SYNTHESE DE LA RECHERCHE DU R.A.S.S.A.E.F.

Comment, au sein de la zone de soins 6,
les acteurs de première et de seconde ligne en matière d'assuétudes
communiquent-ils entre eux ?

RAMACKERS AMELIA
CHARGEE DE PROJETS DU RASSAEF
Rue de Dinant 18, 4800 Verviers

TABLES DES MATIERES

1. INTRODUCTION
    a. *Mise en œuvre de la recherche*
    b. *Méthodologie*
2. ANALYSE PAR THEMATIQUES
    a. *Qu'est-ce qu'un réseau en matière d'assuétudes ?*
    b. *Quelles sont les relations existantes entre les professionnels de la zone 6 ?*
        i. *Contacts d'envoi*
        ii. *Contacts de réception*
        iii. *Contacts d'échange d'informations*
    c. *Quels sont les aspects positifs du fonctionnement en réseau ?*
    d. *Quels sont les risques du fonctionnement en réseau ?*
        i. *Les risques identifiés pour les professionnels*
        ii. *Les risques identifiés pour les patients*
    e. *Identification des besoins pour optimaliser le travail en réseau*
3. CONCLUSIONS GENERALES
4. ANNEXES
    a. *Questionnaire pour entretiens*
    b. *Lettre de présentation du projet*
    c. *Glossaire des abréviations*
    d. *Répertoire des graphiques*

1. INTRODUCTION

a. Mise en œuvre de la recherche

Pour rappel, le RASSAEF est le Réseau d'Aide et de Soins Spécialisés en Assuétudes de l'Est Francophone. Il s'inscrit dans le cadre du code décrétal et du code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé afin de soutenir et œuvrer au développement de la qualité et continuité de l'aide et des soins apportés aux bénéficiaires.

En 2014, le Conseil d'Administration et le Comité de Pilotage du RASSAEF se sont rassemblés autour d'une question centrale : **comment, au sein de la zone de soins six[1], les acteurs de première et seconde lignes communiquent-ils entre eux ?**

Pour répondre à cette question, il a été suggéré que la personne chargée de projets mènerait une recherche qualitative début 2015 avec comme objectifs principaux : (1) réaliser un état des lieux des modes de fonctionnement (formels et informels) qui se pratiquent entre les professionnels du secteur et ; (2) identifier les actions concrètes, répondant aux besoins du terrain, pouvant être créées, développées et/ou soutenues par le RASSAEF ultérieurement.

b. Méthodologie

Pour répondre aux deux objectifs de cette recherche, nous avons choisi de mener des entretiens semi-directifs en utilisant un questionnaire composé de questions ouvertes, d'identification et fermées afin de privilégier la rencontre.

Un pré-test d'entretien a été effectué auprès d'un professionnel du secteur afin d'évaluer la compréhension du questionnaire et son temps de passation ; estimé à une demi-heure.

La taille de notre échantillon n'était pas fixée au préalable afin de pouvoir étendre notre enquête aux diverses personnes pouvant être amenées à travailler avec la problématique des assuétudes.

Ainsi, dans un premier temps, le questionnaire accompagné d'une lettre de présentation (voir annexes) a été envoyé aux divers professionnels afin de les inviter à mener une réflexion en équipe. Dans un second temps, une voir deux personnes désignées pour l'institution a été interviewée par la chargée de projets du RASSAEF. Il est important de noter que tous les entretiens ont été enregistrés et ensuite retranscrits.

Pour finir cette introduction, la chronologie de l'enquête s'est présentée comme suit :

Entre février et aout 2015, quarante-quatre professionnels de première et seconde lignes œuvrant dans le secteur de l'aide et des soins en matière d'assuétudes sur la zone de soins 6 (voir tableau 1 ci-dessous), ont été interrogés. Les professionnels se sont montrés consciencieux, ouverts et disponibles ; seule une personne a refusé d'être enregistrée.

La phase de retranscription a, quant à elle, été allongée de deux mois par rapport aux trois mois initialement prévus car, malgré notre pré-test, le temps de passation a été sous-estimé. En effet, la moyenne d'un entretien était de cinquante-six minutes alors que l'entretien le plus court a duré vingt-sept minutes tandis que le plus long a duré cent-seize minutes.

[1] La zone de soins 6 telle que définie par la Région Wallonne comprend les vingt communes suivantes : Aubel ; Baelen ; Dison ; Herve ; Jalhay ; Lierneux ; Limbourg ; Malmedy ; Olne ; Pepinster ; Plombières ; Spa ; Stavelot ; Stoumont ; Theux ; Thimister-Clermont ; Trois-Ponts ; Verviers ; Waimes et Welkenraedt.

Tableau 1 : Services et professionnels interrogés

SERVICES	PROFESSIONS
HOPITAUX PSYCHIATRIQUES	
CPFA Clinique Psychiatrique des Frères Alexiens	1 psychiatre et 2 infirmiers en chef
CHSA l'Accueil Lierneux	1 psychiatre
HOPITAUX GENERAUX	
CHR Verviers Centre Hospitalier Régional site La Tourelle	1 psychologue et 1 assistant social
CHC Heusy	1 psychologue
CRA la Clinique Reine Astrid	3 assistants sociaux
SERVICES HOSPITALIERS DE JOUR	
CPFA Hôpital de jour Les Tournesols	1 infirmier en chef
CHSA Hôpital de jour Maison Meuris	1 psychiatre
SERVICES DE SANTE MENTALE AVEC MISSION ASSUETUDES	
SSM Verviers AVAT, Consultation	1 psychologue
SSM Verviers AVAT prévention	1 criminologue
AUTRES SERVICES DE SANTE MENTALE	
Centre de guidance de Verviers	2 assistants sociaux
SSM Centre Familial d'Education	1 psychologue et 1 assistant social
MAISON MEDICALE	
Maison médicale Mosaïque	1 médecin

SERVICES	PROFESSIONS
SERVICES PSYCHO-SOCIO THERAPEUTIQUES	
Centre de jour SSM Verviers	1 assistant social
Club Thérapeutique	1 psychologue
EQUIPE MOBILE	
CPFA Equipes mobiles 2a et 2b	1 coordinateur
CPFA Equipe mobile F3	1 psychologue
IHP, INITIATIVE D'HABITATION PROTEGEE	
IHP Le Hall + SPAD La Trame	1 coordinateur
IHP Fagnes-Ardenne	2 assistants sociaux
MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES	
CPFA MSP Les Eglantines	1 infirmier en chef
CONVENTIONS INAMI	
Centre de Cure et de Postcure Les Hautes Fagnes	1 directeur
SELF-HELP	
Vie Libre	2 bénévoles
CENTRES DE PLANNING FAMILIAL	
La Famille Heureuse	1 coordinateur
Inforcouple	1 psychologue

SERVICES	PROFESSIONS
SERVICES SOCIAUX	
PACT	1 psychologue
DUS	1 chef de service et 1 assistant social
RSU	1 psychologue
Maison L'Accueil	1 psychologue
Maison Marie-Louise	1 coordinateur
Service de Prévention de Verviers	1 coordinateur et 1 intervenant social
Plan de cohésion Sociale Verviers	1 chef de projet
Plan de cohésion Sociale Malmédy	1 chef de projet et 1 éducateur de rue
Plan de cohésion Sociale de Plombières	1 chef de projet
AMO Cap Sud	1 assistant social
AMO - Latitude J	1 directeur
ASSOCIATIONS DE MEDECINS GENERALISTES	
GLEM de Montzen	1 médecin responsable
GLEM de Herve-Battice	1 médecin responsable
GLEM de Malmedy	1 médecin responsable
GLEM de Verviers	2 médecin responsable
GLEM de Sart-Jalhay	1 médecin responsable

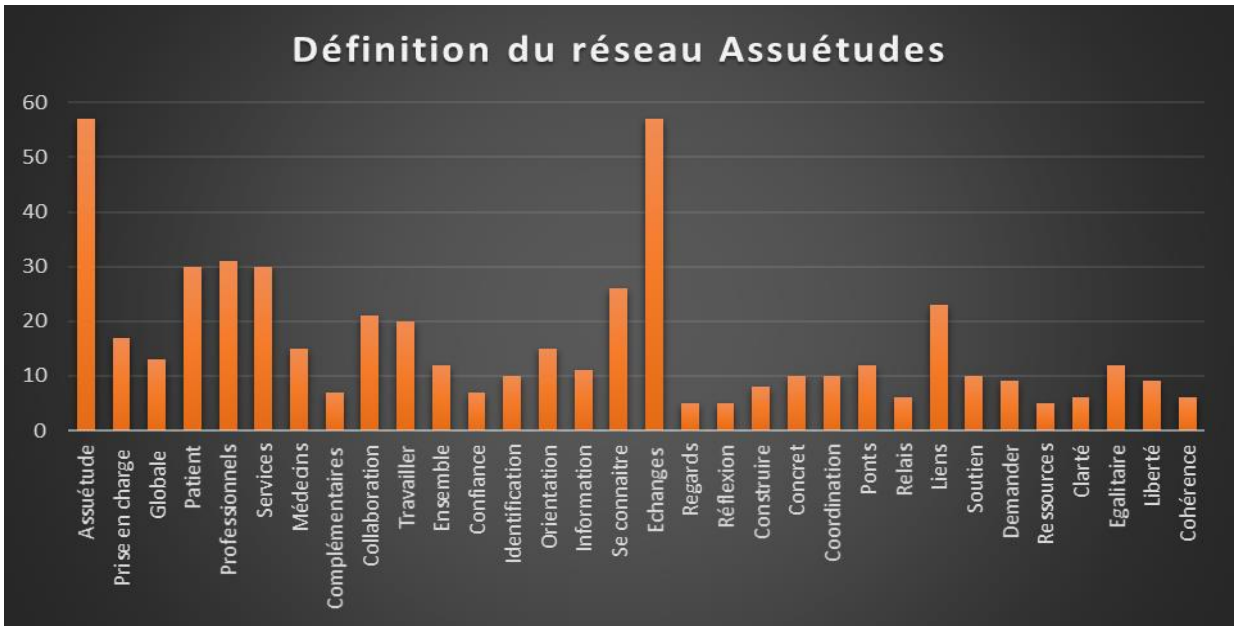
2. ANALYSE PAR THEMATIQUES

a. *Qu'est-ce qu'un réseau en matière d'assuétudes ?*

Le code wallon de l'Action sociale et de la Santé définit le « réseau » comme l'ensemble des institutions spécialisées en matière d'assuétudes en particulier d'aide et de soins en général qui interviennent, de façon similaire ou successive en faveur des personnes souffrant d'assuétudes ou de leur entourage, sous forme de concertation institutionnelle.

Dans le cadre de notre recherche, il nous semblait pertinent de partir des diverses représentations initiales des professionnels rencontrés afin de construire un socle de repères communs et de consolider une identité construite par les professionnels eux-mêmes.

Graphique 1 : Récurrence des termes clefs, utilisés par les professionnels rencontrés, définissant un réseau en matière d'assuétudes



Un réseau en matière d'assuétudes signifie une prise en charge (17) globale (13), c'est-à-dire médicale, psychologique et sociale qui soit la plus optimale possible pour le patient (30). Un médecin apporte une distinction entre « *une prise en charge curative et une prise en charge d'accompagnement qui est différente de la guérison*. » L'aspect préventif dans la prise en charge est aussi repris par trois intervenants.

Cette prise en charge en assuétudes implique des professionnels (31) pluridisciplinaires et des services (30) de première et seconde lignes qui peuvent avoir des points de vue différents mais complémentaires. *« Le réseau serait le moyen d'inscrire le patient dans une trame d'intervenants de différents champs pour que l'approche de ce patient soit la plus complète possible » ;* « *Le réseau doit permettre une articulation entre toutes les thématiques ».*

Pour un certain nombre d'intervenants, le réseau ne se compose pas uniquement d'experts : *« C'est un ensemble de services spécifiques et complémentaires qui veulent mener une réflexion ou une action par rapport à une problématique spécifique. Spécifique (7) ne voulant pas dire automatiquement spécialisé dans la problématique des assuétudes. »*

Dans cette prise en charge, on peut dégager des entretiens la notion qu'il existe autant de trajets de soins que de personnes différentes. *« Idéalement dans une idée de trajectoire qui part du patient. Il n'y a pas un point de départ et un point d'arrivée, les ramifications peuvent être différentes en fonction du*

patient. » Il importe de ne pas trop formaliser afin de garder de la souplesse et de l'originalité. *« Chaque situation est différente et parfois, cela amène plus d'efficacité et de complémentarité si on se pose la question « comment est-ce que l'on va travailler sur cette situation-là ? C'est beaucoup plus riche parce que plus adapté au patient. Il n'y a pas un seul modèle à appliquer*. »

La question du sens du réseau pour le bénéficiaire est posée : *« Se demander si pour la personne que l'on accompagne ce réseau va avoir du sens et est-ce que pour elle, ça va être un réel autre réseau que son réseau familial et amical ? »*

Dans cette définition du réseau et de la prise en charge du patient, 15 personnes attribuent une place particulière au médecin généraliste. *« Le traitant doit rester primordial dans la prise en charge parce qu', à preuve du contraire, c'est souvent celui qui connait le mieux le patient, il centralise les données et dispose d'informations notamment sur son milieu familial » ; « La façon d'intégrer les médecins traitants n'est pas au point au sein des réseaux. »* Un psychiatre affirme que le généraliste est le service de proximité par excellence.

Plusieurs intervenants parlent du réseau en termes de collaboration (13). Pour certains, la collaboration est entendue dans le sens de l'accompagnement du patient. Pour d'autres, le réseau vise à développer une collaboration entre les différents intervenants en insistant sur le fait que celle-ci ne doit pas être envisagée de manière systématique. Toutefois, cet avis n'est pas partagé par les professionnels d'un service social d'un hôpital qui souhaiteraient disposer de contrats de collaboration entre les hôpitaux afin que ce soit plus clair tant pour les professionnels que pour le public.

