



**RAPPORT DE CONCERTATION TRANSVERSALE DU
CLUSTER « PSYCHIATRIE GENERALE : ADULTES »**

31 mars 2009

François de Coninck – PFRCC

Sophie Henry – PFCSM

PREMIERE PARTIE :
EVALUATION DU PROCESSUS AVRIL 2008 – MARS 2009

I. DU POINT DE VUE PRATIQUE – DATES, ORDRES DU JOUR, PRESENCES

Le processus de concertation transversale mené au cours de l'année 2008 a été le lieu d'une réflexion collective autour de quatre thèmes de travail principaux, communs à l'ensemble des clusters et dégagés au terme de la première année d'expérimentation des PT :

- La thématique de l'**implication des partenaires** : Le dégagement de cette thématique fait suite au constat que les partenariats « actifs », tant dans la concertation autour du patient que la conception du projet, sont souvent les mêmes, et que pour un même projet sont souvent impliquées autour des patients des mêmes constellations de partenaires. Il s'agissait donc de mener une réflexion sur la dynamique globale en vue de la mise sur pied de projets intégrés.
- La thématique du **secret professionnel** au sens large, à savoir les procédures et dispositifs mis en place par chaque projet, ayant trait à la gestion de la communication entre professionnels dans le cadre du travail en réseau.
- La thématique du **suivi de la concertation autour du patient** : Comment les projets parviennent-ils, à un niveau plus global, à gérer la dynamique de la concertation et comment ceux-ci envisagent-ils la continuité du travail de concertation autour de chaque patient, en termes d'objectifs, de contenu, de partenaires etc.
- La **place et le rôle du coordinateur**, étant donné qu'il constitue un pilier de la concertation au sein de chaque projet.

C'est donc au cours des 5 réunions de concertation transversale, rassemblant coordinateurs et partenaires de chacun des 12 PT du cluster, que s'est poursuivi l'échange autour des pratiques de concertation amorcé en 2007.

Avertissements :

- La comptabilisation des présences aux réunions en fonction de la classification opérée ci-dessous est particulièrement problématique en ce qui concerne les coordinateurs de projets thérapeutiques. En effet, la majorité de ceux-ci cumulent deux casquettes, en ce qu'ils travaillent simultanément à titre de coordinateur de projet et d'intervenant au sein d'une institution partenaire. Dans ce cas de figure, ils sont comptabilisés deux fois dans les tableaux de présence qui suivent.
- Le rapport concerne l'activité des PT durant la période de la seconde année de leur fonctionnement et du processus de concertation transversale, à savoir, plus précisément :

du 1^{er} avril 2008- 31 mars 2009. Précisons cependant que les données chiffrées figurant dans les tableaux en annexe se clôturent, elles, au 31 décembre 2008.

I. TROISIEME REUNION DE CONCERTATION TRANSVERSALE

I.1. Date et lieu

Hôpital psychiatrique St Jean de Dieu, Leuze-en-Hainaut, mardi 29 avril 2008.

2. Présence

Ambulatoire	Hospitalier	Première ligne	Coordination
3	10	5	11

- Associations de patients (5 personnes)
- Invités (2 personnes)

3. Ordre du jour

- Approbation du PV de la seconde réunion de concertation transversale du 19 février 2008
- Modalités organisationnelles des réunions de concertation transversale du cluster
- Thématiques à travailler en concertation transversale
- Présentation des représentants des associations francophones des usagers et des familles
- Discussion en sous-cluster

II. QUATRIEME REUNION DE CONCERTATION TRANSVERSALE

1. Date et lieu

Hôpital Psychiatrique du Beau Vallon, Saint-Servais, mardi 17 juin 2008

2. Présence

Ambulatoire	Hospitalier	Première ligne	Coordination
7	12	7	11

- Associations de patients (5 personnes)
- Invités (3 personnes)

3. Ordre du jour

- Approbation du PV de la Troisième réunion de Concertation Transversale du 29 avril 2007
- Dernières informations relatives au cadre INAMI et au fonctionnement des PT
- Rapport de Concertation Transversale des associations de patients
- Présentation du Projet « AMC » (Adéquation des Modalités de Collaboration) par Thierry Van de Wijngaert
- Présentation du projet démissionnaire « Téhou-Téki » par Frédérique Van Leuven
- Discussion

III. CINQUIEME REUNION DE CONCERTATION TRANSVERSALE

1. Date et lieu

Hôpital Psychiatrique du Beau Vallon, Saint-Servais, mardi 30 septembre 2008

2. Présence

Ambulatoire	Hospitalier	Première ligne	Coordination
4	11	2	13

- associations de patients (3 personnes)
- Invités (5 personnes)

3. Ordre du jour

Sous-cluster « Troubles de l'humeur »

- Approbation du PV du 17 juin 2008
- Actualité
- Brève présentation du tableau de synthèse des questionnaires
- Encodage des « données patients » (KCE)

- Débat : tableau comparatif des données patients au 31 septembre 2008 ; consentement du patient ; enquête qualitative du KCE ; secret professionnel ; confidentialité des données patients » (KCE) ; « temps de veille » des PT ; fonction des SPAD

Sous-cluster « Psychose »

- Approbation du PV du 17 juin 2008
- Présentation du PT SIMAS
- Actualité
- Brève présentation du tableau de synthèse des questionnaires – analyse et discussion
- Implication des médecins généralistes

IV. SIXIEME REUNION DE CONCERTATION TRANSVERSALE

1. Date et lieu

Hôpital Psychiatrique du Beau Vallon, Saint-Servais, mardi 18 novembre 2008

2. Présence

Ambulatoire	Hospitalier	Première ligne	Coordination
5	10	0	9

- Associations de patients : 5 personnes
- Invités : 4 personnes

3. Ordre du jour

Sous-cluster « Troubles de l'humeur »

- Approbation du PV du 30 septembre 2008
- Actualité
- Passation (sur papier) des échelles (KCE) + formation à l'enregistrement
- Difficultés dans la concertation autour du patient (présence des trois partenaires obligatoires)
- Présentation de la structure du rapport de concertation transversale de mars 2009

- Présentation de la lettre des PT flamands – débat

Sous-cluster « Psychose »

- Approbation du PV du 30 septembre 2008
- Actualité
- Présentation de la structure du rapport de concertation transversale de mars 2009
- Implication des partenaires et plus spécifiquement des SPAD
- Présentation du fonctionnement des PT 67 et 97

V. SEPTIEME REUNION DE CONCERTATION TRANSVERSALE

1. Date et lieu

Hôpital Psychiatrique du Beau Vallon, Saint-Servais, mardis 27 janvier et 3 février 2009

2. Présences

Ambulatoire	Hospitalier	Première ligne	Coordination
4	10	3	12

- Associations de patients : 6 personnes
- Invités : 6 personnes

3. Ordre du jour

Sous-cluster « Troubles de l'humeur »

- Approbation du PV de la réunion du 18 novembre dernier ;
- Informations INAMI-SPF-KCE ;
- Rapport de CT mars 2009 : discussion et préparation des grandes lignes
- Agenda : calendrier des prochaines réunions en 2009

Sous-cluster « Psychose »

- Approbation du PV du 18 novembre 2008

- Actualité et discussion
- Présentation du fonctionnement des PT 71 et 90
- Agenda

