

Institut Wallon pour la Santé Mentale



**Enquête par questionnaire sur le travail en réseau
en services de santé mentale en Région wallonne.**

Synthèse des résultats

Chargée de recherche : Isabelle Deliège
Direction : Christiane Bontemps

Septembre 2008



RÉGION WALLONNE

Avec le soutien du Cabinet du Ministre de la Santé,
de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances

Introduction : contexte de la démarche

Dans le cadre de la réflexion sur la politique à mener en santé mentale en Wallonie et suite à une précédente étude de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale sur les réseaux en santé mentale¹, le Ministre de la Santé, de l'Égalité des Chances et de l'Action sociale ainsi que la Direction Générale de l'Action Sociale et de la Santé (DGASS) ont souhaité mieux connaître les pratiques de réseau des Services de Santé Mentale (SSM) wallons. Ils souhaitaient envisager la création d'une nouvelle « fonction de liaison » au sein de ces services, assortie d'un budget spécifique.

C'est dans ce contexte que la Région wallonne a décidé fin 2007 de mener une investigation par questionnaire des pratiques de réseau actuelles dans les services de santé mentale. Cette mission a été confiée à l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, qui a travaillé en collaboration avec le Cabinet et la DGASS.

Ce document présente une synthèse des résultats de cette enquête². Le questionnaire, envoyé à l'ensemble des services de santé mentale wallons, comporte 22 questions fermées et 20 questions ouvertes. Elles portent sur différents thèmes : les définitions du réseau, les formes de réseaux, les partenariats et leurs raisons, les modalités pratiques d'organisation et de fonctionnement du réseau, le public et la participation des usagers.

Les réponses reçues suite au questionnaire (ainsi que leurs annexes) ont été analysées et traitées de la manière suivante : traitement statistique à l'aide du logiciel « Epi-info » pour les données quantitatives (analyse de fréquence et de moyenne) et analyse de contenu et répartition en catégories pour les questions ouvertes.

La présente synthèse reprend, après une présentation de l'échantillon, les axes suivants : les définitions du réseau, ses modalités d'organisation (les formes de travail en réseau, les personnes qui l'exercent, la formalisation et les initiatives en SSM, les partenaires des SSM, les facilitateurs et les obstacles, ainsi que le travail en réseau hors du territoire et à l'extérieur du SSM). Elle aborde ensuite le public avec lequel se développe le travail en réseau et l'implication des usagers et des non professionnels. Elle évoque encore les variations selon la taille de l'équipe, le public et la province. Elle se clôture par l'analyse des commentaires associés aux questionnaires ainsi que les limites et les perspectives de cette enquête.

¹ Deliège I., Bontemps C. (dir.), *Travailler en réseau en santé mentale*, Rapport de recherche IWSM, octobre 2007, disponible sur <http://www.iwsm.be>, rubrique « publications » / rapports.

² Le rapport complet : Deliège I., Bontemps C. (dir.), *Enquête par questionnaire sur le travail en réseau en services de santé mentale en Région wallonne*, Rapport de recherche IWSM, août 2008, est aussi disponible sur <http://www.iwsm.be>, rubrique « thématiques » / réseau.

1. Echantillon et représentativité

En ce qui concerne la **taille de l'échantillon**, 77 questionnaires ont été reçus, pour 83 envoyés par courrier. On peut estimer que le taux de participation³ se situe entre la proportion de questionnaires reçus par rapport au nombre de questionnaires envoyés (93%) et celle de questionnaires reçus par rapport au nombre de numéros d'agrément totaux de SSM en Région wallonne ($77/114 = 67,5\%$).

La participation à l'enquête est donc assez importante. Ce qui peut peut-être s'expliquer par le caractère officiel de la démarche (questionnaire envoyé par le Ministre) et les enjeux (la perspective de création d'une nouvelle fonction de liaison).

L'échantillon présente des **caractéristiques fort similaires** à l'ensemble des SSM en Région wallonne en termes de pourcentage de dossiers enfants, de taille d'équipe⁴ et de répartition géographique par province. On peut donc considérer que l'échantillon est relativement **représentatif** de la population des SSM wallons. Rappelons toutefois qu'il ne s'agit pas d'une étude sur de grandes populations, avec échantillonnage aléatoire, mais d'une enquête sur base d'une participation **volontaire**.