Le réseau, c'est travailler (20) ensemble (12) de manière complémentaire (7). *« Des partenaires qui se connaissent, se font confiance, qui cherchent à travailler ensemble et non pas à se refiler le problème (…) Que les services qui nous adressent des personnes puissent rester présents en appui quand on a besoin de leur intervention. »*

Dans les définitions données pour un réseau en matière d'assuétudes, on retrouve la notion de confiance (7), condition de base pour transmettre des informations entre les professionnels et avec le patient. Toutefois, certains estiment qu'il faut aussi savoir prendre des risques. Pour créer ce contexte de confiance, il est nécessaire de passer par différentes étapes. Tout d'abord, par une phase d'identification (10) des professionnels, des structures et des pratiques institutionnelles afin d'orienter (15) de manière adéquate. *« La qualité du réseau, c'est le contact, permettre un lien rapide, un contact entre les professionnels qui suivent la personne. Cela veut dire une identification du professionnel, de la structure et de la manière dont ils fonctionnent. » « Ce qui est important, c'est de pouvoir donner la bonne réponse à la bonne personne, c'est orienter au plus juste dans les autres lieux de soins. Je peux me permettre de dire non à une personne si je l'oriente vers quelque chose qui va lui convenir et qui va être adapté à sa demande, qu'elle puisse sortir satisfaite d'une réunion même si elle a entendu non, non et non. Il faut donner des perspectives. »*

Certains mettent en avant, le besoin de disposer d'une meilleure information (11) réciproque sur le travail des uns et des autres.

La notion de « se connaitre » (26) est présentée comme un passage obligatoire. Pour trois professionnels, *« c'est avoir une connaissance des différentes structures existantes en matière d'assuétudes et des structures qui apportent du soutien face aux complications liées aux assuétudes (logement, travail, isolement, …). Pouvoir travailler avec des services qui n'ont pas cette spécificité assuétudes, des services généraux, cela va permettre de pouvoir sortir du problème en lui-même. Actuellement, il n'y a pas une vision globale, tout est encore fort cloisonné ».* Pour une personne, il faut connaître les atouts et les limites des autres services : *« Chacun est conscient des missions et des limites des autres et ceci dans un souci d'efficacité et de complémentarité. »*

Ensuite, on retrouve la phase des échanges (57) qui nécessite des contacts privilégiés et des rencontres lors de réunions mais surtout sur le terrain. Ce qui est essentiel pour certains, c'est de pouvoir visualiser les lieux et de rencontrer les professionnels en action.

Les échanges peuvent porter sur des situations, des savoirs empiriques, des projets, des méthodologies mais aussi sur des pratiques professionnelles ; *« Le réseau en assuétudes, c'est un lieu d'échange de problématiques, de regards et d'expériences. » « Le réseau, c'est un partage de regards (5) et d'éclairages. »*

Pour certains, le réseau signifie une réflexion (5) collective et la construction (8) de dynamiques : *« des méthodes, des logiques qui ne soient pas nécessairement données par la hiérarchie, qui puissent venir aussi des travailleurs. Il faut pouvoir co-construire. »*

Ces réflexions doivent être suivies d'actions concrètes (10). *« C'est bien de se réunir mais, à un moment donné, il faut du concret. Un caractère transposable entre ce que l'on dit en réunion et ce que l'on va mettre en place sur le terrain. » « Le réseau, c'est mettre en action. »*

On peut également dégager l'aspect coordination (10) qui peut être perçu de différentes manières : *« Ce sont plusieurs infrastructures qui s'occupent de consommateurs et qui se coordonnent tant sur la politique de prise en charge de manière générale (ce que chaque service fait sur une trajectoire de soins particuliers) que sur la prise en charge d'un patient en particulier. » « C'est intéressant quand il y a quelqu'un qui reste de manière transversale, qui reste dans la situation et qui continue d'accompagner la personne tout au long du parcours. » « La responsabilité du coordinateur de réseau est de faire en sorte que tout soit bien cadré et, en même temps, il y a une responsabilité collective de chacun des membres. »* Plusieurs intervenants pensent qu'il faut une expertise en matière d'assuétudes au niveau de la coordination. *« Moi, je vois un réseau qui est coordonné par un médecin coordinateur et un pharmacien. »*

Au travers des différentes définitions émises par les professionnels, les notions de ponts-passages (12) et de relais (6) sont mises en avant. *« Le travail en réseau, c'est favoriser des ponts entre les professionnels des différents services. » « Un réseau, c'est créer des passages harmonieux, que les transitions soient collaboratives. »* Une des finalités du réseau serait de créer du lien (15), du contenant. *« Recréer du lien au moment opportun, ça a du sens aussi pour aider les personnes à sortir de leur consommation. » « En travaillant notre réseau, on permet à la personne de travailler le sien aussi. » « Ils n'ont rien pour remplacer le produit si ce n'est peut-être un lien. »*

Le terme de soutien (10) se retrouve dans plusieurs définitions. *« Se soutenir, asseoir des choses difficiles, ne pas se sentir tout seul et se rendre compte que ce n'est pas uniquement le lot d'un service ou d'un professionnel mais que nous sommes plusieurs à rencontrer les mêmes difficultés. » « C'est se sentir soutenu et diminuer la lourdeur de la prise en charge de ce type de patient et le sentiment d'échec régulier auquel on est confronté. »* Le mécanisme d'intervision a été cité par quelques-uns comme une possibilité de soutien. Pour d'autres (9), c'est demander un avis, une expertise, aller chercher des références et des ressources (5) « *que je n'ai peut-être pas tout seul pour se sentir plus grandi, plus léger, plus fort dans ses outils ou ses compétences. »* Le réseau permet aussi de mutualiser les ressources pour des projets communs et avoir plus de poids ou de légitimité lors de demandes de subventions.

On constate une notion de clarté (7) avec la présence, chez certains, d'une distinction entre un réseau officiel et un réseau créé naturellement. *« J'aime faire cette différence entre ce réseau institutionnel et celui qui ne l'est pas. » Pour moi, un réseau ne doit pas être institutionnalisé, il doit pouvoir s'activer et se désactiver en fonction des problématiques. La force du réseau, à l'heure actuelle, est qu'il est naturel et non institutionnalisé, c'est sur le terrain que ça se passe en fonction des besoins que l'on a à ce moment-là. Un réseau officiel peut avoir sa plus-value quand il vient à un moment X pour induire un pro-*

cessus de concertation mais il doit vite se retirer pour que ça devienne un automatisme qui a son sens et pas se rencontrer pour se rencontrer, il doit se retirer quand une pratique s'est mise en place ». « *Il y a ce qui est initié par le pouvoir public, ce qui est initié par votre propre institution et le réseau qui peut être initié personnellement.* »

Des professionnels jugent qu'un réseau fonctionne adéquatement si un certain nombre de critères sont atteints. Tout d'abord, que chaque institution garde son identité dans un rapport égalitaire (12). *« Que les intervenants, les structures ne se considèrent pas comme plus importantes ou mieux qu'une autre. Etre reconnu dans ses compétences avec un même niveau de respect. » « Je trouve que la seconde ligne à des airs de supériorité par rapport à la première ligne et là, il y a des choses à améliorer. »*

La transparence est aussi demandée. *« Les objectifs institutionnels, sociaux, éducationnels et personnels doivent être clairs. Quand on va dans un terrain plus institutionnalisé, plus politisé, il y a des enjeux que l'on ne maitrise pas et que l'on ne comprend pas toujours. Dès lors, soit on est autour de la table et on partage, soit on n'y est pas.* »

La notion de liberté (9) des institutions et du patient d'adhérer au réseau doit être respectée. *« Il s'agit de faire une proposition aux services s'ils veulent œuvrer au réseau à un moment donné et travailler avec ceux qui montrent cette volonté. Celui qui dit « je préfère travailler de mon côté », il s'exclu de la pratique commune mais il reste quand même dans le réseau ». « Liberté du patient aussi de pouvoir décider à un moment donné, je ne veux plus de ces réunions-là, de cette prise en charge en réseau. »*

On retrouve aussi la notion de cohérence (6) *« Que chacun retrouve une base minimale commune pour avancer dans le réseau. Si les objectifs n'ont rien de commun, cela devient vraiment compliqué. »*

En conclusion, nous pouvons proposer la définition suivante :

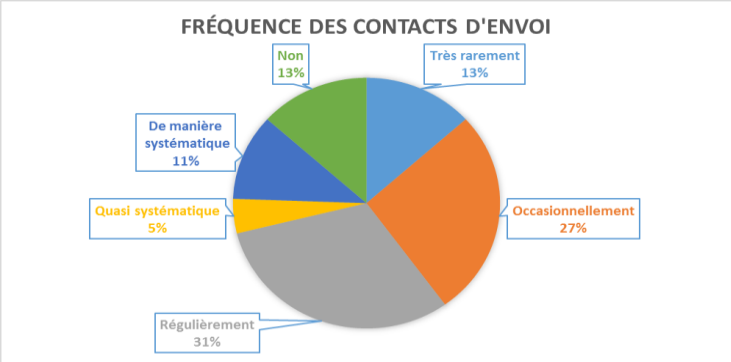
Un réseau en matière d'assuétudes vise une prise en charge globale du patient par des professionnels et des services. Le médecin généraliste occupe une place particulière dans celle-ci. Les approches se veulent complémentaires, il s'agit de collaborer et travailler ensemble en se faisant confiance. Il est indispensable que les acteurs de terrain s'identifient, se connaissent et disposent des informations appropriées dans le but de proposer une orientation efficace aux patients. Le réseau consiste à échanger des regards et des réflexions, ce qui permet de construire des projets concrets et de la coordination. Les ponts et les relais entre professionnels permettent de créer du lien entre eux et autour du patient mais également de se soutenir. Le réseau offre la possibilité de formuler des demandes aux ressources existantes au sein même de celui-ci. Pour vivre de manière saine, un réseau en matière d'assuétudes exige de la clarté, des rapports égalitaires, de la liberté et de la cohérence.

b. *Quelles sont les relations existantes entre les professionnels de la zone 6 ?*

Le deuxième volet de la recherche visait à analyser les interactions pratiquées au sein du réseau en assuétudes et ce au travers de trois questions : les contacts d'envoi, de réception et d'échange d'informations. Nous souhaitions déterminer pour ces trois types de contacts : la fréquence et le moyen de communication utilisé durant l'année écoulée.

i. *Contacts d'envoi*

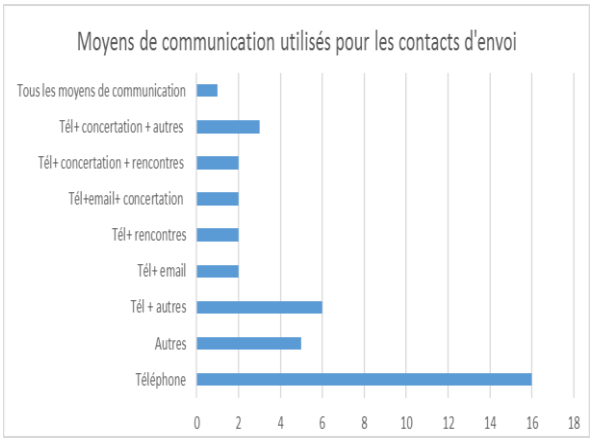
Graphique 2 : Fréquence des contacts d'envoi entre les professionnels de la zone 6



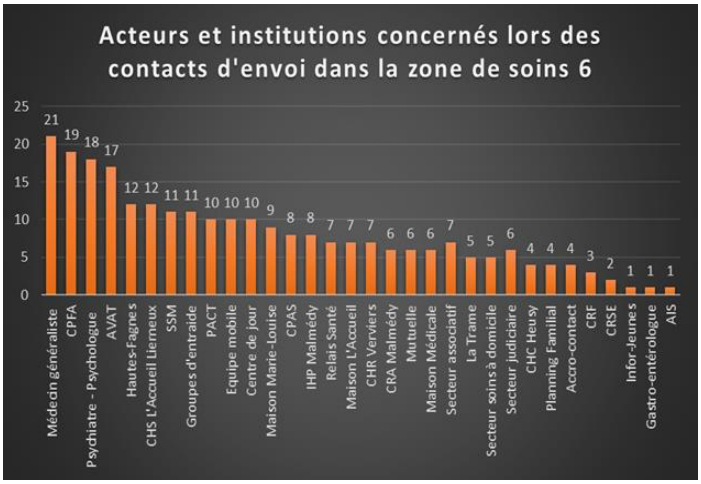
Sur ce schéma, nous pouvons observer que 13 % des professionnels interrogés estiment ne pas avoir ou très rarement des contacts d'envoi. Un quart des professionnels admettent qu'ils envoient occasionnellement vers d'autres institutions ou acteurs de terrain. Par contre, pour 47%, nous pouvons affirmer qu'il s'agit d'une pratique professionnelle courante tandis que 13% des professionnels n'utilisent aucun contact d'envoi.

Graphique 3 : Moyens de communication utilisés pour les contacts d'envoi

Sur ce schéma, nous pouvons observer que, dans 90% des cas, le moyen de communication adopté est le contact téléphonique. Dans 54% des contacts d'envoi, un seul moyen de contact est utilisé soit le téléphone soit « autres ». Dans cet item « autres », on retrouve l'accompagnement de la personne présentant une problématique d'assuétude, la rédaction d'un écrit ou le fait de donner directement les informations à la personne et ce dans un processus d'autonomisation. Dans 26% des cas, les intervenants font appel à deux moyens de communication. Dans 18% des cas, trois stratégies d'envoi sont reprises et l'on observe que dans 2% des contacts d'envoi, tous les moyens de communication cités ont été repris.