VI. HUITIEME REUNION DE CONCERTATION TRANSVERSALE

1. Date et lieu

Hôpital Psychiatrique du Beau Vallon, Saint-Servais, mardi 24 mars 2009

2. Présence

Ambulatoire	Hospitalier	Première ligne	Autre (Coordination,..)
7	11	4	14

- associations de patients : 5
- Invités : 2 - Didier Kampfl et Anaïs Lomma (SPF Santé publique)

3. Ordre du jour

Sous-cluster « Troubles de l'humeur »

- Approbation du PV de la réunion de concertation transversale du 27 janvier 2009
- Présentation du PT 73 (Liège)
- Rapport 2008 : Discussion, remarques et débat autour des « perspectives pour 2009 »
- En séance plénière : Proposition de formation « sensibilisation à la concertation » et présentation de la nouvelle coordinatrice du sous-cluster « psychoses », Janaina Costa

Sous-cluster « Psychose »

- Approbation du PV de la réunion de concertation transversale du 3 février 2009
- Présentation de la nouvelle coordinatrice de la concertation transversale
- Présentation des PT n° 94 et 107
- Proposition de formation « sensibilisation à la concertation »
- En séance plénière : Rapport 2008 : discussion, remarques, corrections et débat autour des « perspectives pour 2009 »

II. EVOLUTION DE LA COMPOSITION DU CLUSTER

Entre mars 2008 et mars 2009, la composition du cluster a été modifiée : début 2008, le cluster était composé de 11 projets thérapeutiques. Le projet SIMAS n°94, – anciennement classé au sein du cluster francophone « Psychiatrie Médico-légale » – a intégré le cluster « Psychiatrie Générale : Adultes » en septembre 2008, depuis qu'il est le seul survivant au sein de ce dernier. En revanche, le PT n°80 ne participe plus du tout aux réunions de concertation transversale. Nous n'avons reçu aucune donnée chiffrée le concernant et ne savons pas s'il est encore actif.

Voici un bref descriptif du PT 94 :

Nom du projet : SIMAS, Structure pluridisciplinaire composée d'Intervenants visant une approche globale (clinique, prévention et traitement, recherche-action) et intégrée (regroupement des différents acteurs) en Matière d'Abus Sexuel.

Catégorie d'âge du groupe-cible : Adultes.

Pathologies du groupe-cible : Abus sexuel intra- et extra-familial.

Zone géographique concernée : Les provinces de Namur, du Brabant Wallon et du Hainaut, avec une prédominance de dossiers sur la dernière.

Nombre de partenaires : 14 partenaires répartis comme suit :

- 1 hôpital psychiatrique ou service psychiatrique d'un hôpital général
- 2 centres de santé mentale et 1 projet-pilote SPAD
- 1 service dans le cadre des soins de santé de première ligne : un SISD
- 2 autres dispensateurs de soins (soins de santé) : un centre de guidance et une fédération d'associations de médecins généralistes.
- 7 dispensateurs d'aide ou de services : les services psycho-sociaux de deux prisons, une asbl d'insertion/logement, deux maisons de justice, un centre d'aide aux victimes, une équipe SOS enfants.

Il est à noter que les prisons sont des partenaires sortants. La collaboration suscitée entre le projet et les services psycho-sociaux des prisons reste néanmoins active dans les faits. Au 31 mars 2009, le nombre de partenaires signataires sera donc abaissé au nombre de douze.

Coordinateur administratif, à l'initiative du PT: Le SISD carolo.

Projet : Le P.T « Simas » est composé de partenaires santé et hors-soins concernés par la prise en charge de personnes en matière d'abus sexuel. Il consiste donc en une collaboration entre partenaires du secteur santé et du secteur justice, dans le contexte de la prise en charge tant d'abuseurs que de victimes.

Nombre de patients concernés à ce jour : 33 bénéficiaires actuels

Avec l'annexion du PT SIMAS au cluster « Psychiatrie Générale Adulte » francophone, le nombre de projets thérapeutiques composant le cluster se voit donc rehaussé, pour la période de mars 2008 à mars 2009, au nombre de douze.

* * *

DEUXIEME PARTIE :
CONTENU DES CONCERTATIONS TRANSVERSALES

**I. EXPERIENCES CONCERNANT LA COORDINATION ET LA
CONCERTATION EN TANT QUE MECANISMES EFFECTIFS DE
STRUCTURATION DES SOINS DE SANTE MENTALE**

I. ACCORDS DE COLLABORATION

I. DESCRIPTION

Si des accords de collaboration ont été modifiés – entre avril 2008 et mars 2009 – c’est principalement afin d’impliquer de nouveaux partenaires, ou pour sceller le retrait de partenaires avec lesquels la collaboration s’est avérée plus problématique. En d’autres termes, on peut dire que les collaborations ont été ajustées en fonction du public pris en charge, ou des nécessités de collaboration qui auront pu être révélées dans la prise en charge par chaque réseau de son public. Dans certains cas, ce sont les institutions extérieures qui se sont manifestées afin de collaborer aux PT, ceux-ci répondant à des difficultés que des structures de soins et d’accompagnement social peuvent rencontrer dans la prise en charge de personnes à problématique psychiatriques.

Dans le PT 94, ce sont les prisons qui sont les partenaires sortants : la prison étant une mesure d’ordre répressive d’abord, elle ne peut ou ne veut plus se constituer en partenaire de projet thérapeutique, par souci de cohérence. La collaboration suscitée entre le projet et les services psycho-sociaux (SPS) des prisons reste néanmoins active dans les faits.

Le PT 97 a décidé, en cohérence avec ses objectifs de réinsertion sociale des (ex)patients, de s’associer à de nouvelles structures d’insertion socioprofessionnelle ou de première ligne, structures par ailleurs attirées par le projet thérapeutique parce qu’en demande de collaboration sur le plan de la santé mentale. Par ailleurs, ce projet thérapeutique, lui-même porté par un hôpital, est en recherche de collaboration avec le secteur hospitalier, collaboration qui a du mal à s’initier pour des raisons géographiques, entre autres.

Le PT 107 est depuis récemment en lien avec des institutions dépendant de l’AWIPH, la demande étant présente du côté du secteur du handicap mental de nouer des liens avec la santé mentale. Les nouvelles collaborations amorcées avec cette institution ont donc amené les partenaires à travailler avec des usagers ayant un « double diagnostic » handicap mental et trouble psychiatrique.

Sous-cluster Psychose

	PT 67	PT 71	PT 90	PT 94	PT 97	PT 107
Nb de partenaires rentrants ou sortants	0	0	0	- 2	+ 14	+ 1

Nb total de partenaires au 31.03.09	6	22	11	12	25	12
-------------------------------------	---	----	----	----	----	----

Sous-cluster Troubles de l'humeur

	PT 65	PT 70	PT 73	PT 80	PT 93	PT 104
Nb de partenaires entrants ou sortants	- 2	0	+ 1		0	-1, + 1
Nb total de partenaires au 31.03.09	11	5	52		9	7

II. MOTIVATION, PLUE-VALUES ET DIFFICULTES

Des modèles de collaboration émergents

En termes de partenariats, on remarque que la collaboration se précise et s'affine. Les projets thérapeutiques, après deux ans d'expérimentation, on petit à petit trouvé leur public, en fonction des besoins de la population ciblée ou des lacunes du bassin de soins dans lequel ils sont installés. Ainsi, on peut remarquer qu'émergent, en fonction de ces lacunes et de ces besoins, des types de partenariats bien différents les uns des autres.

