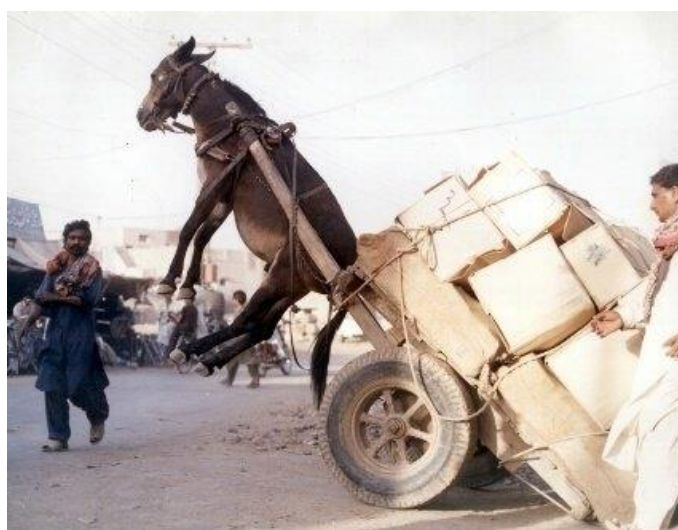


Présentation de la « Clinique de Concertation » à travers un projet pilote de réseau en santé mentale

Extrait concertatif n°10



Muriel Exbrayat, Namur, 2012

Collectif de recherche de la « Clinique de Concertation »

Plumes et porte-plume

Ce texte est extrait de l'intervention de Muriel Exbrayat au XIIIe Séminaire de "Clinique de Concertation" de Namur, en octobre 2012.

Muriel Exbrayat, personne-ressource pour la concertation et le travail en réseau, Clinique ND des Anges, Institut neuropsychiatrique à Liège en Belgique

La collection des écrits concertatifs témoigne du travail mené par le Collectif de recherche de la « Clinique de Concertation ». Ils ne visent pas à une forme aboutie, mais à être remis sur le métier, modifiés et enrichis au fur et à mesure de leur diffusion à travers les différents groupes et territoires du collectif.

Appropriation des principes de la Cliniques de Concertation dans le cadre d'une expérience pilote de travail en réseau et en concertation en santé mentale

Muriel Exbrayat : Ce que j'ai pu expérimenter « in vivo » dans ce travail en réseau autour du « public cible » de personnes souffrant de pathologies complexes, m'a donné l'impression de réinventer toute seule la « Clinique de la Concertation ». En effet, les concepts théoriques de la « "Clinique de Concertation" » ont traversé ce travail de concertation avec des personnes qui ont un problème avec leur consommation d'alcool. J'ai donc été durant 5 ans la, coordinatrice de cette expérience - qui portait un titre barbare « Projet Pilote Thérapeutique n° 100 » - Aujourd'hui, je vais présenter les principes régulateurs de la « Clinique de la Concertation » et les illustrer par mes pratiques de concertation dans le cadre du Projet 100.

L'objectif du SPF (Service Public Fédéral=Ministère) et de l'INAMI (équivalent de la sécurité sociale française), c'était de favoriser les collaborations entre les partenaires de santé mentale. Cette orientation officielle traverse systématiquement tous les projets de travail en réseau - qu'ils soient de l'éducation, de la santé, sociaux – avec, en Santé Mentale, l'idée que les professionnels et la manière dont ils travaillent doivent garantir la continuité du soin et assurer des soins sur mesure.

Je l'avais illustré ainsi : faire en sorte qu'un patient puisse passer aisément d'une institution à une autre, elles-mêmes se situant dans un rapport de cordialité, de confiance



