

Enjeux, obstacles et atouts d'un modèle de soins aux contours indéterminés

Sophie THUNUS

Aspirant F.N.R.S - Université de Liège, Institut des Sciences Humaines et Sociales
Centre de Recherche et d'Interventions Sociologiques

sophie.thunus@ulg.ac.be

RÉSUMÉ: Cette contribution porte sur les enjeux que soulève la réforme des soins de santé mentale en Belgique, au carrefour de l'évolution socio-historique du secteur, et d'un modèle des soins inscrit au sein de tendances internationales. Précisément, l'objectif est de mettre en tension l'indétermination du modèle, au sens où il renvoie à un ensemble d'expériences étrangères plus qu'à un corpus de savoirs théoriques; et la configuration d'une offre de soins encore déterminée par ses frontières institutionnelles.

MOTS-CLÉS: Action publique, sociologie des professions, santé publique, santé mentale, psychiatrie.

L'objet de cette contribution est de mettre en évidence les enjeux que soulève l'implémentation du modèle des réseaux et circuits de soins dans le secteur de la santé mentale en Belgique.

Les enjeux que suscite un tel modèle peuvent renvoyer à ceux qui président à la volonté de l'implémenter. Si cette volonté se résume à la désinstitutionnalisation de l'offre de soins de santé mentale, c'est probablement dans

le giron des institutions (les hôpitaux psychiatriques) que surgiront les difficultés liées aux changements qu'elle induit.

Il n'empêche que les enjeux auxquels renvoie le modèle des réseaux et circuits de soins dépassent ceux qui sont relatifs à l'organisation des soins de santé mentale en Belgique. Mentionnons par exemple l'augmentation des troubles de santé mentale que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)¹ prévoit pour les années à venir, et que les porte-paroles du changement n'ont de cesse de rappeler². De même, les enjeux relatifs à l'organisation du secteur en Belgique ne sauraient être entièrement rapportés modèle. Celui-ci peut être défini avec une finesse infinie, ses promoteurs peuvent tâcher d'anticiper chaque soubresaut de son implémentation, toujours est-il qu'une part de la réalité informelle des relations de pouvoir qui animent le champ leur

échappera encore, autant que les zones d'ombre qu'elles trouveront à investir.

Pour ces raisons, nous préférons le pragmatisme à l'exhaustivité et nous pencherons sur les *enjeux locaux* que nous observons actuellement, à l'occasion de l'implémentation du modèle en Belgique³. A cette fin, nous mettrons en évidence les particularités respectives du modèle des réseaux et circuits de soins, et du champ de la santé mentale en Belgique. Nous verrons d'abord que ce modèle se distingue par une invitation à dépasser les frontières qui traversent le champ *de la santé mentale*; invitation qui repose sur un ensemble de connaissances hétérogènes et d'expériences internationales. Nous proposerons ensuite une photographie du secteur, dans laquelle nous distinguerons autant d'obstacles que d'atouts pour la réforme. Enfin, nous laisserons ces enjeux théoriques, pour nous pencher sur les problèmes qui se manifestent actuellement, à l'occasion des projets d'exploration, ou «projets 107». Ceux-ci nous inviteront effectivement à considérer l'articulation de ce modèle de soins indéterminé et d'un champ de la santé mentale très segmenté, dont nous verrons qu'elle repose sur une action humaine qui se définit bien souvent, justement, par les frontières qu'elle se donne.

1. OMS (2001), Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs; (2005), Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe. Relever les défis, trouver des solutions.

2. Voir, par exemple, Le Guide (2010), Vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation des réseaux et circuits de soins; DEMOTTE R., (2005), Note politique relative à la santé mentale; VANDENBROUCKE F., ALVOET M. (2001), Note politique relative aux soins de santé mentale: le psyché, le cadet de mes soucis.

3. Le modèle est envisagé ici dans le cadre d'une réflexion générale visant à souligner les enjeux qu'il y a à l'implémenter en Belgique. Pour une description de la version concrète qu'en proposent les autorités au secteur, voir SCHOENAERS et al. dans le présent numéro.

Un modèle sans frontière, un ensemble de connaissances indéterminé

Dans cette première partie, nous envisagerons successivement deux aspects de l'indétermination du modèle de soins que les «projets 107» sont destinés à expérimenter. D'une part, nous verrons que le modèle renvoie à des réalités plurielles, à des contextes différents et à des domaines de connaissances multiples (connaissances médicales, sociales, politiques etc.); en bref, à des expériences subjectives et pratiques plus qu'à un corpus homogène de savoirs théoriques. A cet égard, le modèle est lui-même «sans frontière». D'autre part, ce modèle décrit un champ sans frontière puisqu'il implique une organisation des soins qui prenne la forme d'un système ouvert, composé de relations entre des mondes différents (hospitalier et extrahospitalier, social et médical, etc.), et dont l'équilibre est toujours provisoire⁴.