Les nouvelles collaborations engendrées au terme de cette deuxième année de fonctionnement témoignent d'un ajustement des pratiques, et d'un ajustement entre les collaborations et le public pris en charge, en fonction des besoins de collaborations qui se sont révélés au fur et à mesure de la prise en charge des patients par les projets.

On peut distinguer divers « modèles » de collaboration :

- Des projets qui ciblent davantage l'articulation des soins d'un point de vue médical : ils rassemblent un nombre restreint de partenaires constitués en un noyau de professionnels de soins. Ils rassemblent des psychologues, des psychiatres et des médecins généralistes de la première ligne ainsi que de la santé mentale hospitalière et ambulatoire. Ils s'articulent souvent autour d'un SISD, partenaire porteur du projet, qui assure la coordination administrative du projet.

- Des projets mettant davantage l'accent sur la réinsertion du patient. Ces projets s'associent à des services d'information, de réinsertion ou d'accompagnement, et travaillent donc davantage avec des partenaires du secteur social. Ils tendent vers une forte multidisciplinarité et testent des partenariats inédits. Certains de ces projets se définissent eux-mêmes comme prenant en charge « l'après traitement ».
- Des projets ciblant davantage l'accroche dans le réseau de soins. Ces projets s'occupent d'un public particulièrement désinséré du réseau de soins – a fortiori du réseau de soins psychiatriques – et précarisé socialement (sans-abris, sans-papiers, etc.) ou combinant des problématiques psychiatriques et des problèmes judiciaires. Ces PT ont entamé des partenariats avec des prisons, des centres d'accueil pour sans-abris, des centres fermés, etc.

A ces différents « modèles » de mise en réseau peuvent être associées des difficultés différentes afférentes au travail collectif (cfr. supra). Notons que ces deux derniers types de PT témoignent, par exemple, de problèmes de compréhension du projet thérapeutique par les partenaires, ou d'intercompréhension entre des professionnels de secteurs très variés. Mais cette difficulté engendre aussi des tentatives de dialogue (par des échanges et des formations, par exemple), lesquelles s'avèrent intéressantes et enrichissantes pour les professionnels comme pour les usagers.

Si chaque PT travaille avec des partenaires hors soins de santé, certains ont donc fait le pari inverse des autres ; les uns prenant plutôt le parti de poser des limites, de rester entre partenaires de soins et de ne pas inclure d'autres partenaires dans l'organisation du PT, sinon à titre d'invité uniquement ; les autres ayant pris le parti d'ouvrir leur réseau aux collaborations incluant un maximum de partenaires hors soins de santé mentale.

II. DEMANDES D'INCLUSION

I. DESCRIPTION

Les processus mis en place pour la demande d'inclusion sont principalement de deux types :

- Le partenaire « demandeur » - le plus souvent celui avec lequel l'utilisateur est le plus en contact – formule une demande en réunion d'inclusion, après avoir informé l'utilisateur de l'existence du projet et de son fonctionnement et s'être assuré de son adhésion au projet.
- Le coordinateur clinique, après avoir été contacté par le « demandeur », soumet au patient le fonctionnement du projet et recueille un premier accord informel, avant de communiquer la demande en réunion d'inclusion.

Dans ce cas de figure, un vrai travail préparatoire, préalable nécessaire à la concertation, est effectué par le coordinateur avant l'inclusion : il s'agit alors de faire avec l'utilisateur, et éventuellement avec l'institution demandeuse, un état des lieux de son réseau existant, afin de proposer des partenaires potentiels en inclusion. Ce travail nécessaire est alors souvent considéré comme une concertation non facturée.

Par exemple, la coordinatrice clinique du PT 67 modélise l'entourage du patient sur le modèle de la « carte-réseau », de manière à faire une sorte d'état des lieux du réseau existant et de définir la place relative de chaque intervenant dans la concertation future autour d'un patient. Ce travail préparatoire a une importance capitale. La coordinatrice se constitue ainsi en « tuteur de soins ». Un autre cas particulier qui permet réellement d'instaurer un « sas » entre le souhait des prestataires de soins et celui des usagers, est celui du PT 107 : les usagers se présentent spontanément sur le lieu après avoir été informés de son existence via des prestataires de soins ou via le bouche-à-oreilles entre usagers. Il n'y a donc pas, à proprement parler, de procédure d'inclusion : c'est l'utilisateur qui vient de lui-même sur le lieu lorsqu'il est demandeur.

L'accord oral du patient constitue normalement un préalable à la demande en réunion d'inclusion. L'accord écrit précède l'inclusion – dans quelques PT – ou il la suit ; dans l'un comme dans l'autre cas, les PT ont élaboré un formulaire de consentement spécifique. Un PT ne demande l'accord du patient que par oral. Le projet 107 a instauré un système de carte de membre, avec la signature de l'utilisateur après qu'il ait été informé du fonctionnement du projet et qu'il ait donné son accord à sa prise en charge dans ce cadre. Cette carte de membre fait office d'adhésion écrite au projet.

II. MOTIVATION, PLUE-VALUES ET DIFFICULTES

Le travail préparatoire à la demande d'inclusion

Ce travail brièvement décrit ci-dessus, d'état des lieux du réseau existant, est jugé indispensable par beaucoup de projets thérapeutiques. Néanmoins, il ne peut être comptabilisé comme une réunion de concertation parce qu'il ne réunit pas trois partenaires de soins – tout au plus le coordinateur, l'utilisateur et le partenaire « demandeur ».

Les inclusions effectuées par le secteur hors soins

De manière générale, la demande d'inclusion émanant des partenaires hors soins est plutôt perçue comme un fait positif et nécessaire, en ce sens où elle permet d'avoir accès à un autre public, qui n'est pas ou plus nécessairement dans le circuit de soins psychiatriques. Cette collaboration à l'inclusion peut néanmoins poser des difficultés :

- Le fait de se retrouver avec un tas de services hors champ de la santé mentale qui ont d'autres demandes, ou en tout cas des demandes différentes de ce que devrait faire le PT dans le circuit de soins en tant que tel. Une coordinatrice fait part du fait que les attentes de ces services consistent parfois trop en une demande de soutien pour tous leurs bénéficiaires ayant des problèmes de santé mentale (or, les PT s'adressent à un public cible particulier), ou dans un souci d'ouvrir les portes de l'hôpital pour d'autres bénéficiaires.
- La demande de formation par la santé mentale est également une attente de la part du secteur social, pour lequel il s'agit notamment de faire face à l'angoisse de la maladie mentale : en inclusion, des multitudes de questions sont posées quant à la médication, aux traitements, etc. Une coordinatrice s'inquiète du fait de cet éloignement par rapport aux objectifs du projet qui consiste plus dans complémentarité entre institutions, et dans la concertation proche du patient et des autres intervenants.
- Un coordinateur de PT explique que si, dans son projet, beaucoup des patients ont été inclus à la demande de partenaires hors psychiatrie, ce sont aussi pour ces usagers que le projet n'a pas vraiment tenu. Ceci témoigne d'un besoin d'aide, d'une utilité à faire lien avec la santé mentale dans le travail de ces services auprès d'une population particulièrement fragile ; par ailleurs, le fait que ces usagers inclus ne restent pas dans le projet témoigne également de la mauvaise compréhension du projet, et du domaine de la maladie mentale, par ces partenaires.