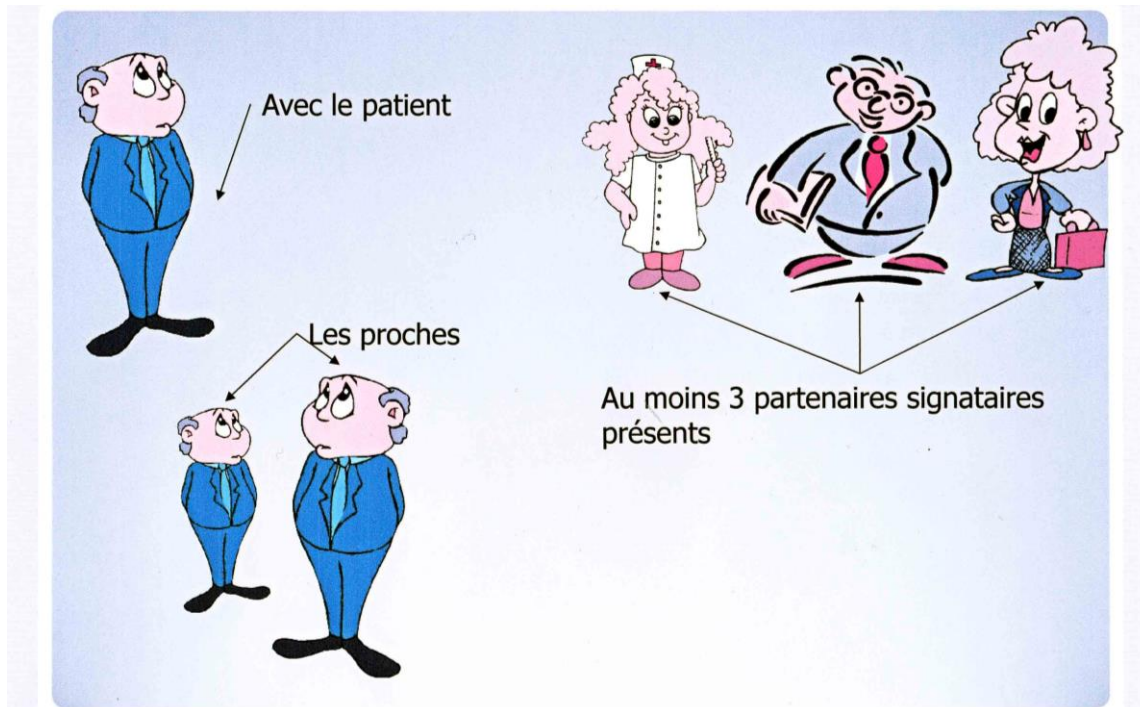
Ces projets étaient annoncés d'emblée comme étant expérimentaux, nous avons donc le droit d'avoir des échecs et de les rendre porteurs pour transformer nos pratiques. Hier, pendant la journée des cliniciens, vous avez parlé d'une expérience en France que vous avez vécue comme un échec, il me semble que dans toute expérience l'échec, tout comme la réussite d'ailleurs, n'existe pas, c'est une illusion. Dans le Projet 100, ce qui comptait, c'était de s'essayer à d'autres façons de travailler et d'apprendre à collaborer entre diverses institutions de Santé Mentale et de 1^{ère} ligne (Aide à Domicile, Médecins généralistes, ...) et d'observer ce que ça donnait. L'avantage, c'est que nous étions vraiment légitimés pour le faire, nous avons l'autorisation du Ministère et de la sécurité sociale pour mener l'expérience. Nous nous sentions légitimés et mandatés et ça c'était très fort, car cela nous offrait une grande liberté de travail.

Le souhait du Ministère et la sécurité sociale était de collecter des recommandations, qui remonteraient du terrain vers eux.

Nous avons l'obligation de travailler avec des partenaires qui avaient signé des accords de collaboration pour ce travail de réseau. Ces partenaires étaient donc désignés d'emblée. Pour le traduire en langage de « Clinique de Concertation », nous pourrions dire que tous ceux qui avaient signé étaient potentiellement concernés, voire directement concernés, même s'ils ne venaient pas ou qu'ils ne connaissaient pas le patient.

En région liégeoise, la décision avait été prise à la Plateforme Psychiatrique, que les cinq Projets Pilotes Thérapeutiques travailleraient en réunion de concertation, en présence du patient, de l'utilisateur ou du bénéficiaire, chacun traduira dans son vocabulaire. Nous devons mettre tout en œuvre pour que le patient soit présent, c'était la condition du travail, et, si le patient le souhaitait – c'est là une grande différence avec la « Clinique de Concertation » -, nous pouvions inviter la famille et l'entourage. Nous devons nous rassembler une fois par trimestre. J'invitais donc en réunion de concertation les patients, les partenaires qui avaient signé les conventions et la famille si le patient le souhaitait.

Nous partions de l'idée que les personnes qui ont un problème avec leur consommation d'alcool mobilisaient autour d'eux toute une série de personnes, au long de parcours qui nous paraissent chaotiques et jalonnés de multiples ruptures : les professionnels croisés lors d'un séjour à l'hôpital psychiatrique, et puis le patient quittait l'hôpital – parfois contre l'avis médical -, puis il allait chez un médecin traitant, puis arrêta de le voir, mais par contre il se rendait au service des urgences d'un hôpital général, et ensuite il revenait dans le 1^{er} hôpital psychiatrique...