Tout d'abord, nous devons nous entendre sur la conception que nous adoptons des connaissances en vertu desquelles des problèmes de santé mentale sont identifiés, interprétés et, le cas échéant, pris en charge. Nous nous situons entre une *position objectiviste*, qui ferait des troubles de santé mentale des entités réifiées, se présentant partout et toujours dotées des mêmes attributs; et une *approche critique*, selon laquelle il n'existerait de ces troubles que leur définition.

L'approche que nous adoptons reconnaît l'*existence objective* d'un problème et la *construction subjective* - car historiquement située - des connaissances légitimes pour le qualifier et des groupes autorisés à le traiter. Cette approche s'applique autant au domaine des

professions⁵, dans lequel les savoirs utilisés pour le diagnostic et le traitement sont traditionnellement définis, enseignés et appliqués; que dans le domaine de la santé publique⁶, où la mise en œuvre des savoirs jugés légitimes est planifiée et organisée au profit de la population.

Les hôpitaux psychiatriques traduisent institutionnellement la médicalisation de la psychiatrie. Celle-ci est issue du monde professionnel et les autorités publiques ont organisé financièrement et structurellement sa mise en œuvre⁷.

Les *réseaux et circuits* de soins traduisent, au niveau opérationnel, une autre conception des problèmes de santé mentale. De manière générale, cette conception est dite *biopsychosociale*⁸ et renvoie à un ensemble de connaissances et de pratiques que désignent les termes de *psychiatrie communautaire*⁹. Mais d'où viennent ces savoirs, en quoi consistent-ils, et comment s'opérationnalisent-ils?

On pourrait en dire qu'ils viennent de partout et de nulle part à la fois. Certes, la psychiatrie communautaire renvoie à des expériences localisables, celles-ci ont été décrites, et les conceptualisations auxquelles elles ont donné lieu ont pu se diffuser dans les mondes professionnels autant que politiques. Mais actuellement, considérée depuis le champ de la santé mentale en Belgique, cette psychiatrie communautaire vient d'abord de partout. Pour d'aucuns, le modèle nous vient de Birmingham. La preuve en est, une délégation politique et professionnelle s'est rendue sur place. Une autre délégation s'est pourtant rendue à Lausanne. Des contacts existent encore avec des experts lillois. Des expériences similaires ont été réalisées en bien des points de l'Union européenne et au-delà. Celles-ci sont aussi en mesure d'influencer

le modèle belge, par l'intermédiaire des acteurs qui la façonnent. Les réformes italiennes, grecques et canadiennes en sont des exemples. Enfin, des expériences des réseaux et circuits de soins ont été réalisées en Belgique au cours des vingt dernières années. Elles renvoient à des projets expérimentaux et locaux. Ceux-ci ont pu préparer le changement global que les projets 107 mettent en expérience, et pourront s'y intégrer ou les influencer, à l'image des expériences internationales.

Mais à force de venir de partout, cette psychiatrie communautaire finirait-elle par venir de nulle part? Des considérations de natures et d'ordres différents s'y entremêlent; elles sont tantôt thérapeutiques, tantôt politiques ou sociales; tantôt locales et tantôt internationales. Ses porte-paroles sont des professionnels, convaincus de la plus-value de ce modèle par rapport aux soins hospitaliers; ou des politiques, à la recherche de solutions meilleures pour répondre aux problèmes de santé mentale que connaît la population; ou encore des organisations, qui se définissent d'abord par leur nature internationale et par les savoirs qu'elles produisent¹⁰, et qui estiment que ces problèmes sont voués à prendre une importance croissante dans les années à venir. Que le modèle belge soit présenté par ses promoteurs, ou que des experts étrangers viennent partager leur expérience, les données que produit l'OMS sont effectivement prises pour preuve qu'il

4. ROWE et al., *Classics of Community Psychiatry, Fifty Years of Public Mental Health Outside the Hospital*, Oxford University Press, 2011.

5. Voir par exemple: ABBOTT A., *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, University of Chicago Press, 1988.

6. Voir, par exemple, FASSIN D., *Faire de la santé publique*, Editions EHESP, 2008.

7. DE MUNCK et al., *Santé mentale et citoyenneté: les mutations d'un champ de l'action publique*, Academia Press, Gent, 2003.

8. OMS (2001, 2005). Op.cit.

9. ROWE et al. Op.cit.

10. FREEMAN R., *Knowledge and Policy: Mental Health in Europe*, 2011.

convient de changer quelque chose à la façon dont travaillent les professionnels de la psychiatrie. Elles constituent une référence commune pour des expériences diverses au travers desquelles des acteurs ont fait une chose semblable: *le pas de la désinstitutionnalisation*.