III. REUNIONS D'INCLUSION

I. DESCRIPTION

A. CHIFFRES

- Voir tableau annexé.

Sous-cluster Psychose

	PT 67	PT 71	PT 90	PT 94	PT 97	PT 107
Nb de part. ayant proposé au moins une inclusion/total.	5/6	6/22	3/11	6/12	2/25	6/12

Sous-cluster Troubles de l'humeur

	PT 65	PT 70	PT 73	PT 80	PT 93	PT 104
Nb de part. ayant proposé au moins une inclusion/total.	7/11	1/5	19/52		7/9	4/7

Au 31 décembre 2008, onze des douze PT ont inclus plus de 30 patients (dont 10 nouveaux). Le dernier en aura inclus plus de trente au 30 mars 2009. Il semble donc que les problèmes ne se posent plus en termes de *case-load*, dans la mesure où chaque PT l'a atteint ou est en passe de l'atteindre d'ici le 30 mars 2009.

B. MODELES

De façon générale, le processus d'inclusion en réunion se déroule comme décrit ci-dessous.

Présentation du patient à l'inclusion

Après consultation de l'utilisateur, celui-ci est présenté, selon les cas, par la coordinatrice clinique ou par le partenaire « demandeur ». Les critères de l'inclusion sont repris, ainsi que la problématique du patient (les raisons pour lesquelles une demande d'inclusion est faite), de manière anonyme ou non. Pour ce faire, certains projets thérapeutiques ont mis au point un système très concret de balisage de ces présentations du patient : « fiche d'inclusion », « mind-map », modélisation de la situation sur le modèle de la carte-réseau, etc.

Choix des partenaires à impliquer dans la concertation

Les partenaires donnent leur accord après avoir vérifié que le patient corresponde aux critères d'inclusion. Les partenaires à impliquer dans la situation sont choisis en commun, souvent sur base des recommandations de partenariats établis avec le patient, avec le partenaire demandeur, ou les deux. Dans plusieurs cas, on attribue également une personne de référence pour la situation donnée qui, soit aura le rôle de prendre en main la totalité du processus de concertation autour du patient, soit sera garant du point de vue du patient dans la concertation. Au fur et à mesure de l'avancement de la concertation et de l'état du patient, de nouveaux partenaires viendront se greffer sur la concertation.

II. MOTIVATION, PLUE-VALUES ET DIFFICULTES

Difficultés concernant le renouvellement des 10 dossiers par an

Certains PT expriment le paradoxe qu'il y a à ce que les PT, tout en prenant en charge des patients dits « chroniques et complexes », aient l'obligation de renouveler leur case-load tous les ans. Cette demande est-elle réaliste et pertinente ? N'y a-t-il pas une qualité de soins qui est bafouée ? Ceci pose la problématique de « l'après projet thérapeutique » pour le patient : quid des patients inclus lorsque le PT s'arrêtera et de la sortie du patient du projet ? Quels critères peuvent signer l'exclusion d'un patient ? Si les PT constituent une expérimentation, une recherche, il n'en reste pas moins que le respect des usagers s'impose.

Expériences concernant les difficultés d'implication de certains partenaires

Les tableaux figurant en annexes donnent des informations relatives à l'implication des partenaires dans le processus d'inclusion des patients. Quelques commentaires :

- Dans la plupart des PT, le partenaire porteur (généralement celui qui assure la coordination du projet) inclue la majorité des patients. De manière générale, on peut donc en déduire que ***l'implication des partenaires dans le processus d'inclusion des patients*** pose problème.
- L'analyse du nombre de partenaires ayant proposé au moins une inclusion sur le total des partenaires (cf. tableau ci-dessus) est assez révélatrice à ce propos : elle révèle que la majorité des partenaires impliqués dans les PT incluent peu, ***les inclusions étant surtout le fait de quelques partenaires, souvent les mêmes.***
- Par ailleurs, ceci peut être justifié par le public ciblé et par le type de PT, deux éléments qui induisent le fait que les partenaires majoritairement incluant seront différents – parce qu'ils se situent plus « en amont ». On peut par exemple comprendre que les urgences psychiatriques d'un hôpital incluent plus de patients qu'un médecin généraliste au sein d'un même projet dont l'objectif est d'établir un plan de soins pour les patients accueillis en urgence. Par contre, lorsque les objectifs d'un projet sont notamment d'accrocher des patients non psychiatisés dans le circuit de soins, il serait normal que beaucoup d'usagers soient inclus par le secteur de l'accueil des personnes sans abris par exemple.
- Globalement, c'est le secteur hospitalier qui inclut les patients quand les projets sont portés par une institution hospitalière, alors que les partenaires ambulatoires incluent beaucoup de patients quand le P.T est porté par l'ambulatoire –d'autant plus, d'ailleurs, que c'est le partenaire porteur qui est premier pourvoyeur de patients pour son propre projet. Cette constatation permet de nuancer certaines conclusions émises

par l'INAMI, selon lesquelles l'hospitalier serait beaucoup plus présent dans les projets thérapeutiques et inclurait beaucoup plus. Ceci est vrai, mais dans la mesure où davantage de PT sont portés par des institutions du secteur hospitalier. Proportionnellement, ce n'est plus vrai : dès lors qu'un PT est porté par l'ambulatoire, les patients inclus proviennent majoritairement du secteur ambulatoire. En tout état de cause, les tensions ainsi constatées au sein des PT redoublent la ***nécessité de travailler, dans le cadre des PT, les articulations entre les deux secteurs.***

- Les ***partenaires de première ligne*** sont généralement difficiles à mobiliser. Notons cependant que ce n'est pas le cas partout : à Verviers, dans le PT 70, on souligne l'implication positive de certains médecins généralistes ; à Leuze-en-Hainaut également, dans le PT 93, si cela reste difficile d'impliquer les médecins généralistes, les choses sont en train d'évoluer dans le bon sens et l'implication active des aides familiales est soulignée; les partenaires de première ligne sont très présents dans le PT 107 « Un lieu, un lien », où 16 patients sur 50 ont été amenés par des partenaires hors psychiatrie. Enfin, le cas du PT 67, à Ottignies, est aussi assez intéressant en ce qui concerne la présence de la première ligne à l'inclusion (cfr. supra).

IV. CONCERTATIONS AUTOUR DU PATIENT

I. DESCRIPTION

A. CHIFFRES

Pour les chiffres et moyennes établis PT par PT, dans chacun des deux sous-clusters, sur base des « données patients » actualisées au 31 décembre 2008, nous renvoyons le lecteur aux tableaux comparatifs en annexe. On peut toutefois dégager quelques traits communs de la diversité des pratiques :

- Le nombre total de réunions de concertation – facturées et non facturées – est très variable d'un PT à un autre, dans une fourchette qui va de 30 à 120 pour les réunions facturées et de 0 à 40 pour les réunions non facturées.
- La première raison de la non-facturation d'une réunion de concertation est ***l'absence d'un des trois partenaires obligatoires*** ; la seconde, la nécessité d'organiser une réunion supplémentaire à la seule réunion trimestrielle facturable.

