser et A. Strauss (1967, 1995).

2^{ème} partie

Présentation des différents réseaux

1. Introduction

Cette deuxième partie est constituée des présentations descriptives de chacun des réseaux étudiés, exposés selon l'ordre alphabétique.

Pour chaque réseau, un résumé des objectifs tels qu'ils apparaissent dans la brochure éditée par la Commission communautaire française³ est proposé ainsi qu'un relevé des membres impliqués dans l'organisation. Enfin, un sociogramme des différents réseaux est présenté.

³ Commission Communautaire Française, *Les réseaux santé. Un axe prioritaire de la politique de la Commission Communautaire Française*, Bruxelles, 2005-2006.

2. Présentation des réseaux

1. Réseau Bruxelles-Est

1.1. Les objectifs du projet :

- Mettre en place des 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...).
- Soutenir l'ensemble des travailleurs confrontés à des situations très complexes et mettre à leur disposition les ressources du réseau.

Ce réseau multidisciplinaire s'étend globalement sur la moitié Est de Bruxelles.

1.2. Les membres :

Le réseau Bruxelles-Est est composé de services de santé mentale (l'Intersecteur Sud-Est de Bruxelles⁴), l'Unité de crise et d'urgence psychiatrique des Cliniques universitaires Saint-Luc, du Wops, d'un Centre d'action sociale globale (Wolu-Services CASG), d'un Centre de crise et d'accompagnement non mandaté pour adolescents (Abaka), du Service laïque d'aide aux justiciables de l'arrondissement de Bruxelles II (versant Aide aux victimes), de travailleurs de diverses structures telles des PMS, des sociétés de logement social, de communes, etc. Il faut encore souligner tout particulièrement la présence des bureaux d'assistance policière aux victimes des zones de police 5342, 5343 et 5344.

⁴ Le Wops, le Méridien, le Chien Vert, la Gerbe, le Sas, le Grès et Chapelle-aux-Champs.

2. Réseau Canal Santé

2.1. Objectifs du projet :

Assurer et augmenter la capacité des enfants (gravement) malades de 0-18 ans et de leurs proches à assumer :

- le changement perturbant leur vie que représente la maladie, les tracas et aléas des traitements lourds quotidiens, de nature à perturber vie quotidienne, vie familiale, apprentissages ;
- les démarches à assurer pour se faire reconnaître comme patient ou comme parent, avec leurs besoins propres, dans l'espace de soin ;
- les frais directs et indirects occasionnés par ces démarches ;
- l'information par le service social de l'hôpital, de la mutuelle ou de l'association sur les procédures de soin

Rencontrer :

- l'impossibilité de se libérer en longue durée pour un tel suivi sans handicaper le reste de la famille ou leur capacité d'exercer leur métier ;
- l'humanisation des soins en milieu hospitalier pédiatrique ;
- les conséquences de la navette entre hôpital et domicile ;
- la poursuite de la scolarité de l'enfant

2.2. Les membres :

Au départ, Canal Santé regroupait différents partenaires qui se réunissaient ensemble. Néanmoins, au fil de son agrandissement, le réseau s'est structuré en sous-groupes gravitant autour du comité de pilotage qui coordonne le réseau.

Trois sous-groupes de travail ont été mis en place :

- « Art et Santé », qui est composé de Sabine Verelst et de Marie Poncin (Culture et démocratie), de Catherine Vanandruel (Clowns à l'hôpital), de Fabienne Vanderick (en remplacement de Cathy Rodriguez, Babaclown), cette dernière assurant la coordination du groupe. D'autres partenaires ont intégré ce réseau qui s'est largement autonomisé par rapport à Canal Santé. En effet, les perspectives d'Art et Santé ressortent plutôt du niveau de la Communauté française. Néanmoins, Canal Santé continue à soutenir ce sous-groupe pour un projet précisé par convention.

- « Scolarité », qui est composé de Nicole Verougstraete (Ecole à l'hôpital et à domicile), d'Anne Thoorens (APEAD⁵) et de Christian Lieutenant (Association des pédagogues hospitaliers), qui assume la tâche de coordination du groupe.
- « Entourage », dont la coordination est assurée par Michel Kesteman (Directeur d'Espace Social Télé-Service, CASG⁶ multiservices associant des services de santé). Par ailleurs, y participent Catherine Balland (Soins à domicile), Charles Baranyanka (FEDA⁷), Michèle Hallut (conseillère conjugale et familiale), Marie-Noëlle de Decker (CASG Ligue des Familles) et Anne Thoorens (APEAD).

Par ailleurs, un groupe de paroles entre ces professionnels qui travaillent avec des publics en souffrance a été créé.

Au niveau de l'organisation de son fonctionnement même, Canal Santé est géré par un comité de pilotage. Y participent Michel Kesteman, comme coordinateur, Etienne Monnier (Espace Social Télé-Service), Cathy Rodriguez (Babaclown - Clinique Ste-Anne/St-Rémi), Laurence Bonkain (« Soins chez Soi »), Patricia Thiébaud (CLPS⁸), Emmanuelle Van Biesen (CDCS⁹) chargée de la création du site www.hospichild.be par le gouvernement bruxellois, Irène Sestini (Service Action Sociale de la Croix-Rouge) et les autres partenaires présents dans les sous-groupes mentionnés précédemment.

⁵ Association de Parents d'Enfants Aphasiques et Dysphasiques.

⁶ Centre d'Action Sociale Globale.

⁷ Fédération Espoirs d'Afrique.

⁸ Centre Local de Promotion de la Santé.

⁹ Centre bruxellois de Documentation et de Coordination Sociale.

3. Réseau Dépendance Bruxelles-Est

3.1. Objectifs 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

Le réseau touche les patients alcooliques et dépendants et plus particulièrement :

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

3.2. Les membres :

Le réseau se compose essentiellement de psychologues, de psychiatres et d'autres intervenants en santé mentale (assistants sociaux, infirmières, ergothérapeutes...). Différents types d'institutions, en fonction du moment et du lieu de prise en charge qu'elles constituent pour le patient alcoolique, se retrouvent dans le réseau. A cet égard, la diversité des situations de prise en charge est souvent rappelée comme un critère déterminant la qualité du soutien de ces patients. S'y retrouvent alors :

des services de santé mentale de type ambulatoire (le Centre Chapelle-aux-Champs, qui assure la coordination du réseau ; le Chien Vert ; Addictions)
des centres d'hospitalisation (Saint-Luc, Saint-Michel, Fond'Roy)
un centre de post-cure (Le Solbosch)

Fait également partie du réseau une association qui gère des appartements supervisés, Messidor.

Le réseau s'étend sur l'est de Bruxelles puisque s'y retrouvent des institutions d'Ixelles, d'Etterbeek, de Woluwé et d'Uccle.

Certaines personnes du réseau représentent plusieurs institutions. C'est le cas du Dr Hers, directeur de Chapelle-aux-Champs, qui était à l'initiative du projet et qui travaille également pour l'asbl Addictions. C'est aussi le cas pour Cédric Levaque, coordinateur du réseau (avec Blandine Faoro-Kreit), qui travaille également à la clinique Fond' Roy.

4. Réseau de santé mentale communautaire Berchem

4.1. Objectifs du projet :

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.

Les objectifs opérationnels :

- 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.
- Prises en charge psychologiques individuelles, familiales et de couples d'usagers ou de patients, des partenaires en cas de demande et d'indication.
- Soutien des partenaires dans leur travail auprès des usagers par une écoute bienveillante, des conseils voire des supervisions concernant des situations problématiques ne nécessitant pas une prise en charge psychothérapeutique.

4.2. Les membres :

Le réseau de Berchem est une association de fait et est formé d'une dizaine de membres. Parmi les partenaires, figurent le CPAS et la Maison Communale de Berchem, la médiation sociale, le service prévention, l'Oranger asbl, le Kiosque asbl, la Ligue des Familles, le centre culturel du Fourquet, la coordination de l'accueil extrascolaire et l'association d'insertion multiculturelle Métissage. Notons toutefois que lorsqu'une action est menée par le réseau, celle-ci se fait avec certains partenaires mais pas systématiquement avec tous.

Nadia Jabour, psychologue et psychothérapeute familiale de formation, en est la coordinatrice et référente. Elle est rattachée à l'institution promotrice du réseau, la Maison médicale Kattebroek. Elle est par ailleurs soutenue dans le pilotage du réseau par Véronique Boffin, assistante sociale.

5. Réseau de santé « soins de santé primaires - Santé mentale »

5.1. Objectifs du projet :

- Favoriser une meilleure prise en charge multidisciplinaire pour des patients présentant des problèmes psychosociaux, des somatoses (problèmes psychiques à expression somatique), tenant compte des facteurs culturels et sociaux spécifiques du territoire.
- Déterminer entre les partenaires les problèmes psychosociaux et non résolus
- Élargir la réflexion des prestataires pour une confrontation des logiques de soins de santé primaires, de santé mentale et d'accompagnement social.
- Imaginer de nouvelles pistes de santé communautaire en tenant compte des logiques collectives

5.2. Les membres :

Seules deux institutions participent au réseau : le personnel de la Maison médicale du Nord et celui du Méridien. Ils sont entre 15 et 20 personnes, de disciplines différentes (médecins, psychologues, psychiatres, kinésithérapeutes, assistants sociaux...).

Une réunion se tient tous les trois mois entre les membres des deux institutions partenaires. Par ailleurs, une psychiatre (cf. infra) participe aux réunions d'équipe de la Maison médicale du Nord et y apporte ses éclairages lors d'intervisions.

6. Réseau Hépatite C - Bruxelles

6.1. Objectifs du projet :

Les activités du réseau Hépatite C se sont essentiellement tournées vers les professionnels de l'hépatite C et de la toxicomanie.

- sensibiliser les personnes à risque via la réalisation de colloques et de soirées d'information sur l'hépatite C, la réalisation d'une brochure, la réalisation de dépistage anonyme et gratuit
- sensibiliser le monde politique (rencontres avec des responsables politiques à différents niveaux), afin de les sensibiliser aux problèmes de l'hépatite C, en vue d'une meilleure prévention et d'une meilleure prise en charge des personnes (potentiellement) atteintes par l'hépatite C.

Ce réseau s'adresse aux professionnels de l'hépatite C et de la toxicomanie.

6.2. Les membres :

Le réseau est basé au CHU Saint-Pierre. Les autres membres sont la MASS, Interstices, l'Agebru, l'hôpital Bracops, Modus Vivendi, le CHU Brugmann, le Projet Lama, Transit, Clip-Dune, les Maisons médicales des Marolles et Enseignement, Enaden et le SAS du CPAS de Bruxelles.

Deux salariés travaillent au sein du réseau. D'une part, Anne-Cécile Huwart est coordinatrice du réseau à mi-temps depuis juillet 2004. D'autre part, François Poncin, assistant social à la MASS, travaille à mi-temps depuis 2006 pour le réseau Hépatite C.

Le réseau Hépatite C est constitué en asbl. Les partenaires du réseau en sont membres. En ce qui concerne le Conseil d'administration de l'asbl, il est composé d'un président (Jean-Pierre Mulkay), d'un vice-président (Lawrence Cuvelier), d'un trésorier (Jerry Wérenne) et d'une secrétaire (Sylvie Blondel). Rhimou Saïdi assure par ailleurs un rôle-clé dans la transmission des informations concernant les patients. Ces personnes travaillent dans des institutions différentes.

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

7.1. Objectifs du projet :

Pour les patients et leur famille, ce projet vise une vie à domicile de qualité par l'amélioration du bien-être physique et psychologique, le soutien de l'autonomie et le maintien d'un certain niveau d'indépendance. Plus particulièrement, l'aménagement du domicile rend possible une réduction du nombre de chutes, trop souvent à l'origine de problèmes majeurs obligeant à quitter le domicile pour la maison de repos. Les différentes transformations apportées au domicile, en concertation avec la personne âgée, la famille, le médecin traitant et les membres de l'équipe des soins et services, permettent d'éviter ou de retarder le cycle des hospitalisations successives, suivies de placements prématurés ou forcés, ainsi que l'épuisement de l'entourage.

Pour les professionnels du social et de la santé, ce projet offre la possibilité d'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. Il met en outre l'accent sur l'apport de l'ergothérapie dans les soins à domicile.

Pour les pouvoirs publics, ce projet devrait réduire à terme les coûts de santé publique en évitant des hospitalisations brutales, des placements prématurés en maison de repos, une surcharge de la demande au niveau des services et soins à domicile.

7.2. Les membres :

Le promoteur et coordinateur du réseau est « Soins chez soi », une coordination de soins et de services à domicile. Ce projet de réseau s'inscrit pleinement dans le cadre de ses missions.

S'y retrouvent également :

- le « *GRAPE*¹⁰ », qui est une association d'ergothérapeutes,
- « *Télé-Secours* », qui est un service de télévigilance et
- le service « *Petits Boulots* » du centre d'action globale « *Espace Social Télé-Service* » (depuis 2005).

¹⁰ Groupe de Recherche Appliquée en Ergothérapie.

Enfin, des médecins généralistes, voire certains hôpitaux, collaborent, à des moments très précis, avec des partenaires du réseau dans le cadre du maintien à domicile. On ne peut pas pour autant considérer qu'ils sont parties prenantes de ce réseau.

8. Réseau Santé Diabète Marolles

8.1. Objectifs du projet :

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.
- b) améliorer la pratique des professionnels grâce à :
 - un plus grand partage d'expériences entre professionnels avec la mise en place de groupes d'échanges 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
 - une plus forte collaboration avec les services de diabétologie des hôpitaux du centre-ville.
- c) 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.

8.2. Les membres :

Le réseau emploie trois professionnels salariés : une coordinatrice (depuis 2004), Judith Hassoun (qui y travaille à 70% de son temps de travail) et deux diététiciens, Nora Rian et Rokbanni Sadri (qui, respectivement, y travaillent depuis 2004 et 2006, à 65 et 70%).