Mais pour quoi désinstitutionnaliser? Pour des soins essentiellement dispensés dans la *communauté*, en vertu d'une approche *pluridisciplinaire*, dans le respect des trajets de soins des usagers, et dans le but de répondre à leurs *besoins en tant que personnes saisies dans leur globalité*. On perçoit déjà une invitation claire à dépasser la fragmentation du soin consacrée par de nombreuses années de spécialisation professionnelle et politique. Mais nous devons encore nous arrêter brièvement sur un aspect relatif à l'indétermination du modèle.

Comme l'indiquent les auteurs des *Classics of Community Psychiatry*¹¹, le fait qu'elle résulte et consiste à la fois en jugements sur ce que la psychiatrie peut avoir de bon comme de mauvais, autant que sur les plus ou moins grandes vertus de la communauté, donne à la psychiatrie communautaire une nature instable. Certes, elle renvoie à un système de pensée, mais ce système dessine avant tout un espace dans lequel s'inscrivent autant de pensées que d'actions: la psychiatrie communautaire, c'est ce qu'elle a été, ce qu'elle est, ou ce qu'elle devient à chaque fois que l'on s'y réfère, que l'on tente de la définir ou de la mettre en œuvre. C'est pour cette raison qu'elle renvoie, comme

nous l'avons évoqué précédemment, à des expériences nombreuses mais subjectives et localisées; bien plus qu'à un corpus homogène de connaissances transmissibles dans les écoles qui forment les spécialistes.

Penchons-nous désormais sur la version spécifique qui en est proposée en Belgique. *Le modèle des réseaux et circuits de soins*, tel qu'il est exposé dans le *Guide* présenté au secteur au printemps 2010, ne nous dit effectivement rien d'autre.

D'une part, les *fonctions*¹² qui y sont définies s'inscrivent dans ce système de pensée consistant à organiser les soins en fonction des besoins des patients, et non des structures existantes. En même temps, puisque le *Guide* ne définit que des fonctions (prévention, réhabilitation psychosociale, traitement intensif, etc.), les structures existantes (hôpitaux psychiatriques, centres de santé mentale, services sociaux etc.) pourront s'y intégrer. Or, ces structures existent différemment selon les régions (elles sont plus ou moins nombreuses et ne proposent pas toujours des services identiques) et selon les milieux, urbains ou ruraux. Déjà, on entrevoit le potentiel du modèle à donner lieu à des réalités diverses, quoi qu'inscrites dans une logique commune décrite dans le *Guide*: celle de soins de santé mentale «axés davantage sur la collectivité», «orientés vers la demande», «basés sur les besoins des personnes», et «partant de leur milieu de vie».

D'autre part, le *processus* prévu pour mettre en œuvre ces fonctions, pour réaliser cette logique commune, nous invite d'emblée à la questionner. Conscientes de cette diversité de l'offre locale, les autorités publiques sont soucieuses de l'intégrer à la réforme. L'hétérogénéité des savoirs relatifs à la psychiatrie communautaire, effectivement, c'est aussi cela: des

expertises du modèle de soins autant que des connaissances relatives à la façon de susciter les changements qu'il implique, dans un monde fortement institutionnalisé, dominé par des expertises nombreuses et des pouvoirs forts. Le processus prévu pour le changement repose en l'occurrence sur des *projets d'exploration*, qui visent explicitement à mobiliser les acteurs de terrain, *pour qu'ils construisent, localement, des réseaux de soins intégrant leurs ressources spécifiques*. Autant dire que cette logique commune recommencera aussi d'exister à chaque fois que

L'hétérogénéité des savoirs relatifs à la psychiatrie communautaire, effectivement, c'est aussi cela: des expertises du modèle de soins autant que des connaissances relatives à la façon de susciter les changements qu'il implique, dans un monde fortement institutionnalisé, dominé par des expertises nombreuses et des pouvoirs forts. Le processus prévu pour le changement repose en l'occurrence sur des projets d'exploration, qui visent explicitement à mobiliser les acteurs de terrain, pour qu'ils construisent, localement, des réseaux de soins intégrant leurs ressources spécifiques.

11. ROWE et al. Op.Cit.

12. En bref, les cinq fonctions prévues par le modèle sont les suivantes: prévention, promotion, détection et diagnostic ; équipes ambulatoires de traitement intensif; équipes de réhabilitation travaillant à l'insertion et à l'inclusion sociale; unités intensives de traitement résidentiel; formules résidentielles spécifiques. Ces fonctions et leur cadre organisationnel sont expliqués dans SCHOENAERS F. et al. (2012).

son opérationnalisation sera pensée par ces professionnels, entre la compréhension qu'ils en ont, étant donné leur regard professionnel, et la perception qu'ils ont de leur environnement.