- La durée moyenne d'une réunion de concertation est de **45 minutes par patient** – au minimum ½ h, au maximum 2h. Si la première réunion de concertation est souvent la plus longue, la durée diminue généralement à partir de la seconde.

B. MODELES

De façon générale, le mécanisme de concertation autour du patient tel qu'il fut mis en place en 2007 s'est poursuivi sur le même mode en 2008, tout en s'affinant. S'il n'y a certes pas un modèle unique selon lequel s'organise la concertation autour du patient, on peut relever des traits communs dont certains, pointés dans le rapport du 31 mars 2008, restent d'actualité au terme de cette seconde année de fonctionnement.

- Dans tous les PT, au moins les trois partenaires signataires obligatoires sont invités et présents à la première réunion de concertation autour du patient, dont le partenaire envoyeur – s'il n'est pas un partenaire signataire, il y est invité. Parfois cependant, l'un des trois est un partenaire extérieur. Cette première réunion de concertation a lieu en moyenne 15 jours, 3 semaines ou 1 mois après la concertation d'inclusion – mais cela peut aller jusqu'à 3 voire 6 mois après.
- Les réunions de concertation ont généralement lieu sur le temps de midi, toutes les X semaines, selon le nombre de patients inclus ; elles se tiennent à intervalles fixes ou réguliers ; elles abordent la situation de plusieurs patients et ont lieu le plus souvent dans un ou deux endroit(s) fixe(s) ; dans quelques PT, les réunions ont lieu dans le milieu de vie du patient. Enfin, un PT organise les réunions plénières de manière itinérante, chez les différents partenaires concernés : en offrant ainsi l'opportunité à l'équipe accueillante d'expliquer aux autres comment elle travaille, quels sont ses moyens, ce mode améliore la connaissance et la compréhension réciproque des partenaires.
- Pour le reste, les formules sont variables : ainsi, le médecin traitant du patient est parfois invité et présent, mais pas toujours, soit qu'il soit difficile à mobiliser, soit qu'il ne trouve pas sa place dans la concertation. De même, des partenaires extérieurs peuvent aussi être invités et présents : dans certains PT, cela se fait au cas par cas, selon la demande et le projet du patient. Un PT, qui compte un nombre fort élevé de partenaires, a coutume d'inviter tous les partenaires à la première réunion de concertation autour du patient, ainsi que son médecin traitant et/ou son psychologue ou son référent, et tout partenaire mentionné sur la fiche d'inclusion ; ne viennent ensuite aux réunions de concertation suivantes que le partenaire envoyeur et quelques partenaires plus ciblés, qui sont alors choisis en fonction de ce qui se met en place autour du patient, au fil du temps.
- Le « plan de soins » n'a pas fort évolué en 2008 : il reste un canevas minimal, un plan d'action commun, modulable, souple et peu détaillé, qui donne les lignes directrices de l'intervention mise en place entre les partenaires : « que va-t-il se passer dans les trois mois qui suivent ? Qui fait quoi, où et quand ? ». Il sert aussi de base à l'évaluation de la

situation, de réunion en réunion, et peut bien sûr être modifié par les partenaires en cours de route, en fonction de l'évolution du patient, à la demande d'un des partenaires ou à la demande du patient, de son entourage ou de son référent. Il est rarement communiqué au patient lui-même. Il est généralement établi par le coordinateur du PT – en concertation avec les partenaires, dont le partenaire envoyeur, et consiste plutôt en une « fiche de concertation » ou en un PV de la réunion de concertation autour du patient. Il fait donc à la fois office de fiche de liaison entre les partenaires, d'outil de communication et d'accord sur la prise en charge. Les PT s'accordent sur le fait qu'un minimum de formalisation est nécessaire et que ce plan de soins contribue, le cas échéant, à une plus grande clarté de l'intervention mise en place : il permet à chacun d'avoir une vision de la situation du patient et de ce qui est projeté pour lui à court et moyen terme. Il est consigné dans le dossier de suivi du patient dans lequel figurent éventuellement l'agenda, les objectifs du suivi, les personnes ou les services éventuels à contacter, les services à visiter avec le patient etc. Ce dossier est généralement consultable par les partenaires concernés par le patient.

- Les accords de collaboration entre les partenaires sont importants, en particulier la façon dont ces accords formalisent les rapports et les obligations réciproques des acteurs dans le processus de concertation autour du patient.

II. MOTIVATION, PLUE-VALUES ET DIFFICULTES

A. EXPERIENCES CONCERNANT L'ORGANISATION DES CONCERTATIONS AUTOUR DU PATIENT

Une expérimentation en cours

- De façon générale, sur le plan du travail clinique, on peut dire que les échanges amenés par la structuration d'un travail de concertation autour du patient entre les différents partenaires concernés, leur rencontre autour d'une table à intervalles réguliers sont globalement positifs pour le travail thérapeutique : en 2008, le processus a consolidé les bases du travail en réseau et il a permis d'affiner la connaissance réciproque des partenaires et de leurs modalités d'intervention respectives.
- Il importe cependant de rappeler que la concertation autour du patient, telle qu'elle se déroule dans le cadre formel posé par l'INAMI, est ***l'expérimentation en cours d'un dispositif*** par lequel de nouvelles modalités de collaboration sont soumises à l'épreuve des pratiques – comme leur nom l'indique, les projets thérapeutiques sont des « *projets-pilotes* ». C'est dire que la confrontation entre les professionnels, d'une part – leurs modes de travail respectifs, les types de prise en charge et les références thérapeutiques diverses – et la confrontation entre un patient et cet ensemble de professionnels autour

d'une table, de l'autre, forment un processus inédit, qui ne va pas de soi. Il charrie donc son lot d'expériences – heureuses et malheureuses – dont nous tâchons, dans le processus de concertation transversale, de dégager les enseignements au fur et à mesure de son décours, sans tirer de conclusions trop rapides quant à la formalisation à venir de réseaux et de circuits de soins.