2. Le réseau : définitions

Tout d'abord, on constate que les SSM qui ont répondu sont plutôt **d'accord avec les définitions** du réseau proposées dans le questionnaire. Quasi tous (92%) considèrent que le réseau désigne à la fois le travail institutionnel et celui autour d'une situation clinique.

Dans les **définitions spontanées** proposées par les services, on retrouve les idées suivantes : ensemble de partenaires, collaboration, projet commun et prise en compte de l'utilisateur. Ils ajoutent quelques compléments d'information comme la dimension d'un « plus » apporté par le réseau (qu'il y aurait probablement lieu de préciser), ils développent l'attention portée aux besoins de l'utilisateur en l'élargissant à son tissu social ou à une population cible.

Quasi tous les services (98%) trouvent que **le réseau institutionnel peut faciliter le réseau clinique** et/ou vice versa. Les questions ouvertes amènent un éclairage plus détaillé sur ces processus de facilitation. La majorité de ceux qui se prononcent sur **le sens** du processus trouvent que le phénomène de facilitation entre les deux types de travail en réseau fonctionne dans les deux sens. Ils sont nombreux aussi à évoquer la facilitation du réseau clinique par le réseau institutionnel. Quelques-uns mentionnent que le travail et la réflexion autour d'un cas (réseau clinique) permettent le développement de collaborations et de concertations qui vont au-delà de ce cas particulier, par exemple des projets institutionnels communs.

Quant aux **mécanismes** à l'œuvre : la **connaissance** du réseau, des personnes qui le composent, des services et des pratiques facilite le travail en commun et les relais. Elle favorise aussi l'efficacité du travail clinique. D'autres éléments entrent également en ligne de

³ On ne peut en effet pas le calculer avec exactitude car les équipes pouvaient par exemple reproduire le questionnaire, répondre séparément pour leurs différentes équipes (p. ex. enfants et adultes) ou conjointement. L'unité retenue ici est donc le questionnaire, qui ne correspond ni nécessairement à un siège de service de santé mentale, ni à un numéro d'agrément.

⁴ Celle-ci est toutefois légèrement supérieure à la moyenne en Région wallonne.

compte : la confiance et le respect vis-à-vis de l'autre, les liens et les contacts qui existent déjà ainsi que la collaboration et le fait d'apprendre à travailler ensemble.

3. Organisation du travail en réseau

Concernant l'organisation du travail en réseau, l'enquête apporte des précisions sur plusieurs aspects :

Quelles formes prend le travail en réseau en SSM ?

Qui s'en occupe au sein de l'équipe ?

Qui en est responsable ?

Quelle formalisation des pratiques de réseau ?

Quelles initiatives les SSM prennent-ils en la matière ?

Quels sont les secteurs partenaires (et non partenaires) et pourquoi ?

Quels sont les éléments qui facilitent et qui font obstacle au travail en réseau ?

Quel est le public auquel il s'adresse et l'implication des usagers ?

Dans quelle mesure le travail en réseau s'exerce-t-il en dehors du SSM et de son territoire ?

A) Les formes de travail en réseau

Les formes de travail en réseau en services de santé mentale sont assez **variées et multiples**. Les SSM déclarent en moyenne 8 formes différentes de pratiques de réseau, sur base des propositions reprises dans le questionnaire.

Les relais, les réunions –qu'elles portent sur des situations cliniques ou non– et les rencontres de présentation de services, sont cités *par quasi tous les répondants*.

L'échange de personnel et les outils comme le *case management*, le Plan de Service Individualisé sont les formules les *moins fréquentes* (moins d'un tiers des répondants les mentionnent).

Les autres formes sont relativement *courantes* (entre 2/3 et 3/4 des SSM les citent) : les supervisions d'autres équipes, la concertation informelle avec d'autres professionnels, les partenariats conventionnés et les connaissances interpersonnelles.