Pour l'instant, nous avons montré l'instabilité du modèle, et comment elle se reflète dans la version théorique qu'en proposent les autorités belges. Encore faut-il revenir à la portée du modèle. Son indétermination n'altère pas sa force. Au contraire, l'aisance avec laquelle il épouse une diversité de situations lui confère un effet de masse. En outre, l'indétermination de son contenu n'empêche pas qu'il prenne en différents endroits des formes semblables, au moins par certains aspects. Les auteurs des *Classics* évoquent un système complexe et adaptatif, résidant dans les relations entre des personnes et des groupes venant de mondes divers, et où s'inventent de nouveaux mondes et de nouveaux groupes. Le *réseau* est la forme organisationnelle que prend dans notre cas un tel système. L'offre de soins ne doit plus se résumer à la performance des institutions, elle devrait résider dans la qualité de leurs connexions; c'est-à-dire dans leur intensité et leur flexibilité. Favori des réformes européennes des soins de santé¹³, le réseau défie les cultures sectorielles, professionnelles et organisationnelles consacrées par l'institutionnalisation du champ.

C'est précisément de ce défi que prend acte le Guide de la réforme lorsqu'il souligne la nécessité d'être «très précis sur la notion de réseau», qu'il nous faut comprendre comme «un réseau de collaborations entre des structures et des ressources qui vont, dans un partenariat effectif, définir une finalité, un fonctionnement et des objectifs communs, ceci afin de garantir l'efficacité du suivi des patients, une meilleure continuité des soins, l'amélioration de l'offre et l'amélioration de la qualité de prise en charge.»¹⁴

Les frontières du secteur

Nous ne reviendrons pas sur toutes les caractéristiques qui peuvent être associées au secteur, étant donné son évolution historique. Simplement, il est important de distinguer les éléments qui pourront soutenir la réforme, et ceux qui pourront lui faire obstacle, par l'intermédiaire des professionnels invités à la construire.

Les éléments qui pourront faire obstacle, ce sont toutes les frontières qui traversent le champ et qui y taillent autant de territoires, tantôt professionnels, tantôt politiques et administratifs.

Les *territoires professionnels* se sont constitués autour des groupes d'intervenants exerçant le même métier et susceptibles d'intervenir dans le parcours d'un usager des soins de santé mentale. Ces groupes se distinguent par des formations plus ou moins longues, qui se reflètent souvent dans les protections légales plus ou moins importantes dont ils bénéficient, et dans l'étendue de leur autonomie. Il est ainsi commun de distinguer entre les médecins et les paramédicaux¹⁵. Le savoir spécialisé dont disposent les premiers les habilite effectivement à décider du traitement des patients. Aussi, dans la mesure où ils assument seuls la responsabilité de cette décision, ils disposent d'une autonomie importante et d'une autorité sur le travail d'autres personnes. Médecins et paramédicaux sont tenus au secret professionnel; par contre, les aides à domicile ne le sont pas: la liste est longue des aspects par lesquels les groupes se démarquent; ce qui importe ici, c'est qu'en vertu du groupe professionnel auquel ils appartiennent, les différents intervenants¹⁶ peuvent revendiquer des conditions matérielles et juridiques de

travail différentes.

En outre, la variété des *contextes organisationnels* dans lesquels exercent les professionnels, médecins et paramédicaux, mais aussi psychologues et assistants sociaux, introduit des variations importantes dans la consistance de leur *mandat*; c'est-à-dire dans l'autonomie dont ils bénéficient effectivement et dans l'étendue des tâches qu'ils réalisent. Leur *licence*¹⁷, l'autorisation légale qu'ils ont d'exercer, décrit un territoire théorique dont les pratiques questionnent partout et tout le temps les frontières. Dès lors, l'expérience que font individuellement les professionnels de leur mandat théorique peut aussi servir de base à la revendication d'une différence par rapport aux autres intervenants.

Cette nuance introduite entre un *territoire professionnel théorique* et un *territoire professionnel vécu* doit nous interpellier. A cet égard, la notion qu'ont des groupes et des individus de leur approche semble fondamentale. En effet, si les territoires théoriques des professionnels se trouvent souvent altérés au profit des contingences d'un lieu de travail, rares sont ceux qui ne revendiquent pas la spécificité de leur approche. En dernier recours, celle-ci est l'occasion de désigner des *zones de différences: celles qui les distinguent des autres groupes*.

Les approches revendiquées par les professionnels sont les *lorgnettes* au travers desquelles ils considè-

13. ROBELET M. et al. (2005), La coordination dans les réseaux de santé: entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles, *Revue Française des Affaires Sociales*, n°1.

14. Guide (2010). Op.Cit.

15. V. notamment: FREIDSON E. (1984), *La Profession Médicale*, Payot, Paris.

16. Les groupes professionnels concernés sont principalement ceux qui sont susceptibles d'exercer un service à la population se rapportant à l'une des fonctions. Il s'agit le plus souvent d'assistants sociaux, de médecins psychiatres et généralistes, de psychologues, d'infirmiers, et d'aides familiales.

17. Les notions de Licence & Mandat sont définies dans: HUGHES E.C. (1958), *Men and their Work*, The Free Press of Glencoe.

rent prioritairement le problème que leur soumet un usager.