Dans les « Clinique de Concertation » l'idée est justement que ces parcours ne sont pas chaotiques, qu'ils peuvent avoir du sens, en tout cas que nous pouvons utiliser le parcours de la personne pour en retirer des ressources et apprendre à travailler les uns avec les autres.

Pour le Ministère et la sécurité sociale, l'idée était que les professionnels pourraient rationaliser les prises en charge et les accompagnements en se mettant tous autour de la table pour les patients qui mobilisent de nombreux services. . Certes, d'un point de vue extérieur ou pour les professionnels de terrain, cela peut paraître un peu simpliste ou plus exactement illusoire. Pourtant, rien que parvenir à mettre autour de la table, en présence du patient, un infirmier d'un hôpital psychiatrique, un assistant social d'un service de santé mentale, un éducateur de rue, un médecin traitant de maison médicale, ça n'a l'air de rien, mais c'est extrêmement novateur. Ce sont des pratiques qui nous étaient tout à fait inhabituelles.

Dominique Minet : au tout début tu parles d'expérimental et de droit à l'erreur, tu envisages que l'erreur pourrait être quoi, par rapport à tes expériences précédentes ?

- **L'ouverture**

Muriel Exbrayat : Cette question me permet d'introduire le 1^{er} principe de ma « "Clinique de Concertation" » qui est l'ouverture. Une de nos premières erreurs a été d'imaginer qu'on arriverait à fonctionner en autarcie, seulement avec ceux qui avaient signé les accords de collaboration et donc qu'il suffisait de coordonner les actions de représentants des hôpitaux qui ne connaissaient peut-être pas le patient, de représentants des services ambulatoires

dont certains connaissaient le patient, de représentants de la 1^{ère} ligne, nous pensions qu'en décidant « qui fait quoi quand », nous ferions un excellent travail. Or, cela s'est révélé très ennuyeux de coordonner. Nous nous embêtons très fort, parce que ça devenait quelque chose de purement fonctionnel et d'inefficace, dans le sens que cela ne changeait rien à la situation de la personne. De leur côté, les patients se questionnaient et nous disaient : « ça ne me dérange pas que toutes ces personnes soient autour de la table, mais pourquoi n'y en a-t-il pas d'autres que je sollicite et qui ne sont pas là ? Vous avez institué un réseau de professionnels, c'est très intéressant, mais moi j'ai aussi un réseau naturel, et j'aimerais bien qu'il soit là. » Du coup, nous avons commencé à étendre et à pratiquer l'ouverture – un des premiers principes de la « Clinique de Concertation » -, c'est-à-dire à faire en sorte que des gens qui n'avaient pas signé les conventions puissent être présents également.

Un exemple d'expérience qui n'a pas abouti, ce sont nos tentatives d'ouverture au FOREM, équivalent du Pole emploi, dont les assistants sociaux travaillent à la réinsertion des patients et des usagers. Nous les avons invités, ils étaient partie prenante. Le problème en Belgique, c'est qu'il y a énormément de confusion dans la tête des gens entre le FOREM qui travaille à la réinsertion et à la (re)mise à l'emploi, et l'ONEM, qui est un organisme de contrôle des personnes qui bénéficient d'allocations de chômage. Très vite les partenaires du secteur Santé autour de la table ont dit : « Si le FOREM est là, nous ne sommes pas sûrs d'être d'accord de venir, parce que nous allons transgresser des questions de secret professionnel et peut-être prendre un risque que les patients qui participent au Projet 100 perdent leurs droits ». Ceci illustre que le risque sinon d'échec, mais au moins d'expériences très déconcertantes, notamment au niveau de la manière dont nous allons prendre soin des collaborations des uns avec les autres, était important. A partir du moment, où nous invitions plein de personnes à venir nous rejoindre et où certaines ne voulaient pas, dans un 1^{er} temps, travailler les unes avec les autres, il nous a fallu apprendre à prendre du temps pour parler de ces choses-là. En langage « "Clinique de Concertation" » nous dirions : il nous a fallu du temps pour rendre les conflits praticables. Pour l'ouverture aux agents du FOREM, au terme du Projet 100, nous n'y sommes pas parvenus. A noter qu'il ne faut pas généraliser cette expérience à tous les PPT, certains ont pu rassembler des professionnels de l'emploi et des professionnels de la Santé, sans mettre les collaborations en péril.