B) Les personnes qui travaillent en réseau au sein du SSM

Actuellement, la grande majorité des SSM interrogés (88%) déclarent que « tout le monde » travaille en réseau en SSM, c'est-à-dire toute l'équipe. La réponse « une ou plusieurs personnes » est beaucoup plus rare et aucun SSM ne déclare que « personne » ne travaille en réseau.

Quand ils donnent des détails (notamment la fonction), une grande majorité cite au moins trois fonctions différentes, voire toute l'équipe. Ils sont peu nombreux à citer une seule des fonctions ou une combinaison de deux d'entre elles.

Quand on analyse les **fonctions citées**, les fonctions d'assistant social (AS) et de psychologue sont les plus fréquentes, quasi autant l'une que l'autre. Le psychiatre et le responsable de la gestion journalière (dont la fonction de base n'est pas connue) le sont aussi, mais deux fois moins que les premières.

C) La ou les personnes responsable(s) des contacts avec le réseau au sein du SSM

La moitié des SSM déclarent avoir désigné un (ou plusieurs) responsable(s) des contacts avec le réseau.

Une fois sur deux, il ne s'agit que d'**une seule personne**. Dans l'autre moitié des cas, plusieurs membres de l'équipe (deux ou plus) assument cette responsabilité.

Quand on leur demande de préciser la fonction de cette personne, certains SSM répondent soit « tout le monde » soit que cette fonction varie selon les réseaux, les compétences des membres de l'équipe ou les problématiques.

Lorsque la **fonction** est clairement identifiée, c'est celle d'assistant social qui est la plus fréquente parmi l'ensemble des fonctions ou combinaisons de fonctions citées. Mais le responsable de la gestion journalière (RGJ) est assez souvent désigné pour ce faire aussi. L'assistant social (AS) seul et la combinaison AS et RGJ sont les deux cas de figure les plus évoqués pour ce rôle. Toutefois, il faut savoir qu'actuellement, la fonction de RGJ n'est pas exclusive : cette personne est habituellement aussi AS, psychologue, médecin ou autre au sein de l'équipe. Notons que quelques répondants mentionnent même un « *agent de liaison désigné par le PO* », situation qu'il serait intéressant d'investiguer plus avant.

Le **rôle** de ce « responsable » des contacts avec le réseau est décrit comme suit : participation à des réunions, « coordination », représentation institutionnelle, faire connaître le service et avoir une bonne connaissance des ressources du réseau, lien entre l'intérieur et l'extérieur du service, travail autour de situations d'usagers, circulation de l'information (y compris la rédaction de documents), signature de conventions, ...

D) La formalisation

Deux tiers des répondants déclarent qu'il y a une formalisation du travail en réseau au sein de leur SSM, essentiellement via des **conventions** signées entre partenaires ou un **accord** sur un certain nombre d'outils ou de procédures communes. La combinaison de ces deux éléments constitue le cas de figure de formalisation le plus courant. Les conventions, seules ou combinées à d'autres modalités de formalisation, sont plus fréquentes que l'accord sur les outils et les procédures, seul ou combiné. Notons que les informations fournies dans le questionnaire ne donnent d'indication ni sur « l'intensité » ni sur la fréquence de cette formalisation, ni sur le nombre de partenariats qu'elle concerne dans chaque centre.

E) Les initiatives

Quasi tous les SSM de l'étude déclarent impulser des **initiatives** de réseau. Le détail qualitatif des formes d'initiatives montre que celles-ci sont **multiples** : réunions de coordination ou de concertation (le plus fréquent), groupes de réflexion (de professionnels ou d'usagers), travail sur des situations cliniques ou prises en charge de publics spécifiques, prévention, journées d'étude ou formation, liaison avec certains services, etc.

F) Les secteurs partenaires et leurs raisons

Le **nombre moyen** de **secteurs cités** comme **partenaires** est très élevé : 11 sur 13 secteurs proposés dans le questionnaire. Cela indique que les SSM travaillent avec une multitude de secteurs différents (même si l'enquête ne fournit pas de précision sur la proportion de travail réalisé avec chacun de ces secteurs).