Dix membres ont signé la convention initiale et font partie du comité de pilotage :

- Cinq Maisons médicales (qui ne sont d'ailleurs pas toutes ancrées dans le quartier des Marolles) : la Maison médicale des Marolles (promotrice), le Centre de Santé du Miroir, la Maison médicale des Riches-Clares, la Maison médicale Enseignement et la Maison médicale Santé Plurielle.
- S'y retrouvent aussi le CASG¹¹ Entr'Aide Marolles, la Samaritaine, le Nouveau 150, CARIA et la Petite Maison. Les représentants de ces organisations viennent de disciplines ou domaines professionnels différents (d'un restaurant social à une agence immobilière sociale).

¹¹ Centre d'Action Sociale Globale.

9. Réseau Santé Mentale Marolles

9.1. Objectifs du projet :

- Apprendre à connaître les philosophies de travail et les réalités de terrain de chacun des secteurs
- Améliorer les modes de collaboration et de relais entre les professionnels des 4 institutions
- Favoriser la prise en compte du réseau global du patient/usager dans les réflexions internes de nos équipes
- Rendre les différentes approches de santé mentale plus accessibles aux patients de 2 Maisons Médicales du réseau ainsi qu'aux usagers du CASG de l'Entr'Aide des Marolles
- Développer l'analyse de la demande « santé mentale » au niveau de ces services
- Faciliter les passages
- Diversifier les possibilités de réponse en utilisant au mieux les ressources des différents services.

9.2. Les membres :

Dans son acception officielle, le réseau comprend deux maisons médicales du quartier des Marolles (le Centre de Santé du Miroir et la Maison médicale des Marolles) auxquelles s'ajoutent l'Entr'Aide des Marolles (Centre d'Action Sociale Globale, Service d'Aide Psychologique, Service Médical...) ainsi que le Centre de Guidance de l'ULB (promoteur du réseau). Le réseau était initialement organisé autour d'un groupe de pilotage mais les mandats ainsi que les centres d'intérêt de ses membres ne convenant pas à la résolution de problèmes administratifs et budgétaires, la structure a été modifiée en vue de la création de quatre organes : le comité de gestion, l'équipe réseau, les réunions plénières et les sous-groupes de travail. Outre le coordinateur et la psychologue du réseau (qui sont présents dans chacun des organes), le comité de gestion rassemble le responsable de l'Entr'Aide (Jacques Verstraeten), celui du Centre de guidance (Jean-Paul Matot) ainsi que les présidents de Conseil d'administration de chacune des maisons médicales. Il est chargé de la gestion administrative et budgétaire et se réunit tous les deux à trois mois. L'équipe-réseau est composée de deux professionnels par institution impliquée ; elle se réunit tous les quinze jours et assure la gestion journalière du réseau. Tous les trois ou quatre mois, une réunion plénière est organisée pour l'ensemble du personnel des organisations partenaires. Enfin, les sous-groupes de travail se réunissent avec les personnes

intéressées en fonction de l'état d'avancement de leurs projets respectifs.
Cependant dernièrement, et suite à la visite de membres du réseau au sein d'autres associations du quartier des Marolles, des réunions et activités ponctuelles ont été entreprises avec des partenaires plus nombreux.

10. Réseau « santé, précarité »

10.1. Objectifs du projet :

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

Il s'agit de :

- 1) rencontrer les habitants des quartiers d'une part selon deux modes :
 - au moyen d'un repérage anthropologique d'une part
 - d'un accompagnement d'autre part
- 2) développer une culture commune entre professionnels en créant un espace-tiers de réflexion - collective et alternative - autour des questions de santé, de précarité et d'aide. La connaissance mutuelle vise à décroiser les logiques professionnelles spécifiques, à améliorer l'accessibilité au réseau et renforcer la fonctionnalité de ce dernier.

Ce réseau s'adresse aux professionnels de la santé (assistants sociaux, psychothérapeutes, médecins, logopèdes...)

10.2. Les membres :

De même que les objectifs, la composition du réseau a connu différentes étapes dans son évolution.

Parmi les initiateurs du réseau, outre le centre de santé mentale du Méridien, on trouve la Maison médicale Botanique, le centre de planning familial « Groupe Santé Josaphat » ainsi que l'Autre Lieu, organisme œuvrant à l'insertion des personnes en situation de précarité et inspiré du mouvement d'éducation permanente. Depuis sa création, le réseau a connu certains départs, par exemple la Clinique Saint-Etienne. Cependant, quelques organisations du quartier ne

figurant pas dans la convention initiale sont depuis lors devenues des partenaires à part entière : le service de santé mentale de la Gerbe, une autre maison médicale (la Maison médicale du Nord), tout comme un acteur de l'éducation permanente (le SIMA), un organisme d'Aide à domicile (Maison de la Famille), un service d'aide administrative et juridique (ELIPS-Équipe locale d'intervention psychologique et sociale), le CPAS de Saint-Josse et le Foyer-Poste ont rejoint le réseau.

3. Sociogramme des réseaux

3.1. Présentation du sociogramme

A la suite de ces dix présentations, la description des réseaux-santé à Bruxelles peut se poursuivre de manière plus globale en juxtaposant visuellement les différents réseaux et en observant les éventuels recoupements au niveau de leur composition. Au-delà du fait que cela permet de cerner rapidement les partenaires qui sont actifs au cœur de multiples réseaux, cette schématisation donne un aperçu des liens entre le fonctionnement réticulaire en santé publique, d'une part, et les spécificités des territoires bruxellois et des rapports à l'espace mis en œuvre collectivement par les acteurs professionnels, d'autre part.

Voici la liste des réseaux et de leurs promoteurs :

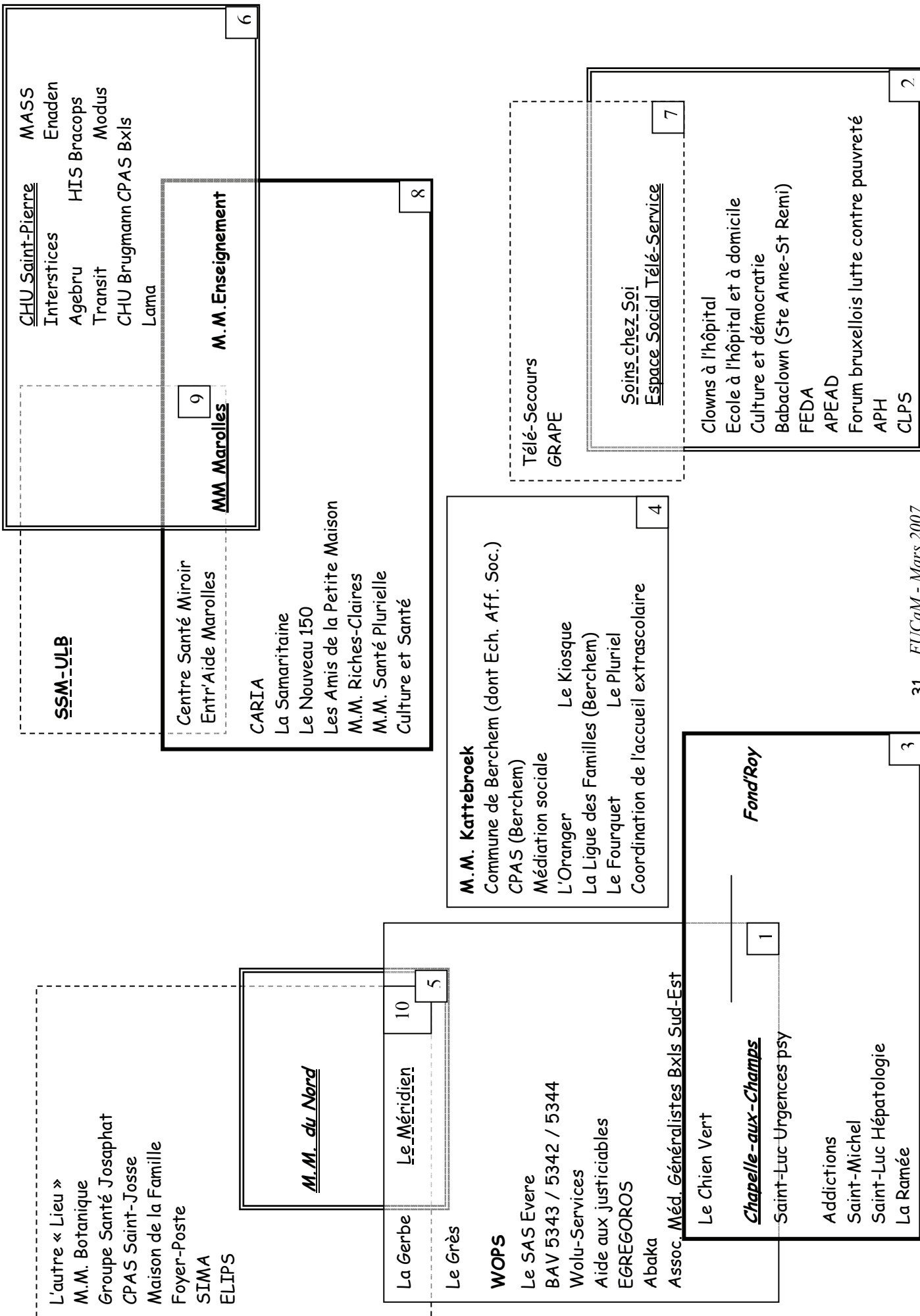
1. Bruxelles Est	WOPS
2. Canal Santé	Espace Social Télé-Services
3. Dépendance Bruxelles-Est	Chapelle-aux-Champs
4. Santé Mentale Communautaire Berchem	M.M. Kattebroek
5. Soins de santé primaires	M.M. du Nord
6. Hépatite C	CHU Saint-Pierre
7. Maintien à domicile	Soins chez Soi
8. Diabète Marolles	M.M. Marolles
9. Santé Mentale Marolles	SSM-ULB
10. Santé Précarité	Le Méridien

Légende

L'abréviation « M.M. » signifie « Maison Médicale ».

Sont soulignés les noms des promoteurs de réseaux.

Les styles et épaisseurs de traits servent à repérer de quel réseau est promotrice une organisation qui possède une appartenance multiple.



SSM-ULB

CHU Saint-Pierre
 Interstices
 Agebru
 Transit
 CHU Brugmann CPAS Bxl's
 Lama

MM Marolles

Centre Santé Miroir
 Entr'Aide Marolles

CARIA
 La Samaritaine
 Le Nouveau 150
 Les Amis de la Petite Maison
 M.M. Riches-Claire
 M.M. Santé Plurielle
 Culture et Santé

M.M. du Nord

La Gerbe
 Le Grès

WOPS

Le SAS Evere
 BAV 5343 / 5342 / 5344
 Wolu-Services
 Aide aux justiciables
 EGREGOROS
 Abaka

Assoc. Méd. Généralistes Bxl's Sud-Est

Le Chien Vert

Chapelle-aux-Champs

Saint-Luc Urgences psy

Addictions
 Saint-Michel
 Saint-Luc Hépatologie
 La Ramée

M.M. Kattebroek
 Commune de Berchem (dont Ech. Aff. Soc.)
 CPAS (Berchem)
 Médiation sociale
 L'Oranger
 La Ligue des Familles (Berchem)
 Le Fourquet
 Coordination de l'accueil extrascolaire

Télé-Secours
 GRAPE

Soins chez Soi
Espace Social Télé-Service

Clowns à l'hôpital
 Ecole à l'hôpital et à domicile
 Culture et démocratie
 Babacdown (Ste Anne-St Remi)
 FEDA
 APEAD
 Forum bruxellois lutte contre pauvreté
 APH
 CLPS

M. M. Enseignement

6

8

9

4

7

3

2

3.2. Analyse en termes de regroupements territoriaux et de rapports à l'espace

Trois groupements de réseaux correspondant en partie à différents espaces bruxellois peuvent être pointés. Néanmoins, dans chaque cas, des distinctions en termes de répartition territoriale comme en termes de rapport à l'espace doivent être précisées.

La première juxtaposition de réseau concerne l'Est de Bruxelles. Les organisations aux interstices travaillent essentiellement en santé mentale (remarquons que le Méridien se retrouve dans trois réseaux). Les réseaux Bruxelles-Est et Dépendance Bruxelles-Est se répartissent sur l'ensemble de ce territoire tandis que ceux de Soins de santé primaires et de Santé Précarité se retrouvent essentiellement dans les communes de Saint-Josse et de Schaerbeek. Ces derniers réseaux, à l'échelle plus circonscrite, développent un travail qui prend davantage en compte les spécificités de l'espace urbain dans lequel ils vivent, tandis que les deux premiers réseaux envisagent uniquement le territoire visé comme un espace d'éventuelle proximité entre professionnels (par exemple, le travail avec la police questionne le secret professionnel mais n'est pas l'occasion d'une réflexion sur les spécificités des activités policières dans ces différentes zones).

La deuxième juxtaposition de réseaux concerne le centre de Bruxelles et, plus spécifiquement, le quartier des Marolles et ses alentours (Porte de Halle, Saint-Gilles jusqu'Annessens...). Les réseaux Diabète et Santé Mentale ancrent leur travail à partir d'un état des lieux des modes de vie dans le quartier. Leur projet est donc spécifique puisqu'il émerge d'un diagnostic localisé, même si le premier réseau comprend certains partenaires plus décentralisés. En ce qui concerne le troisième réseau, Hépatite C, de nombreuses institutions ou associations qui y participent émanent du quartier car elles prennent régulièrement en charge des publics précarisés plus susceptibles d'être objet de leurs actions et de vivre dans cette partie de Bruxelles. Néanmoins, le projet du réseau n'est pas redéfini à partir d'une lecture socio-spatiale de son environnement proche. Il est avant tout et presque exclusivement une action destinée à un public précis : les toxicomanes. En témoignent la participation d'autres partenaires du milieu hospitalier, tel que le CHU Brugmann situé à Jette, qui peuvent produire le même type d'action que Saint-Pierre, au-delà de quelque spécificité territoriale. Ce qui fait sens ici, au niveau spatial, serait plutôt de dispatcher en de multiples endroits de Bruxelles des structures capables de prendre en charge l'hépatite C. Considérée comme un problème urbain sur l'ensemble du territoire bruxellois, la maladie est prise en charge à partir d'une logique de proximité éclatée.