Nous avons donc pratiqué l'ouverture, en invitant le réseau naturel du patient, plus celui des partenaires, pour un système de santé mentale, c'était un système extrêmement ouvert, même si nous n'avions jamais tout le monde présent en même temps, mais les personnes qui se sentaient concernées, qui avaient l'impression qu'elles pouvaient être impliquées ou dont on sentait qu'elles le seraient à un moment donné, nous avons une attention particulière envers elles, pour qu'elles soient présentes aux réunions.

Une partie de mon travail a été d'évaluer les effets de l'ouverture pour les patients, mais aussi pour les professionnels. Ils ont dit très rapidement que ça impliquait

énormément de choses pour eux, notamment un renoncement : « il y a des choses en tant que professionnel que j'avais l'habitude de faire, que je faisais seul dans mon coin sans que personne soit au courant, et je vais devoir le faire en en parlant avec d'autres ». De se mettre à travailler sous le regard des autres a été une expérience un peu douloureuse à certains moments. Un exemple : le médecin psychiatre qui a l'habitude de faire son rapport, attendant toujours un peu après l'hospitalisation, parfois quelques semaines avant de la renvoyer au médecin généraliste. En réunion de concertation, le généraliste disait « je n'ai pas reçu le rapport, comment voulez-vous que je fasse les ordonnances pour le patient que vous avez fait sortir, si je n'ai pas reçu le rapport ? ». Travailler sous le regard des autres, cela voulait dire s'exposer, montrer ses défaillances ou les points de vulnérabilité de son service.

D'autre part, quand un patient allait bien, plus moyen de savoir grâce à qui c'était, puisqu'on était tous autour de la table, plus moyen de s'accorder la propriété de l'efficacité. Je vais vous raconter un exemple à propos de la situation d'un monsieur qui avait un problème de consommation d'alcool. Nous nous rencontrons le premier trimestre, il est rentré à domicile après une très longue période d'hospitalisation. Sont présents autour de la table : le médecin traitant, le médecin psychiatre, une aide à domicile, une assistante sociale du CPAS (=CCAS), une ergothérapeute de l'hôpital psychiatrique et moi-même. C'est la 1^{ère} réunion de concertation, Mr R.P a consommé de l'alcool, ça ne va pas du tout, il est tombé, il s'est blessé, ça se passe mal au domicile. Décision est prise qu'il reste à son domicile quand même avec tout l'encadrement nécessaire. Deuxième réunion, pareil, il n'est pas abstinant, il a consommé de l'alcool, ça ne va pas du tout. 3^{ème} réunion, l'assistante sociale dit « Je n'en peux plus avec Mr R.P., je ne m'en sors pas, il tombe, il est régulièrement hospitalisé en urgence, ce qui fait que je dois m'occuper de son canari à son appartement, lui préparer une valise, négocier avec les ambulanciers, ... » Voilà le genre de bazar que nous pouvons connaître dans des situations complexes comme celle-là. Durant la réunion, les échanges se passent bien, je travaille beaucoup à parler des problèmes que la consommation d'alcool de Mr R.P posent à l'assistante sociale, nous prenons quelques décisions, notamment que Mr R.P. reste à son domicile malgré les difficultés. Lorsque nous nous retrouvons 3 mois plus tard, Mr R.P. est abstinant. Je triomphe et me dis intérieurement « Tu es formidable, avec la manière dont tu as animé la réunion la dernière fois, regarde-moi ça, maintenant il est abstinant, on va pouvoir démarrer autre chose ! » Je me donne la médaille : « un travail de concertation, ça donne des résultats, c'est nickel ! ». Par précaution, je fais quand même un tour de table pour voir ce que chacun en pense. Le médecin généraliste dit « moi, maintenant je passe chez lui toutes les semaines, avant je ne passais que tous les quinze jours, à mon avis ça lui a fait un bien fou ». Je vois qu'elle s'est attribuée la médaille. On continue, le médecin psychiatre dit qu'il a changé le traitement, l'aide à domicile qu'elle prépare un repas avec Mr R.P, l'assistance sociale qu'elle a assaini la situation financière, organisé la livraison de repas à domicile, ...bref, chacun explique de quelle manière il a modifié ses pratiques et en quoi cela

explique que Mr R.P est abstinent d'alcool, chacun s'attribue ainsi l'amélioration de l'état du patient. Pour finir, puisque Mr R.P est présent, je lui demande ce qu'il en pense : « Oh, moi ? » dit-il « j'ai fait une crise d'épilepsie, j'ai été hospitalisé, j'ai rencontré un neurologue qui m'a dit que je devais arrêter de boire de l'alcool,... alors j'ai arrêté. ». Là, où nous nous croyions tous très forts... Quand les professionnels travaillaient chacun dans leur coin, ils pouvaient se réserver cette part de plaisir de se croire à l'origine du mieux-être d'une personne. En concertation, les professionnels ne peuvent plus s'attribuer la médaille d'or du bon soignant, Ils sont obligés de penser les choses autrement. Voilà un des effets de l'ouverture, une transformation nécessaire, apprendre en direct à travailler les uns avec les autres, sous le regard des uns et des autres.