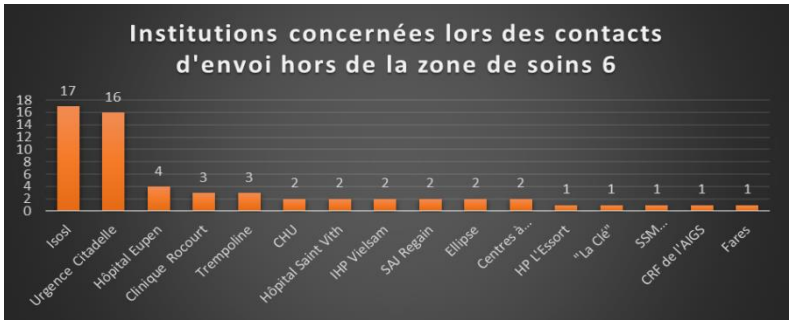
Graphique 4 : Acteurs et institutions concernés lors des contacts d'envoi au sein de la zone 6



Nous observons, au sein de la zone 6, que le médecin généraliste est l'acteur le plus souvent référencé lors des contacts d'envoi tandis que les structures spécialisées en assuétudes ou en santé mentale sont reprises dans le classement des 10 premières institutions lors des contacts d'envoi.

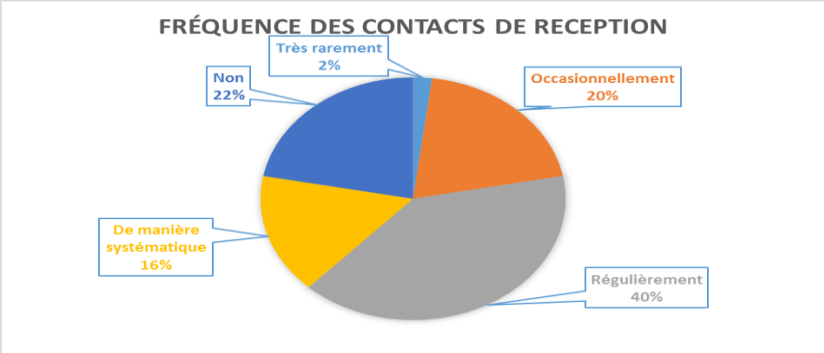
Graphique 5 : Institutions[2] concernées lors des contacts d'envoi hors de la zone 6

Au sujet des contacts hors réseau, ce sont les cliniques ISoSL situées sur la zone de soins 5 (Liège) et les urgences de la Citadelle vers lesquelles les professionnels envoient le plus fréquemment les personnes bénéficiaires.



ii. *Contacts de réception*

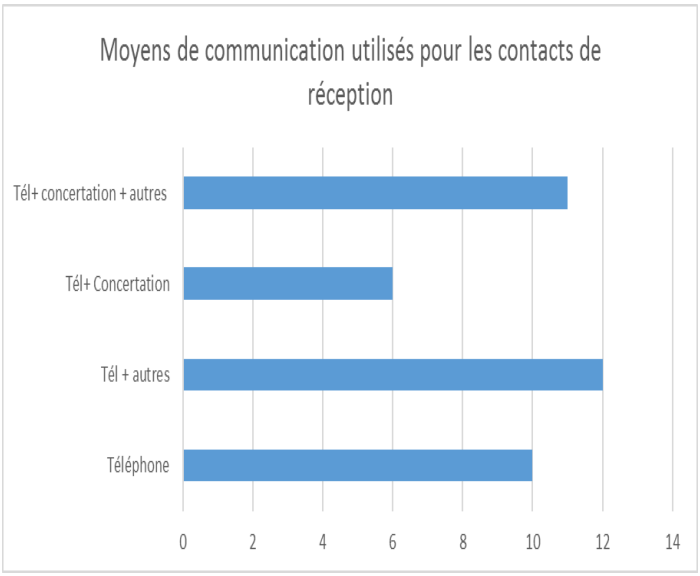
Graphique 6 : Fréquence des contacts de réception



Sur base de ce graphique, nous pouvons observer que 24% des professionnels interviewés n'ont pas ou très rarement des contacts avec d'autres professionnels. Un cinquième des professionnels réceptionnent des contacts d'envoi et ce, de manière occasionnelle. Et dans 56%, ils prennent contact de manière régulière voire systématique.

Graphique 7 : Moyens de communication utilisés lors des contacts de réception

On observe que le contact téléphonique est toujours cité comme le moyen de communication par excellence. Dans 26% des contacts d'envoi, un seul moyen de contact est utilisé, à savoir le téléphone. Dans 46% des cas, les intervenants font appel à deux moyens de communication, soit la combinaison téléphone et autres soit téléphone et réunion de concertation. Dans 28 % des cas, les trois moyens cités ci-dessus sont assemblés. Par « autres », on retrouve la rencontre individuelle du bénéficiaire lors de permanence ou de rencontre de préadmission. Le passage direct par le psychiatre ou les urgences est cité tout comme la rédaction de rapport ou de courrier. Par rapport au contact d'envoi, les emails et les rencontres informelles ne sont pas repris dans les contacts de réception.



[2] Le secteur associatif comprend la distribution des colis alimentaires, les associations de bénévolat, Téléservice et les Régies de quartier. Le secteur judiciaire englobe la prison, la police, les avocats et les Maisons de Justice. Accro-Contact est un label du RéZéa (Réseau d'Echanges en matière d'Assuétudes de l'Arrondissement de Verviers) dans lequel on retrouve notamment le service prévention de Verviers et le CVPS (Centre Verviétois de Promotion de la Santé). Le secteur scolaire, quant à lui, comprend les PMS et l'IFAPME.

Graphique 8 : Acteurs et institutions concernés lors des contacts de réception dans la zone 6

On constate que, lors des contacts de réception, l'acteur principal est le psychiatre ou le psychologue indépendant. Le médecin généraliste étant en seconde position. Ici, le classement des 10 premières institutions ou acteurs nous informe que le secteur judicaire et plusieurs institutions sociales verviétoises sont reprises lors des contacts de réception.

Graphique 9 : Institutions concernées lors des contacts de réception hors de la zone 6

Hors de la zone de soins 6, ce sont les cliniques ISoSL situées sur la zone de soins 5 (Liège) vers lesquelles les professionnels renvoient le plus fréquemment.

Conclusions concernant les contacts d'envoi et de réception :

Si nous regardons les similitudes lors des contacts d'envoi et de réception, nous pouvons constater que les trois principaux interlocuteurs sont :

1) Les médecins généralistes ;

2) La Clinique Psychiatrique des Frères Alexiens ;

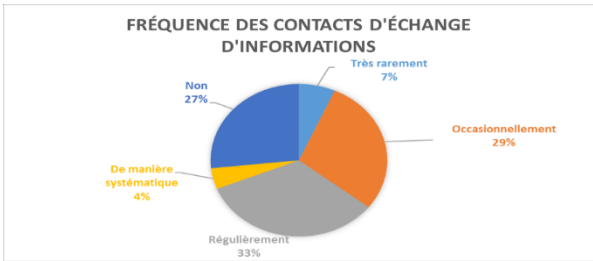
3) Les psychiatres et psychologues.

Toutefois, il est à noter qu'une majorité de contacts sont envoyés à l'AVAT et qu'une autre proportion importante vient du secteur judiciaire. Ces contacts se prennent exclusivement par téléphone ; pratique répandue auprès de la moitié des professionnels interrogés.

Il est cependant important de relever les arguments des personnes qui n'initient pas des contacts d'envoi. Certains estiment « qu'il faut d'abord une concertation en interne » tandis que pour d'autres, « ça ne fait pas partie de nos missions » ou encore « je ne suis pas très à l'aise. »

iii. Contacts d'échange d'informations

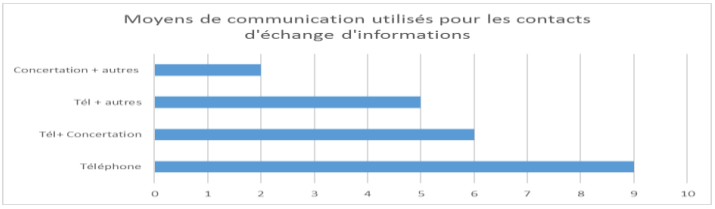
Graphique 10 : Fréquence des contacts d'échange d'informations



En ce qui concerne la fréquence, nous pouvons observer que 34 % des professionnels interrogés estiment ne pas avoir ou très rarement des contacts d'échanges d'informations concernant les bénéficiaires. Un tiers des professionnels sondés échangent occasionnellement des informations relatives à leurs patients. Par contre, pour 37%, nous pouvons affirmer qu'il s'agit d'une pratique professionnelle répandue.

Graphique 11 : Moyens de communication utilisés pour les contacts d'échange d'informations

Nous pouvons relever que le téléphone est toujours le moyen de communication le plus utilisé lors des échanges. Ces échanges permettent fréquemment de déboucher sur des réunions de concertation autour du bénéficiaire.

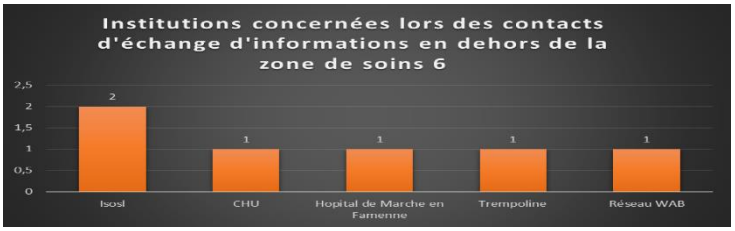


Graphique 12 : Acteurs et institutions concernés lors des contacts d'échange d'informations dans la zone 6

Nous observons que le Relais Santé est l'institution la plus référencée lors des échanges. Ensuite, ce sont les psychiatres ou psychologue et le médecin généraliste qui sont les acteurs les plus souvent mentionnés lors des contacts d'échange d'informations. Le secteur social est plus représenté dans le début du classement que lors des contacts d'envoi et de réception précédemment présentés.

Graphique 13 : Institutions concernées lors des contacts d'échange d'informations en dehors de la zone 6

Nous observons que très peu de contacts d'échange d'informations sont mis en place en dehors de la zone de soins 6.



Lors des entretiens, nous demandions aux professionnels de se situer sur une ligne d'accompagnement (échelle allant de 0 à 5) afin de déterminer la place qu'ils estiment / aimeraient et devraient occuper. Cette question était appréciée car elle permettait d'amorcer une réflexion en interne. Toutefois, nous nous sommes rendus compte qu'elle n'était pas exploitable de manière collective.

En conclusion de ce volet consacré aux interactions, nous tirons le constat que les pratiques de communication au sein du réseau sont à développer. En effet, même si une grande partie des professionnels échange régulièrement entre eux, il reste une proportion non négligeable d'acteurs ou de structures qui ne travaille pas en réseau. Les médecins généralistes, les psychiatres et les psychologues sont des acteurs clés dans cette dynamique de réseau alors que, certains secteurs tels que le secteur judicaire ou celui des soins à domicile, doivent être sensibilisés à ce niveau.

c. *Quels sont les aspects positifs du fonctionnement en réseau ?*

Afin de faciliter l'analyse, les réponses ont été répertoriées en fonction de la fréquence des termes présents dans le discours des personnes interrogées.

- Prise en charge (34) globale (15), cohérente (7) et continue (3)

Nombreux sont les professionnels qui affirment que l'aspect principal du réseau est de permettre une prise en charge globale, cohérente et continue. Nous retrouvons ici une des deux finalités du réseau définie par le code wallon de l'Action sociale et de la Santé qui est de favoriser la continuité des prises en charge.

La prise en charge est notamment définie par certains comme *« accompagner, rejoindre la personne là où elle est et c'est le réseau qui permet de faire cela. »* ou *« avoir conscience de ce que l'on fait, du pourquoi, donner du sens et qu'il y ait une réelle demande et qu'on puisse travailler à partir de là. »*

La prise en charge contribue au besoin de sécurité du bénéficiaire en assuétudes. *« Ce sont parfois des personnes qui sont fatiguées, elles se sentent plus en sécurité et ça participe à leur motivation. »* « *L'aspect positif que l'on peut retirer ? C'est que le patient n'est pas abandonné. Le patient est très mobile, et risque d'être abandonné, on ne sait plus ce qu'il fait et où il est. Si on ne ramène pas au patient, le travail n'a pas de sens. »*

Une prise en charge globale et cohérente signifie pour un psychiatre *: « Si le patient sent une cohérence autour de lui, ça peut être très contenant et très valorisant. En permettant la mise en place d'un réseau de professionnels autour de la personne, il y a une globalité de la situation ; il est pris dans la globalité dans tous ses problèmes. »*

Pour trois acteurs de terrain, le travail en réseau permet la continuité de la prise en charge « *et vise à limiter les allers-retours superflus ; c'est-à-dire les gens qui sont perdus dans le système parce qu'il n'y a pas eu cet accompagnement et qu'ils reviennent au point de départ. »*

- Améliorer (25)

Le travail en réseau permet d'améliorer la prise en charge du bénéficiaire en offrant des interventions plus rapides et/ou plus efficaces. Ici, les professionnels font référence spontanément à une des deux finalités du réseau définie par le code wallon de l'Action sociale et de la Santé.

Le travail en réseau permet d'améliorer les compétences professionnelles mais aussi de contribuer à la qualité du confort professionnel. *« C'est aussi une certaine formation continue en collaborant avec d'autres services, d'autres spécialisations ; ça permet d'étoffer, d'améliorer sa pratique de travail. »* « *Travailler en réseau, ça améliore le travail de chacun ainsi chacun fait le travail pour lequel il est engagé. Et ne pas finalement toucher à tout ; ne pas sentir débordé et se focaliser sur les missions de base.* » La plus-value qui en découle pour les services est de pouvoir se concentrer sur leurs missions premières en faisant confiance aux autres partenaires.