Plus médicales, plus psychologiques, ou plus sociales, ces approches renvoient d'abord à une profession, mais elles renseignent aussi sur un lieu de travail. La profession laisse le professionnel libre de choisir l'endroit de son exercice, mais les endroits entre lesquels il peut choisir ne sont pas neutres. Ainsi, l'interprétation que défend le professionnel de son mandat, ou l'approche qu'il préconise, le conduira-t-elle à exercer dans le privé ou dans le public, à l'hôpital ou en cabinet, dans le résidentiel ou dans l'ambulatoire.

Ces approches, qui impliquent à la fois une lorgnette et un lieu de travail, évoquent finalement tous ces territoires que définissent des secteurs d'ordres et de natures différents: celui du soin, celui de l'aide, celui de la justice ou celui de l'emploi; le secteur social ou le secteur médical; le secteur résidentiel ou le secteur ambulatoire; et finalement, le secteur public et le secteur privé. Les professionnels choisissent donc, plus ou moins objectivement, pour les lorgnettes que ces secteurs mettent en exergue ou autorisent, et pour les conditions de travail qu'ils proposent. Mais en retour, et à leur tour, ces secteurs gérés à différents niveaux du pouvoir politique les dotent d'un *attirail de droits et d'obligations* qui leur permettra, ou les contraindra, à se différencier d'autres intervenants. Les exemples sont infinis des *territoires administratifs* ainsi créés. Les modalités contractuelles du personnel ne sont pas les mêmes dans les hôpitaux publics et les hôpitaux privés, les décrets régissant les centres de santé mentale donnent d'autres obligations aux professionnels que les législations

dans le cadre desquelles existent les hôpitaux; les conditions de travail varient encore entre les services psychiatriques des hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques: le catalogue de toutes les bonnes raisons qu'ont ces professionnels de ne pas travailler ensemble donne le vertige.

Pourtant, il existe aussi, dans le même secteur de la santé mentale en Belgique, des professionnels qui travaillent ensemble. Leurs *collaborations* sont aussi diverses que nombreuses, et essentiellement, elles disposent de *porte-paroles*: autant de *professionnels du changement qui se profilent localement*.

De manière générale, on peut dire que toutes ces collaborations renvoient aux initiatives politiques¹⁸ qui participent du mouvement de réforme du secteur entamé à la fin des années 1980. Les *plates-formes de concertation en santé mentale* en sont un exemple. Elles ont permis aux prestataires de soins d'un même territoire d'échanger sur leurs pratiques et ont vu naître des coordinateurs de plateformes; spécialistes de l'offre de soins locale, connaisseurs des rapports de force qui l'animent, ils sont aussi sensibles aux mécanismes propres aux sphères de décision. Les *projets-pilotes, soins psychiatriques à domicile* ou *projets thérapeutiques* sont à l'origine de nouvelles compétences et constituent de précieux leviers pour le changement. Les professionnels y ont expérimenté le travail à domicile ou la concertation autour du patient, et se sont adonnés, bon gré mal gré, à l'exercice de pluridisciplinarité. En outre, ces projets se sont associés des *coordinateurs*: porte-paroles d'expériences, ils sont à même d'y enrôler les professionnels locaux et de les promouvoir auprès des autorités publiques. Plusieurs conventions INAMI ont encore permis à des projets novateurs de se dévelop-

per. Ceux-ci ont suscité des apprentissages que leurs porte-paroles promeuvent, au même titre que le sont les expériences étrangères.

Il existe donc dans le secteur des terrains particulièrement fertiles pour implanter la réforme et des professionnels particulièrement compétents, en termes de savoir-faire autant que de savoir-être, pour y participer. Mais ces dispositifs constituent les exceptions; la règle, ce sont les frontières. L'objectif de la réforme est d'inverser la tendance.

Nous en terminerons là avec cette seconde partie qui proposait un portrait, volontairement schématique, du modèle à implémenter en Belgique et du champ de la santé mentale. L'objectif était de représenter ce que les professionnels invités à penser cette réforme avaient en main: quelles pouvaient être les contraintes et les ressources avec lesquelles ils devraient composer.

DES ENJEUX LATENTS AUX ENJEUX AGISSANTS: LE MODÈLE DANS LE SECTEUR

La dernière partie de cette contribution s'organise en deux temps. D'abord, nous laisserons les enjeux latents pour nous pencher sur les enjeux qui, agissant dans les situations actuelles, pourront agir sur des situations futures (les projets 107 étant susceptibles de préfigurer la future organisation des soins de santé mentale). Ensuite, plus que de nous intéresser aux frontières des choses, nous nous focaliserons sur les questions des frontières. Nous verrons effectivement que la redéfinition du contenu de leur travail par les professionnels ne peut se faire sans lui donner des bornes. Le modèle peut être sans frontière, mais une action professionnelle sans borne serait une contra-

18. Celles-ci sont explicitées dans SCHOENAERS et al. 2012.

diction dans les termes. En effet, telle qu'utilisée ici, la «borne» implique une différence entre deux systèmes complémentaires, contrairement à la frontière qui implique une séparation nette entre des systèmes autosuffisants.