Quand on travaille depuis longtemps dans le réseau en « Clinique de Concertation », on ne comprend plus que les autres ne comprennent pas. Ainsi, je ne comprends plus qu'un infirmier psychiatrique continue à s'attribuer la réussite du bien-être d'un patient, cela m'agace même un peu. Toutefois, il importe de ne pas oublier tout le travail personnel, tout le cheminement que les professionnels ont à faire pour pouvoir se mettre autour de la table et se sentir en confiance. Beaucoup de référents de patients – ce sont des assistants sociaux, des infirmiers, des ergothérapeutes qui accompagnent une personne dans son parcours au quotidien – me demandaient « Qu'est-ce que je vais dire en réunion, est-ce que je peux parler ? » Ne fut-ce que cette autorisation de parler, ce n'était pas du tout quelque chose d'habituel, ce n'était pas quelque chose d'évident pour les professionnels, et cela ne l'est toujours pas encore aujourd'hui. Le travail de transformation des professionnels se fait au travers de l'ouverture.

Les professionnels ont aussi constaté et partagé que pratiquer l'ouverture en réunion de concertation leur apprenait à bien parler des gens, que cela modifiait totalement la manière dont ils parlaient des gens, et en conséquence, la manière dont ils les voyaient.

Encore un exemple des effets de l'ouverture et de la fréquence trimestrielle des réunions de concertation: les professionnels de l'hôpital psychiatrique ne voient arriver le patient que quand il va très mal. Se réunir tous les trimestres avec des personnes d'autres secteurs et d'autres services, faisait qu'ils entendaient parler du patient - et le voyait – comme quelqu'un qui pouvait aussi aller bien, ce qui est tout à fait inattendu pour quelqu'un qui travaille dans un hôpital « Quand vous allez bien, vous êtes comme ça, je ne m'en rendais pas compte ». Et l'inverse aussi, des gens du service ambulatoire disant : « ah, quand vous allez mal, vous allez mal à ce point-là ». Etre dans l'ouverture, c'est cela qui a vraiment modifié la manière dont on pouvait travailler les uns avec les autres.

Jean-Paul Noel : Je voulais ajouter un constat plutôt positif. J'ai aussi participé à un projet thérapeutique et j'étais très pessimiste au début, justement à cause de la grande résistance des professionnels à accepter la parole que nous avions. Le côté

réconfortant c'est que je pensais qu'il faudrait quelques années avant que cette attitude ne change, et ça a été nettement plus vite que prévu.

Pierre Le Lohé : je voulais savoir pour quelle bonne raison le psychiatre n'avait pas transmis le dossier.

Muriel Exbrayat : Je ne voudrais pas parler à sa place et en son absence, mais, pour ne pas répondre directement par rapport au psychiatre, des tas de choses se sont passées comme ça dans l'ouverture : Par exemple un jour, en réunion de concertation, il y a là le médecin généraliste, l'infirmier de l'hôpital psychiatrique, les assistants sociaux, des aides familiales. A un moment donné l'infirmière de la maison médicale dit à l'infirmier de l'hôpital psychiatrique « Mais pourquoi faites-vous sortir vos patients le vendredi à 14 h, au moment où nos services sont fermés et où nous ne pouvons pas assurer le relais, si le patient a perdu son ordonnance, il passe tout son WE sans traitement, les pharmacies sont fermées, ... ? » Et l'infirmier a dit : « Je n'ai jamais pensé au problème que cela pouvait poser pour vous et pour le patient ». Depuis lors, avant de faire sortir un patient, les services présents autour de la table s'assurent que le vendredi est un jour qui convient ou non. Pour cette dame, il a été décidé que la sortie d'hospitalisation se ferait le mardi, à un moment où la Maison médicale pourrait s'occuper d'elle. Voilà un petit exemple de la manière dont les pratiques se sont modifiées, ça n'est pas qu'il y avait de bonnes ou de mauvaises raisons de faire sortir la personne ou de ne pas envoyer le rapport, cela relève plus d'habitudes de travail que nous avons tous et qui sont centrées plutôt sur nous-mêmes, sur nos modes organisationnels.