D'un point de vue pratique, le réseau permet une efficacité dans le travail. Pour un responsable de service : « *le réseau permet d'être efficient par rapport à l'accompagnement que l'on peut mettre en place pour les personnes. C'est de ne pas passer trois coups de fil quand on peut en passer qu'un. C'est déjà usant d'accompagner ces personnes alors si, en plus dans nos pratiques professionnelles, on s'use dans les démarches à faire parce qu'on ne connait pas, à passer des coups de fil qui ne servent à rien, ça ne fait que rajouter une couche.* »

Pour un médecin, il y a un intérêt théorique *« qui est de pouvoir travailler les différentes facettes du problème de toxicomanie en même temps, à la fois en parallèle mais en congruence c'est-à-dire de manière cohérente alors que parfois on bute. Sur le plan médical, on peut avancer plus ou moins mais pas sur le plan psycho-social par exemple ou sur le plan familial ou inversement. Travailler en réseau permettrait une plus grande efficacité dans la prise en charge. »*

- Echanger *(23)*

La notion d'échange est abordée dans le sens de « se communiquer les choses », c'est-à-dire se communiquer des informations sur des pratiques professionnelles, sur les modalités de prise en charge, voire l'organisation d'accompagnements à plusieurs ou sur des cas cliniques. « *Ce n'est pas uniquement écouter mais échanger entre professionnels. C'est pouvoir parler de sa pratique et même de patients communs. »* On est ici, dans cette idée d'interconnaissance entre professionnels et de maillage.

On retrouve à travers cette notion d'échange, l'idée de « se donner réciproquement », se transmettre des savoirs et des savoir-être. « *Avoir un échange parce que justement c'est une pathologie dans laquelle on est vraiment dans quelque chose de très subjectif (savoir si la personne est compliante, si elle est demandeuse, si on ne se fait pas rouler dans la farine) »*.

L'échange permet aussi de développer des actions communes. On retrouve l'idée d'une mutualisation des ressources et d'un enrichissement collectif. La recommandation suivante est faite : *« les échanges doivent être ciblés et les thématiques bien définies afin que chacun puisse bien s'y retrouver. »*

- Soutenir (21)

La notion de soutien entre les professionnels est considérée comme un aspect positif du fonctionnement en réseau. Savoir qu'ils peuvent faire appel à d'autres ressources permet aux professionnels de se sentir moins isolés dans la prise en charge des assuétudes qui est vécue comme énergivore. « *Soulager parfois de la lourdeur de la prise en charge. » « L'aspect relationnel dans les assuétudes impacte beaucoup la prise en charge d'où l'importance d'avoir du soutien. » « En tant que professionnel, je sais qu'il y a un réseau donc face à une situation difficile, on peut aussi en parler. »*

L'appui du regard externe est vécu comme une plus-value. *« Trouver le soutien extérieur aussi bien pour aider l'équipe à gérer les problèmes que pour aider les personnes à gérer leur intégration. Pouvoir faire appel à une ressource extérieure avec qui vous collaborez qui est au plus proche des bénéficiaires et de votre équipe apporte beaucoup. »*

A travers cette notion de soutien dans le réseau, on rompt le sentiment d'isolement qui peut exister chez certains professionnels (notamment chez les médecins généralistes). Ce soutien collectif contribue à maintenir la motivation des intervenants et dès lors de lutter contre l'épuisement professionnel. « *Tout cela signifie qu'un des intérêts est de sortir de la solitude dans ce domaine-là en particulier, il ne faut pas prétendre vouloir tout prendre en compte tout seul. C'est bien de pouvoir travailler en réseau et c'est une manière de ne pas s'épuiser non plus, de ne pas se faire aspirer dans la situation. »* Le fait de pouvoir s'appuyer sur le réseau en sachant que d'autres intervenants sont présents dans la situation les rassure. C'est un aspect qu'ils estiment positif tant pour le bénéficiaire que pour eux, les professionnels.

- Connaitre (23)

Le professionnel accorde de l'importance à une meilleure connaissance des acteurs de terrain. *« Je pense que l'on fera mieux notre travail le jour où l'on connaîtra mieux les professionnels, nos collègues externes. »*

Ensuite, le fait de connaitre les missions et le fonctionnement des services est perçu comme une plus-value. Pour les professionnels, il s'agit de connaitre l'offre de soins, c'est-à-dire les possibilités existantes mais aussi, pour quelques personnes, de disposer d'une meilleure compréhension du patient. *« Avoir une meilleure connaissance du patient et de ce qu'il vit ce qui amène donc une meilleure prise en charge. » « L'avantage du travail en réseau, c'est d'apprendre à se connaître et savoir ce que l'autre va pouvoir m'apporter. »*

- Partager (16)

Le partage de la prise en charge des bénéficiaires permet de faire appel aux compétences et à l'expertise des différents professionnels. Pouvoir partager les expériences en se sentant écouter sur le même pied d'égalité est une plus-value. *« Avoir une autre vision, pouvoir partager des visions parfois totalement opposées (…) partage des cas difficiles (…). Un réseau, c'est aussi partager des personnalités qui sont insupportables, difficiles. Cela impacte positivement la motivation du professionnel. »*

- Informations (12)

Disposer d'une meilleure information permet de mieux fonctionner en réseau. *« Avoir une meilleure information de la prise en charge et notamment au niveau médical et légal car c'est une pathologie qui n'est pas du tout évidente. »*

Une autre idée concernant un aspect positif du fonctionnement en réseau est le rayonnement de l'information. *« La diffusion d'informations qui part du réseau, ça peut être d'une efficacité surprenante par rapport à ce qu'individuellement on pourrait faire. »*

- Contact (10)

Le travail en réseau permet la création de contacts. *« Pouvoir contacter les services avec moins d'appréhension et d'aprioris. Il y a un autre enjeu qui est le rapport de transmission, c'est un confort dans les contacts qui permet une fluidité dans la prise en charge. » « Ça améliore le carnet d'adresses. Téléphoner à quelqu'un quand vous avez rencontré cette personne avant, ça facilite les choses. » « Ces contacts facilitent la prise en charge. » « La porte d'entrée d'une institution est liée à la personne rencontrée, ça facilite le contact au bénéfice de la personne. » « Etre identifié est quelque chose qui a à voir avec le lien. »*

- Orienter (10)

L'identification des ressources et des relais permet d'orienter au mieux la demande du bénéficiaire. Travailler avec le réseau des professionnels offre la possibilité de réfléchir à l'orientation la plus adaptée. *« Le réseau permet d'avoir plusieurs portes où frapper en fonction des besoins et des demandes, de trouver l'intervenant adéquat ».* Cette capacité d'orientation est bénéfique tant pour la personne prise en charge que pour les professionnels qui se sentent plus compétents.

- Concertation (9)

Le travail en réseau permet de faciliter la concertation entre les différents acteurs. Plusieurs intervenants estiment que ce volet concertation pourrait être développé afin d'améliorer les sorties des hôpitaux psychiatriques après un sevrage. *« Travailler avec les qualités de chaque service dans un réseau, c'est tirer les bonnes ficelles au bon moment et se concerter pour que ce soit plus efficace et pas spécialement pour se décharger. » « Je pense que le travail pluridisciplinaire c'est pouvoir concerter les différents professionnels avec leurs perspectives*. »

- Réfléchir (8)

Le travail en réseau vise à réfléchir sur la prise en charge du bénéficiaire et sur sa pratique professionnelle. Ce travail de réflexion offre la possibilité de prendre de la distance et d'ajuster l'accompagnement. *« Le réseau permet une réflexion plus profonde et plus objective. L'idée est de sortir des éléments objectifs de la prise en charge compliquée. Ça permet à l'équipe de nuancer sa position, d'éviter les stéréotypes. Le fait d'arriver à considérer davantage le comportement de la personne. » « On peut voir les réajustements à effectuer par rapport à ce qui a n'a pas fonctionné pour les 50 % des patients qui reviennent dans notre structure ».*

- Détecter (3)

Selon quelques intervenants, le fonctionnement en réseau permet une meilleure détection des problèmes (médicaux par exemple) ou des situations plus complexes et dès lors engendre une réactivité importante. Selon un psychiatre : *« Grâce au réseau et à sa série de réponses, on sait détecter plus tôt ou plus vite les situations difficiles qui parfois malheureusement se terminent par des drames » « Ne serait-ce qu'une réaction, savoir vers où on peut aller, une orientation. » « La réactivité étant entendue non pas uniquement comme des réactions rapides vis-à-vis des patients mais également dans les prises de contacts initiées avec les acteurs du réseau. »*

- Fédérer (3)

Le travail permet de fédérer les acteurs du secteur des assuétudes. Un professionnel fait référence au projet de réduction des risques (RDR) qui est initié sur la zone de soins 6. « *Le projet RDR, c'est un projet qui fédère les acteurs de terrain. La plus-value concrète d'un projet tel que celui-là c'est qu'il prend beaucoup d'ampleur et on peut bosser dessus mais pas au détriment d'autres projets pour lequel on est subsidié. On travaille ensemble ».*

Pour fédérer les acteurs en assuétudes, il est conseillé de définir des thématiques afin que tous les membres du réseau se sentent concernés d'une manière qui soit dynamique. *« Concerné à certains moments et pas nécessairement tout le temps. Espèce de division au sein du réseau afin que tous se sentent concernés à un moment donné. Impossible de réunir tout le monde autour d'une thématique commune. »*

- Offrir des possibilités (3)

Le travail en réseau permet de s'ouvrir à d'autres alternatives de suivi ou de prise en charge qui ne soient pas dans un carcan unique. Il y a la création d'autres perspectives. On trouve cette idée d'intelligence collective tant dans la prise en charge que dans la création de projets.

- Aider la personne à comprendre (3)

Le réseau peut apporter de la clarté dans la compréhension de la prise en charge du bénéficiaire. « *Et permettre aussi aux personnes de se situer par rapport à tous les intervenants parce que parfois c'est le chaos le plus complet. Et ça peut être une plus-value pour la personne. C'est important qu'elle sache qui fait quoi. »*

Lors de notre enquête, les personnes interrogées ont relevé individuellement les éléments positifs suivants :

- Le réseau permet de pouvoir remettre la personne en mouvement vers l'extérieur : *« dans la vie qui est la vie de tous les jours ».*
- Le travail en réseau apporte une plus-value pour le service dans lequel on travaille en termes de visibilité, de reconnaissance et de crédibilité.

- *« Un intérêt que la clinique ne soit saisie que pour une expertise psychiatrique, de diagnostic, de traitement de la pathologie et de traitement de nursing social, c'est le travail avec le réseau sans aller au-delà, c'est-à-dire sans prendre la casquette de celui qui gère, dirige le réseau. Ne rester que dans l'expertise et déléguer. »*

- La possibilité d'interpellation à un niveau politique par le biais du RASSAEF qui est régit par un décret et dispose d'une reconnaissance légale. *« Ça veut dire qu'il y a aussi moyen de penser les choses plus à un niveau communautaire, au niveau des changements des mentalités. On peut faire des constats de certaines choses. On a l'opportunité via une structure comme celle-là de pouvoir être porteur de changements même s'ils sont infimes. »*

Une série d'intervenants (6), notamment les professionnels des services sociaux des hôpitaux nous ont répondu qu'il était impossible pour eux de ne pas travailler en réseau.

Il est à signaler que 4 professionnels ne perçoivent pas d'aspects positifs du fonctionnement en réseau. Un professionnel affirme : *« Ce n'est pas limpide, je ne m'y retrouve pas. Ça ne coule pas de source. J'ai l'impression qu'il y a une redondance, tout le monde fait de tout et donc à un moment donné, il est impossible qu'il y ait une prise en charge globale. »*

Conclusions concernant les aspects positifs du fonctionnement en réseau :

Le premier aspect positif perçu du fonctionnement en réseau en assuétudes est de pouvoir offrir une prise en charge globale, cohérente et continue pour le bénéficiaire.

Grâce à ce mode de fonctionnement en réseau, la prise en charge est améliorée de même que les pratiques professionnelles.

Le travail en réseau en assuétudes sur la zone de soins 6 permet concrètement pour les professionnels d'échanger, de se connaître, de créer des contacts, de se sentir soutenus et de partager. A travers ces contacts, les intervenants disposent d'une meilleure information, ce qui leur permet de mieux orienter et de renforcer leurs compétences professionnelles. Le travail en réseau est vécu comme un temps de concertation et de réflexion qui peut fédérer des membres.

Pour le bénéficiaire, ce travail en réseau permet également une meilleure détection, une lecture plus claire du système dans lequel il se trouve et offre un panel de possibilités de prise en charge.

d. Quels sont les risques du fonctionnement en réseau ?

i. Les risques identifiés pour les professionnels

- Le non-respect du secret professionnel (15)

Le non-respect du secret professionnel est le risque le plus souvent cité. Les intervenants s'interrogent sur la notion de secret professionnel partagé. *« Le secret professionnel partagé, ce n'est pas en dire le moins possible mais c'est dire ce qui est nécessaire à dire. » « L'échange d'informations pour l'échange d'informations, cela ne sert à rien. »*

Il se dégage le besoin de définir ce qui doit et ne doit pas être échangé et ce au cas par cas. *« L'idée même du secret professionnel est un peu distillée dans une espèce d'information globale pour le bien du patient et je pense que c'est un risque auquel il faut vraiment réfléchir. Donc il y a une pratique de rencontre au cas par cas et je trouve qu'on doit pouvoir garder cette possibilité. » « Chaque professionnel va avoir un regard différent, en fonction de la structure dans laquelle il travaille. »*

Les questions de la pertinence de l'échange des informations et du sens sont au cœur des préoccupations des professionnels. L'impact sur la relation avec les partenaires est aussi abordé. « *Communiquer des informations et se demander en quoi c'est bien pour le patient. Il est clair que lorsqu'on communique des informations au partenaire, il y a toujours cette notion de lien avec celui-ci. » « Comment l'institution va-t-elle être perçue, quels impacts sur la collaboration en fonction de ce qui est partagé ? Quelle étiquette va avoir le service ? »*

- Les réunions (14)

Les rencontres peuvent être perçues comme non pertinentes et non productives. Dès lors, elles sont reprises en deuxième position dans le classement des risques. Il existe le risque d'un nombre trop élevé de réunions (le syndrome de la réunionite) ou mal organisées avec pour conséquence un essoufflement des professionnels.

L'investissement en temps pour ces réunions est repris quatre fois comme un risque ou tout du moins comme un frein. *« Le réseau, cela exige de la disponibilité de la part des professionnels, d'autant plus sur des temps partiels. »* Les facteurs temps et organisationnels sont également pointés par quatre médecins généralistes.