Implication du patient, de ses proches ou de son réseau dans la concertation

- Comme nous l'avons évoqué dans le rapport de concertation transversale de mars 2008, les PT témoignent de l'intérêt d'un travail de collaboration et d'interaction étroite avec le patient dans le cadre de la concertation – soulignant notamment que les réunions ne fonctionnent pas lorsque celui-ci était absent. Pour autant, la rencontre avec le patient dans ce nouveau type de cadre n'est pas forcément simple à gérer – sont évoqués entre autres les cas de prise à partie du patient par un partenaire, de désaccords menant à la discorde devant le patient, etc. : autant d'éléments de confrontation qui peuvent faire basculer la concertation. Enfin, le peu d'implication de l'entourage du patient dans la concertation, quand il est évoqué par les PT, s'explique probablement par le fait que les PT touchent un public fort désinséré sur le plan social et familial : dans bien des cas, le patient n'a tout simplement plus d'entourage, ou alors ses proches sont démotivés. « Pourquoi la famille n'est-elle pas ou plus présente ? » est une question importante à se poser dans le cadre du processus de concertation autour du patient. La problématique mériterait qu'on s'y attarde à l'occasion de l'une des prochaines réunions de concertation transversale.
- Pour favoriser l'implication du patient dans le processus, il est important, entre autres choses, qu'il puisse s'approprier ce nouveau cadre de prise en charge. En ce sens, on peut relever deux expériences particulières initiées ou prolongées en 2008. D'une part, un PT a ouvert la concertation au réseau du patient – selon le cas, un CPAS, un agent de quartier, une aide-ménagère, un administrateur de biens est invité à participer à la réunion de concertation ; depuis lors, presque systématiquement, les patients invitent désormais une personne de leur réseau. Dans un autre PT, l'attention est portée sur la dynamique propre de l'usager : considérant que trop de formalisation du cadre de la concertation peut constituer un facteur limitatif à cette dynamique, ce sont les usagers du lieu de rencontre – créé dans le cadre du projet thérapeutique – qui initient eux-mêmes la concertation, à partir de leur activité dans ce lieu, de son autogestion par les usagers et des contacts noués avec les partenaires présents pendant les permanences.

Continuité du travail de concertation et durée de vie des projets thérapeutiques

- Au terme de cette seconde année de fonctionnement, la question de la durée de vie limitée des PT pose une difficulté à certains : que deviendront dans un an, sinon deux ans, les dispositifs de prise en charge des patients mis en place dans le cadre du processus de

concertation ? Comment prendre en compte cette échéance dans l'organisation du PT et dans la forme de prise en charge des patients ?

- Cette difficulté que soulève le terme à venir de la concertation pose une question en soi : qu'est-ce qui signe l'aboutissement de la concertation autour du patient ? Quand celle-ci doit-elle être interrompue et selon quels critères déterminer l'arrêt de la prise en charge par le réseau : lors de la stabilisation de l'état du patient, de son installation à « long terme » dans une nouvelle structure ?

Rythme imposé du trimestre civil

- L'expérience menée en 2008 confirme que l'exigence imposée par l'INAMI d'organiser une réunion de concertation tous les trois mois à date fixe est complètement dénuée de sens et impraticable. Cet échéancier rigide impose un rythme qui, selon le cas, est trop rapide ou trop lent ; bref, un tempo qui ne tient aucunement compte ni de l'évolution du patient, ni des contraintes cumulées des partenaires, compte tenu de leurs pratiques respectives. C'est rappeler encore une fois que le travail thérapeutique, c'est du *cas par cas* : en conséquence, on devrait tantôt pouvoir se réunir plus souvent, tantôt espacer davantage les réunions de concertation – notamment celles qui suivent la première, car il faut souvent un certain temps pour que les choses se mettent concrètement en place. En outre, dès lors que les réunions de concertation se multiplient au fur et à mesure de l'inclusion de patients dans les PT, les porteurs de PT se retrouvent souvent confrontés à des agendas saturés de réunions, au détriment du travail clinique.
- Pour tenir compte de l'état du patient et de sa propre temporalité, plusieurs PT ont donc été amenés à organiser des réunions de concertation supplémentaires : comme elles ne rentraient pas dans l'échéancier trimestriel imposé par l'INAMI, ces réunions n'ont pas pu être facturées. Certains PT organisent beaucoup de réunions supplémentaires : avant ou au cours du premier trimestre qui suit l'inclusion du patient dans le projet, puisque c'est souvent dans cette période qu'un maximum d'énergie est nécessaire pour « mettre la machine en route », ou par la suite – comme en cas de décompensation du patient, par exemple, où une réunion supplémentaire est bien souvent nécessaire pour remodeler et de réaménager sa prise en charge.
- A l'inverse, certains patients inclus connaissent des périodes d'accalmie, de stabilisation de leur état, au cours desquelles il est inutile de se réunir à leur sujet. Or, pour l'INAMI, les patients sont soit en dehors, soit à l'intérieur du PT : aucune possibilité n'est laissée aux professionnels d'être en retrait, tout en restant disponibles. Il s'agirait de pouvoir mettre le projet sur le mode « veilleuse », en quelque sorte. De nombreux PT plaident en conséquence pour la formalisation de ce *temps de veille* dans le processus, durant lequel les partenaires resteraient donc à disposition du patient : celui-ci pourrait leur faire appel en cas de besoin et il resterait inclus dans le PT, plutôt que de devoir, comme aujourd'hui, le désinscrire du PT et ensuite le réinscrire en cas de rechute. Les patients seraient avertis

qu'ils peuvent toujours s'adresser aux partenaires du PT, sans que cela n'implique la mise en branle d'une lourde machinerie administrative – de fait, toute entrée et toute sortie d'un PT représente, dans la configuration actuelle du dispositif, une charge de travail administratif conséquente aux niveaux de la gestion des dossiers et de l'enregistrement des données. C'est aussi rappeler que les PT s'adressent à des patients *chroniques* et *complexes*, qui ont souvent beaucoup de mal à maintenir un lien. Or la « continuité des soins pour les patients chroniques et complexes » est l'idéal qui préside à la mise en place des PT : à ce titre, il exige pareil assouplissement temporel du cadre.

B. EXPERIENCES CONCERNANT LES DIFFICULTES D'IMPLICATION DE CERTAINS PARTENAIRES

Information, formation, sensibilisation des partenaires au travail en réseau

- Avant d'aborder les difficultés spécifiques qui sont rencontrées par les porteurs de PT avec leurs partenaires signataires ou les autres, il faut dire un mot d'une difficulté générale qui a trait à l'introduction de la *culture du travail en réseau* : plus ou moins acquise selon les partenaires, cette culture opère en effet comme facteur déterminant dans la mise en œuvre concrète du processus de concertation. Il faut rappeler que le travail de *concertation* autour du patient se distingue nettement du travail classique d'*orientation* des patients, que toute structure de soins pratique isolément, en ce qu'il implique la mise en place d'une *concertation simultanée avec des partenaires multiples*. Certains découvrent ce dispositif ; d'autres ont constitué de longue date leur réseau de partenaires et ont une expérience éprouvée de la concertation. En outre, selon leur position dans le maillage des soins de santé mentale, la sensibilité des acteurs à cette « nouvelle » culture et à tout ce qu'elle implique en termes de modifications des pratiques est variable. Dans tous les cas, les changements qu'induisent les modalités de collaboration qui sont spécifiquement promues dans le cadre des PT exigent un « temps d'incubation » et tout un travail d'information, de sensibilisation et de formation à ce qu'on appelle aujourd'hui la « clinique de la concertation ».
- Considérant cette spécificité, certains PT ont poursuivi en 2008 une série d'initiatives prises en 2007 pour faciliter la mise en place du processus de concertation autour du patient : sensibilisation des partenaires au PT et information des acteurs et des patients (élaboration et distribution de folders, etc.) ; formation des professionnels au travail en réseau et aux techniques de concertation (e.a. : apprentissage de la « présence à l'autre ») ; séances d'intervision pluriannuelles en réponse à la demande de certaines structures partenaires, moins outillées à la problématique de la santé mentale ; journées de sensibilisation à la concertation et journées d'études à l'attention des professionnels du réseau, sur des thèmes précis (par ex : la psychose, la problématique de l'abus), dans le but d'initier une réflexion de fond commune aux équipes de travailleurs des institutions partenaires, etc.