- **La force convocatrice**

Il y a autre chose dont on parle beaucoup dans les « Cliniques de Concertation », c'est la force convocatrice. En quoi a-t-elle joué un rôle dans ce projet pilote ? Je me suis souvenue que tout au début de cette expérience, je m'étais rendue compte que nous avions des demandes pour deux grands « types » de situations. D'une part, des patients hospitalisés depuis très longtemps - en Belgique quelqu'un peut être hospitalisé plusieurs mois, voire plusieurs années – et nous avons pris l'habitude de voir des gens qui vivent à l'hôpital. Pour ces personnes-là, j'invitais le patient, le référent, tous les partenaires qui avaient signé la convention, et je n'avais personne d'autre à inviter. La question de la force convocatrice de ces personnes était posée, avec la manière dont nous travaillions à ce moment-là, autour de patients vivant à l'hôpital depuis longtemps, personne ne venait. Et puis à l'inverse, nous avons un autre type de patients, ceux qui « flanquaient le bazar partout », ils passaient dans plusieurs hôpitaux sur un bref laps de temps, aux urgences, chez le médecin traitant, dans un service de Santé Mentale, ... j'invitais nos partenaires signataires, toutes les personnes que le référent me signifiait d'inviter, et j'avais tout le monde, tous les professionnels étaient là... sauf le patient. C'était assez amusant de voir que les

patients pouvaient avoir une force convocatrice sans être présents. D'autre part, comme les réunions de concertation étaient très légèrement rétribuées, je mettais ça en avant au début de l'expérience parce que je croyais que c'était un incitant à venir, et tous les professionnels me répondaient : « Je ne viens pas pour ça, je viens parce que je veux venir, ce patient me mobilise ». La force convocatrice, c'est cela, ce qui fait que nous avons besoin de nous mettre autour de la table, à un moment donné. Une des dernières situations que nous avons eue, c'est une dame, Mme R.S, qui mobilisait beaucoup de services autour d'elle et de ses enfants, et qui devait déménager, et donc, passer de la ville de Seraing, d'un côté de Liège, à celle de Herstal de l'autre côté, et cela quelques semaines après la réunion de concertation qui était programmée. A la réunion, sans rien nous dire, elle avait invité tous les services de la ville où elle allait déménager, pour qu'ils aient « plus facile de comprendre sa situation et de se transmettre les éléments de son dossier ». On l'a appelé la tricoteuse, elle avait réussi à tricoter tout son réseau pour que le relais se passe bien. Elle avait été trouvée son nouveau médecin généraliste en lui disant : « Venez, c'est bien, comme ça vous saurez un peu comment on travaille avec moi et comment moi je me sens bien ». Alors que c'était une personne pour laquelle, sa psychologue m'avait invitée à travailler, activée quelques mois auparavant, en me disant « je suis toute seule avec cette dame-là, elle a du mal à faire confiance aux professionnels, elle ne parlera peut-être pas aux 1ères réunions, ... ». A la dernière réunion de concertation nous étions 20, parce Mme R.S nous avait invités.

- **La redevabilité**

Au travers du travail que j'ai fait, je me représente la redevabilité comme l'idée qu'en tant que professionnels, nous apprenons énormément de choses des personnes qui nous sollicitent pour travailler les uns avec les autres. J'ai envie de partager un exemple avec vous : c'est une dame, Mme M.B, qui a un problème de consommation d'alcool et de drogue, qui vit dans la rue, qui par ailleurs a hérité de beaucoup d'argent. Elle a un compte en banque, l'administrateur de biens peut lui acheter une maison, mais elle ne veut pas. De son administrateur de biens, elle reçoit de l'argent au compte-goutte toutes les semaines, pourtant la somme me semble bien suffisante par rapport aux dépenses à faire. Nous sommes tous là et nous ne nous connaissons pas encore : moi qui travaille dans un hôpital psychiatrique catholique, je me retrouve sur un territoire dans un service de santé mentale avec une coloration plus socialiste ou en tout cas très sociale, il y a des éducateurs de rue qui sont un peu « dressés avec le poing levé », surtout par rapport aux hôpitaux, je n'étais pas très à l'aise pour animer cette réunion de concertation. Il y avait notamment beaucoup de questions autour de l'argent de cette dame. Je lui dis : « expliquez-moi un peu comment ça se passe, vos questions autour de l'argent, parce que je ne comprends pas du tout ». Cette dame a répondu : « Est-ce que vous vous rendez-compte que ça coûte cher de vivre dans la rue ? Vous, si vous voulez un café, vous poussez sur votre percolateur et votre dosette vous a coûté 20 cents, moi je dois rentrer dans un café