Le troisième et dernier regroupement est plus le fait de personnes que de territoires. Canal Santé, même si c'est de manière non strictement limitée, entend produire une réflexion sur l'« ellipse de pauvreté » qui entoure le canal bruxellois. Quant au réseau « Maintien à domicile », il travaille sur l'ensemble de la Région Bruxelles-Capitale mais n'entretient aucun rapport privilégié à l'espace. Le croisement de ces deux réseaux tient simplement dans la rencontre de leurs promoteurs respectifs intéressés à travailler ensemble.

Par ailleurs, un réseau fonctionne de manière relativement déconnectée des autres, celui de Berchem-Sainte-Agathe, où le rapport strict au territoire communal est important, ceci s'expliquant par la dynamique émergeant de la commune comme du CPAS.

En conclusion, tous les réseaux-santé fonctionnent en développant un rapport particulier à l'espace bruxellois. Toutefois, ceux-ci se différencient fortement autour de leurs niveaux de réflexion collective au sujet de l'espace (ou du territoire) et sur le degré d'intégration de celui-ci dans l'établissement de leurs stratégies d'action.

3^{ème} partie

Analyse organisationnelle des réseaux santé

1. Introduction

Cette partie est scindée en trois sections. La première, à partir de perspectives générales, définit le cadre politico-organisationnel qui accompagne les réseaux santé aujourd'hui. Son développement part des conclusions du rapport d'intervision¹² réalisé par les réseaux. La deuxième section concerne la dynamique structurelle de l'organisation réticulaire. Elle étudie et met en question la cohérence « finalités-objectifs-dispositifs organisationnels » des réseaux, leurs logiques d'action organisationnelle. Elle se termine par une évaluation synthétique des réseaux, à partir des paramètres définis par la convention.

2. Perspectives générales : complexité, diversité, flexibilité

A la lecture des conclusions du rapport des interventions réalisé par les différents réseaux, on peut relever trois constats, qui sont autant d'exigences organisationnelles définies comme indispensables pour accomplir leur mission réticulaire : la complexité, la diversité, la flexibilité. Ces trois éléments constituent des éléments clés qui témoignent de la transformation de la société associative de service.

Les réseaux, comme les organisations aux périmètres plus visibles, sont soumis à des **situations complexes**, témoignages d'une société dont certains pensent aujourd'hui qu'elle laisse la place à des communautés, des agrégats, des groupes sociaux... constitués autour des rapports subjectifs de pouvoir et de culture. La société est alors dissociée de l'individu et des groupes auquel il appartient - toujours et par principe - de manière transitoire. Elle est comparable à un kaléidoscope aux formes et aux couleurs mouvantes, dont on ne sait ce qui fait sens et ensemble communs. La complexité se repère ainsi à tous les niveaux et lieux d'action et les problèmes qu'elle génère imposent - pour être résolus - une intervention systémique, évacuant le principe rationnel de « monocausalité ». En effet, le symptôme de déficience de santé repéré chez un individu ne provient pas d'une seule cause, physiologique, psychologique... mais d'un ensemble d'éléments articulés et interdépendants, qui demandent une action globale d'un même opérateur ou de plusieurs intervenants en réseau. Et lorsque ces actions sont maillées, elles relèvent d'une logique qui fait santé, dépassant l'acte strict du soin. L'organisation globale - en cohérence - de toutes ces actions à l'échelle d'un territoire s'appelle une politique intégrée de santé. Celle-ci fait défaut, souvent, à cause de la structuration des différents dispositifs de pouvoir publics : horizontale avec, au sein d'un même exécutif, des domaines de

¹² *Rapport des Intervisions 2006 de 10 réseaux santé*, décembre 2006, 7 p.

compétences dissociés et ventilés dans des ministères distincts ; verticale avec, au sein d'un même Etat, des compétences réparties selon des niveaux de maîtrise de territoires, allant du fédéral au scabinal, de l'échelle nationale à celle du quartier. Cette situation de l'action publique collective contribue aussi à la complexification de la société.

La diversité est un symbole de la complexité. Elle est aussi une assise symbolique de la société contemporaine « éclatée » et multiple (*cf. supra*). Dans le rapport susnommé¹³, la diversité tient tant aux projets et objectifs de chaque réseau¹⁴ qu'aux modes organisationnels élaborés pour les rencontrer. Elle est revendiquée à partir du principe de construction endogène de l'action, intégrant les spécificités géographiques, les enjeux négociés des différents partenaires et la réalité socio-sanitaire des usagers. On constate ainsi tant de spécificités dans les réseaux qu'il existe peu d'uniformité dans **la fonction de coordination telle qu'elle est effectivement pratiquée¹⁵, que les objectifs des échanges sont différents et que les structures de gestion du projet sont diverses**. La nature et l'objet de l'action de santé réalisée semblent justifier cette diversité. Elle tient aussi à la manière dont les réseaux se sont structurés, dès l'appel à projets qui les a initiés. On peut faire l'hypothèse que cette constitution s'est réalisée aussi dans des rapports sociaux de pouvoir entre acteurs maîtrisant les incertitudes d'autrui dans un espace organisé de jeux¹⁶. On constate ainsi que le « faire réseau » était déjà une pratique ancienne pour certains partenaires, pour qui la subvention a surtout permis de renforcer les liens et les échanges, voire de les structurer.

Pourtant, tout n'est pas différent. Des constantes sont relevées qui tiennent aux usagers et aux déterminants psychosociaux qui les concernent. Ces éléments du contexte sont d'ailleurs considérés comme des éléments à intégrer dans l'action curative (ou préventive) qu'ils soient de l'ordre de la contrainte ou de la ressource. Ainsi, le logement, la famille, le réseau social et culturel, l'appartenance religieuse, la localisation spatiale, le genre, l'âge, le statut social... sont autant de facteurs qui conditionnent la réalité de la vie de l'utilisateur. Certains réseaux l'ont tellement bien compris que leur action principale touche un de ces éléments, objet de leur intervention par exemple l'entourage (la famille) de l'utilisateur en difficulté. La diversité réapparaît alors dans la singularité des situations. Ce qui est ainsi du registre du *contenu* de l'action des réseaux et des situations des usagers est considéré comme de la diversité. Ce qui relève du

¹³ *Ibid.*

¹⁴ *Cf.* toute la partie 2, Présentation des différents réseaux.

¹⁵ *Cf.* pour un développement le point 3.2., Autour des métiers.

¹⁶ Nous n'avons pu véritablement étudier cet élément ; cf. la partie 1, section 4 pour une explication.

processus aussi, sauf pour quelques éléments comme justement les déterminants psychosociaux ou des expériences sociales comme la pauvreté et la précarité. Cette diversité annoncée et défendue par les réseaux, placée sur ces deux plans (contenu et processus de l'action), rend difficile d'une part une comparaison entre eux, et d'autre part une évaluation normative à partir d'un référentiel commun. Nous reviendrons sur cette question dans la section suivante¹⁷.

Nous avons - volontairement - traduit la souplesse par un terme plus médiatique, celui de **flexibilité**. Ce concept « bateau »¹⁸ n'est pas exempt d'une certaine idéologie managériale, signifiant lorsqu'elle s'adresse au personnel dans les entreprises, une demande à deux niveaux : la souplesse absolue sur de multiples plans (horaires, fonctions, compétences...) et l'acceptation sans condition de celle-ci. La condition de souplesse qui conclut le rapport d'intervision¹⁹ des réseaux est de ce ressort, mais inversé, c'est-à-dire adressé par le « personnel » aux pouvoirs publics subsidants. On peut comprendre le bien-fondé de cette requête mais elle s'oppose à **deux tendances** qui germent actuellement en Belgique et en Europe : la demande sociale (et la nécessité socio-économique) d'une gouvernance publique efficiente et l'interdépendance de secteurs - privé, public et associatif - dont les frontières sont de plus en plus floues, avec un effet d'emprise du secteur de l'entreprise sur les autres.

La première tendance tient à une exigence légitime des populations de disposer de services publics efficaces et efficients placés sous la responsabilité des élus situés aux différents niveaux de pouvoir. La réponse politique se convertit aujourd'hui par une volonté assez affirmée d'administrer la société par la - nouvelle - gouvernance publique. Ce qui n'est encore qu'un vœu, parfois traduit par certains actes²⁰, tient sans doute à un certain effet de mode²¹, à - comme souligné plus haut - une attente des individus, mais aussi à une exigence issue d'instances régulatrices fédéralisées comme para-nationales (la Commission Européenne, par exemple). Cette nouvelle manière d'administrer la société nécessite la mise en œuvre de nouveaux outils de management, comme ceux qui permettent l'évaluation des politiques publiques. L'Autorité publique qui subsidie nombres d'actions, aujourd'hui²², plus qu'hier, doit ou plutôt se doit de vérifier le bon usage, aux fins prévues, des deniers et ressources mis à la disposition des

¹⁷ Cf. 3.2., « *Autour métiers* »

¹⁸ Qui véhicule de nombreuses significations et fait l'objet d'usages multiples et divers, parfois inappropriés.

¹⁹ *Op. cit.* p. 7.

²⁰ Notre intervention relève de cette volonté manifeste.

²¹ Le terme « gouvernance » est lui-même souvent « bateau » : cf. *supra*.

²² Inutile de développer les conséquences - sociales, électorales, économiques... - des différents scandales politico-judiciaires qui ont émaillé notre pays ces dernières années.

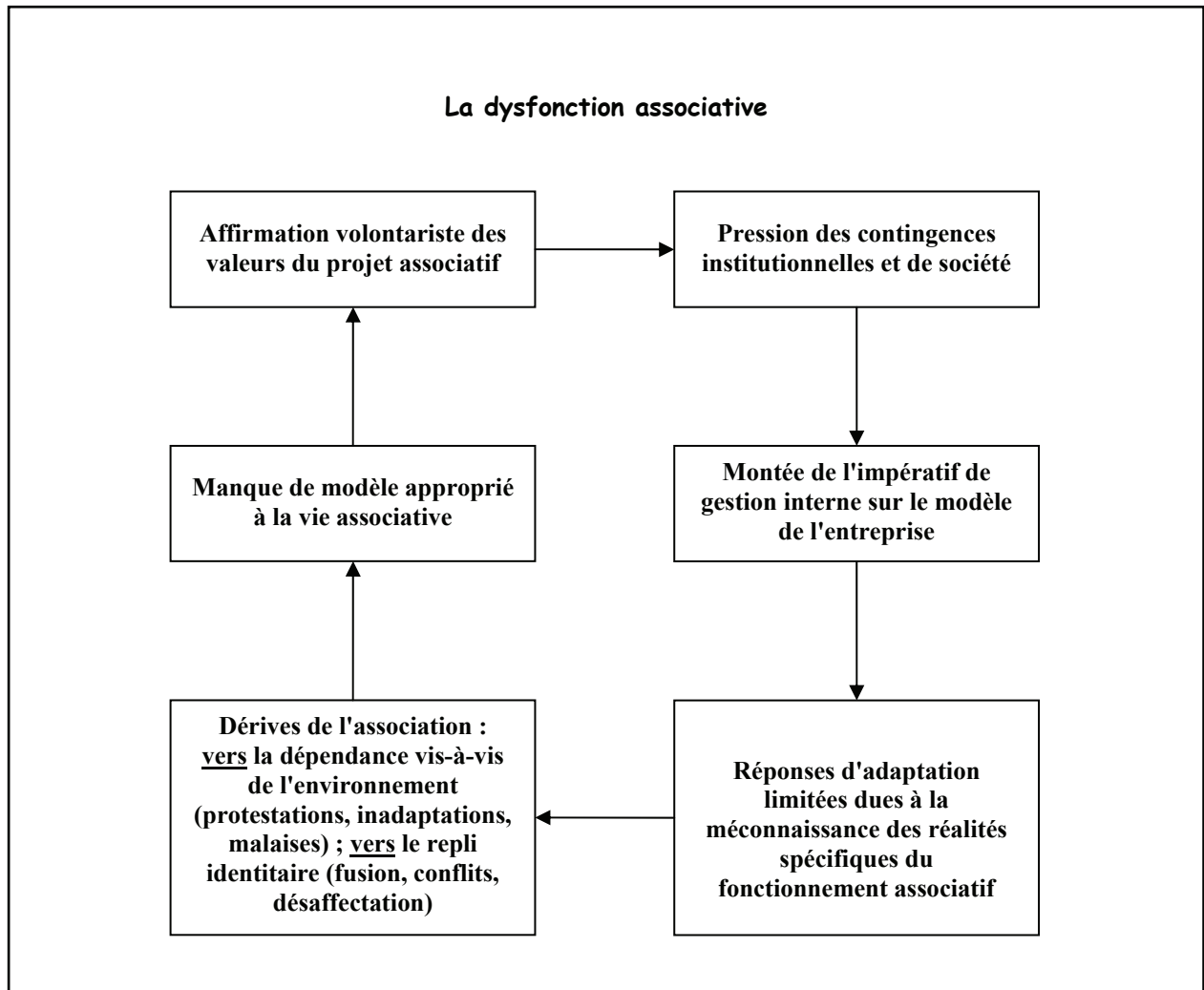
acteurs qui en bénéficient. Mais cela ne suffit pas. Comme souligné à plusieurs endroits de ce rapport, ces actions, pour être opportunes, doivent s'inscrire dans le cadre de politiques publiques elles-mêmes mises à la confrontation de l'évaluation.

Cela conduit à évoquer la **seconde tendance**, intimement maillée avec celle qui vient d'être évoquée, l'interdépendance de secteurs - privé, public et associatif - dont les frontières sont de plus en plus floues, avec un effet d'emprise du secteur de l'entreprise sur les autres. L'extrait ci-dessous souligne que l'effet de rationalisation managériale traverse aussi l'espace du non-marchand, soumis aussi à des nécessités d'efficacité et d'efficience, d'autant plus qu'il est lié avec le secteur public qui le contrôle et lui assure une partie plus ou moins importante de ses ressources.