LES ENJEUX AGISSANTS: L'AVAL DES PROJETS D'EXPLORATION

Dans les limites de cette contribution, la tâche que nous nous assignons est de présenter dans des *termes généraux* les enjeux principaux qui se manifestent actuellement sur le terrain étudié¹⁹. A nouveau, la démarche ne se veut exhaustive. L'objectif est bien de figurer une situation telle qu'elle se présente à ceux qui préparent la réforme.

Les premiers enjeux sont ceux que suscite la *traversée des piliers*. Suite à l'appel à candidatures lancé par le Service Public Fédéral Santé Publique, les hôpitaux psychiatriques ont soumis des projets de réseaux qui mobilisaient le plus souvent leurs partenaires habituels. C'est-à-dire, les partenaires impliqués avec eux dans des initiatives préalables, ou d'obédience semblable. Par exemple, si deux hôpitaux prévoient de travailler ensemble, il s'agit le plus souvent de deux hôpitaux publics, ou privés, mais le mélange des genres n'est pas coutume. Or, la logique promue par la réforme est différente: elle suppose de mobiliser toutes les ressources d'un territoire afin de répondre plus efficacement à l'ensemble des besoins de sa population en matière de santé mentale; les besoins de la population, pas ceux des institutions. C'est en tout cas en vertu de cette logique que les autorités publiques n'ont permis à certains de démarrer leurs projets que moyennant une révision de leur candidature. L'exemple du projet *Fusion Liège* est édifiant. Ses promoteurs,

publics et privés, étaient à l'origine de deux projets différents sur le territoire de l'arrondissement de Liège-Huy-Waremme. Leur candidature a été acceptée moyennant, essentiellement, une refonte des deux candidatures en un seul projet fusionné.

Au moment où les promoteurs des projets élaborent ensemble une nouvelle candidature, il s'agit de s'entendre sur des objectifs communs, malgré des conceptions parfois divergentes; et de penser des procédures organisationnelles qui permettront, le cas échéant, de composer avec des contraintes indépendantes de leur volonté. Entre autres, la possibilité pour leurs personnels, médical et paramédical, de travailler ensemble malgré des conditions de travail et des philosophies différentes.

Le principe de transversalité, et les questions qu'il soulève, ne s'arrête pourtant pas aux hôpitaux. S'ils sont au centre de la technique financière choisie pour la réforme, *l'esprit de la réforme* veut que le *secteur ambulatoire* soit largement impliqué. La finalité est tout de même d'organiser l'essentiel de la prise en charge dans la communauté. Alors, qui va décider dans ce réseau? Ceux qui y investissent ou ceux qui s'y investissent?

Face à de telles questions, les projets doivent être prudents car entre *le résidentiel* et *l'ambulatoire*, pour des motifs administratifs mais également en vertu d'approches différentes, les attentes côtoient de près les méfiances et les reproches. Chaque projet cherche donc un équilibre entre une situation où les promoteurs, qui détiennent les moyens, détiennent aussi tout le pouvoir, et une situation où la gestion de leurs ressources leur échappe totalement. Cet équilibre est atteint avec plus ou moins de difficulté, car en fonction des

L'offre de soins ne doit plus se résumer à la performance des institutions, elle devrait résider dans la qualité de leurs connexions; c'est-à-dire dans leur intensité et leur flexibilité. Favori des réformes européennes des soins de santé, le réseau défie les cultures sectorielles, professionnelles et organisationnelles consacrées par l'institutionnalisation du champ.

moyens à disposition des projets et de leur nature plus ou moins consensuelle, les compromis sont plus ou moins difficiles à obtenir. Les organigrammes des projets sont assez éclairants quant à leur substance: soit le comité de pilotage participe au comité de réseau, soit le second participe au premier; soit ils sont représentés l'un en-dessous/dessus de l'autre, soit ils sont côte-à-côte²⁰.

Toutes ces questions sont organi-

19. La recherche en cours porte sur le projet de réforme en général. Elle recourt en outre à trois études de cas portant sur des projets qui diffèrent tant par leur envergure que par leur avancement. Il s'agit de projets de Hainaut Occidental, du projet «Fusion Liège», et du projet pour l'arrondissement de Verviers.

20. Le comité de pilotage est le plus souvent composé des promoteurs tandis que le comité de réseau est, quant à lui, composé des représentants des groupes de professionnels qui construisent les fonctions au niveau opérationnel. Plus loin, on parlera de «comité de fonction» que l'on peut définir comme: groupe de professionnels représentant les structures/services existant et susceptibles d'intervenir dans une fonction dont ils élaborent ensemble l'organisation et les procédures.

sationnelles. Que se passe-t-il quand les professionnels de toutes ces structures et de tous ces secteurs doivent se réunir pour construire le réseau? A cet égard, nous distinguerons deux moments: celui des *discours* et celui des *pratiques*.