Plus de la moitié des secteurs sont cités comme partenaires par plus de 90% de l'échantillon. Il s'agit, par ordre d'importance, des secteurs suivants :

1. - les soins de santé ambulatoires
- la santé mentale ambulatoire
2. - les services sociaux
3. - la santé mentale intra-muros
4. - l'aide à la jeunesse
5. - les soins de santé résidentiels
- le handicap

Les secteurs *les moins* cités sont le troisième âge, les ressources associatives, l'emploi mais il faut savoir qu'ils sont tout de même évoqués comme partenaires par 40 à 70% des répondants.

Quand on les interroge sur les **principaux secteurs partenaires**, les **écarts** sont plus marqués entre secteurs... Les secteurs identifiés comme étant ceux avec lesquels les SSM travaillent *le plus* sont : le secteur scolaire (de loin le premier), l'aide à la jeunesse, les services sociaux, les soins de santé ambulatoire, la santé mentale ambulatoire et la santé mentale intra-muros.

Les secteurs *les moins cités* comme partenaires principaux sont aussi ceux qui sont les moins cités comme partenaire en général (troisième âge, ressources associatives, emploi), mais il faut y ajouter la petite enfance et les soins de santé résidentiels.

Les **raisons** les plus fréquemment **invoquées** pour expliquer ces principaux partenariats sont la complémentarité institutionnelle et les caractéristiques de la situation de l'usager, l'inscription du réseau dans la politique du service ou la conception des interlocuteurs ainsi que d'autres raisons (liées notamment aux demandes, aux circonstances historiques, institutionnelles).

En ce qui concerne les **secteurs absents des partenariats**, notons tout d'abord que cette idée d'absence de collaboration avec un secteur est nuancée et atténuée à plusieurs reprises par les services : la collaboration est plutôt présentée comme moindre ou ponctuelle avec ce secteur et beaucoup se déclarent ouverts à toute collaboration. Les secteurs concernés sont essentiellement le troisième âge, l'emploi, les ressources associatives, la justice et la police.

Les **raisons de ces absences de collaboration** invoquées par les SSM portent principalement sur la nature du public, l'absence de demande ou de volonté (qu'il s'agisse de celle des usagers ou des professionnels ou que cela ne soit pas précisé, comme c'est souvent le cas), de même que le respect du secret professionnel.

Les **difficultés de collaboration** avec des partenaires du réseau concernent plus fréquemment le *secteur judiciaire* et *l'aide à la jeunesse* et, dans une moindre mesure, les *soins de santé résidentiels*. Les services se réfèrent aussi à ce niveau à des logiques plus globales, qui concernent plusieurs secteurs, par exemple : l'opposition entre ambulatoire et hospitalier, entre santé mentale et « hors santé mentale ».

Il faut remarquer, en faisant des **liens entre absence et difficulté de partenariat**, que les secteurs plus souvent « absents » des collaborations (troisième âge, ressources associatives, emploi) ne font pas pour autant l'objet de difficultés de collaboration. A l'inverse, l'aide à la jeunesse, fait l'objet de beaucoup de collaborations mais est aussi fréquemment citée comme faisant l'objet de difficultés de collaboration. De nombreuses études ont déjà évoqué des

différences de logiques et des incompréhensions entre intervenants du secteur de l'aide à la jeunesse et de la santé mentale⁵.

Les services ont également été interrogés sur les mécanismes qui facilitent ou font obstacle aux collaborations.

G) Les facilitateurs et les obstacles au travail en réseau

Les **principaux facilitateurs du travail en réseau** identifiés par les services, sur base de propositions qui leurs étaient faites, sont : les bonnes relations entre services, la connaissance du service ou des personnes, les complémentarités entre institutions, l'inscription du réseau dans la politique du SSM ou la conception des travailleurs. Les SSM ont également ajouté le fait d'avoir déjà eu des collaborations par le passé et la participation à des réunions avec ces partenaires. Notons que ces deux éléments peuvent par ailleurs être considérés comme des formes de travail en réseau.