« Ainsi, lorsqu'ils introduisent l'ouvrage qu'ils ont dirigé, Jean-Louis Laville et Renaud Sainsaulieu (Sociologie de l'Association, Paris, Desclée de Brouwer, 1997), accompagnés pour cette partie par Joseph Haeringer, soulignent que les problèmes que l'on repère dans le monde associatif sont analogues à ceux de l'entreprise. La situation économique, les orientations politiques mouvantes, l'épuisement de certaines clientèles ou encore des modes fragiles de subventions, par le public comme le privé, sont autant de problèmes qui incitent l'ensemble des organisations de ce secteur à repenser leur manière de se gérer, en privilégiant la manière de faire des entreprises. Au départ, l'objet même de l'association porte sur un projet collectif qui fédère des énergies et des ressources individuelles se mobilisant selon un mode volontaire et/ou selon un contrat de travail. Si l'imagerie les présente souvent comme des lieux à forte identité collective, avec une finalité d'action qui porte sur le bien-être des individus et de la société, ces espaces organisés fonctionnent parfois comme des grandes entreprises, des PME, ou encore comme des administrations bureaucratiques. En tension avec un environnement complexe et incertain, où se confirme le constat de l'épilogue de la culture d'adhésion rituelle et de l'informel qui y est associé, l'association doit trouver des solutions pragmatiques qui respectent ses finalités non marchandes tout en s'administrant de la manière la plus efficace possible ». (Scieur Ph., Sociologie des organisations, Paris, Armand Colin, 2005, pp. 121-122)

L'enjeu et le défi actuel des associations, et c'est prégnant au sein des réseaux santé, portent, dans le contexte actuel, sur le respect de leurs finalités et objectifs en matière de santé, en acceptant des systèmes de gestion plus organisés, transversaux, empreints d'une plus grande transparence à l'égard des pouvoirs subsidiaires. Ces dispositifs gestionnaires doivent pourtant permettre

une grande marge de manœuvre afin de laisser chaque système réticulaire agir opportunément aux situations et aux évolutions de la réalité sanitaire et sociale de la société. Cette tendance n'est d'ailleurs pas exempte de dérives potentielles, en témoigne le modèle de dysfonction associative présenté par Haeringer, Laville et Sainsaulieu²³.



3. La dynamique structurelle de l'organisation réticulaire

Par dynamique des organisations, nous entendons, d'une part, la manière dont le réseau remplit fonctionnellement la mission (les objectifs) qu'il s'est assigné et, d'autre part, le dispositif organisationnel qui soutient l'exercice de cette mission. Trois parties constituent cette analyse organisationnelle.

²³ Laville J.-L., Sainsaulieu R., *Sociologie de l'association*, Paris, Desclée de Brouwer, 1997, p. 25.

La première approche est essentiellement fonctionnaliste et repose sur la comparaison entre les finalités, les objectifs et les pratiques organisationnelles en veillant à rationaliser les rapports entre ces trois éléments. Mais l'étude porte aussi, rappelons-le, sur la situation telle qu'elle se présente, suite au processus de recueil des données. Il ne s'agit donc pas d'une présentation officielle ou idéalisée de la réalité. L'analyse définit donc chaque réseau comme une organisation selon la définition d'E. Friedberg²⁴ à propos de l'action organisée qu'il définit comme « *l'étude des processus sociaux diffus et omniprésents par lesquels sont canalisés et régulés les rapports entre acteurs interdépendants dans un champ d'action donné* ». Cela signifie que dans toute entité productrice de biens ou de services, on repère plusieurs logiques d'action qui se combinent au gré des contextes et de leur variation. Autrement dit, tout lieu où se mettent en œuvre des rapports sociaux à des fins définies et acceptées par un collectif, est singulier et traversé par des processus sociaux diffus. Nous évoquerons ces logiques d'action dominante dans le second point.

La troisième étape consiste en une analyse selon les quatre paramètres figurant dans la convention²⁵, à savoir :

- l'évaluation de l'intégration des usagers et des professionnels dans le réseau ;
- l'évaluation du fonctionnement du réseau ;
- l'évaluation de la qualité de la prise en charge ;
- l'évaluation de l'impact économique.

Rappelons que les résultats de notre étude ont la prétention de dépasser la seule évaluation de ces paramètres, fournissant d'autres informations traitées et présentées soit sous la forme de descriptions, d'analyse ou de propositions d'actions.

3.1. La cohérence finalités-objectifs-dispositifs organisationnels

Liminaire

La cohérence entre les finalités du réseau, définies par les statuts, voire ses projets, et la manière dont les individus perçoivent ces finalités et les mettent en pratique est un indicateur pertinent du fonctionnement organisationnel. Comme le souligne l'extrait encadré, une organisation comporte *structurellement* un caractère contradictoire par la présence de deux dimensions, formelle et informelle, la première étant contrôlable, la seconde peu ou prou. Une déviation

²⁴ Friedberg E., *Le pouvoir et la règle*, Paris, Seuil, 1993, p. 165.

²⁵ Cf. partie 1, article 5.

des buts témoigne donc d'une action informelle, non contrôlée et/ou formalisée par les instances décisionnelles de l'organisation.

Peter Blau (1955) dans ses études monographiques de l'administration américaine propose également une lecture critique du modèle bureaucratique, en mettant en exergue des dysfonctions, comme par exemple la déviation des buts évoquée précédemment. Il prolonge son analyse en soulignant le caractère contradictoire de l'organisation, à la fois structure formelle (basée sur les règles officielles et explicites) et informelle (définie comme un système d'interactions non programmées). Il souligne aussi que l'organisation, qui détermine les comportements des individus, dépend d'un effet conjugué de facteurs contraignants, externes et internes. Cette perspective, que l'on peut qualifier de « contingente structurelle » rencontre également les préoccupations d'Amitai Etzioni (1971), notamment dans son étude des finalités des organisations complexes et modernes, et de Paul Lawrence et Jay Lorsch (1986) dans leur approche du rapport des structures des entreprises avec leur environnement direct.

Source : Ph. Scieur (2003), « Organisation et ressources humaines », in Ferréol Gilles, *La sociologie*, Paris, Bréal, pp. 327-352.

La plupart des réseaux organisent leur forme d'échanges autour des pratiques professionnelles. L'utilisateur et sa situation sont alors l'objet de la discussion qui associe les différents intervenants concernés. Certains réseaux soulignent l'importance du médecin généraliste comme opérateur de proximité, avec un regret : sa relative absence des travaux pléniers de coordination. Quelques réseaux agissent directement sur, voire avec, l'utilisateur. Ce dernier constitue toujours le trait d'union qui rassemble les partenaires autour du projet. Il est rarement associé à la vie du réseau alors qu'il peut l'être parfois au sein de l'une ou l'autre association partenaire. Cependant, les réseaux santé « font réseau » aussi pour l'utilisateur qui peut découvrir et appréhender sa maladie sur un plan plus global et plus intégré.

Les formes organisationnelles diverses du réseau sont au service de l'accomplissement des finalités et des objectifs. Autrement dit, les réseaux réalisent en grande partie ce qu'ils disent faire, en fonction du projet qu'ils ont défini et qui a fait l'objet d'une publication. Quelques réseaux sont dans une logique de déplacement des buts (*cf. infra*) par rapport au programme initial défini. Les systèmes organisationnels du réseau sont souples, ce qui est opportun en fonction du nombre parfois important de partenaires. Cependant, on relève dans certains réseaux la difficulté de coordonner les actions parce que les partenaires s'inscrivent dans une organisation temporelle différente, les uns travaillant dans l'urgence, les autres fonctionnant sur un mode agencé de rendez-vous préalablement déterminés. Cette différenciation rompt la nécessaire linéarité dans la prise en charge du patient, le renvoyant alors hors du réseau,

soit chez lui, soit dans un autre lieu d'accueil et d'attente, soit encore auprès d'intervenants qui envisagent le soin sans perspective intégrée et globale.

Les stratégies des réseaux sont souvent peu claires. Elles semblent plutôt relever d'incidences provenant d'opportunités saisies dans l'environnement. Ainsi, la création officielle des réseaux santé, à l'initiative d'un pouvoir politique, formalisée par la mise à disposition de moyens spécifiques, illustre pleinement cette proposition. La stratégie de la plupart des réseaux est donc souvent conjoncturelle et aléatoire. Il faut reconnaître que l'annualisation de l'allocation des ressources n'aide pas à envisager une action pérenne, au-delà des 12 mois de subvention. Quelques organisations réticulaires ont cependant une perspective stratégique agencée en fonction de lignes directrices et politiques définies au regard de leur environnement, sur du moyen terme. Mais au regard de l'absence d'intégration des budgets et comptes dans la réflexion stratégique, il importe, tout en reconnaissant leur originalité, de souligner la portée limitée de ces démarches. Certaines personnes ont évoqué, pour justifier cet état de fait, un objectif clandestin, un but dévié : le maintien par la dotation annuelle de certains emplois. Cette situation empêcherait alors de créer de l'originalité, de développer le projet à cause de la contrainte d'un budget consacré essentiellement aux salaires des travailleurs. Le but de l'organisation est souvent défini sur un mode de compromis, ce qui n'exclut nullement, dans certains réseaux (en tension interne) de fonctionner sur des rapports sociaux de pouvoir et des jeux d'influence.

La finalité de l'organisation, maîtresse ou servante ?

Comment sont établis les buts

Les buts sont déterminés selon des procédures internes par des organes compétents très différents (comité de pilotage, Conseil d'Administration, groupe de coordination, un promoteur...). Dans la pratique, ils sont établis non pas à travers des jeux complexes de pouvoir menés par des acteurs de l'organisation, mais selon un principe de consensus, en référence aux valeurs spécifiques du « monde », du secteur concerné.

L'efficacité, la rentabilité, le danger de la mesure à tout prix

L'efficacité réelle d'une organisation repose sur la mesure du résultat atteint en fonction des objectifs définis. La rentabilité est évaluée en fonction de la quantité de ressources utilisées pour produire une unité de fabrication ou de service. Un trop grand désir de mesure conduit à des distorsions, notamment

lorsqu'il est impossible d'apprécier quantitativement la production essentielle d'une organisation, alors que d'autres éléments, connexes, sont eux chiffrables. Si un pasteur est constamment surveillé par ses supérieurs quant aux sommes qu'il recueille pour la construction de son nouveau temple ou quant au nombre d'enfants qui fréquentent l'école du dimanche dans sa paroisse, il devient bientôt plus préoccupé par les fonds à récolter et par l'effectif de sa classe que par la direction spirituelle de ses ouailles. Certains réseaux santé refusent l'idée même de quantifier leur action, notamment parce que l'objet de mesure est un échange entre professionnels et un système d'action complexe ou parce que le type de soin fourni à l'utilisateur demande du temps, ou encore parce que cette matière est du registre confidentiel (secret professionnel).

Le déplacement des buts

Il peut prendre plusieurs formes, notamment :

- a) l'organisation inverse l'ordre de priorité entre ses buts et moyens, de sorte que les moyens deviennent les buts et inversement ; Samuel Clark dans son étude sur l'armée du salut au Canada (*Church and Sect in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 1948) montre que "à mesure qu'une organisation se développe et progresse dans sa capacité à recruter des adhérents et à récolter des fonds, les dirigeants commencent à accorder de plus en plus d'attention et de ressources au maintien de l'organisation. Ils abandonnent même l'œuvre d'évangélisation dans les régions du Canada où l'appui local se révèle insuffisant pour maintenir un Chapitre, probablement par crainte qu'un tel Chapitre n'entraîne une diminution trop grande des ressources nationales de l'organisation". Cette manière d'inverser l'ordre de priorité peut parfois se repérer au niveau de certains réseaux, qui disposent de moyens, de ressources visant à légitimer davantage l'existence du projet, que de réaliser les objectifs généraux définis. On retrouve ici l'explication qui justifie une politique déguisée d'emploi, non pas mise en œuvre explicitement par les pouvoirs publics mais plutôt par les opérateurs. Il est vrai que cette hypothèse explicative a été peu évoquée, tant les discours de l'écrasante majorité des personnes rencontrées étaient consensuels.
- b) l'organisation se concentre sur des buts secondaires et des problèmes spécifiques qui peuvent même s'opposer aux objectifs initiaux ; dans ce cas, les membres du groupement humain consacrent leurs ressources à des objectifs annexes et focalisent leur énergie sur l'organisation, et non plus sur ses finalités fondatrices. L'expression, « le réseau crée du réseau »

illustre bien ce constat. Ainsi, certains réseaux confinés à des territoires spécifiques s'interrogent par rapport à un élargissement de leur espace d'action et donc de leurs partenaires potentiels. Conscients du risque de focalisation sur des objectifs secondaires, ces réseaux santé restent prudents, d'autant qu'un réseau élargi pose un problème (aussi élargi) de définition d'un périmètre organisationnel et d'allocation de ressources limitées. Ainsi, l'intégration de nouveaux membres constitue toujours un risque parce que ce processus est consommateur de temps et d'énergie. Il se doit idéalement d'être réfléchi au moment de l'exercice stratégique annuel définissant les lignes directrices de l'organisation.

Certains réseaux constituent des échanges en vue, notamment de produire certains types de connaissances, scientifiques ou technologiques selon les définitions figurant dans le tableau ci-dessous. Considérés comme des résultats importants, cette orientation « recherche » génère le risque (non vérifié par cette étude) d'un privilège accordé à un but qui est - clairement - secondaire au regard des objectifs annoncés des réseaux. Un tableau de bord opérationnel, élaboré, discuté et négocié entre partenaires, pourrait éviter ce type de déviation des buts. Ou, en accord avec les pouvoirs subsidiaires, ce type d'objectif pourrait devenir principal pour les réseaux qui le souhaitent.