Le contenu des réunions est aussi mis en avant. Il ressort clairement le besoin d'aborder des aspects très pratico-pratiques ou des situations. *« Réfléchir sur le réseau lui-même cela peut être phagocytant en termes d'énergie par contre réfléchir autour d'une personne ok, je trouve que c'est presque toujours utile ». Peut-être que c'était bien ces réunions au début pour que les gens se connaissent, quoique j'apprends vraiment à connaître les gens quand je les rencontre autour d'une situation ! »* « *Il faut bien se connaître et se pratiquer autour de situations et pas lors de grandes messes où l'on parle de façon théorique. »*

- Enjeux et rapport de pouvoir (10)

Dans la cadre de notre recherche, les enjeux institutionnels, personnels et de pouvoirs sont repris comme le troisième plus grand risque dans le réseau assuétudes.

En ce qui concerne les enjeux institutionnels, il y a la dérive d'utiliser le réseau pour servir les propres intérêts des institutions et la peur de ne plus avoir la maîtrise sur son travail. *« Certains pourraient avoir des délires de grandeur ou l'envie de mener les choses comme eux l'entendent pour servir les intérêts de leur propre service au travers d'un réseau. » « Quels sont les enjeux institutionnels qui se cachent derrière ? Et le côté sain ou dysfonctionnel d'une institution qui pourrait vouloir récupérer le réseau ? »* Un jeu de pouvoir identifié est celui des institutions qui se positionnent en concurrence *« celles qui savent mieux que les autres ».*

Pour contrer ces enjeux, il est suggéré de passer par une communication saine et transparente. *« Se dire clairement pourquoi chaque partenaire est autour de la table. Ce qu'il vient chercher et ce qu'il peut mettre. De la transparence qui peut amener de la confiance. »*

Un autre enjeu personnel qui vient parasiter le réseau est celui des personnalités. *« Les personnalités, parfois c'est compliqué dans le réseau. Le fait qu'il n'y ait qu'une façon de penser qui est imposée par une personnalité, ça peut aussi ne pas être constructif. »*

- Manque de concret (9)

A neuf reprises, la concrétisation est identifiée comme un facteur de réussite pour un réseau. Dès lors, si les professionnels ne perçoivent pas d'aspects concrets dans des délais qu'ils estiment rapides, il risque d'y avoir une perte de motivation et de crédibilité face au réseau. *« Un risque ? C'est la lourdeur, le manque de concret. Et donc l'essoufflement de professionnels lorsqu'ils ne voient pas de concret. »*

- Dilution des responsabilités (8)

La dilution des responsabilités, qui peut se manifester sous différentes formes, est considérée comme un risque potentiel. Tout d'abord, la redondance des démarches, c'est-à-dire le fait que plusieurs professionnels effectuent les mêmes procédures. Ou au contraire, sachant que le patient est pris en charge par d'autres, les professionnels s'imaginent qu'ils s'en occupent et dès lors, les démarches nécessaires ne sont pas effectuées, *« au final, personne ne fait rien. » « C'est de l'énergie perdue et où il peut y avoir une mauvaise utilisation du réseau. Le danger serait lié à une non-coordination. »*

Certains émettent le risque de se déresponsabiliser « *que chacun balaye devant sa porte, je ne m'en occupe pas, c'est un autre service qui va s'en occuper »*.

Pour gérer ce risque de dilution des responsabilités, il est proposé de reconnaitre et de donner une place importante à la première ligne et notamment au médecin généraliste. *« Il faut que la personne référente soit le médecin traitant et qu'il dispose des informations. Il est important d'avoir toujours un pion un peu plus avancé que les autres et qui centralise toutes les données. »*

- Défaut communication (7)

Au sein d'un réseau, il peut y avoir très vite des malentendus ou des incompréhensions qui peuvent entacher le partenariat *« peut-être même que l'institution soit un peu vue comme un faux allié. On n'aurait pas envie d'être vu comme ça et que cela impact la collaboration et l'image en elle-même de l'institution. »*

Un risque observé par des professionnels est une communication unilatérale « *or il faut des allers et retour d'échange d'informations*. » L'aspect réciprocité en termes de besoins est évoqué. *« C'est nous*

(un service social d'un hôpital général) qui avons besoin des postcures mais on ne sait peut-être pas qu'ils ont besoin de nous ! C'est peut-être aussi pour ça que ça ne fonctionne pas aussi bien ! Les demandes vont toujours dans un sens ! »

- Manque de cadre, absence de ligne directrice (6)

Un des risques est soit d'inclure au sein du réseau uniquement des experts *« trop spécialisés, c'est dangereux »* ou au contraire d'être trop global *« trop de personnes qui ne sont pas directement concernées, cela veut dire une perte de spécificité »*. Sachant que les assuétudes touchent beaucoup de monde, il ressort la nécessité de bien définir les thématiques abordées. *« Intégrer des institutions ou professionnels qui ont une plus-value à être dans le réseau et qui côtoient un certain nombre de personnes avec des problèmes d'assuétudes au quotidien. »*

Un cadre trop flou dû à l'objectif de globalité aurait pour conséquences des directions différentes qui ralentissent les procédures et, donc, un essoufflement des membres et une perte de repères. D'où l'importance de définir une ligne commune et de créer de la cohérence. *« Quand on va dans des directions différentes qui ralentissent les procédures, là les partenaires s'essoufflent ! » « Il faut une base commune minimale définie dans laquelle chacun s'y retrouve. »*

Dans la continuité de ce point, l'absence de vision ou d'objectifs du réseau est identifié comme un risque. *« Pour moi, c'est un cadre qui doit être établit au départ du réseau. Savoir comment on va gérer les difficultés et le manque de transparence par exemple avec des liens clairement établis d'interpellations etc. Et si ça c'est clair au départ, c'est un gage de réussite ! »*

- Autocentré (6)

Un des risques du réseau est de se décentrer complètement du bénéficiaire pour se focaliser sur la viabilité ou la survie du réseau dans une perspective de glorification et d'auto-louange. *« On entre quelque part dans une logique commerciale, financière. » « Quand on met la personne au centre, la logique de réseau est évidente. Quand on a une logique autocentrée, le réseau est un danger. »* Il faut garder le patient au centre des préoccupations.

- Etre jugé (5)

Pour cinq professionnels, un des risques du fonctionnement en réseau est la peur d'être jugé sur ses pratiques professionnelles. *« Il faut oser dévoiler comment chacun travaille ». « C'est subjectif et on porte vite un jugement sur le professionnel. Croiser les regards n'est pas facile ! »*

- Manque de souplesse (5)

Il existe, selon cinq professionnels, une certaine rigidité dans le fonctionnement actuel du réseau qui coupe l'ouverture, la créativité et l'originalité. *« Si on évolue en vase clos, ça ne passe pas. » « Je pense qu'il y a peut-être le risque que certains acteurs se trouvent excessivement en lien et forment un réseau à l'intérieur du réseau, ça c'est embêtant. »*

Une solution pour pallier à cette rigidité serait, pour certains, de *« Faire preuve de souplesse dans les accompagnements individuels, communautaires, familiaux proposés et pas un seul mode de fonctionnement. »*

- Absence de remise en question (4)

Quelques professionnels émettent un risque qu'ils ont déjà vécu dans d'autres réseaux à savoir l'absence de remise en question. *« Un réseau qui se glorifie et ne se remet pas en question, qui fait les questions-réponses. » « Quand on tourne depuis un certain temps ensemble, il ne faut pas ronronner, que des pratiques professionnelles s'installent au sein du réseau sans les remettre en question. »*

- Manque de clarté (3)

Il existe, selon des professionnels, un risque de confusion sur l'identité du R.A.S.S.A.E.F. face à la multitude des réseaux. *« Les services ne risquent pas de perdre leurs identités, c'est le réseau en lui-même. C'est de l'ordre de la complexification qui n'apporte pas de plus-value. Et ça, c'est un risque car trop de réseaux tue le réseau.* »

- Etre identifié comme un acteur spécialisé en assuétudes (3)

Quelques institutions et professionnels estiment qu'un des risques du fonctionnement en réseau est d'être étiqueté comme un service de référence en assuétudes. *« Les assuétudes, cela fait partie de notre travail mais on ne souhaite pas être référencé au niveau des assuétudes ». « Etre identifié dans un réseau assuétudes, c'est difficile dans une pratique de médecin généraliste ! »*

- Résistances en interne (2)

A deux reprises, on entend chez des professionnels la difficulté d'intégrer le travail en réseau au sein même des institutions. *« Les situations faisant appel au travail en réseau ne sont pas toujours les mieux accueillies en interne. »*

- L'aspect financier (2)

Une peur émise à deux reprises est de perdre des moyens financiers pour les institutions ou de ne pas dépenser les budgets alloués au réseau de manière optimum.

- Divers (2)

Un risque évoqué par un thérapeute est la gestion des informations reçues dans la cadre du fonctionnement en réseau. *« De mon point de vue de thérapeute, je travaille avec la réalité amenée par mon patient et là j'apprends des choses qui font partie d'une autre réalité qui n'est pas la sienne ! »*

Un autre risque est la banalisation de la prise en charge hospitalière avec l'idée que le réseau ambulatoire peut tout gérer. *« Que l'on se glisse l'idée que le réseau ambulatoire pourrait tout gérer à domicile. Ma crainte serait en effet de trop s'ouvrir t à l'ambulatoire et qu'on oublie que, dans certaines prises en charge, il faut retourner à l'hôpital. »*

ii. Les risques identifiés pour les patients

- Perte de liberté (11)

Le risque du fonctionnement en réseau le plus souvent repris comme ayant un impact pour le bénéficiaire est la perte de liberté, *« avoir le sentiment d'être pris dans un filet ». « On voit parfois des patients qui réclament la liberté de pouvoir consommer. Heureusement, ces dernières années, l'aspect dogmatique de la profession a un peu changé. On sort du conflit : on consomme/on ne consomme plus. C'est très important que les patients se sentent libres de choisir. C'est aussi pour ça qu'il faut qu'on se parle, que l'on puisse échanger nos expériences sur l'évolution des connaissances scientifiques. »*

Si le patient perd sa liberté d'action, il est probable qu'il ne cherche plus de solutions créatives. Voire même d'être exclu du réseau ou que l'arrêt avec un service entraîne d'autres arrêts *« Si le réseau est là, il y aussi le risque d'être confronté pour la personne à une position/intervention univoque et que la personne soit un peu enfermée là-dedans. Si le fonctionnement ne lui convient pas, elle risque d'y être enfermée. Avec ce risque, le danger d'exclusion pourrait se produire. »*

La perte de liberté du patient serait également atteinte si le réseau inscrivait trop rapidement le patient dans une seule et unique trajectoire dessinée par les professionnels. « *Mettre le patient dans un continuum, sur des rails dans une trajectoire que l'on aurait décidée pour lui. On doit toujours pouvoir aussi laisser au patient des alternatives. Et que le patient puisse dire je n'ai pas envie de ce réseau-là, de cette structure-là. Et cela peut rester son droit.* »

- Perte de clarté (7)

La difficulté d'identification des différents acteurs au sein du réseau par le bénéficiaire peut amener de la confusion et de la dispersion. *« Parfois, cette multitude de casquettes représente un risque pour le bénéficiaire qui paye toujours les pots cassés. » « La multiplication des intervenants autour d'une situation complexifie aussi des fois pas mal de choses pour le patient qui ne sait plus qui fait quoi. »*

- Perte de confiance (6)

Une peur émise chez les professionnels est la perte de confiance du patient vis-à-vis du professionnel ou du service qui l'accompagne. *« Un des risques est d'entacher la collaboration avec le bénéficiaire, qu'il se sente trahi. »* Une peur émise par un médecin généraliste est la perte de lien avec le patient si l'orientation vers le réseau est trop rapide. *« Encore une fois le problème n'est pas du côté du professionnel, il perd le lien, mais pour le patient c'est une perte de lien, il se décourage, il peut avoir un sentiment d'échec, personne ne le comprend ou Dieu sait quoi. »*

- Perte du temps au détriment des prises en charge effective (4)

Plusieurs professionnels estiment que le temps consacré au réseau se fait au détriment de la prise en charge effective du patient. *« Tout ce temps passé en réunion, c'est un temps que je ne passe pas avec les patients. »*

- Perte d'autonomie (3) et de responsabilisation (3)

Quelques professionnels expriment la crainte que le fonctionnement du réseau induise une perte d'autonomie et de responsabilisation pour le bénéficiaire et qu'il tombe dans l'assistanat. *« Attention, nous professionnels à ne pas reproduire ce système de dépendance dans lequel le patient peut se sentir comme dans un cocon ». « Le patient, c'est l'acteur principal du réseau et il ne faut pas l'oublier. Au niveau des risques c'est vraiment la peur de la déresponsabilisation du patient. »*

- Dénaturer la personne (2)

Un autre écueil serait de segmenter le bénéficiaire sous le prisme de ses problématiques et de ne plus être dans une prise en charge globale. *« On risque d'éclater le bénéficiaire dans des problématiques et pas dans ce qu'il est vraiment. » « On va mettre la personne dans des cases. »* avec un risque d'exclusion pour finir.

Il est à signaler que le groupe d'entraide interrogé ne perçoit aucun risque dans le fonctionnement en réseau.

Conclusions concernant les risques du fonctionnement en réseau :

Nous constatons que seize écueils sont identifiés par les professionnels pour eux-mêmes à savoir par ordre d'importance : le non-respect du secret professionnel, les réunions non pertinentes, les enjeux institutionnels, le manque de concret, la dilution des responsabilités, le défaut de communication, le manque de cadre, un réseau autocentré, le jugement, le manque de souplesse, l'absence de remise en question, le manque de clarté, l'identification comme un acteur assuétudes, les résistances internes, les finances et d'autres.