Les services de santé mentale ont aussi été interrogés sur **les obstacles** qu'ils identifient pour les secteurs avec lesquels ils ont des difficultés à collaborer. Parmi les réponses données, citons *l'appréciation négative* du partenaire, le *manque de confiance*, de respect. Certains moments semblent aussi plus délicats : les transitions entre structures résidentielles et ambulatoires, autrement dit les problèmes autour *de l'entrée ou de la sortie* d'institutions. Les *délais d'attente* ou le manque de places ainsi que le manque de *disponibilité* des professionnels sont aussi pointés comme obstacles récurrents. Le *manque de communication* et les problèmes de *secret professionnel partagé* sont également évoqués.

H) Le travail en réseau hors territoire et à l'extérieur du SSM

Trois quarts des SSM déclarent travailler en réseau **en dehors des limites** de leur territoire habituel (notons que cette notion mériterait d'être investiguée de manière plus approfondie). D'après une première estimation, basée sur une appréciation subjective de l'équipe, cela représenterait en moyenne environ 15% de l'ensemble du travail en réseau (et non de l'ensemble du travail total). Mais cette proportion semble difficile à estimer pour les SSM car moins de la moitié de l'échantillon a répondu. De plus, on observe une grande variabilité des résultats (entre 1 et 80%). Il convient donc de rester prudent par rapport à ces résultats.

Quant au travail en réseau réalisé **à l'extérieur de l'enceinte du SSM**, il n'est pas non plus facile à estimer pour les centres (25% de non réponses). Une première estimation donne une moyenne de 37% de travail « hors murs » par rapport à l'ensemble du travail en réseau réalisé mais ce chiffre varie entre 5 et 82% (la médiane étant de 30%).

4. Public et implication des usagers et des non professionnels

Une grande majorité des répondants (89%) déclarent pouvoir identifier un **public** particulier pour lequel ils travaillent davantage en réseau. Ils le décrivent surtout comme composé d'*enfants* (y compris les adolescents et la petite enfance) ou le définissent comme *défavorisé, fragilisé, carencé*.

⁵ Notamment L. Blondieau, «Un adolescent, sa famille, des intervenants... Un vrai défi », Recherche subventionnée par la Direction générale de l'Aide à la Jeunesse du Ministre de la Communauté française de Belgique, Juin 2005, p. 111.

La quasi totalité des centres (94.7%) affirment **impliquer l'utilisateur**. Cette implication se traduit concrètement dans *l'information* fournie aux usagers, la *participation aux réunions*, mais aussi par *l'accompagnement* de l'utilisateur dans le réseau, dans les démarches ou dans son projet. Ils évoquent aussi le fait d'être attentif à sa volonté, de chercher son *accord*, d'*activer* le réseau avec lui et enfin de lui laisser le *choix* entre plusieurs possibilités.

Concernant le **réseau non professionnel**, une grande majorité de services déclarent aussi l'impliquer. Mais dans de nombreux cas, cette **implication** n'est pas systématique : elle est notamment fonction de la volonté du patient. Elle se réalise principalement en mobilisant le réseau naturel de l'utilisateur (famille, entourage) ou les ressources associatives (comme les groupes de *self-help*). Cette implication peut se faire de différentes manières : via des contacts, des rencontres, via l'invitation et la participation à des réunions, à des manifestations ou par des orientations vers les groupes de *self-help*.

5. Variations en fonction de la taille, du public et de la province

Les variations du travail en réseau en fonction de différents paramètres ont aussi été envisagées dans l'analyse. Dans leur ensemble, les résultats ne *varient guère* selon la taille des équipes, la population (plutôt enfant, adulte ou mixte) et la province mais on peut tout de même pointer quelques tendances.

Les **partenaires principaux** des SSM varient fortement en fonction de la *population* prise en charge par l'équipe. Il apparaît aussi dans les résultats que les « équipes enfants »⁶ travailleraient moins à l'extérieur du SSM (25%) que les équipes adultes ou mixtes (42%). Et la formalisation du travail en réseau est plus fréquente dans les SSM ayant une population adulte (85 % de ces services déclarent avoir formalisé leurs pratiques) que dans les SSM au public mixte (62.9%) ou enfants (55,6%).