Les différents types de connaissances

A. Eraly²⁶ propose une classification des connaissances qui repose - au moins - sur quatre types. Cependant, nous ne reprenons pas in extenso les définitions de l'auteur dans la mesure où elles demandent - à notre sens - d'être, dans certains cas, transformées, voire complétées. Les connaissances scientifiques sont formalisées par un langage explicite et codifié, selon un raisonnement cohérent (non contradictoire), et visent exclusivement à décrire, caractériser, expliquer, comprendre, voire anticiper (pour les sciences normatives) les événements, les faits. Elles sont soumises à l'examen épistémologique. Les connaissances techniques et technologiques se distinguent par leur rapport à la pratique. Les premières manifestent des capacités pratiques, tacites (les compétences, savoir-faire...) alors que les secondes relèvent du discours formalisé sur ces capacités. Les connaissances ordinaires relèvent du principe du lien social construit par l'individu. Ces connaissances tacites assurent le fonctionnement des interactions et servent à la reconnaissance des situations sociales, à orienter les conduites, à gérer les changements contextuels de l'action... Les idéologies sont des représentations socialement construites et utilisées à des fins de légitimation (de pouvoir, de domination...). Le terme "idéologie" est certes polysémique mais P. Ricoeur²⁷ a remarquablement clarifié ce concept, dont il définit les multiples dimensions et acceptions, et qu'il met en tension avec le phénomène de l'utopie.

²⁶ Eraly A., "Sociologie de la connaissance", notes de cours, Bruxelles, ULB, 1995.

²⁷ Ricoeur P., *L'idéologie et l'utopie*, Paris, Seuil, 1997.

La succession, la multiplication et l'extension des buts

Généralement, dans les organisations, la succession des buts s'observe plus souvent lorsque le but premier fixé par l'organisation n'est pas atteint et que pour pérenniser son existence, l'organisation soit s'en définit un nouveau, soit en définit d'autres qui s'ajoutent au premier (extension et multiplication). Ainsi, les réseaux santé, en tant que tels, ne disposent pas aujourd'hui d'une histoire suffisamment longue pour entamer ce type de démarche, ce qui n'est pas nécessairement le cas de partenaires présents sur la scène de l'action sanitaire et sociale à Bruxelles depuis parfois plusieurs décennies.

Selon A. Etzioni²⁸, certaines organisations se donnent ou disposent dès leur création de plusieurs buts et il semble que ce type d'entité sociale soit plus efficace que celle qui sont à but unique. Trois raisons intrinsèques sont évoquées :

- le fait de servir un but peut en faire progresser un autre ;
- ce type d'organisation, multiservices, recrute des membres de haute qualité ;
- une telle entité peut satisfaire davantage les attentes multiples et mouvantes du personnel.

Ce type d'organisation n'évite pas les conflits internes qui peuvent être réglés en partie tout au moins par un recadrage des priorités. Nous avons constaté ce phénomène dans l'un ou l'autre réseau, dont certains membres n'apprécient pas la création (ou l'accent) mis sur un nouvel objectif au regard de la convention négociée, à la base de la constitution du réseau. Certains indicateurs, comme le retrait de certains membres fondateurs, la rotation importante des représentants des partenaires aux réunions de coordination, la question de la qualité de la représentation des personnes membres effectifs du réseau, révèlent d'une part la latence d'un conflit, d'autre part une non-gestion collective de ce dernier. Reprenons l'interrogation à propos de la « qualité » du représentant au travail réel du réseau. Cela se traduit par des questions comme : est-il actif à titre individuel ou en représentant mandaté de son institution d'origine ? Quel transfert opère-t-il vers son institution ou vers le réseau, et avec quel mandat ? (...) On saisit ici la difficulté de limiter l'évaluation d'un réseau à son périmètre.

²⁸ D'après Etzioni A., *Les organisations modernes*, Gembloux, Duculot, 1971, pp. 17-36.

3.2. Les logiques d'action organisationnelle

Les logiques d'action organisationnelle révèlent les modes de gestion et leur modèle culturel. Cette section portera sur trois éléments : la culture, la gouvernance, les métiers.

Réseaux et culture organisationnelle

Commençons par un bref descriptif théorique.

La question de la culture de l'organisation ne se réduit pas à une "pure analyse intellectuelle", exempte de conséquences par exemple sur la gestion. Elle ne relève pas non plus à "l'ingénierie culturelle" (comme l'a nommée J.-F. Chanlat²⁹), instrumentaliste, censée produire des représentations communes, proposant des visées intégratives du personnel, compétitives par rapport à la concurrence, et impératives dans la manière d'asseoir l'autorité et le pouvoir dans l'entreprise³⁰.

Méthodologiquement, cette réalité sociale qu'est la culture de l'organisation, comprise comme le système de repères, de représentations, de symboles, de valeurs auxquels les individus font référence plus ou moins consciemment pour vivre en société... demande une approche empirique et inductive. Cette posture s'oppose à la conception qui prétend que l'organisation "a" une culture, considérée comme un attribut partiellement extérieur aux individus, dès lors manipulable par des procédures particulières de management. Elle privilégie la position qui affirme que l'organisation "est" une culture, synthèse plus ou moins ordonnée et stable des apports émanant, tant des individus (les références externes qu'ils importent dans l'organisation, les modes de travail et de communication qu'ils instituent collectivement), des procédures techniques (chaque procédure technique induit un rapport particulier à la matière à façonner, suscite des collaborations, en décourage d'autres) que des circonstances économiques (le rapport à la production, à l'organisation, au management et aux collègues varie selon que les produits sont valorisés ou pas par le marché). En bref, dans cette conception, la culture est le produit collectif non maîtrisé d'interactions multiples, d'influences réciproques entre tous les secteurs et acteurs de l'organisation. Elle inclut des visions du monde, de l'organisation, du réseau, de son fonctionnement et, par exemple, justifie les hiérarchisations internes produites en dehors de l'organigramme officiel.

A la suite de nos entretiens, nous avons constaté que les réseaux santé se caractérisent par une culture marquée par quatre éléments intimement maillés. Le premier, **l'absence relative d'une idéologie forte et contraignante**, qualifie les réseaux comme lieu d'un grand brassage d'idées, de points de vue, sans prégnance d'une idéologie politique, philosophique ou religieuse marquée et dominante. Ces particularités sont évidemment décelables dans les propos de

²⁹ Chanlat J.-F., "L'analyse sociologique des organisations : un regard sur la production anglo-saxonne contemporaine", *Sociologie du travail*, XXXI-3, 1989, p. 386.

³⁰ Delcourt J., "La culture d'entreprise. Un essai d'analyse conceptuelle", *Revue de l'Institut des sciences du travail*, U.C.L., 12, 1990.

certaines de nos témoins, mais elles restent en retrait par rapport à la définition de la mission globale des réseaux qui est de « faire soin et produire de la santé publique ». Il existe ainsi une « méta-convention » autour de l'usager malade et de la manière dont il convient d'agir. Le second élément découle naturellement de cela : **la grande majorité des réseaux et de leurs membres partagent une perspective interne et pratique³¹ d'intervention sanitaire globale et intégrée.** Cette manière commune de concevoir les finalités de l'action a des incidences sur la meilleure perception des rapports au travail et au réseau véhiculés par chacun. Ce dernier trait est important car il révèle le troisième composant culturel majeur : **la culture du réseau.** Certes, si de nombreux témoins signalent qu'ils faisaient du réseau avant de bénéficier des subventions, cette manière de construire des échanges et le symbole qui en résulte, c'est-à-dire le réseau, font sens pour chacun, indépendamment du type de maladie appréhendée, du lieu d'action... Ainsi, et c'est le dernier élément, le réseau est conçu **comme un dispositif efficace d'action en matière de santé,** même si les configurations organisationnelles varient fort entre les différents projets.

La relative faible intégration générale dans le dispositif des usagers et des médecins généralistes indépendants interroge la portée de cette culture. Sans proposer d'assertions, qui seraient hasardeuses (nous ne disposons pas de leurs points de vue), nous pensons qu'il y a là un transfert culturel qui n'est pas opéré, du moins pas complètement. La question des usagers sera évoquée plus loin³². L'intégration des médecins généralistes indépendants reste un problème pour certains projets, dans la mesure où, d'une part, ils apparaissent souvent comme une figure centrale dans le système d'intervention, et d'autre part ils participent peu à la coordination effective et aux échanges, faute de temps disent certains, faute de rémunérations disent d'autres. Ce dernier argument montre à suffisance que, si la culture du réseau est une « réalité », elle se manifeste dans un projet qui - très - pragmatiquement nécessite des moyens concrets pour être réalisé.

Gouvernance des réseaux

Les structures des réseaux sont très différentes, avec des systèmes de gouvernance distincts. Ainsi, certains projets sont soutenus par une ASBL indépendante, fonctionnant selon les préceptes de la loi, avec une certaine centralisation des décisions. Alors que d'autres associations privilégient le mode décisionnel sur un plan participatif, à partir des orientations définies par les acteurs de terrain. D'autres réseaux sont gérés selon la logique

³¹ Comme nous le verrons dans la partie 4, 2.2.

³² Point 3 de la 4^{ème} partie : Où sont les usagers ? De la qualité à la citoyenneté.

organisationnelle de l'institution qui promeut le projet. D'autres réseaux encore laissent aux instances de coordination le soin de définir les actions, laissant parfois le coordinateur prendre en charge une part importante du travail de définition des axes prioritaires. D'autres réseaux, enfin, sont considérés par les partenaires comme une excroissance de leurs organisations, sur le plan décisionnel.

Cette relative difficulté de cerner avec précision le système de gouvernance pose la question de la personne, de l'institution, des partenaires qui portent la responsabilité des actions menées, à l'égard de tous les membres, des usagers mais aussi des pouvoirs subsidiaires. Finalement, la question qui émerge est : qui décide (vraiment) ? La réponse la plus générale fournie par les membres fait état d'une collégialité (le consensus évoqué plus haut) que nous qualifions de culturelle. Cependant, cette réponse nie tout rapport de pouvoir, stratégies individuelles, mécanismes de régulation... au sein des espaces réticulaires, ce qui contredit à la fois la littérature sur la question³³, notre expérience de chercheurs et d'intervenants au sein des organisations, certains propos tenus par des « free riders » au regard du discours dominant et enfin l'importance de la structure informelle, propice aux jeux clandestins autour de la maîtrise des incertitudes pour autrui.

Plus globalement, la question de la « bonne » gouvernance renvoie à la question de l'évaluation des réseaux. Celle-ci est relativement absente même si quelques réseaux la pratiquent. Et dans ce cas, souvent, la question des impacts de l'évaluation sur l'apprentissage organisationnel du réseau est peu claire. Autrement dit, le suivi de l'évaluation génère-t-il de l'innovation, de la remédiation structurelle, du recadrage... D'ailleurs, les outils utilisés sont peu standardisés et formalisés³⁴ même si certains semblent fournir des données pertinentes. Globalement³⁵, le dispositif d'évaluation du travail réticulaire comme d'ailleurs les outils de recueil de données visant à apprécier ses résultats sont à construire.

Autour des métiers

Les réseaux fonctionnent essentiellement à partir de l'échange professionnel, autour de l'objet « soin et santé en rapport avec des usagers et leur contexte d'existence ». Ainsi, la perspective intégrée qui est prônée dans ces projets

³³ Cf. notamment Scieur Ph., *op.cit.*, 2005.

³⁴ Nous avons constaté que l'administration de la COCOF était d'ailleurs peu référencée spontanément dans les discours, alors que certains outils y sont disponibles, notamment sur un site web dédié.

³⁵ Soulignons que certains outils existent et semblent performants.

élargit finalement les frontières des compétences de chaque intervenant, voire parfois (et de manière limitée) leur champ professionnel d'action. Cette annonce régulièrement présente dans les entretiens devrait être mise à l'épreuve par une recherche qui aborderait les effets du réseau sur l'exercice, les représentations, les limites des professions concernées. Ainsi, on ne repère pas explicitement l'ambivalence que M.-H. Cabé³⁶ souligne dans les réseaux de santé français qui fait état des acteurs porteurs et innovateurs des projets qui sont à la fois animés par une logique de défense communautaire de leur métier et par une logique d'aide, de transferts, d'échanges. Soulignons cependant que, dans quelques réseaux, certains indicateurs peuvent suggérer une telle ambivalence.

L'étude nous révèle que les échanges prennent quatre formes maillées entre elles :

- la forme « traductive » par la création d'un langage commun et la définition d'objectifs partagés ;
- la forme cognitive par une transmission de savoirs technologiques (*cf. supra*) et conceptuels (théorique) ;
- la forme expérientielle par l'intégration de savoirs pratiques, de trucs et astuces, de savoirs tacites, de cas vécus, d'histoires de vie ;
- la forme praxéologique par l'intégration dans les actes de conseil, de thérapie, dans les actions sociales, des trois éléments précédents.

Le seul métier vraiment abordé dans l'étude est celui de coordinateur dont on peut avancer qu'il est peu défini formellement, sans vraiment un référentiel commun et que les fonctions et tâches qui le concernent sont très différenciées. De l'animation de réunions et du secrétariat du réseau, en passant par la communication interne et/ou externe (...), à l'exercice d'une fonction en ligne (c'est-à-dire de la réalisation d'action concrète à destination des usagers), le profil professionnel du coordinateur est très hétérogène. Cette diversité, compréhensible au regard de l'organisation des réseaux, doit être questionnée afin de générer davantage une harmonisation par ailleurs constitutive d'une identité professionnelle, elle-même vecteur de reconnaissance sociale (*cf. l'extrait ci-dessous*).

³⁶ Cabé M.-H., « La santé en réseaux. Quelles innovations », *Sociologies pratiques*, n°11, 2005.

La reconnaissance aujourd'hui. Enjeux théoriques, éthiques et politiques du concept

On assiste aujourd'hui dans l'espace public des sociétés démocratiques à une explosion des attentes et des demandes de reconnaissance. Ces demandes concernent aussi bien des droits fondamentaux - les libertés civiles et politiques par exemple - que des droits spécifiques que l'on cherche à intégrer dans le groupe des droits fondamentaux : demande de reconnaissance d'une spécificité culturelle, ethnique, religieuse ; demande de reconnaissance de la légitimité des langues minoritaires ; demande de reconnaissance relevant du « genre » ; demande de reconnaissance émanant des victimes soumises à des processus d'oppression non ou insuffisamment reconnus. A cela s'ajoutent des attentes de reconnaissance relatives à des rapports sociaux informels tels que l'exercice du pouvoir dans les organisations hiérarchiques, la consultation et la délibération aussi bien dans les organisations que dans les associations multiples ; la demande de considération en matière de travaux pénibles (...)