Une implication variable des partenaires au sein des PT

- Le constat général posé fin 2007 reste d'actualité : l'implication des différents partenaires d'un même projet thérapeutique est fort variable dans la plupart des PT et continue, en tout état de cause, d'exiger un travail de promotion important, à l'intérieur des projets comme à l'extérieur. En 2008, l'implication des partenaires des PT reste donc l'un des premiers enjeux du bon fonctionnement des projets : l'information doit « percoler » à travers toutes les équipes, dans ou en dehors du secteur de la santé mentale, de manière à concerner tous les professionnels de terrain – des acteurs-clé qu'il importe de former, d'informer et de motiver, en 2008 comme en 2007. Les gens du terrain doivent avoir des « antennes », car ce sont eux qui détectent également les patients à inclure, et c'est d'eux notamment que dépend la pérennité du projet.
- On évoquera aussi un autre facteur général qui a pesé sur l'implication des partenaires : l'année 2008 – et le premier trimestre de l'année 2009 – s'est caractérisée par une grande nébulosité quant aux obligations et aux échéances imposées par l'INAMI (case-load) ou par le KCE (enregistrement des échelles), doublée d'une mauvaise communication de la part du SPF. Dans ce climat d'incertitude persistante, les porteurs de projets ont donc rencontré des difficultés supplémentaires à (re)mobiliser certains partenaires, voire les patients eux-mêmes : plusieurs PT soulignent l'énergie qu'ils ont dû dépenser pour maintenir la « ligne de flottaison » de leur projet – ainsi de certains porteurs de projet qui doivent souvent rappeler à leurs partenaires les dates des réunions d'inclusion et de concertation, la présence obligatoire des partenaires signataires en termes de validation, etc.

Articulation entre secteurs hospitalier et ambulatoire

- Les tensions classiques générées par la rencontre entre l'hospitalier et l'ambulatoire s'avèrent particulièrement palpables au sein de certains PT et peuvent en conséquence générer des difficultés en termes d'implication des partenaires. Ainsi, certains dénoncent la position monopolistique des hôpitaux : leur tendance à travailler en circuit fermé et, par suite, l'absence des partenaires ambulatoires à la concertation. Deux coordinatrices, engagées dans des PT « portés » par l'hospitalier confirment cette véritable crainte des partenaires ambulatoires de l'absorption, par l'hôpital, du projet thérapeutique – que ces craintes aient pu ou non être désamorçées, selon les cas. Les coordinateurs des PT portés par l'ambulatoire expriment leur volonté de travailler en collaboration avec les hôpitaux, dont les propres réseaux constituent une ressource à exploiter. Ils soulignent les efforts pour organiser une collaboration efficace avec ceux-ci, et notent que les expériences de collaboration prennent des formes très différentes selon la structure partenaire hospitalière concernée. Est également pointé le fait que, parfois, les possibilités de collaboration sont biaisées : par exemple, la collaboration avec un hôpital peut s'avérer incontournable pour les PT comptant peu de partenaires « actifs », quand bien même elle

n'est pas la plus judicieuse sur le terrain, sur le plan clinique. Dans ce contexte, faire du « soin sur mesure » est difficilement tenable : pour ce faire, le réseau doit être vraiment modulable, élastique, à la mesure de l'évolution de l'état des patients.

- Globalement, on retrouve souvent la même triade de partenaires impliqués : on constate que ce sont souvent les mêmes trois partenaires qui s'impliquent dans la concertation autour des patients inclus.

Exigences INAMI

- Comme pour les concertations d'inclusion, l'exigence imposée par l'INAMI de la présence obligatoire des trois partenaires signataires est encore plus largement dénoncée en 2008 qu'elle ne l'était déjà en 2007. D'une part, en regard de la situation et de l'évolution du patient, elle n'a pas plus de sens que la règle de fréquence trimestrielle des réunions de concertation : en effet, ce sont tantôt beaucoup plus de partenaires qui sont nécessaires à la concertation, tantôt d'autres partenaires que les partenaires habituels qui doivent être présents, comme des partenaires extérieurs, etc. D'autre part, elle se révèle tout simplement impraticable et n'est pas tenable à long terme – surtout en ce qui concerne les partenaires de première ligne, les moins impliqués jusqu'à présent, dans la grande majorité des PT. Ainsi, certains PT se trouvent confrontés à l'absence récurrente de l'un des trois partenaires prévus et dans l'impossibilité de le remplacer par la voie d'un partenaire homologue mandaté, le cas échéant : doit-on dès lors considérer le patient comme exclu du projet ?
- Considérons, à titre d'exemple, la situation énoncée par un PT en particulier, qui fait part de sa difficulté récurrente d'avoir trois partenaires signataires obligatoires à ses réunions de concertation. Ce projet a atteint le case-load requis et fonctionne bien, maintenant, après une année de mise en place difficile, comme ce fut le cas de nombreux autres PT. L'INAMI leur reproche de n'avoir pas assez de réunions de concertations facturées et, à ce titre, de mettre le projet en danger, dès lors que les règles ne sont pas respectées. Or le PT mène les réunions de concertations selon les exigences requises; seulement, ils ne les facturent pas toutes puisque souvent, il manque un des partenaires obligatoires et, dans ce cas, le SISD partenaire ne peut donc les facturer à l'INAMI. C'est problématique : alors que le projet commence à bien tourner, il se voit aujourd'hui menacé de ne plus être financé en raison du seul non-respect formel de la règle de la présence requise des trois partenaires obligatoires. Il est intéressant de noter que certains autres PT qui sont dans la même difficulté de réunir à chaque réunion de concertation trois partenaires obligatoires, facturent quand même ces réunions à l'INAMI, voire font signer après la réunion la fiche de présence aux éventuels partenaires obligatoires qui n'ont pu y assister. Ce faisant, ils privilégient la bonne marche de leur projet et l'intérêt des patients inclus – en effet, à défaut de réunir les trois partenaires obligatoires, la concertation n'est pas validée et, formellement, elle entraîne donc un jour ou l'autre la désinscription du patient : in fine, c'est donc lui qui paie. Mais d'un point de vue plus stratégique, cette manière de

procéder est problématique : de fait, **le risque est de faire croire à l'INAMI que tout fonctionne bien selon les règles édictées, alors que, sur le terrain, tout le monde s'accorde à dire que le cadre imposé par l'INAMI manque énormément de souplesse !** Il ne faut pas oublier que les PT préfigurent ce qui va se mettre en place après les trois ans d'expérimentation. Dans cette optique, faut-il donc suivre les règles imposées, quitte à mettre le projet en danger, pour bien attester d'entrée de jeu qu'elles sont inopérantes, sinon difficilement praticables ? La question est à l'ordre du jour. C'est, en tout cas, l'optique choisie en Flandre, dans une large majorité : toutes les réunions de concertation sont facturées, mais le défaut de présence d'un des trois partenaires est signalé à l'INAMI, pour bien montrer où le bas blesse.