Au niveau de la *taille de l'équipe*, des résultats intéressants apparaissent quant aux **personnes impliquées** dans le travail en réseau : toute l'équipe y est plus fréquemment impliquée dans les petits services. Et les petites équipes sont également proportionnellement plus nombreuses à déclarer désigner un responsable des contacts avec le réseau (6 équipes sur 8).

La proportion de **travail en réseau en dehors du territoire du SSM** *varie aussi* selon la taille de l'équipe : elle est davantage développée dans les grandes équipes.

La **formalisation** des pratiques de réseau varie quant à elle quelque peu en fonction des *provinces* : un peu moins au Luxembourg (25%) et à Namur (40%) que la moyenne (63%).

Rappelons enfin qu'il convient de rester prudent face aux résultats provenant de sous-groupes de l'échantillon en effectifs restreints comme les équipes de petites tailles (8), les équipes enfants (9), les SSM du Luxembourg (5) et de Namur (11).

⁶ L'échantillon a été réparti en trois sous-groupes en fonction du pourcentage de dossiers enfants pris en charge dans chaque service : les « équipes enfants » (plus de 66% de dossiers enfants), les « équipes mixtes » (entre 33 et 66%) et les « équipes adultes » (moins de 33%), la moyenne de l'échantillon étant de 39%.

6. Analyse des commentaires annexés

Quelques SSM ont ajouté spontanément des commentaires en annexe au questionnaire complété. Ils sont au nombre de 13 et portent essentiellement sur trois sujets :

- la **méthodologie** de la recherche : notamment le délai de réponse, des remarques sur certaines questions, p. ex. la proportion du travail en réseau réalisé hors du service ;
- la **fonction de liaison** : quelle implication sera la sienne dans le travail en réseau clinique ? Sera-t-elle assumée par une seule ou plusieurs personnes (avec une préférence exprimée par certains pour la seconde option) ?
- le **responsable de la gestion journalière** : les répondants soulignent les différences entre la fonction de gestion journalière et la fonction de liaison au niveau du réseau (même si les représentations extérieures constituent un point commun). Certains déplorent le fait que le questionnaire ne porte pas sur les aspects concrets de la tâche de responsable de la gestion journalière, à laquelle la fonction de liaison s'articulerait.

7. Limites et perspectives

Il convient de rester prudent quant à l'interprétation des résultats de ce travail et à leur extrapolation à l'ensemble des SSM, même si le taux de participation est bon. Cette enquête dessine essentiellement des **grandes tendances** de la situation actuelle, sans toujours pouvoir entrer dans toute la complexité du travail en réseau au cas par cas. Elle ne détaille par exemple pas les réponses selon qu'il s'agisse du réseau institutionnel ou du réseau clinique, ce qui aurait pu être intéressant.

Les **motivations** des répondants ne sont pas non plus connues. Mais le contexte particulier de l'enquête (questionnaire envoyé par l'autorité de tutelle dans le cadre de la mise en œuvre d'une nouvelle fonction) a pu influencer sur certaines réponses, voire sur le fait même de répondre.

Cette analyse de la situation a le mérite de donner une première image du travail en réseau en SSM et d'alimenter la **réflexion** sur la fonction de liaison (voir les résultats relatifs aux membres de l'équipe qui font et/ ou qui portent le travail en réseau) : Qui pourrait l'occuper ? Quel sera le rôle exact de la fonction de liaison (description des tâches, implication ou non dans les situations cliniques, etc.) ?

Pour **poursuivre**, il pourrait être intéressant de compléter cette approche globale en approfondissant certains aspects comme la fonction du responsable de la gestion journalière, et la part relative de travail lié au réseau clinique et institutionnel pour les personnes désignées « responsables » du réseau, évoquées dans l'enquête. On pourrait notamment approfondir les interactions entre réseau clinique et institutionnel et la manière dont le soutien à certains types de réseaux peut permettre (ou non) le développement d'autres formes de réseaux et de collaborations, en tenant compte des personnes impliquées dans les différents réseaux.

On pourrait également envisager des entretiens avec des SSM où un responsable des contacts réseau est désigné, aller à la rencontre des « agents de liaison » existants évoqués dans le questionnaire, sans oublier de s'intéresser à ce qui se fait dans d'autres secteurs en matière de fonction de liaison.