Les appréhensions, autant que les enthousiasmes, s'expriment souvent dans les discours. Ainsi, on rencontre des psychiatres acquis à la réforme: ils travaillent déjà dans la communauté et se réjouissent de «ne plus être seuls»; ils ont pratiqué une psychiatrie alternative à l'étranger; ils sont eux-mêmes à l'origine de projets novateurs au sein de leur institution; ils se sont impliqués, au niveau politique ou administratif, dans la réflexion qui a précédé la réforme. Mais il y a aussi les psychiatres qui sont contre. Ce modèle indéterminé n'est pas légitime à leurs yeux de médecins, ils craignent de faire pire que mieux, ils posent les questions de la liberté thérapeutique, de la liberté de choix du patient, et du secret professionnel. Quant à la position stratégique, consistant à constater avec plus ou moins de bonheur que la psychiatrie est en train de changer et à préférer participer à son changement que d'en subir les conséquences, elle est fréquente, mais ne semble pas déterminante.

Les motifs de ces enthousiasmes, autant que des ces craintes, ne sont pas le fait des seuls psychiatres. En outre, ils ne sont pas uniquement motivés par un jugement relatif au modèle. Ils renvoient également à des considérations pragmatiques. Ainsi, les professionnels de l'ambulatoire, qu'ils soient psychiatres, généralistes ou assistants sociaux, apprécient l'opportunité de questionner l'accès au diagnostic psychiatrique; d'améliorer la conti-

nuité des soins à l'issue des hospitalisations; d'amorcer ou d'intensifier les collaborations entre les secteurs.

Enfin, il convient de mentionner toute l'incertitude qui perce du discours, car la réforme bouleverse les conditions de travail. Par exemple, pour les paramédicaux, le travail à domicile peut s'avérer plus risqué que dans l'enceinte matérielle et réglementaire de l'hôpital; et de leur côté, les intervenants à domicile, rôdés au travail social, redoutent d'être confrontés de façon croissante aux problématiques psychiatriques.

Toutes ces questions s'évaporent-elles une fois les professionnels rassemblés dans les espaces créés par le réseau? *Oui*, parce qu'une *démarche pragmatique* consiste à réfléchir en fonction des objectifs généraux de la réforme et d'y pourvoir au mieux en fonction des ressources dont on dispose, collectivement, et localement. *Non*, parce que *la carte du réseau peut être dessinée de multiple façons*; ses frontières peuvent être plus ou moins étendues, les ressources peuvent y être mobilisées à des fins nombreuses, et de mille façons.

LES ENJEUX AGISSANTS: LES INTERACTIONS

Les enjeux agissant dans les interactions renvoient à la spécificité des approches et aux conditions dans lesquelles des professionnels peuvent consentir à les dépasser. La *fragmentation* de l'offre de soins de santé mentale ne peut se résoudre dans l'*indétermination* du modèle. Fragmentation et indétermination indiquent toutes deux une opportunité de penser le réseau, mais elles ne sont pas des conditions suffisantes à sa construction. Ce que laissent entrevoir les premières rencontres au cours desquelles les professionnels s'attèlent à cette

tâche, c'est que le dépassement des frontières implique d'en créer de nouvelles.

D'abord, les premières versions du réseau que proposent les professionnels au groupe sont souvent teintées de leur lorgnette. Mais les lorgnettes ne résistent pas à la confrontation. Elles donnent lieu à des réalités si diverses que leur juxtaposition ne pourrait aboutir qu'à un ensemble dont l'indétermination rendrait toute action impossible. Prenons l'exemple d'une équipe mobile répondant à toutes les attentes formulées à son égard: elle devrait se déplacer à la demande des médecins, des assistants sociaux, des aides familiales, des associations d'usagers, etc.; et ce pour toutes situations où ceux-ci jugent son intervention adéquate. Cette équipe serait rapidement débordée, et ses interventions, à force de s'inscrire dans une multitude de finalités, deviendraient contestables. Nous y reviendrons.

Pour l'heure, afin de sortir du dilemme *ouverture versus indétermination*, nous pouvons utilement nous rappeler de la définition de la psychiatrie communautaire que proposent les auteurs de *Classics*²¹. Ils évoquent un *système fait de relations entre des groupes de mondes différents*, par exemple des psychiatres, des infirmiers et des assistants sociaux, qui créent de nouveaux groupes et de nouveaux mondes, par exemple «le comité de fonction». Ceci a au moins deux conséquences.