et je le paye 2 euros ». Je suis vraiment redevable à cette dame, parce que, par la suite, j'ai beaucoup travaillé avec des gens qui vivaient dans la rue et grâce à elle j'avais pris conscience du fait que ça coûte cher. Je n'y avais jamais songé auparavant. Mme M.B et son compagnon, qui l'a parfois rejoint lors des réunions de concertation, nous ont beaucoup appris sur la vie dans la rue : l'importance de la qualité des chaussures, les moyens de se créer un « chez-soi » en installant une tente, ...

Il y avait aussi un assistant social d'un service de Santé Mentale qui venait régulièrement aux réunions de concertation. Quand on travaillait avec des habitants de la rue, il leur demandait toujours « est-ce que vous savez où sont vos affaires ? ». Il m'a expliqué que quand on vit dans la rue, il y a un sac chez une copine, un autre à la cafétéria sociale, ...toutes les affaires sont éparpillées. Il avait donc toujours cette préoccupation en tête. Depuis, je pose toujours cette question quand je travaille pour des habitants de la rue. La redevabilité, c'est l'expérience formative que nous pouvons tous faire quand nous travaillons comme ça en concertation, le fait d'apprendre des autres et d'avoir aussi des choses à apprendre aux autres.

Discussion

Didier de Riemaker : Je voudrais ajouter à ce que je viens de présenter Muriel, que dans le cadre du réseau santé Namur, nous cherchons à associer le mécanisme de concertation avec l'organisation macro d'un réseau qui chapeauterait l'ensemble. Et donc que le modèle qui se met en route maintenant, c'est d'avoir des concertations mises en place à partir d'outils élaborés par ce réseau au niveau macro, qui va déterminer des chartes de concertation balisées par des partenaires. Sur Namur par exemple, on a un réseau qui se formalise pour l'instant entre plus ou moins 90 partenaires du secteur du logement, de l'aide sociale, de la réhabilitation psychosociale au sens large, et des professionnels de la première ligne (médecins psychiatres, traitants...) qui tous travaillent sur l'élaboration d'un outil commun. Et cet outil va être mis en applications dans des concertations.

Ce qu'on perd là-dedans, on perd les Muriel qui existaient sur Namur avant, c'est-à-dire que la concertation maintenant va être centralisée autour de cet outil, mais elle sera appliquée par les partenaires autour d'un usager là où avant, c'était une coordinatrice qui organisait différentes coordinations pour différents usagers. Ici, ce sont les acteurs autour d'un usager qui vont utiliser un outil qui est devenu le seul point commun de concertation. D'où l'importance de l'élaboration de cet outil co-construit par des partenaires. Du coup le SPF (Service Public Fédéral= Ministère) a l'idée de donner une légitimité à la création des réseaux, créés pas seulement pour se rencontrer mais aussi pour travailler sur un outil commun, pour que les réseaux aboutissent à quelque chose de concret, et pour le SPF d'éviter que les réseaux soient juste des rencontres dont la motivation s'émousse au fil du temps. C'est la raison de ma présence ici aujourd'hui. En très bref, c'est un peu ça l'enjeu des réseaux 107 : on va perdre la notion de coordination qui est un rôle-clé dans les projets thérapeutiques, qu'on doit réorganiser maintenant.

Dominique Minet : En tant que naïve ici, j'aurais voulu savoir comment vous aviez fait pour mettre les gens en réseau, quels étaient leurs intérêts à cela, et comment les moyens humains et temps ont été définis ?

Brigitte Canuel : je voudrais partager une remarque, depuis toutes mes expériences diverses, et à partir de la question que posait Pierre tout à l'heure sur les raisons du psychiatre qui n'avait pas transmis le dossier. Une des hypothèses que j'aies, c'est qu'il n'y a pas eu la rencontre. Pour moi, toutes ces pratiques de réseau, c'est dans la vraie rencontre que tu vois que l'autre existe, tu ne reste pas dans une idée : « ah, c'est le médecin généraliste, celui qui ne répond jamais ou autre ». Si le réseau est créé sans qu'il y ait la vraie rencontre, à partir d'outils comme vous le dites, il y a un risque. Je l'ai observé sur des tas de niveaux, pas seulement dans la santé, c'est la rencontre concrète qui a des effets sur ce qu'on transmet ou pas...