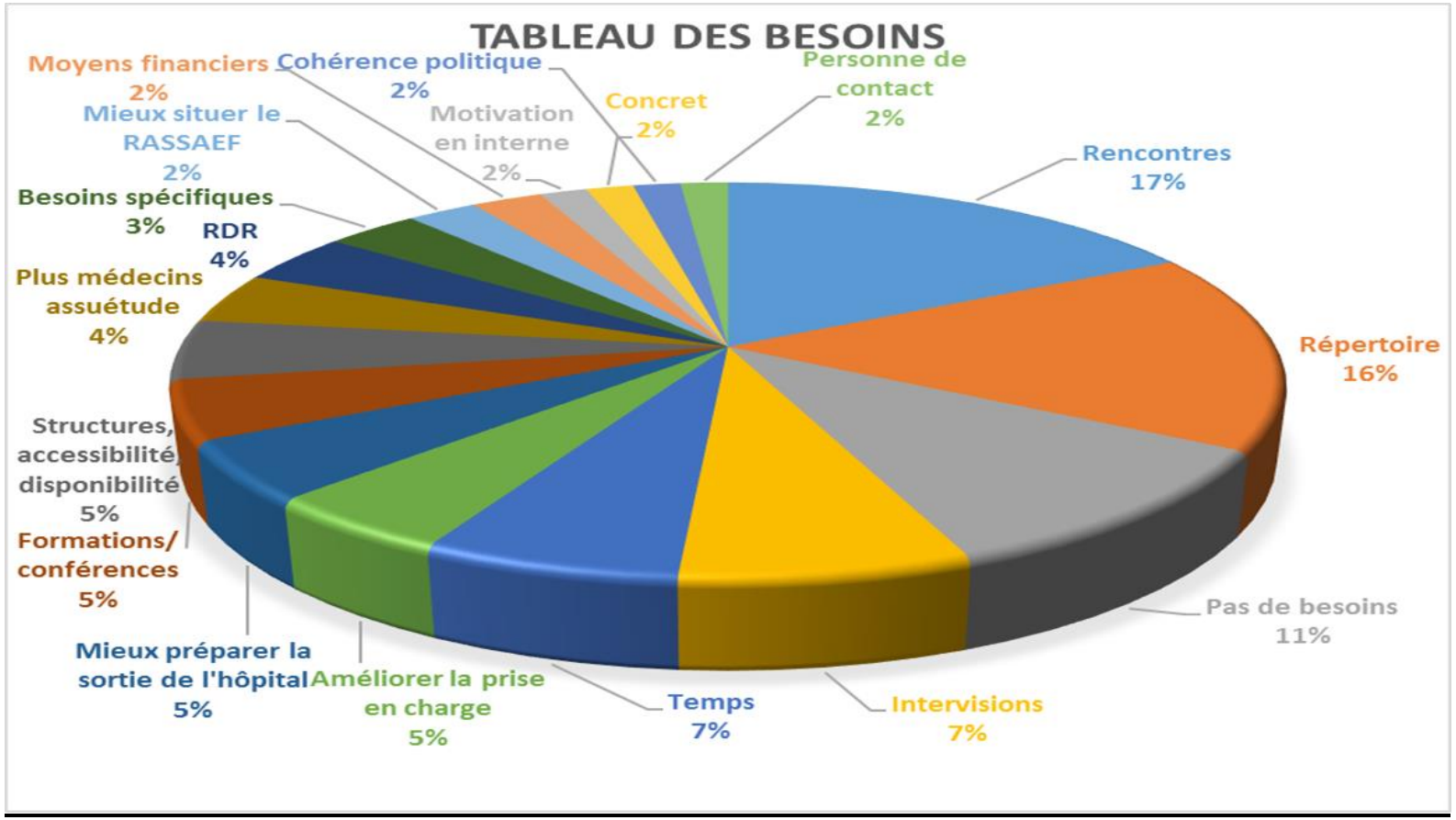
Les risques perçus par les professionnels pour les patients sont, quant à eux, au nombre de six à savoir : la perte de liberté, de clarté, de confiance, de temps, d'autonomie et la dénaturation du patient.

e. *Identification des besoins pour optimaliser le travail en réseau*

Le dernier volet de notre recherche abordait la question ouverte des besoins identifiés par les professionnels de la zone de soins 6.

Nous avons récolté un foisonnent d'attentes ou d'aspirations que nous avons catégorisé en 18 besoins.

Graphique 14 : Besoins nécessaires au travail de réseau



- Besoin de rencontres (21)

Le besoin le plus souvent nommé est celui de se rencontrer ; les rencontres étant un moyen pour atteindre une diversité d'objectifs. Tout d'abord, les médecins sont demandeurs de rencontres à visée informative, au sein des GLEM. Ils proposent de mettre en place des rencontres de présentation des structures combinées avec un répertoire papier. Pour certains professionnels, les rencontres ont pour finalité d'identifier les personnes, de « mettre des visages » et de tisser des liens professionnels. *« Moi, je me méfie des outils, je crois plus en la rencontre avec la personne qu'en l'outil papier, sur ces liens qui sont un peu incarnés en une personne. » « Il y a des gens avec qui je suis régulièrement en contact et avec lesquels je n'ai jamais pu mettre un nom sur un visage et peut-être là des rencontres, ça pourrait avoir un lien sur le sentiment d'appartenance à un réseau. »* A travers les rencontres, les acteurs du réseau peuvent créer une continuité de la prise en charge. *« Penser entre le monde médical et social, faire des ponts, des liens, dans une cohérence de l'accompagnement et où tout le monde fait son travail dans son coin. »*

Pour de nombreux professionnels, la rencontre est un outil qui facilite la communication entre les services. *« Pas mettre une casquette sur qui fait quoi mais en tout cas pouvoir communiquer et ne pas se dire voilà je ne sais pas à qui je téléphone, je ne sais pas comment il va envisager la situation, avec quels préjugés de départ ! ».* Les rencontres permettent d'initier des réflexions communes : *« Comment mieux fonctionner parce qu'on ne peut pas dire qu'on fonctionne bien dans ce domaine ! On se dit qu'il y a moyen d'optimaliser »* et des échanges de pratiques *: « Entendre, voir comment les autres fonctionnent, pour moi c'est fondamental. »* Les rencontres constituent une première étape pour amener dans un second temps de l'opérationnel sur le terrain. *« Avoir des échanges par rapport à des situations, des cas, réfléchir ensemble, avoir un outil qui pourrait nous aider pour des animations, réfléchir à tout ça ensemble. Amener des choses concrètes sur notre territoire ».*

Il est suggéré de maintenir et développer les concertations entre les professionnels. Plusieurs professionnels ont proposé de s'inspirer des autres réseaux, notamment « des rencontres de l'impossible » dans le secteur de l'insertion socio-professionnelle.

Un autre type de rencontre a été émis : *« des tables d'échanges bilatérales de procédures pour s'équilibrer un moment et avoir plus ou moins les mêmes modes opératoires mais pas les mêmes visions ».* Au-delà de ces différentes finalités, une personne perçoit ces rencontres comme : *« des lieux d'écoute qui permettent de se poser, de reprendre de l'énergie, de repartir et de continuer. »*

Quelques professionnels ont porté une attention particulière sur le fait que ces réunions devaient être destinées uniquement *« à des professionnels qui sont demandeurs de réfléchir autour de ça »* ou aux acteurs de terrain *: « aller sur le terrain et échanger avec les travailleurs du terrain, éviter que ce ne soit que des discours de direction. »* L'idée de faire circuler les travailleurs de terrain au sein des différentes institutions a été émise. *« Il faut descendre les niveaux et travailler avec les intervenants qui travaillent au quotidien avec les personnes, qui les soignent, les accompagnent. »* D'autres ont suggéré d'intégrer les groupes d'entraide aux réunions du réseau en assuétudes.

Une question, revenant à plusieurs reprises, est la place du bénéficiaire dans le cadre de ces rencontres : *« Les concertations, pourquoi ne pas les envisager avec les usagers eux-mêmes ? »*

- Besoin d'information sous forme d'un répertoire (20)

Vu le manque de visibilité sur ce qui existe à ce jour, ce besoin est celui qui ressort chez de nombreux professionnels et notamment auprès de tous les médecins généralistes consultés : *« Constituer un carnet d'adresse, un bottin de références, c'est probablement le plus intéressant à mettre en place d'abord. C'est ce dont on a besoin ».*

Les intervenants parlent en termes de répertoire ou d'annuaire des ressources possibles ; la forme restant à définir. Les objectifs poursuivis seraient de pouvoir visualiser le réseau de manière globale et de disposer d'une meilleure connaissance afin de pouvoir mieux aider et guider les bénéficiaires. A travers ce répertoire, les professionnels expriment un besoin de clarté en termes de communication mais aussi d'identification de l'offre des services. *« Ce qui importe, c'est de savoir comment entrer dans un système pour pouvoir avancer avec le patient (médecin généraliste). » « Cela permet d'avoir une vision un peu plus globale de ce qui existe. »*

Au niveau du contenu, les professionnels attendent les informations suivantes : une information sur qui fait quoi, les relais possibles, les délais, les disponibilités éventuelles et des informations sur les groupes d'entraide. Ils souhaitent un répertoire qui permet de disposer d'informations très pratiques c'est-à-dire les personnes de contact, les coordonnées (lieu, téléphone), les conditions d'accès avec une description de la population accueillie. Afin que cet annuaire soit pertinent, il doit être actualisé et diffusé de manière régulière. *« Pratiquement, si on ne nous le rappelle pas, c'est un peu comme un médicament. Je pense qu'il est important que l'information se fasse de manière régulière ».*

Au niveau de la mise en forme de cet annuaire, plusieurs idées ont été émises : sous format papier, sous forme d'un tableau plus visuel ou directement consultable sur internet. La combinaison de plusieurs formules a été aussi envisagée en proposant pour les professionnels un accès direct par internet à des informations plus détaillées et la possibilité de disposer d'un dépliant plus succinct. Il a été suggéré d'exploiter l'annuaire SISDEF en y ajoutant un axe assuétudes.

- Pas de besoins spécifiques (13)

Face à la question des besoins, treize personnes ont répondu qu'ils ne ressentaient pas de besoins et ce pour diverses raisons. En effet, plusieurs institutions se basent sur le réseau naturel qu'elles ont créé et sur le fait qu'elles développent leurs propres solutions. Pour d'autres, la problématique des assuétudes ne fait pas partie de leurs missions de base donc ils ne sentent pas concernés.

- Besoin d'intervisions (9)

La mise en place d'intervision est proposée afin de pouvoir faire appel à quelqu'un d'extérieur mais aussi dans le but de démontrer que les services peuvent se soutenir. L'intervision est perçue comme une alternative intéressante par rapport à l'offre classique de formation et doit répondre aux nécessités du terrain. Au-delà du contenu, c'est l'échange de regards face à une situation et la possibilité de pouvoir confronter sa pratique à celle des autres qui motive. *« Si on éprouve des difficultés dans le cadre de son travail, ce n'est pas que l'on travaille mal mais qu'il y a des choses que l'on peut peut-être améliorer. »* Ces temps d'échange, par le biais d'intervision, impacteraient positivement la motivation professionnelle.

- Besoin de temps (8)

Certains évoquent la nécessité d'avoir du temps de travail pour se poser et, ainsi, construire un réseau avec les intervenants de terrain. *« La création d'un réseau demande du temps. »* Pour quelques-uns, ce temps consacré à investiguer le réseau assuétudes se fait au détriment de projets plus parlant ou de prise en charge.

- Besoin d'améliorer la prise en charge (6)

Plusieurs acteurs, dont des médecins généralistes, expriment le besoin d'assurer une continuité dans la prise en charge en passant par des feedbacks. Selon eux, en termes d'interactions, le retour d'informations n'est pas suffisant notamment au niveau des psychiatres et des psychologues. *« Comme médecin, on est soit en début de prise en charge soit en fin de prise en charge. Je pense que le fait d'avoir une prise en charge plus suivie, d'une transmission d'information plus régulière, et parfois un petit coup de fil peut suffire. »*

Ce qui les intéresse, c'est de pouvoir disposer d'adresses où ils savent que le bénéficiaire sera pris en charge notamment pour les urgences. Un autre professionnel souhaite plus de transparence et de régularité lors des échanges d'informations entre les services. *« De quoi se plaignent souvent les bénéficiaires ? Du décrochage, de l'absence de lien qui d'office favorise la rechute. Veiller à ce qu'il n'ait plus de moments d'éclipse et faire en sorte de maintenir le lien tout le temps quel que soit le biais. Donc, peut-être, créer du coup des interactions entre ceux qui n'ont pas l'habitude d'en avoir par exemple. »*

- Besoin de mieux préparer la sortie de l'hôpital (6)

Un psychiatre déclare *que « la postcure, là, c'est un fameux problème ».* Les bénéficiaires ont besoin d'être reconnus au niveau social. *« Se sentir attendu, c'est être valorisé quelque part. Et ça je pense que ce n'est pas assez encouragé. »* Il est proposé d'envisager la continuité de la prise en charge bien avant la sortie de l'hôpital*. « Soutenir le patient dépendant dans une prise en charge ambulatoire après l'hôpital et surtout ne pas oublier ce qui touche à la rééducation, à l'ergothérapie. »*

Pour plusieurs professionnels de l'ambulatoire, on entend une vraie frustration par rapport à certaines structures hospitalière de postcure. *« On a été informé les services de postcure, encore et encore et rien ne change, il n'y a pas de suivi ».* L'inquiétude de certains médecins se situent au niveau du *« comment est-ce qu'on assure l'après hospitalisation, est-ce qu'il va y avoir des relais ?».* Un intervenant paramédical affirme qu'il n'y a jamais de retour de l'hôpital*. « Donc, pour moi, avec l'hôpital, ça ne fonctionne pas en réseau. »* Nous pouvons souligner la nécessité de meilleures articulations au moment de la sortie de cure, durant ces temps de transition. *« On a souvent l'impression que l'on rate quelque chose. » « Cela dépend souvent des personnes. C'est plus lié à du perso-professionnel. »*

- Besoin de formations ou de conférences (6)

Un professionnel aimerait que la présentation des organismes extérieurs se fasse au sein même de l'institution dans le but d'informer de manière uniforme tous les services de son institution. Concernant l'organisation de conférences, celles-ci sont pertinentes dans la mesure où l'intervenant ramène des informations transposables dans sa pratique de terrain. Les thématiques proposées sont le secret professionnel, l'éthique, des informations actualisées sur les différents types d'assuétudes et leurs conséquences.