C. Lazzeri et A. Caillé (2003), « De la reconnaissance », *Revue du Mauss*, Paris, La Découverte.

3.3. Evaluation synthétique des réseaux

1. ÉVALUATION DE L'INTÉGRATION DES USAGERS ET DES PROFESSIONNELS DANS LE RÉSEAU

Objectifs

Evaluer la participation et la satisfaction des usagers et des professionnels du réseau.

Cette partie est consacrée à des items sur les critères d'inclusion dans le réseau, les modalités d'adhésion au réseau, la mesure de la satisfaction et les mesures correctrices éventuellement mises en place pour l'améliorer. La congruence entre les critères de satisfaction retenus et la finalité et les objectifs opérationnels du réseau sera vérifiée.

Evaluation

Participation des usagers : **à mettre en œuvre**

Participation des professionnels : **en œuvre**

Satisfaction des usagers : **à mettre en œuvre, très bonne selon les témoins**

Satisfaction des professionnels : **très bonne**

Inclusion dans les réseaux : **relativement aisée**

Modalités d'adhésion aux réseaux : **formelles et informelles ; doivent être clarifiées**

Mesures correctrices : **à clarifier dans certains cas, à mettre en œuvre**

Congruence organisationnelle : **par réseau, dans la plupart de cas, congruence ; sur un plan global, inter réseaux, non-congruence**

2. ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU RÉSEAU

Objectifs

S'assurer de l'existence d'un réel pilotage du réseau, avec une formalisation des décisions permettant de disposer d'une trace de l'évolution et de rendre compte de la dynamique de l'organisation (pilotage, coordination, organisation, fonctionnement interne, coopération, environnement...). Pour être pérenne, l'organisation doit être structurée de manière à rendre possible une évolution du réseau.

Evaluation

Pilotage des réseaux : **effectif**

Formalisation des décisions : **existante souvent (usage de P.V.)**

Dynamique de l'organisation : **effective**

Formalisation de la dynamique de l'organisation : **à mettre en œuvre**

3. ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

Objectifs

Mesurer l'apport (en termes procéduriers, de référentiels, de systèmes d'échanges de données, impacts sur l'état de santé...) de ce type d'organisation par rapport aux modalités traditionnelles de prise en charge, quand elles existent, ou par rapport à la situation hors réseau. L'analyse de l'apport du réseau ne relève pas exclusivement du promoteur, mais l'un des objectifs fondamentaux des réseaux étant d'améliorer la qualité de la prise en charge, il est essentiel que le réseau lui-même s'interroge sur ses pratiques et son impact sur l'état de santé des personnes incluses et sur l'environnement socio-sanitaire dans lequel il s'est constitué.

Evaluation

Apport des réseaux aux modalités traditionnelles de prise en charge de l'usager : **effective**

Usage de procédures, référentiels, système d'échanges de données, impacts sur l'état de santé : **à mettre en œuvre**

Interrogation des réseaux sur leurs pratiques, l'état de santé des personnes : **effective**

Interrogation des réseaux sur leur impact sur l'environnement socio-sanitaire : **à mettre en œuvre**

4. ÉVALUATION DE L'IMPACT ECONOMIQUE

Objectifs

Savoir comment sont identifiés les coûts tant du réseau que des dépenses concernant des coûts médicaux afin de repérer l'apport économique d'une pratique en réseau.

Evaluation

Identification des coûts des réseaux : **à clarifier**

Identification des dépenses des coûts médicaux : **à mettre en œuvre / ou à clarifier**

Apport économique des pratiques en réseaux : **à mettre en œuvre / ou à clarifier**

4^{ème} partie

Lecture transversale

et propositions

1. Introduction

L'évaluation des dix réseaux santé a permis de mettre en évidence les tendances organisationnelles et institutionnelles d'un mode de fonctionnement qui conjugue innovation et incertitudes. Il s'agit maintenant de dégager un certain nombre de pistes qui devrait permettre une amélioration du pilotage des réseaux. Une première série de remarques portera sur la modernisation « par le bas » qu'incarne une logique d'innovation, voire d'expérimentation, à l'œuvre dans les pratiques de médiation sociale, de travail relationnel que nous avons rencontré à travers les dix études de cas. Il nous faudra considérer ensuite la place de l'utilisateur pour, enfin, énoncer un certain nombre d'exigences qui devrait permettre le renforcement d'une politique de santé publique à l'échelle de la région.

2. La question de la qualité sur le terrain ou la modernisation « par le bas »

Nous avons rencontré dix réseaux avec des pratiques très différentes. Si la qualité de service est une préoccupation permanente, nous pouvons constater qu'elle est peu problématisée comme telle ou encore, elle ne fait pas l'objet d'une construction sociale au sens où elle constituerait un référentiel commun à un ensemble de pratiques. Lors des entretiens, il ressort des pratiques innovantes construites localement par des travailleurs sociaux et des responsables de services comme des alternatives aux pratiques dominantes ou comme réponses à des problématiques spécifiques.

2.1. La nécessité d'adopter une approche intégrée

Ces pratiques rattachées à la question de la qualité débouchent sur deux axes de travail relativement complémentaires :

- une redéfinition de la relation de service, de ce qui s'y passe, s'y échange, de ce qu'on en sait, de ce qu'on peut en dire. Cette redéfinition passe par une recherche sur les droits des usagers, sur le statut du travailleur social, sur le rôle et l'impact du service, sur le rapport au savoir des usagers et des professionnels, sur comment l'utilisateur peut se construire comme co-producteur de la relation de service, sur les différentes façons de tenir compte de la dimension identitaire qui se joue dans cette relation de service. La qualité apparaît essentiellement comme étant « à géométrie variable » ou encore comme pratique spontanée sans qu'elle fasse vraiment l'objet d'un travail de mise en valeur de l'action ;

- la question du rapport du service avec son contexte et de comment il est tenu compte de la complexité des situations. Complexité qui naît d'une vision complète et dynamique de ce qui se trouve derrière le concept de milieu de vie, et de la préoccupation de plus en plus prégnante de l'intégration des usagers dans des tissus sociaux à reconstruire. Complexité qui interroge les relations entre le service et ses usagers et qui amène souvent le service à se positionner comme un acteur local qui joue sur le même plan que d'autres acteurs locaux : l'utilisateur lui-même, ses proches, ses voisins, des personnalités du quartier ou de la cité, un groupe de bénévoles, un comité de quartier ou un autre collectif, un commerçant, un artiste, une école, un élu local. Le service se profile alors comme un maillon de réseaux horizontaux, très décentrés, et composés d'acteurs variés. Il cherche à désenclaver, à recomposer, à créer aussi, à travers une forte hétérogénéité, un travail en réseaux ou en coordinations sociales qu'on met classiquement en exergue dans les discussions sur la coordination ou le partenariat.

2.2. Réduire les décalages

Ces deux axes ont tendance à se croiser, voire à se décaler l'un par rapport à l'autre - décalage entre les normes et les pratiques, entre les appels à la normalisation et les situations de survie (tant pour les associations que pour les usagers) - . Ce décalage est renforcé par une confusion au niveau de la qualité des conditions de travail et par les effets de l'externalisation d'un certain nombre de missions vers les associations dans un cadre de contrainte normative.

- La confusion d'abord. Si l'apparition de nouvelles pratiques - qu'elles concernent l'échange de services ou l'échange de savoirs - peut aller de pair avec des innovations en termes de conception, de (non)formalisation, d'innovations très multiformes, parfois très prometteuses, celles-ci n'en révèlent que mieux une tension entre implication subjective des travailleurs et objectivation de leurs pratiques. Dit en d'autres mots, la plupart des associations fonctionnent sans que les rôles et les profils de métiers ne fassent l'objet d'une définition. Cette lacune - déjà repérée dans un premier rapport sur la fonction de coordination³⁷ - renforce la confusion entre travail clinique et travail de médiation (« go-between ») qui inclut un travail de questionnement sur la relation de service et la construction de réseaux. Confusion des rôles qui ne permet pas

³⁷ B. Francq, 2005, Recherche sur les réseaux de santé (Région de Bruxelles-Capitale), UCL, 141 pages.

toujours de répondre à la question de savoir si ces innovations sont transférables, généralisables, renforçant par là même le caractère certes original de l'expérience mais aussi sa fragilité. D'où la nécessité de définir un référentiel de métier qui porte sur la fonction de coordination.

Définition d'un référentiel de métier : coordination d'un réseau-santé

Trois niveaux principaux de responsabilités structurent le management des fonctions de coordination en fonction des objectifs poursuivis, de la taille de l'organisation (nombre d'équipes, effectifs gérés), de la nature et de la diversité des missions remplies, de la proximité des activités à réaliser :

1. Le (la) coordinateur (trice) met en oeuvre la politique de service et de développement des activités de réseau, en fonction des enjeux territoriaux. A ce titre, il (elle) coordonne la gestion administrative, financière et des ressources humaines, supervise les fonctions remplies et les relations avec les différents partenaires, en contribuant à la promotion et à la pérennité des activités réalisées.

2. Le (la) coordonnateur (trice) d'équipe ou animateur territorial du réseau est chargé(e) de la coordination de plusieurs unités et/ou équipes sur un territoire déterminé ou pour un domaine d'activité en santé.

3. Il (elle) assure en direct pour au moins 50 % de son temps des activités de communication au sein d'une équipe dont il assure par ailleurs l'animation et la gestion quotidienne.

Le profil de la mission peut se définir de la manière suivante : le (la) coordinateur (trice) assure le management opérationnel d'une équipe, analyse et coordonne les processus de partenariat effectués dans une logique d'évaluation du service rendu, en assure la prise en compte et le suivi auprès des partenaires concernés. Par son action d'analyse des prestations effectuées et des besoins non satisfaits, de management et de formation des partenaires du réseau, il (elle) contribue à la professionnalisation et à la promotion de la fonction.

Ses principales activités relèvent de quatre domaines d'activité :

(1) Manager les équipes et superviser l'organisation du travail ;

(2) Accompagner la professionnalisation des chefs d'équipes et des personnels de médiation et renforcer le professionnalisme des interventions des médiateurs par les moyens les plus adaptés ;

(3) Coordonner les retours d'expériences auprès des institutions et promouvoir les activités auprès des partenaires ;

(4) Faire évoluer la qualité des prestations et contribuer au développement de nouvelles offres de services :

- De manière interne, l'évaluation de la participation des différents partenaires à un réseau indique la nouveauté et la « plus-value » du travail en réseau, que ce soit sur des objets limités ou sur des relations hybrides. Mais, à l'interne, cette plus-value n'est souvent appréciable que par ceux qui la pratiquent sans que les échanges avec l'extérieur - les partenaires en santé ou plus largement dans les domaines sociaux, culturels, voire politiques - ne soient clairement indiqués. Il paraît nécessaire qu'un système de pilotage minimum soit défini - sous la forme d'un tableau de bord et d'objectifs - pour que l'action des réseaux soit plus visible tant au niveau de la durée de son action que de sa capacité à produire une évaluation continue. Ce constat vaut pour l'affectation des dépenses par rapport

à une durée de l'action qui doit s'évaluer sur trois ans. De cette manière, la question de la qualité n'apparaîtra plus comme « en creux », de manière latente mais fera l'objet d'une approche intégrée tant vis-à-vis des partenaires que vis-à-vis des personnes et/ou des populations.

L'élaboration d'un tableau de bord triennal

Pour rendre plus visible ce que produisent les réseaux, l'adoption d'un tableau de bord spécifiant, par action, les objectifs stratégiques et opérationnels, les indicateurs et le calendrier par phase en fonction du programme triennal est indispensable. Ce tableau permet en effet de présenter une information synthétique qui rend plus transparente la conduite des différents projets et leurs échéances.

Cet outil est cependant limité : s'il sert d'outil de management pour les différents partenaires impliqués dans le réseau, son caractère technique lui enlève souvent de la pertinence pour une communication effective avec la population concernée par les actions. Il faut donc penser à mobiliser d'autres outils de communication.

2.3. La saisie des données

Nous avons déjà relevé le problème soulevé par le recueil de données tant quantitatives que qualitatives lors de la recherche sur la fonction de coordination. L'évaluation des relations entre partenaires au sein de chaque réseau ne fait que souligner ce problème : on peut parler de ses interactions entre partenaires mais il est plus difficile de rendre compte des effets de celles-ci.

Rappelons que l'évaluation des actions devrait reposer sur deux types de données : celles qui ont trait aux dépenses affectées selon les différentes actions du réseau ; celles qui rendent compte de la nature des actions sur le terrain. Si les premières permettent de visibiliser les ordres de grandeur des différents projets, les secondes sont supposées permettre de cerner les tenants et aboutissants des actions menées à partir d'un canevas qui se composerait d'une fiche établie comme projet et d'une fiche remplie une fois l'action réalisée selon des critères tels que lieu de réalisation, opérateur, objectifs généraux, critères d'évaluation, indicateurs (fonctionnement, résultats), budget (recettes, dépenses), partenaires (caractéristiques, fonction ou rôle dans l'activité).

Nous avons pu constater aussi que, assez systématiquement, les données sur le budget sont approximatives. Bien plus, d'une manière générale, il n'est pas évident du tout de savoir quand l'action s'est déroulée ni combien de personnes ont travaillé à cette action (en différenciant clairement le temps de préparation du temps de l'action proprement dite). Pour les données concernant le type de public, le nombre est le plus souvent approximatif, également ; il est parfois impossible de reconstituer le calendrier des activités qui ont été réalisées...

Soit un ensemble de données qu'il est indispensable d'améliorer en simplifiant la saisie des items et en l'informatisant avec un logiciel de traitement des informations qui permette d'établir semestriellement les actions réalisées et surtout...programmées. Il est indispensable de faire l'usage d'indicateurs les plus souples possible mais permettant néanmoins de rendre compte de la production des réseaux.

Les indicateurs possibles

Un document réalisé par le service de la Politique des Grandes Villes, en mai 2003, *Vadémécum de l'évaluation des contrats de ville du programme de la politique fédérale des grandes villes*, proposait une définition de ce que devait être un indicateur et quelques repères pour départager ceux à utiliser : « Un indicateur est un outil qui mesure dans quelle proportion une initiative a atteint son objectif. Comme dit plus haut, les indicateurs sont précisés dès la mise en place d'un contrat de ville et à partir des objectifs opérationnels.