Naïma Ouztit : tu as parlé d'ouverture, d'inviter le réseau naturel du patient, je voulais savoir si des proches du patient ont assisté à ces réunions, et quels ont été les effets sur les professionnels, déstabilisants ou pas.

Muriel Exbrayat : je vais d'abord répondre la question de Mme Minet, puis à celle sur les proches. Au niveau de l'intérêt, cela rejoint vraiment la force convocatrice des familles, ou en tout cas des personnes en détresse multiple, des personnes qui elles-mêmes mobilisent les professionnels du réseau. Je parlais tout à l'heure d'une personne alcoolique qui va frapper à plusieurs portes, quand on invite les gens qui sont derrière la porte à se réunir, ils sont tout de suite d'accord, ce qui les motive, c'est la force que les personnes ont pour faire en sorte qu'elles soient motivées. Je n'ai jamais eu de refus de professionnels. Par ailleurs, pour assurer le confort des uns et des autres, nous étions très organisés et structurés : les gens recevaient une invitation avec : le lieu de la réunion – je changeais de lieux en fonction des personnes, j'organisais des réunions de concertation dans tous les hôpitaux psychiatriques ou services de Santé Mentale de la région, je suis chaque fois allée là où la personne se trouvait le plus –, l'heure de début de réunion et l'heure de fin. J'étais d'une grande rigueur par rapport à la gestion du temps de réunion, du coup les partenaires pouvaient mettre ça dans un agenda, c'était jouable, ils savaient que ça durait une heure ni plus ni moins. Pour nous, c'était sécurisant et efficace, d'avoir un cadre très stable sur le lieu, sur l'heure, sur le rythme (tous les trimestres), nous fixions la date ensemble d'une réunion à l'autre, ..

Dominique Minet : les gens viennent aussi parce que c'est expérimental, quand ça devient une obligation, que c'est professionnalisant, ça devient moins alléchant.

Muriel Exbrayat : Nous avons aussi organisé des journées de synthèses auxquelles étaient invités tous les professionnels qui participaient au Projet 100 ou qui y étaient intéressés et nous réfléchissions à ce que nous avons fait, à la manière dont nous pouvions formaliser ce que nous mettions en œuvre. Le travail que je vous présente aujourd'hui, c'est leur travail à eux : leurs recommandations à développer un art de bien dire, que la concertation transforme et forme, c'est ce qu'eux ramenaient de leur expérience dans ces journées de synthèse. Le fait que c'était expérimental était particulièrement riche, c'était toujours en marche.

Nous avons beaucoup travaillé avec les familles, nous avons suivi 65 situations sur cinq ans, en se voyant tous les trimestres, en ayant en permanence au moins 30 situations « actives »,

en tout, nous avons mobilisé 250 professionnels et une vingtaine de membres des familles, c'était quand même un gros bazar. Au début, je n'avais pas l'expérience de travailler avec les membres des familles, il s'est passé des choses que j'ai vécues comme violentes, par exemple, il y avait parfois beaucoup d'agressivité de la part des membres des familles envers la personne qui consommait de l'alcool, je n'ai pas bien géré tout ça. C'est ça que je voulais dire pour conclure, maintenant que je commence à me former à la « Clinique de Concertation », que je commence à comprendre un peu la Thérapie Contextuelle, je pense que je travaillerais tout à fait autrement avec les membres des familles. Ce que nous avons fait, nous l'avons fait avec spontanéité, avec bienveillance, avec autant de délicatesse que possible, mais nous n'étions pas capables de faire ce travail qui consiste à repérer dans le réseau ce qui se passe dans les familles, l'isomorphisme, cette idée que lorsque des relations dans le réseau sont abimées, si on travaille à les réparer, des relations vont peut-être aussi se réparer dans la famille. Si l'expérience s'était poursuivie, nous aurions plus développé la notion de contexte extensif de confiance. Il y a des exemples assez classiques : une dame qui vient avec son compagnon, celui-ci mobilisant toujours au moins trois médecins généralistes qui se disputent entre eux. Lors d'une réunion de coordination, les trois médecins ne sont pas là, il y a d'autres professionnels qui peuvent porter leur parole, et il se passe des choses qui font que les relations entre les médecins généralistes se sont améliorées. Et les relations entre la dame et son compagnon aussi. Comment ? Pourquoi ? Nous n'en savons pas assez à ce moment-là pour le comprendre. Nous n'avons fait que l'observer.