Pour trois médecins, les sujets qu'ils aimeraient aborder sont les traitements de substitutions et leurs effets. Les obligations et les contraintes légales mais aussi pour un traitant de savoir ce qui se vend et à quel prix afin de mieux cerner la réalité du bénéficiaire. Il est demandé d'organiser des journées thématiques afin de connaitre de nouvelles pratiques et de découvrir des initiatives innovantes. Nous avons entendu la recherche d'un nouveau souffle et le besoin de prendre une position plus méta.

- Besoin d'une augmentation des structures spécifiques, d'accessibilité et de disponibilité (6)

Un professionnel aimerait que la problématique des assuétudes des adolescents soit considérée à sa juste place dans les différents services psychiatriques et ne plus être traitée dans un centre de cure ou de postcure comme pour les adultes.

Quatre personnes estiment, qu'au niveau de la prise en charge ambulatoire, l'arrondissement verviétois n'est pas bien servi. *« On ne connaît pas bien le fonctionnement des services ambulatoires, qui ils sont et leurs limites d'intervention. »* Certains souhaiteraient que l'on facilite l'accès et la disponibilité aussi bien des intervenants (comme les psychiatres) que des services et notamment de l'AVAT.

- Besoin d'une augmentation des médecins sensibilisés à la prise en charge assuétude (5)

Ce sont principalement les acteurs travaillant dans le secteur de la précarité qui auraient besoin d'un accès à un médecin prescripteur de méthadone pour leurs bénéficiaires. *« Notre manque, c'est le médecin généraliste et le psychiatre, un échange. »* Pouvoir contacter des professionnels dans des délais raisonnables se dégage comme un besoin de base. Dans le discours de ces professionnels, on entend des inquiétudes *« les médecins prescripteurs de méthadone doivent se sentir très isolés. Il faut les soulager »* et des questions *« si même dans une maison médicale, je ne peux pas demander des traitements de substitution, où dois-je aller pour envoyer ces personnes-là ? »*

- Besoin de développer la réduction des risques (5)

Quelques professionnels aimeraient aborder, dans le cadre des PCS, la logique de réduction des risques par le développement de projets communs. *« Il y a vraiment moyen de montrer qu'on peut fédérer des énergies vivaces et que ça fonctionne ».* Quelques professionnels souhaiteraient que le R.A.S.S.A.E.F. informe sur la politique de réduction des risques *« car elle n'est pas toujours acceptée ou comprise »* en identifiant des projets insolites autour des assuétudes mais aussi en recommandant de consommer de la manière la moins nocive possible.

- Besoins spécifiques (4)

Certains besoins plus spécifiques ont été émis tels que : (1) Des protocoles de collaboration entre des institutions avec l'idée qu'à travers ce moyen, *« il y aurait plus de feedbacks positifs donc que cela deviendrait plus agréable et que forcément des mécanismes se mettront en route. »* ; (2) Pouvoir s'appuyer sur un diagnostic posé de manière formelle car *« c'est toujours utile de s'appuyer sur des statistiques, des choses clairement comptabilisées par le biais d'une enquête ou d'une autre. »* ; (3) Un professionnel a exprimé le besoin de travailler sur les pratiques professionnelles des personnes qui ne travaillent pas dans le domaine des assuétudes ; (4) Un autre professionnel a suggéré l'idée de petites unités spécialisées coordonnées plutôt qu'une grosse structure polyvalente et enfin, (5) il semble important de remédier au vide entre le moment de la majorité physique et le moment d'autonomie car des jeunes ayant atteint la majorité à 18 ans sont remis trop tôt en autonomie et glisse donc vers la dépendance.

- Besoin de mieux situer le R.A.S.S.A.E.F. (3)

Trois professionnels avouent que, face à cette question, ils ne savent pas situer le R.A.S.S.A.E.F. ; ils ne connaissent pas les possibilités qui y sont offertes. *« Je ne connaissais pas le R.A.S.S.A.E.F. avant que vous veniez. Il faut quelque chose qui soit bien identifié. Le psy 107, ça a été rapidement identifié, ce que voulait le pouvoir politique a été rapidement explicité. Voici, quelque chose qui a bien fonctionné du politique au terrain. C'est à vous d'apporter de la clarté sur vos initiatives et objectifs. »*

- Besoin de moyens financiers (3)

Pour trois responsables, il manque, avant tout, des moyens financiers afin d'engager du personnel et in fine de dégager du temps pour construire le réseau.

- Besoin d'une réelle motivation en interne (2)

Deux assistantes sociales soulignent que, pour pouvoir travailler en réseau, il faut un prérequis indispensable à savoir une réelle motivation au sein de l'équipe.

- Besoin de concret (2)

Deux personnes estiment que, pour pouvoir intégrer un réseau, elles ont un besoin de concret sous différentes formes : avoir une image, une charte graphique, une offre de formation ou d'intervision.

- Besoin de cohérence politique (2)

Un professionnel exprime son besoin de cohérence institutionnelle entre la Communauté Française, la Région Wallonne et le Fédéral. Il souligne que c'est une force de pouvoir faire des liens entre les différents secteurs (santé mentale, assuétudes, écoles, logement) *« sur l'arrondissement de Verviers, cette culture de réseau est une force invraisemblable. »* Un responsable de service a besoin d'identifier clairement ce que le pouvoir politique recherche. Selon lui, y a un manque de lisibilité de la Communauté et de la Région et il s'interroge sur la transparence des initiatives politiques.

- Besoin d'une personne de contact/ d'une coordination (2)

Pour un médecin généraliste, ce qui est toujours intéressant, c'est d'avoir une personne de contact qui connaît bien le réseau, qui oriente par rapport aux situations et à qui l'on peut poser des questions en direct. Pour une assistante sociale, ce qui manque, c'est une personne qui met du lien et organise les rencontres. En bref, il manque une personne « catalyseur » afin que le réseau fonctionne et que les professionnels prennent le risque de travailler ensemble ; que la confiance s'installe et que la concurrence cesse.

Ayant récolté un foisonnement d'attentes de la part des professionnels interviewés, nous pouvons conclure en relevant principalement les besoins suivants par ordre d'importance : rencontres, informations sous forme d'un répertoire, intervisions, temps supplémentaire, améliorer la prise en charge assurant une continuité des soins, préparer de manière plus efficace la sortie de l'hôpital, formations ou conférences spécifiques, augmenter les structures spécifiques/d'accessibilité et de disponibilité, augmenter le nombre de médecins sensibilisés à la prise en charge assuétude, développer la thématique de réduction des risques, mieux situer le RASSAEF, obtenir davantage de moyens financiers, encourager en interne une réelle motivation, obtenir du concret, une cohérence politique et, pour finir, la nécessité qu'une personne de contact coordonne l'ensemble du réseau assuétudes.

3. CONCLUSIONS

Avant de conclure par des pistes concrètes et un lien avec le réseau, je vous propose de revenir sur les grands points mis en avant par l'analyse des interviews de cette enquête.

Pour les professionnels interviewés, un réseau en matière d'assuétudes vise une prise en charge globale du patient par des professionnels et des services. Les approches se veulent complémentaires ; il s'agit de collaborer et travailler ensemble en se faisant confiance. Enfin, pour vivre de manière saine, un réseau en matière d'assuétudes exige de la clarté, des rapports égalitaires, de la liberté et de la cohérence.

En analysant les similitudes lors des contacts d'envoi et de réception des bénéficiaires, nous pouvons constater que les trois principaux interlocuteurs sont :

- Les médecins généralistes ;
- La Clinique Psychiatrique des Frères Alexiens ;
- Les psychiatres/psychologues.

Il est cependant important de relever les arguments des personnes qui n'initient pas des contacts d'envoi ; certains estiment qu'il faut d'abord une concertation en interne tandis que, pour d'autres, ça ne fait pas partie de leurs missions ou ils ne sont pas à l'aise.

Pour ce qui est des échanges d'informations entre professionnels/services, nous tirons le constat que les pratiques de communication au sein du réseau sont à développer.

Le principal aspect positif perçu du fonctionnement en réseau en assuétudes est de pouvoir offrir une prise en charge globale, cohérente et continue pour le bénéficiaire et d'améliorer les pratiques professionnelles. Le travail en réseau en assuétudes sur la zone de soins 6 permet concrètement pour les professionnels d'échanger, de se connaître, de créer des contacts, de se sentir soutenus et de partager.

Les professionnels identifient plusieurs risques du fonctionnement en réseau qu'on peut distinguer en plusieurs catégories :

- Risques concernant la collaboration entre services :

Le non-respect du secret professionnel ; risque principal perçu par les professionnels.	L'identification d'un service comme acteur spécifique « assuétudes »
Les réunions non pertinentes.	Les résistances internes aux services
Les enjeux institutionnels.	Le jugement
La dilution des responsabilités.	L'absence de remise en question
Le défaut de communication.	Le manque de clarté

- Risques concernant le réseau :

Le manque de concret	Le manque de cadre
Réseau autocentré	Le manque de souplesse

Pour ce qui est des risques perçus pour les bénéficiaires, on peut constater que les professionnels identifient des peurs concernant la **perte** de :

Liberté	Clarté
Confiance	Temps
Autonomie	Personnalité (dénaturation)

Pour optimaliser le travail en réseau, les professionnels estiment avoir beaucoup d'attentes, de besoins regroupés en … catégories :

- Besoins qui nécessitent le réseau :

Rencontres entre professionnels	Intervisions
Formations/conférences autour de thématiques précises	

- Besoins qui nécessitent une collaboration entre services :

Améliorer la prise en charge en assurant une continuité des soins	Préparer de manière plus efficace la sortie de l'hôpital
Davantage de médecins sensibilisés à la prise en charge assuétude	Développer la réduction des risques
Mieux situer le RASSAEF : apporter cohérence et concret	Développer une réelle motivation en interne
Personne de contact – coordinateur	

- Matériel – services manquants dans la zone :

Informations concernant les services existants sous forme d'un répertoire	Davantage de structures spécifiques / accessibilité / disponibilité

- Divers :

Davantage de temps pour se rendre aux réunions, etc.	Apporter une cohérence politique
Davantage de moyens financiers	

Afin de faire le lien avec le R.A.S.S.A.E.F., voici un bref rappel des missions du R.A.S.S.A.E.F. qui ont pour but (1) d'améliorer la qualité des soins et de l'aide et (2) de favoriser la continuité des prises en charge :

a) L'identification de l'offre existante en collaboration avec la Plate-Forme Psychiatrique Liégeoise et de la demande d'aide et de soins en matière d'assuétudes dans la zone de soins n° 6 ;

b) La concertation institutionnelle relative à la répartition des tâches et à leur complémentarité afin de développer une offre cohérente d'aide et de soins dans la zone de soins n° 6, en ce compris la prise en charge des situations de crise et d'urgence, quelle que soit la nature de l'assuétude ;

c) Sur les plans institutionnel et méthodologique, l'appui de l'action des services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes, dans le cadre de la collaboration entre eux et les autres membres du réseau, par la conclusion de conventions ou l'élaboration d'outils communs, sur les aspects suivants : (1) L'accueil et l'information des bénéficiaires ; (2) L'accompagnement psychosocial ; (3) La prise en charge psychothérapeutique et médicale ; (4) Les soins dont au moins les soins de substitution, les cures de sevrage, la prise en charge résidentielle ou hospitalière ; (5) La réduction des risques ;

d) La collaboration avec la plate-forme de concertation en santé mentale du territoire dans lequel le réseau est inscrit ;

e) L'initiation de l'Intervision lorsqu'elle n'est pas encore mise en œuvre ou son organisation à la demande des membres du réseau.

A. Au vu de ces missions, le R.A.S.S.A.E.F. peut répondre à quelques questions émergeant de cette enquête à travers la combinaison de différentes pistes mises en évidence, pour certaines, par les professionnels interviewés :

- **Donner envie aux institutions d'être membre du RASSAEF**

« Si tout le monde peut entrer et sortir quand il veut, quel est l'intérêt d'en faire partie si de toute façon tu as accès à tout même si tu n'es pas inscrit dans le réseau ? C'est au réseau à se construire une identité forte et une façon de faire qui soit respectueuse des membres qui s'investissent dedans. Les membres d'un réseau ont aussi envie d'avoir des avantages à être dans le réseau parce que ça demande du travail, de la réflexion, de l'investissement. »

→ Il faut privilégier la recherche de sens et cohérence pour les professionnels et bénéficiaires ; améliorer l'écoute des besoins des médecins généralistes et remédier à l'isolement des professionnels en actualisant le cadastre auquel il manque un bon nombre de services pouvant être confronté aux assuétudes et en organisant des journées d'échanges / de rencontre concernant des thèmes bien précis.

- Créer une charte de fonctionnement

« Il faut un fonctionnement pour que ce soit de la bienveillance. Comment les échanges d'informations doivent-ils passer ? Qui fait quoi et à quel niveau ? Il faut vraiment avoir du contenant là par rapport au mode de communication. »

→ Une piste, afin d'être bienveillant et d'établir une prise en charge la plus systématique possible avec la même philosophie pour tous, serait tout d'abord de faire valider le cadre dans lequel le réseau va fonctionner par les membres du réseau car les professionnels ne viennent pas pour penser le réseau mais le faire vivre. En effet, il est nécessaire d'avoir une base commune minimale définie dans laquelle chacun se retrouve. Deuxièmement, il serait intéressant de créer ce répertoire dont nous avons parlé où chaque professionnel/service serait décrit en quelques lignes afin que chacun puisse prendre connaissance des compétences et de la manière dont fonctionnent les uns et les autres et, ainsi, qu'ils puissent se combiner de manière efficace au profit du bénéficiaire sans craindre d'être phagocyté par le réseau.

- Faire appel à une personne qui coordonne de manière transversale

« Savoir qu'on peut faire appel à une ressource externe qui dispose d'une expertise et de nuance ».