Il s'agit ici de poser un cadre plutôt qu'une série d'indicateurs qui laisse la place pour la créativité et la spécificité des opérateurs. Ce cadre devra être bonifié à la lumière des commentaires de ses utilisateurs. Ainsi peut-on imaginer de construire les indicateurs selon une démarche pragmatique établie en fonction des données disponibles ou à améliorer. Le problème est d'identifier et de classer les indicateurs selon au moins cinq types qui permettent de rendre compte de la dynamique des actions réalisées.

Type d'indicateurs à partir de cinq questions³⁸

Type d'indicateurs	Exemples
I. Indicateurs de situation Q : Où en sommes-nous ?	Taux d'utilisation des ressources Taux d'effectifs formés
II. Indicateurs d'activité Q : Qu'avons-nous fait ?	Nombre de personnes consultées dans l'année Nombre de dossiers traités Nombre de réunions organisées Nombre d'infrastructures ouvertes, aménagées
III. Indicateur de gestion Q : combien ça coûte ?	Coût d'une opération de communication Dépassement budgétaire
IV. Indicateurs d'avancement du projet Q : Sommes-nous conformes aux exigences de réalisation en termes de délais et de coûts ?	Respect des délais de réalisation Respect des contraintes Respect des budgets alloués
V. Indicateur de qualité Q : Sommes-nous conformes aux exigences de qualité ?	Qualité des prestations internes/externes Qualité du produit livré

Cet ensemble d'indicateurs devrait permettre de mieux visibiliser la production des réseaux.

³⁸ Nous avons repris la typologie proposée par Chamon M., Pérouze H., 1998, *Conduire un projet dans les services*, Lyon, Chronique sociale, p. 112.

3. Où sont les usagers ? De la qualité à la citoyenneté

De manière transversale, la question de la qualité est d'abord en lien direct avec la question des conditions de travail sous le mot d'ordre de la professionnalisation. Là où la question est à l'ordre du jour, c'est dans la concertation sociale et dans la revendication syndicale. Mais la qualité de service est vue comme effet direct et univoque de l'amélioration des conditions de travail des professionnels et de l'augmentation du volume d'emploi dans les services sociaux. En quoi et comment de telles mesures génèrent des améliorations qualitatives et une assurance qualité pour les usagers, c'est un rapport qui n'est guère problématisé dans le contexte bruxellois. Ainsi, la question de la participation des usagers ne s'impose pas d'emblée comme prioritaire tant dans les ordres du jour des acteurs que dans ceux des autorités ou des partenaires sociaux... Elle peut néanmoins apparaître comme une des dimensions de la qualité.

Trois éléments sont indicatifs de la faible mise en problème de l'assurance qualité :

- si des instances consultatives fonctionnent partout, instances où siègent des représentants indirects - par le biais des mutuelles, par exemple - des usagers, celles-ci n'ont qu'un impact faible sur les orientations des politiques; non seulement parce qu'aucune des organisations qui y siège n'a de positionnement clair sur la question de l'assurance qualité mais encore parce que leur rôle est souvent confiné à donner un avis sur l'agrément et la reconnaissance des associations ;
- des pratiques de participation structurée des usagers, quand elles existent, sont assez souvent soumises aux pratiques pédagogiques ou thérapeutiques sans que soit envisagée la contribution de l'utilisateur autrement que comme « personne à aider » ; hormis quelques expériences, la question de l'*empowerment* est peu envisagée comme cherchant à articuler trois types de savoirs - savoir-faire, savoir-comprendre, savoir-combiner - qui constituent les conditions minimales d'une co-production de service qui ne se limiterait pas seulement à transférer sur l'utilisateur la prestation de service ;
- en tant que prestataires de services, le produit spécifique que les associations font circuler dans des pratiques de réseau, c'est la qualité de la relation elle-même (les associations fournissent des biens et des espaces d'interaction). Encore s'agit-il de voir ce qu'induit un tertiaire qualifié de relationnel parce qu'il est basé sur une relation directe entre prestataire et usager. Il y a là un travail de définition de la qualité indispensable pour assurer autre chose que la prise en charge des personnes.

Définir un canevas pour mesurer l'impact des actions

Le développement des évaluations dans le cadre de l'action des réseaux dans différents pays (France, Québec, Grande-Bretagne...) permet aujourd'hui de mener un travail réflexif sur la relation de service et les conditions de co-production de cette relation. Il est nécessaire de mettre en place un programme d'accompagnement (sous la conduite de l'administration et d'une équipe de chercheurs) des professionnels pour qu'ils prennent connaissance de ces mesures d'impact et fassent un choix raisonné entre différentes approches d'auto-évaluation, toujours dans une perspective qui vise à dépasser une conception du réseau qui se limiterait aux seuls échanges entre professionnels. Ainsi, par exemple, cette démarche pourrait s'appuyer sur les acquis du modèle CAF (Cadre d'auto-évaluation des Fonctions publiques). Ce modèle comprend cinq critères consacrés aux facteurs permettant de qualifier l'action et quatre critères portant sur les résultats.

Méthode CAF

Facteurs

Critère 1 : Leadership

Critère 2 : Stratégie et Planification

Critère 3 : Gestion des Ressources Humaines

Critère 4 : Partenariats et Ressources

Critère 5 : Gestion des Processus et du Changement

Résultats

Critère 6 : Résultats auprès des « Clients-citoyens »

Critère 7 : Résultats auprès du Personnel

Critère 8 : Résultats auprès de la Société

Critère 9 : Résultats des performances clés

Résultat obtenu par l'organisation pour l'ensemble des critères

4. La modernisation par le haut : la nécessité d'une politique de santé publique à l'échelle de la Région

A partir d'impératifs de rationalisation des dépenses de la sécurité sociale mais aussi de politiques d'emploi (ou de résorption du chômage), des réformes centrées sur l'offre de services ont été entreprises depuis les années 90. On y retrouve des logiques communes : d'une part, des logiques de standardisation de la "production" (les services qui occupent la même place aux yeux de la réglementation, avec le même agrément, doivent tous faire la même chose), d'autre part des exigences normatives consistant à assurer une prise en charge linéaire de la trajectoire individuelle de l'utilisateur à travers l'offre. Ces réformes passent par une forte externalisation des missions confiées aux associations et par des redéfinitions de la division du travail entre les services sociaux. On mise notamment sur le diagnostic, l'accueil et l'orientation à travers la mise en œuvre

de deux principes complémentaires, de façon plus ou moins aiguë : un suivi individualisé à partir d'un référent (un professionnel négocie avec un usager, voire contractualise, puis suit un programme d'évolution à travers l'offre) nécessitant un important travail d'interface et donc d'engagement de la part des travailleurs; une séquentialisation/segmentation de l'offre standardisée en filières-types (tout passage par le service de type A doit donner une passerelle vers tout service de type B).

Standardisation et division du travail (à quoi il faut souvent ajouter un système de gestion de l'information par les nouvelles technologies, du type dossier unique comme le Résumé psychiatrique minimum et une redéfinition des critères normatifs définissant les publics-cibles les plus difficiles dont l'administration publique veut se maintenir à distance) sont les deux dimensions qui délimitent - implicitement - des normes de qualité induites par le politique ou par les secteurs institutionnels ou encore par les organisations relevant des différentes familles idéologiques qui constituent le paysage institutionnel belge.

Ce mouvement de standardisation et de division du travail, s'il constitue un trait dominant de la modernisation, ne se déploie pas de la même manière selon les régions. De manière lapidaire, l'action gouvernementale en Wallonie est plus centrée sur un recadrage normatif avec une volonté de délimiter le statut des personnels alors que le gouvernement régional flamand accentue les appels au regroupement et à la coopération entre associations autour d'une mise en commun proche du terrain ou encore de la société civile (appel au bénévolat, aux solidarités locales) tandis qu'à Bruxelles, il est plus question d'optimisation d'un ensemble de services multiples qui sont incités à mieux se coordonner ou à établir des passerelles entre elles sur le mode de la transversalité des prises en charge.

Cette orientation pose bien des problèmes dans le cadre du labyrinthe institutionnel bruxellois³⁹ et de sa gouvernance. Un trait commun peut être souligné : à travers un mouvement d'externalisation des missions vers les associations, se réalise une politique d'emploi ou de résorption du chômage avec des créations de postes temporaires et des marges de manœuvre - financières, statutaires, de mobilité du personnel - extrêmement faibles et ayant un double effet : la confusion dans le chef des pouvoirs publics entre politique d'emploi et politiques sociales ou services rendus à la population et le développement de la compétition entre associations pour se positionner sur divers créneaux de financement (locaux, régionaux, fédéraux et européens).

³⁹ Voir le chapitre 3 (Bruxelles : mosaïque, labyrinthe, laboratoire urbain) dans : Francq B. 2003, *La ville incertaine*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant.

Ces mouvements produisent des conflits et des résistances. Il faut surtout remarquer deux choses à leur propos. D'un côté, le suivi individualisé (parcours d'insertion, *case-management*, référent de base comme le médecin-généraliste) pose problème aux petites institutions, distantes des mondes institutionnels, peu bureaucratisées, peu médicalisées, peu familiarisées aux nouvelles technologies de l'information. Ainsi, ce sont les métiers les plus plongés dans le milieu de vie des usagers qui sont les plus réactifs par rapport au mouvement de standardisation et de division du travail à l'œuvre dans la redéfinition de la relation de service. D'un autre côté, il s'agit de conflits dont les enjeux sont précisément la question de la relation de service (où on essaie d'aller le plus loin dans la co-production) et de l'ouverture du travail en réseaux (qui mobilise les ressources et comment ?).

Dans ce contexte, la Région a une responsabilité majeure quant à la définition d'une politique de santé publique. Disons le autrement : il n'est pas imaginable de faire reposer sur les seuls réseaux évalués ici une politique de coordination qui nécessite un travail de mise à plat beaucoup plus conséquent puisqu'il exige un travail démocratique de définition d'une politique publique de santé.

La définition des objectifs stratégiques et transversaux d'une politique de santé publique

Dans le cadre de programmes triennaux d'intervention en matière de santé publique, il s'agirait d'élargir la démarche telle que préconisée à propos des réseaux à l'ensemble des services qui, de près ou de loin, sont impliqués dans une politique de santé. La nouveauté consiste à demander aux communes et aux différentes associations bénéficiaires de mettre en place un dispositif d'évaluation définissant des objectifs stratégiques, des priorités en matière de santé publique et en soulignant les accents transversaux, développant ainsi une attention particulière à la gouvernance :

- ce dispositif devrait s'intégrer par rapport à la politique de revitalisation urbaine développée à partir des contrats de quartier en ajoutant par rapport aux cinq volets qui délimitent les procédures de fonctionnement un sixième portant spécifiquement sur la santé publique ;
- ce dispositif devrait également s'intégrer dans le Programme Politique des Grandes Villes dont on sait qu'il concerne 7 communes bruxelloises en difficulté ;
- un décret global concernant les services ambulatoires devrait faire l'objet d'un travail de l'administration de la Cocof sous la direction d'une commission *ad hoc* du Parlement bruxellois qui procéderait par auditions (tant auprès des représentants des diverses fédérations qu'auprès des experts) ; à partir de ce premier travail, elle devrait penser à mettre en place des forums de citoyens en s'inspirant des expériences qui ont été réalisées dans différents contextes urbains.

Cet ensemble d'orientations devrait se concrétiser, par la constitution d'un organe ayant comme fonction l'administration et l'accompagnement du changement, à partir d'une démarche qui combine définition d'objectifs

stratégiques et opérationnels, indicateurs et tableau de bord, définitions de métiers, le tout permettant de mieux organiser l'évaluation et, donc, non seulement de renforcer la gouvernance tant participative qu'institutionnelle⁴⁰ mais plus encore de permettre à la Région de se mettre à niveau d'autres métropoles européennes en matière de qualité de la santé publique. C'est là un des enjeux majeurs de la politique régionale pour les cinq années qui viennent.

⁴⁰ Pour une définition de la gouvernance et ses deux axes, voir pp. 42-46, *Vadémécum Evaluation des contrats de ville et des contrats logement de la politique fédérale des grandes villes*, février 2006, Bruxelles, 97 pages. La gouvernance y est définie comme « une gestion publique responsable, dynamique et participative d'amélioration continue dans un environnement complexe, respectueuse des institutions démocratiques, des cadres légaux, qui répond aux attentes des citoyens et autres parties concernées et qui construit des partenariats avec les acteurs concernés ou impliqués par l'intérêt général » (p. 44).

Annexes

Annexe 1

Informations connexes à propos du recueil des données

Les derniers rendez-vous pour les entretiens ont été effectués le 8 janvier 2007. Le retard dans le planning s'explique pour les trois motifs suivants.

1. Les rendez-vous reportés

9 personnes ont remis leur rendez-vous à la dernière minute, soit pour cause de maladie (7), soit par oubli (1), soit enfin suite à un malentendu (1).

2. Les informations incomplètes ou incorrectes

En cours de réalisation des interviews, des coordinateurs nous ont informés de l'évolution du réseau par rapport aux données qui nous avaient été transmises.

3. Les personnes difficiles à joindre

Plusieurs personnes (8) ont soit été relativement difficiles à joindre parce qu'étant absentes (vacances), soit demandé de multiples essais d'appels pour obtenir un rendez-vous.