D'une part, *les premiers groupes, professionnels, organisationnels ou sectoriels, ne doivent pas nécessairement cesser d'exister*: la spécialité des psychiatres est nécessaire au réseau autant que celle des assistants sociaux. **Mais il est nécessaire qu'ils existent au sein d'un territoire ouvert**: les différentes spécialités qui ne cessent pas

21. ROWE et al., Op.cit.

d'exister le font tout en étant conscientes l'une de l'autre, et de leurs limites respectives, pour répondre le plus adéquatement possible aux besoins de la personne. Ainsi, le psychiatre pourrait consentir à passer la main lorsque d'autres types de prise en charge prendraient utilement le relais, et ces différentes interventions veilleraient à ne pas générer de prescriptions antagonistes. C'est l'idée de l'articulation des services au sein des fonctions de la réforme.

D'autre part, *les nouveaux groupes* - nos comités de fonction, par exemple - dont la naissance est favorisée par l'ouverture des premiers, *sont également ouverts sans être pour autant indéterminés*. En effet, l'indétermination des fonctions rendrait vaine leur articulation au sein du réseau. Schématiquement, on pourrait dire d'une situation où les acteurs éteindraient indéfiniment les limites de leur fonction qu'ils répondraient à l'hégémonie institutionnelle des hôpitaux par une nouvelle hégémonie fonctionnelle.

Ces propositions semblent donc défendables par rapport à la façon dont est pensé le fonctionnement du réseau dans son ensemble, mais elles paraissent également pertinentes quant aux conditions de possibilité de sa construction dans le chef des professionnels.

Qui pourrait, en effet, définir ou redéfinir le contenu de son travail sans en connaître les bornes? Il s'agit là d'une question qui naît de l'indétermination du modèle et qui se pose régulièrement: par exemple, qu'entendent les autorités par unités intensives de soins résidentiels? Vise-t-on la durée, l'encadrement, le traitement, ou les situations auxquelles elles répondent?²² D'un point de vue pragmatique déjà, en l'absence d'une définition précise et imposée, la construction d'un contenu

pour son travail nécessite de lui donner des bornes. En outre, dans le cadre interactionnel des fonctions d'un réseau, cette connaissance dépend de la conscience qu'on peut avoir des bornes du travail des autres. Les bornes que se donnent les groupes répondent à des considérations pratiques, par exemple, l'équipe mobile n'interviendra qu'à la demande d'un médecin. Mais celles-ci côtoient de près des préoccupations qui peuvent être qualifiées de politiques. La distinction proposée par E. Freidson²³ entre le *praticien* et le *professionnel* est finalement d'une grande pertinence pour rendre compte du *double travail* de ces groupes qui construisent le réseau. En effet, la démarche du praticien, en quête de *solutions fonctionnelles* répondant efficacement aux besoins des usagers, côtoie sans cesse celle du professionnel qui s'interroge, aussi, sur la *portée de ces solutions*. Or, quel que soit le jugement que l'on ait de cette démarche, il convient de souligner qu'elle soulève des questions essentielles. En effet, se demander si une équipe mobile, dite psychiatrique, pourra intervenir sur demande du citoyen lambda, c'est aussi soulever la question de la *psychiatrie de la société*, et d'un contrôle social potentiellement accru. Et si, au contraire, ces équipes ou le système dans son ensemble étaient déspecialisés, ce serait au tour de la question de la *socialisation de la psychiatrie* d'être posée. Celle-ci peut trouver une issue favorable dans son ouverture, mais autant de voies plus néfastes, dans sa paupérisation, par exemple... Et ainsi de suite.

En conclusion

Nous avons montré dans un premier temps que le modèle proposé au secteur de la santé mentale pour sa réforme se

caractérisait par une franche *invitation au changement*, dans le sens d'un *décloisonnement de l'offre de soins de santé mentale*, mais qu'il donnait à ce changement davantage de *directions générales* que de *contenu spécifique*. Le corollaire de cette indétermination est la possibilité, pour les professionnels, de participer à la *construction du réseau*.

Cette possibilité peut être bienvenue étant donné la configuration de champ. Nous avons effectivement vu, dans un second temps, que les bagages personnels et organisationnels des professionnels invités à penser le contenu du changement n'étaient pas tous de nature à leur faciliter leur travail. Ainsi, des *barrières* sont à franchir et des *lorgnettes* à dépasser.

Dans un troisième temps, nous avons vu que le franchissement de ces barrières impliquait de penser de nouvelles *limites*. Celles-ci s'apparentent pourtant davantage à des bornes qu'à des frontières: en identifiant des différences entre les actions des uns et des autres, elles permettent à chacun d'exister; mais en s'établissant les unes par rapport aux autres, elles déterminent des groupes sans les fermer pour autant.

Ces bornes semblent s'avérer nécessaires à la réflexion pragmatique autant que politique. Elles posent la question d'une nouvelle carte pour le territoire; question que seule la poursuite du processus pourra éclairer, et dont la réponse pourrait se trouver entre la construction professionnelle du modèle, et la gestion évidemment et éminemment politique de l'action publique.

22. Cette fonction et les quatre autres sont définies dans le Guide. Il s'agit pourtant de définitions larges, suffisamment larges en tout cas pour que leur interprétation paraisse nécessaire.

23. FREIDSON E., Op.cit.