→ Afin de pallier aux difficultés inhérentes au réseau, il faudrait un bon animateur, médiateur qui octroie sa place à chacun avec un cadre et des objectifs définis. L'idéal serait que le coordinateur connaisse administrativement tout le monde et que patient comme professionnel puisse ainsi l'interpeller en cas de besoin.

- Travailler les liens de réciprocité

« Nous voulons que la prise en charge soit bonne et que l'on s'adresse bien aux personnes qui vont prendre en charge les patients. Le fait de connaître, de visualiser la personne ; ça participe au fait qu'il y a quelque chose qui se met en route différemment, savoir ce qui a fonctionné, ce qui a participé à la rechute, si la personne a été preneuse. D'ici, on ne sait pas au final si le réseau fonctionne ou pas parce qu'on n'a pas de feed-back. »

→ Il faudrait amener et rappeler la nécessité que les professionnels soient davantage réguliers au niveau de leurs échanges d'informations afin qu'ils apprennent à se connaitre, à mettre des visages sur les noms et, ainsi, mettre en route un système de plus en plus « spontané » où chacun sait vers où réorienter le bénéficiaire afin de lui offrir la meilleure trajectoire de soins possible.

- Travailler les représentations des intervenants

« En travaillant avec cette population, on doit distinguer le comportement de la personne mais c'est parfois une lutte aussi avec les équipes. Si on n'a pas cette manière de voir les choses alors, on est très vite dans des attitudes d'exclusion. Se baser sur des faits et pas des intentions ou des possibilités. Et pas se dire que tous les toxicomanes sont des menteurs. » Selon un médecin, *« il ne faut pas exclure cette patientèle difficile mais trouver sa satisfaction, en tant que médecin généraliste, ailleurs que dans le résultat ».*

→ On rejoint ici l'idée de sensibiliser les écoles, C.P.A.S., de mettre en œuvre des projets de réduction des risques en collaboration, par exemple, avec l'A.V.A.T. De plus, il faudrait sensibiliser les jeunes médecins généralistes en organisant des intervisions avec A.L.T.O. afin d'éviter cette exclusion de patientèle et d'augmenter, ainsi, leur nombre prenant en charge des patients dépendants au sein de la zone de soins 6 car, sur Verviers, seuls deux médecins généralistes octroient des traitements de substitution et il n'existe pas de relève pour l'instant.

- De la transparence et de l'honnêteté dans les échanges

« Si le réseau est bien construit et que chacun y collabore loyalement, on est obligé de respecter cette notion de loyauté. Moi ce que j'attends du réseau, c'est qu'au moins on me décrive la situation

honnêtement. De la transparence dans l'échange d'informations, les personnes ont tellement peur qu'on ne les prenne pas qu'il nous cache des informations, ça c'est une réalité or s'ils savaient la philosophie de travail, il y aurait une méconnaissance qui serait levée et un filtre. »

→ Afin d'éviter une perte de temps dans la prise en charge et l'exclusion du bénéficiaire suite au manque / biais d'informations entre les services, il faudrait de la transparence, des balises pour acquérir de la confiance entre les professionnels ; par exemple, lors d'une réunion, il faudrait que chacun dise pourquoi il est assis autour de la table, ce qu'il vient apporter et ce qu'il vient chercher. De plus, on rejoint à nouveau la nécessité de mettre en place un système proactif dans les deux sens avec une transmission d'informations plus régulières et ce, sans oublier de mettre le patient acteur dès le départ avec un sentiment libre de choisir.

Préparer davantage la sortie d'hôpital et augmenter les contacts entre le milieu hospitalier et l'extérieur

« Je pense que la place de l'hôpital dans la préparation à la sortie pourrait être différente. On pourrait aussi travailler davantage avec des services extérieurs qui pourraient mieux réfléchir à ce qui existe et qui pourraient préparer cette sortie-là plutôt que nous finalement. Est-ce que c'est notre rôle de balayer tout ce que cette personne va pouvoir faire ? »

→ Afin de mieux préparer la sortie d'hôpital et de développer une collaboration en réseau avec l'hôpital, il faudrait établir de meilleures articulations entre celui-ci et les relais sociaux extérieurs grâce, par exemple, à des journées d'échanges / de rencontres sur des thématiques précises liées au domaine médical et social. On peut également souligner ici l'importance d'obtenir des contacts avant l'hospitalisation afin de mieux prévoir le retour par la suite. De plus, vu le réel problème des listes d'attentes pour un rendez-vous, on pourrait imaginer des « prothèses d'attente » (équipes mobiles, PACT, consultations privées) afin que lien pour le patient soit maintenu.

Grâce à ces conclusions, nous pouvons constater que « faire du réseau : se rencontrer, parler et collaborer » correspond aux attentes des professionnels et pourrait, ainsi, mener à plusieurs projets pour l'année 2017 :

(1) Pouvoir offrir la prise en charge la plus optimale possible au patient au sein d'un territoire défini en complétant le cadastre et en offrant aux professionnels un répertoire afin que chacun ait connaissance des services confrontés aux assuétudes existants au sein de la zone de soins 6 ;

(2) Echanger ce qui peut être échangé en mettant en œuvre une conférence / brochure / formation sur le secret professionnel partagé et l'éthique afin d'écarter toute crainte émanant des professionnels et bénéficiaires et pouvoir, ainsi, travailler dans un climat de confiance et de respect.

(3) Diminuer la douleur de la prise en charge de ce type de patient et le sentiment d'échec régulier dans ce type de prise en charge en : (a) sensibilisant les écoles, les C.P.A.S., les jeunes médecins généralistes, … afin de changer leurs représentations mentales et (b) 1organisant des journées de rencontres / échanges afin que les représentants des services se connaissent réellement et puissent, par la suite, se relayer et savoir qu'ils ne sont pas seuls. En effet, il faut aller au-delà de l'image du toxicomane et du rejet qu'elle entraîne souvent et davantage considérer le comportement de la personne plutôt que sa « catégorie ».

4. ANNEXES

a. *Questionnaire pour entretiens*

Institution :	Fonction :
Nombre d'années d'expérience :	Date de l'entretien :

1) Pour moi, un réseau en matière d'assuétudes, c'est…

2) Au cours de l'année écoulée, avez-vous eu des contacts d'envoi de personnes présentant une problématique d'assuétude ? *J'entends par « contacts d'envoi » des personnes que vous avez envoyées vers d'autres professionnels ou d'autres services, il peut s'agir d'envoi effectif, de prise de contact ou de conseil de réorientation.*

- Si oui, à quelle fréquence évaluez-vous ces contacts ?

Très rarement (0), occasionnellement (1), régulièrement (2), de manière systématique (3)

- Comment s'effectuent ces contacts d'envoi ?

Par téléphone (0), par mail (1), lors de réunion de concertation (2), lors de rencontres informelles (3), autres précisez (4)

- Qui sont les acteurs et/ou les institutions avec lesquelles vous avez travaillé lors de ces contacts d'envoi ?

- Si vous n'avez pas eu de contacts d'envoi, comment l'expliquez-vous ?

3) Au cours de l'année écoulée, avez-vous eu des contacts de réception de personnes présentant une problématique d'assuétude ? *J'entends par « contacts de réception » des personnes que vous recevez effectivement d'autres services ou la réception de contacts de la part d'autres services à propos de personnes à recevoir.*

- Si oui, à quelle fréquence évaluez-vous ces contacts ?

Très rarement (0), occasionnellement (1), régulièrement (2), de manière systématique (3)

- Comment s'effectuent ces contacts de réception ?

Par téléphone (0), par mail (1), lors de réunion de concertation (2), lors de rencontres informelles (3), autres précisez (4)

- Qui sont les acteurs et/ou les institutions avec lesquelles vous avez travaillé lors de ces contacts de réception ?

- Si vous n'avez pas eu de contacts de réception, comment l'expliquez-vous ?

4) Au cours de l'année écoulée, avez-vous eu des contacts d'échange d'informations avec des services ou des professionnels à propos de personnes présentant une problématique d'assuétude ?

- Si oui, à quelle fréquence évaluez-vous ces contacts ?

Très rarement (0), occasionnellement (1), régulièrement (2), de manière systématique (3)

- Comment s'effectuent ces contacts d'échange d'informations ?

Par téléphone (0), par mail (1), lors de réunion de concertation (2), lors de rencontres informelles (3), autres précisez (4)

- Avec quels types d'acteurs et/ou d'institutions avez-vous travaillé lors de ces contacts d'échange d'information ?

- Si vous n'avez pas eu de contacts d'échange d'informations, comment l'expliquez-vous ?

5) Sur une ligne d'accompagnement allant de 0 à 5 (0= aucune, 1= faible, 2=pas assez présent, 3= présent ,4 = bien présent, 5 = trop présent) *Remise d'une copie de ces questions sur une bandelette pour la personne.*

A) Quelle place estimez-vous avoir dans l'accompagnement de personnes présentant une problématique d'assuétude ?

1 2 3 4 5

B) Quelle place aimeriez-vous avoir ?

1 2 3 4 5

C) Quelle place devriez-vous avoir ?

1 2 3 4 5

6) Selon vous, quels sont les aspects positifs du fonctionnement en réseau ?

7) Et, vous, quelles plus-values retirez-vous de ce travail en réseau ?

8) Selon vous, quels sont les risques du fonctionnement en réseau ?

9) De quoi auriez-vous besoin pour optimaliser le travail en réseau (conférence, information, Intervision, outil, …) ?

b. Lettre de présentation du projet

RASSAEF
Réseau d'Aide et de Soins Spécialisés en Assuétudes de l'Est-Francophone

Wallonie | SPW Service public de Wallonie

Verviers, le 09 février 2015

Objet : recherche menée dans la cadre du RASSAEF

Madame, Monsieur,

Nous nous permettons de vous envoyer ce courrier dans le cadre de la recherche que le RASSAEF souhaite mener afin de vous demander votre collaboration.

Pour rappel, le RASSAEF est le Réseau d'Aide et de Soins Spécialisés en Assuétude de l'Est Francophone. Il s'inscrit dans le cadre du code décrétal et du code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé. Les finalités étant de soutenir et œuvrer au développement de la qualité et de la continuité de l'aide et des soins apportés aux bénéficiaires.

La question de cette recherche est la suivante : comment les acteurs de la première et de la seconde ligne du secteur de l'aide et des soins en matière d'assuétudes de la zone de soins 6 communiquent-ils entre eux ?

En effet, pour mettre en place des projets adaptés aux besoins de la zone de soins 6, il est indispensable de passer par la réalisation de ce diagnostic. Celui-ci permettra au RASSAEF de définir des pistes de collaboration pour vous, les professionnels, qui travaillez de près ou de loin avec la problématique des assuétudes.

Nous fonctionnerons en deux temps, tout d'abord rencontrer en individuel les professionnels et ensuite faire un retour de communication sur cette recherche, par groupes, afin de pouvoir explorer des pistes pour le futur. A partir de cette recherche, nous souhaitons passer avec vous à la phase « actions ». Ce retour de communication aura lieu au plus tard le premier trimestre 2016.

Pour mener cette recherche, nous aimerions réaliser un entretien avec la personne que vous identifierez comme la plus à même de pouvoir nous répondre. Cet entretien durera entre une demi-heure et une heure et se basera sur un questionnaire. Nous aimerions aussi avoir votre accord pour enregistrer cet entretien. L'anonymat de la personne sera assuré.

Concrètement, Madame Schmitz, chargée de projets, prendra prochainement contact avec vous afin de connaître le nom de la personne désignée au sein de votre institution et fixera un rendez-vous avec elle. Au préalable, elle aura transmis le questionnaire à la personne-ressource afin que celle-ci puisse en discuter au sein de son équipe.

En vous remerciant pour votre collaboration, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de nos meilleurs sentiments.

M. Vandervelden, Président du RASSAEF **A. Schmitz, chargée de projets**

Rue de Dinant 18 4800 Verviers – 087/22.38.78 0498/50.63.37 – www.rassaef.be

c. *Glossaire des abréviations*

ALTO	Alternative aux Toxicomanes
AMO	Aide en Milieu Ouvert
AVAT	Aide Verviétoise aux Alcooliques et Toxicomanes
CHC	Centre Hospitalier Chrétien
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHSA	Centre Hospitalier Spécialisé l'Accueil
CPAS	Centre Public d'Action Sociale
CPFA	Clinique Psychiatrique des Frères Alexiens
CRA	Clinique Reine Astrid
DUS	Dispositif d'Urgence Sociale
GLEM	Groupe Local d'Evaluation Médicale
IHP	Initiatives d'habitation protégée
MSP	Maison de soins psychiatriques
PACT	Prévention et Accompagnement des Comportements Toxicomanes
PCS	Plan de Cohésion Sociale
RASSAEF	Réseau d'Aide et de Soins Spécialisés en Assuétudes de l'Est Francophone
RSU	Relais Social Urbain
SSM	Service de santé mentale

d. *Répertoire des graphiques*

Tableau 1	Services et professionnels interrogés
Graphique 1	Récurrence des termes clefs, utilisés par les professionnels rencontrés, définissant un réseau en matière d'assuétudes
Graphique 2	Fréquence des contacts d'envoi entre les professionnels de la zone 6
Graphique 3	Moyens de communication utilisés pour les contacts d'envoi

Graphique 4	Acteurs et institutions concernés lors des contacts d'envoi au sein de la zone 6
Graphique 5	Institutions concernées lors des contacts d'envoi hors de la zone 6
Graphique 6	Fréquence des contacts de réception
Graphique 7	Moyens de communication utilisés lors des contacts de réception
Graphique 8	Acteurs et institutions concernés lors des contacts de réception dans la zone 6
Graphique 9	Institutions concernées lors des contacts de réception hors de la zone 6
Graphique 10	Fréquence des contacts d'échange d'informations
Graphique 11	Moyens de communication utilisés pour les contacts d'échange d'informations
Graphique 12	Acteurs et institutions concernés lors des contacts d'échange d'informations dans la zone 6
Graphique 13	Institutions concernées lors des contacts d'échange d'informations en dehors de la zone 6

RASSAEF

Graphique 14	Besoins nécessaires au travail de réseau