Annexe 2

Liste des personnes rencontrées (111) :

1. Réseau Bruxelles-Est

Promoteur :	le WOPS
Coordinatrice :	S. Martens
Abaka asbl	H. Vilaceque
BAV Zone 5343	Mme Duquesne
BAV Zone 5342	I. Balcers
BAV Zone 5344	T. Van Gasse
Cliniques Saint-Luc - Unité de crise	B. Gilain/C. Delsart
Egregoros	J-Cl. Kawaya
HBM Saint-Josse	C. Splitoir et I. Windfohr
Le Grès	G. Schmidt et Dr Batchi
Le Chien Vert	C. Hanf
La Gerbe	J. Richir
Le SAS Evere	B. Dupuis/M. Vermeylen
Le Méridien	P. Van den Bril
Service d'aide aux justiciables	M. Hamoir
Wolu-Services CASG	C. Huygens
WOPS	M. Dochen

2. Réseau Canal Santé :

Promoteur :	Espace social Télé-Travail asbl
Coordinateur :	M. Kesteman
APEAD	A. Thoorens
APH	Ch. Lieutenant
Babacdown	C. Rodriguez
CDCS	E. Van Besien
Clowns à l'hôpital	C. Vanandrueel
CLPS	P. Thiébaud
Culture et Démocratie	M. Poncin
Espace Social Télé-Service	M. Kesteman/E. Monnier
Ecole à l'hôpital et à domicile	N. Verougstraete
Espoirs d'Afrique	Ch. Baranyanka
Soins chez Soi	L. Bonkain
	M. Hallut (a participé au pilotage)

3. Réseau Dépendance Bruxelles-Est

Promoteur :	SSM Chapelle-aux-Champs
Coordinateur :	C. Levaque
Addictions	Dr Hertz
Fond'Roy	C. Levaque également
La Ramée	Dr Duroy
Le Chien Vert	Rendez-vous pris dans le cadre d'un autre réseau
Messidor	Mme Trucnaux
Saint-Luc - Unité de crise	B. Gilain/C. Delsart
Saint-Luc - Hépatologie	Dr de Timary
Solbosch CATS	M. Addahri
SSM Chapelle-aux-champs	C. Levaque

4. Réseau de santé mentale communautaire Berchem

Promoteur :	Maison Médicale Kattebroek
Coordinateurs :	N. Jabour D. Boffin
Commune de Berchem	F. André-Dumont
Coordination de l'accueil extra-scolaire	Ph. Degrunne
CPAS de Berchem	Ch. De Koninck
Echevinat des Affaires sociales	V. Lurquin/N. Jabour
La Ligue des Familles (Berchem)	M. Van Cau
Le Fourquet (CCFB)	N. Albaret
Le Kiosque	S. Mulas/A. Grimonpont
Le Pluriel (métissage)	M. Lamarti
L'oranger (AMO)	S. Mulas/A. Grimonpont
Maison Médicale Kattebroek	N. Jabour
Médiation sociale-Service Prévention	F. André-Dumont

5. Réseau de santé « Soins de santé primaires - Santé Mentale »

Promoteur :	Maison médicale du Nord
Coordinateur :	B. Vercruysse
Le Méridien SSM	Dr Burquel M. Gonzalves Dr Thiran (rendez-vous pris avec lui dans le cadre du réseau santé précarité)
	Mme M-Th. Tanga Kamba C. Vandendorgh

6. Réseau Hépatite C - Bruxelles

Promoteur :	CHU Saint-Pierre
Coordinateurs :	A-C. Huwart F. Poncin
CHU Brugmann	L. Lasser
CHU Saint-Pierre	R. Saidi
CHU Saint-Pierre	J-P Mulkay
His Bracops	Ch. de Galocsy
Interstices	S. Bechet
MASS	J. Bastogne/R. Lochus/F. Poncin
Maison médicale ens.	L. Cuvelier
Maison médicale Marolles	G. Oldenhoven
Modus Vivendi	A. Close
Projet Lama	J. Wérenne
Service d'accompagnement social	M. Vandebroecke
Transit	A-M Moens/H-E Gervais

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

Promoteur :	Soins chez Soi
	B. Verbinnen/L. Bonkain/C. Balland
Coordinatrice :	C. Balland
Espace Social Télé-Service	M. Kesteman
GRAPE	M. Stevens
Télé-secours	B. De Roover

8. Réseau Santé Diabète Marolles :

Promoteur :	Maison médicale des Marolles B. Hannot
Coordinateurs :	J. Hassoun/N. Rian/S. Rokbanni
CARIA	A. Benali
Centre de santé du miroir	S. Leenen
Comité de la Samaritaine	G. Delaitte/C. Noël
Entr'aides Marolles	C. Ornia
Le Nouveau 150	O.Lendo
Les Amis de la Petite Maison	Mme Nicoletta
Maison Médicale de l'Enseignement	S. Penafuerte
Maison Médicale Marolles	C. Ego
Maison Médicale des Riches-Clares	Dr C. de Blauwe
Maison Médicale Santé Plurielle	Mme Molitor

9. Réseau Santé Mentale Marolles

Promoteur :	le SSM-ULB asbl
Coordinateurs :	M. Bawain Y. Seligman
Centre de santé du Miroir	Dr Schmitz
L'Entr'Aide des Marolles (CASG)	J. Verstraeten
Maison Médicale des Marolles	C. Ego
SSM-ULB - Centre de guidance	M. Luminet

10. Réseau « Santé Précarité »

Promoteur :	Le Méridien
Coordinateurs :	L. Colinet/E. Armanet (Le Méridien)
Elips	J. Boughar
Le Méridien	Mme Amanet
	M. Colinet
La Gerbe	M-A Kestens
L'autre Lieu	Y-L Conreur
Maison de la famille	C. Allaer
	Th. Nyanghe
Maison Médicale du Botanique	D. Vlahovic
Maison Médicale du Nord	O. Thiran
Planning Josaphat	J. Bourdouxhe
Sima	A. Cicek
<u>Autre :</u>	
Cocof	T. Lahaye

Annexe 3

Guide d'entretien - Réseaux santé - Bruxelles

1. Nom, prénom, organisation, âge, fonctions professionnelles, diplômes et titres, expérience professionnelle antérieure.

2. Pourriez-vous expliquer dans un premier temps le projet de « réseau santé » dans lequel vous vous inscrivez ? Concrètement, qu'est-ce que c'est ?

Thème 1. Usagers et professionnels :

Les usagers :

- moyens de communication utilisés pour faire connaître l'existence du réseau
- critères d'inclusion du réseau, évolution dans le temps
- modalités d'adhésion
- manière dont l'avis du patient est pris en compte dans les décisions
- mesures de satisfaction éventuelles des usagers et/ou de l'entourage dans le réseau - Comment ?
- quid de l'utilisation des résultats de ces mesures
- présence de mesures correctrices éventuelles.

Les professionnels :

- moyens de communication utilisés pour faire connaître l'existence du réseau
- critères d'inclusion et d'exclusion des professionnels
- évolution depuis la naissance du réseau
- rôle des professionnels dans le fonctionnement du réseau
- mesures de satisfaction éventuelles des professionnels - Comment ?

Thème 2 : Fonctionnement du réseau :

Pilotage (organe chargé du pilotage du réseau, fréquence des réunions, base de la prise de décision, fourniture des données, quid de l'analyse...)

Coordination (coordonnateur(s) du réseau, perception du rôle de coordinateur par les utilisateurs du réseau, par quels moyens et par qui est-il informé, moyens d'information des membres du réseau...)

Organisation (forme juridique de la structure porteuse du projet, évolution, effectif salarié du réseau...)

Fonctionnement interne (circuits d'information entre les membres du réseau, respect des procédures organisationnelles/règles de fonctionnement, évolution des règles/procédures...)

Mode d'évaluation (fonctionnement, mode d'organisation)

Analyse des partenariats en place. Qu'est-ce que cela a produit ?

Environnement (type de relations entre le réseau et les acteurs institutionnels, analyse des partenariats mis en place, avec d'autres réseaux par exemple, plan d'action de développement du réseau, ...)

Thème 3. Qualité de la prise en charge :

Procédures organisationnelles (procédures organisationnelles permettant la prise en charge globale du patient, procédures visant la continuité de la prise en charge, procédures organisationnelles spécifiques en cas de situation à risques ou d'urgence, procédures de gestion des risques...)

Référentiels de prise en charge (référentiels ou protocoles de prise en charge existants, référentiels propres, modalités d'appropriation/adaptation/élaboration des référentiels, présence de procédures ou indicateurs « alertes », actions correctrices mises en œuvre, démarches d'évaluation...)

Echanges des données de santé (échange formalisé de données concernant le patient au sein du réseau, structure et contenu de cet échange, évolution, modalités d'accès aux données patient, moyens développés pour garantir la confidentialité des échanges, actions correctrices pour améliorer l'efficacité des échanges...)

Impact sur l'état de santé/modification de la prise en charge (évolution des principes et pratiques de prise en charge des populations dans son territoire de santé, effet du réseau sur son environnement, données nécessaires pour entamer ou compléter les mesures d'impact sur l'état de santé des patients...)

Thème 4 : Impact économique :

(mesure des coûts directs de structure du réseau, coûts fixes, coûts variables, système d'information permettant de suivre ces variables, mesure des coûts directs médicaux, moyens mis en place pour garantir la continuité des soins, moyens pour mesurer l'amélioration de la qualité de prise en charge...)

Autres

Dans le réseau santé, qu'est-ce qui fonctionne bien ? Ne fonctionne pas bien ?
Suggestions d'améliorations ?

Quelle est la plus-value du réseau ? Vous travailliez avant sans réseau santé, vous travaillez en réseau aujourd'hui, qu'est-ce que cela apporte en plus ?

Annexe 4

Bibliographie du rapport

- Blau P., *The Dynamics of Bureaucracy*, Chicago, University of Chicago Press, 1955.
- Cabé M.-H., « La santé en réseaux. Quelles innovations », *Sociologies pratiques*, n°11, 2005.
- Chamon M., Pérouze H., *Conduire un projet dans les services*, Lyon, Chronique sociale, 1998.
- Chanlat J.-F., "L'analyse sociologique des organisations : un regard sur la production anglo-saxonne contemporaine", *Sociologie du travail*, XXXI-3, 1989.
- Clark S., *Church and Sect in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 1948.
- Commission Communautaire Française, *Les réseaux santé. Un axe prioritaire de la politique de la Commission Communautaire Française*, Bruxelles, 2005-2006, 102 p.
- Delcourt J., "La culture d'entreprise. Un essai d'analyse conceptuelle", *Revue de l'Institut des sciences du travail*, U.C.L., 12, 1990.
- Emergence Consulting Network, *Vadémécum. Évaluation des contrats de ville et des contrats logement de la politique fédérale des grandes villes*, Bruxelles, février 2006, 97 p.
- Eraly A., "Sociologie de la connaissance", *notes de cours*, Bruxelles, ULB, 1995.
- Etzioni A., *Les organisations modernes*, Gembloux, Duculot, 1971.
- Francq B., *La ville incertaine*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, 2003.
- Francq B., *Recherche sur les réseaux de santé (Région de Bruxelles-Capitale)*, UCL, 2005, 141 p.
- Friedberg E., *Le pouvoir et la règle*, Paris, Seuil, 1993, p. 165.
- Glaser B.G., Strauss A.L., "La production de la théorie à partir des données", *Enquête*, n°1, 1995, pp. 183-195.
- Glaser B.G., Strauss A.L., *The Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Aldine de Gruyter, 1967.
- Laville J.-L., Sainsaulieu R., *Sociologie de l'Association*, Paris, Desclée de Brouwer, 1997.
- Lazzeri C., Caillé A., « De la reconnaissance », *Revue du Mauss*, Paris, La Découverte, 2003.
- Passeron J.-C., "L'espace mental de l'enquête (I). La transformation de l'information sur le monde dans les sciences sociales", *Enquête*, n°1, 1995, pp. 13-42.
- Passeron J.-C., "L'espace mental de l'enquête (II). L'interprétation et les chemins de la preuve", *Enquête*, n°2, 1996, pp. 89-126.

Passeron J.-C., *Le raisonnement sociologique. L'espace non popperien du raisonnement naturel*, Paris, Nathan, 1991.
Rapport des Intervisions 2006 de 10 réseaux santé, décembre 2006, 7 p.
Ricoeur P., *L'idéologie et l'utopie*, Paris, Seuil, 1997.
Scieur Ph., « Organisation et ressources humaines », in Ferréol Gilles, *La sociologie*, Paris, Bréal, 2003, pp. 327-352.
Scieur Ph., *Sociologie des organisations*, Paris, Armand Colin, 2005.

Quelques pistes de lecture

« Une seule solution, l'association ? Socioéconomie du fait associatif », *La revue du MAUSS*, La découverte, n°11, 1998.
Bonnet F., *Le management associatif*, Bruxelles, De Boeck, 1997.
Boulte P., *Le diagnostic des organisations appliqué aux associations*, Paris, PUF, 2001.
Defourny J., Favreau L., Laville J.-L. (eds.), *Insertion et nouvelle économie sociale. Un bilan international*, Paris, Desclée de Brouwer, 1998.
Garant M., Scieur Ph. (eds.), *Formation et changement dans les organisations*, Bruxelles, Vista, 2002.
Garant M., Scieur Ph. (eds.), *Organisation et systèmes de formation*, Bruxelles, De Boeck, 2002.
Jeannot G., *Les usagers du service public*, Paris, PUF, 1998.
Joseph I., Jeannot G., *Métiers du public. Les compétences de l'agent et l'espace de l'usager*, Paris, CNRS Editions, 1995.
Laville J.-L., Nyssens M. (eds.), *Les services sociaux entre associations, Etat et marché*, Paris, La Découverte/MAUSS/CRIDA, 2001.
Leboeuf D., Dupré Ch., « Les réseaux de soins, vecteurs de changement dans l'organisation de la santé ? », in *Sociologies pratiques*, n°2, octobre 1999.
Legay A., « La professionnalisation de l'emploi associatif. L'exemple des permanents des associations intermédiaires », *Documents-CEREQ*, n°158, juillet 2001.
Lévy E. (coord.), *Vous avez dit « Public » ? Situations de gestion dans le secteur public : de la coproduction à la régulation*, Paris, L'Harmattan, 2001.
Liénard G. (ed.), *L'insertion : défi pour l'analyse, enjeu pour l'action*, Sprimont, Mardaga, 2001.
Sainsaulieu R., *Des sociétés en mouvement. Les ressources des institutions intermédiaires*, Paris, Desclée de Brouwer, 2001.
Scieur Ph., *Sociologie des organisations*, Armand Colin, 2005.
Weller J.-M., *L'État au guichet. Sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*, Paris, Desclée de Brouwer, 1999.
Voir également la bibliographie disponible sur le site de la Cocof :
http://www.cocof.irisnet.be/site/fr/reseauxsante/docu_htm