- En conclusion, on dira ceci : la question de ***l'implication des partenaires au sein des PT ne doit certes pas être confondue avec celle de leur présence aux réunions de concertation*** : ce serait réduire la problématique à sa seule dimension formelle et, partant, occulter ses enjeux de fond. C'est dire notamment qu'un partenaire peut être impliqué dans un PT sans être tout le temps présent aux réunions – comme il peut être présent à toutes les réunions sans être pour autant impliqué sur le fond.

Implication des médecins généralistes et des psychiatres du secteur privé

- Dans une majorité de PT, l'implication des médecins généralistes et des psychiatres du secteur privé – donc hors institutions partenaires – reste problématique. Or, rappelons qu'un des objectifs assignés aux PT est de redonner une place à ces partenaires de première ligne, en particulier au médecin généraliste, dans le dispositif de continuité des soins. C'est la raison pour laquelle ils reçoivent un montant fixe pour leur participation. Si, sur le plan clinique, la présence du médecin généraliste aux réunions d'inclusion et de concertation autour du patient est vue positivement, on constate souvent, en 2008 comme en 2007, une résistance de leur part à ce qui se met en place sous le signe du travail de réseau. Précisons bien cependant que tel n'est pas le cas partout : certains PT, comme le PT 70 de Verviers, font état d'une expérience positive de l'implication de certains médecins généralistes dans leur projet.
- On peut relever quelques barrières générales à l'implication des médecins généralistes : tous les médecins ne sont pas partenaires des PT ; tous les patients n'ont pas de généraliste – or impliquer ce dernier doit être le choix du patient – ; de nombreux médecins ne souhaitent tout simplement pas s'impliquer, par manque de temps ou par perplexité par rapport aux PT ; bref, globalement, il est difficile d'établir des contacts directs avec eux. En tout état de cause – et pour aller au-delà du constat – une question centrale reste d'actualité, qui mérite d'être mise à l'ordre du jour des prochaines réunions de concertation transversale : comment établir des ponts entre les médecins généralistes et le secteur de la psychiatrie ?

- La garantie du secret médical reste une des raisons majeures invoquées par les médecins généralistes et psychiatres du secteur privé pour justifier leur non implication dans les PT ou le gel des inclusions. En 2008 et jusqu'à ce jour, les incertitudes entourant la procédure d'enregistrement et d'anonymisation des données patients (échelles du KCE) sont venues renforcer leur position en ce sens. Quand bien même l'avis du Comité sectoriel de la Santé, récemment rendu, est positif quant à la garantie du respect de la vie privée par le processus de double cryptage de ces données mis en place par le SPF, certains PT continuent et continueront sans doute de refuser de transmettre le numéro de registre national de leurs patients.
- Le manque ou le défaut d'implication de ces partenaires privilégiés de première ligne pose la question plus large du partage de la prise en charge du patient entre professionnels et de ses enjeux, en termes de pouvoir, dans le cadre du travail en réseau. Une des raisons invoquées par les PT pour expliquer la position de fermeture des médecins généralistes et des psychiatres est leur résistance à ce mode de travail en réseau : celui-ci engendre une perte de pouvoir sur le patient, dès lors que, dans ce processus de concertation, on quitte le classique « colloque singulier » entre le patient et son médecin pour aller vers quelque chose de neuf et de très différent : une certaine redistribution des rôles, une égalisation des positions des intervenants quel que soit leur statut et leur fonction. Le processus de concertation tend en effet vers plus d'horizontalité dans les rapports entre professionnels ; les positions de « surplomb » y sont donc mises à mal. Le témoignage d'un PT, qui fixe systématiquement les rendez-vous des concertations dans le bureau du psychiatre d'un des patients inclus, est éclairant à cet égard : la coordinatrice du projet souligne en effet que le psychiatre n'est plus, désormais, *derrière son bureau* mais *autour de la table*, la coordinatrice du projet ayant exprimé sa volonté de placer tous les partenaires sur un même pied d'égalité. Enfin, on peut dire que la mise en réseau des services et des pratiques implique nécessairement la mise en réseau des informations : il est donc logique que de nouvelles questions sur les informations et leur transmission se posent entre les partenaires et que les médecins et psychiatres privés, en particulier, résistent davantage que les autres à ce qui se met en place, car ils perdent clairement quelque chose de leurs privilèges dans ce processus.
- On relève également l'existence de difficultés d'implication des médecins généralistes qui sont plus spécifiques à un groupe-cible et au dispositif particulier qui le concerne : ainsi, un PT exprime les difficultés d'impliquer les médecins généralistes dans la concertation autour de patients incarcérés. En général, ils ne sont guère prioritaires pour leurs médecins généralistes ; les médecins des services psycho-sociaux des prisons n'ont, eux, qu'une mission d'expertise vis-à-vis de la libération conditionnelle et non plus une mission de soins ; la question du choix du médecin est d'autant plus sensible que les patients détenus ont pratiquement moins de latitude à cet égard.
- A l'inverse, trois PT en particulier témoignent d'une expérience positive de l'implication des médecins généralistes. Le premier, tout en reconnaissant les difficultés à mobiliser les

médecins généralistes, fait état d'une nette amélioration de cette collaboration en 2008. Le second parvient à impliquer systématiquement l'un d'eux autour de chaque patient et évoque plusieurs facteurs contextuels favorables, expliquant cette réussite. D'abord, le PT compte, parmi les cinq partenaires qui le composent, un SISD et une maison médicale à titre de partenaires de 1^{ère} ligne – les maisons médicales semblent plus faciles à impliquer que des médecins généralistes indépendants, parce que la culture du travail en réseau multidisciplinaire y est déjà relativement bien développée. Ensuite, le projet se développe dans une province à caractère rural : le paysage des soins de santé y est plus centré autour des médecins généralistes (les « médecin de famille »), qui interviennent de manière plus systématique. Enfin, la coordinatrice administrative du PT, également coordinatrice du SISD partenaire, est médecin généraliste à la base. Dans ce contexte, la seule difficulté rencontrée de manière récurrente est le manque de temps des généralistes, outre le fait qu'ils sont dans une autre temporalité que celle du secteur de la santé mentale, où l'on intervient beaucoup dans l'urgence et les temps de crises. C'est la raison pour laquelle le PT a décidé d'aller chercher le médecin dans son cabinet : soit en organisant la concertation au cabinet du médecin, soit en organisant au préalable une « mini-concertation » entre la coordinatrice et celui-ci – donc sans le patient. Enfin, Le troisième est un PT dont l'objectif est de mettre en lien les différents partenaires afin d'éviter les réhospitalisations ; il est fort axé sur la sortie de l'hôpital, et vise le retour à domicile. Il s'agit donc de mettre en place un plan de soin et de suivi axé sur la sortie de l'hôpital. La priorité donnée à cet objectif peut expliquer le fait que les médecins généralistes interviennent dans toutes les situations. Les patients hospitalisés pris en charge par le PT sont des patients plutôt « sortants » : il y a donc un intérêt particulier et immédiat des généralistes pour l'après hospitalisation. De plus, ceux-ci voient également de façon plus directe l'amélioration du point de vue des soins qu'engendre le PT. Un dernier élément pouvant expliquer cette présence accrue des médecins est qu'une association de généraliste est partenaire de deux PT au sein de la même province, et semble donc particulièrement preneuse de ce type de projet.

Implication des SPAD

- Certains PT rencontrent des difficultés dans la collaboration avec le SPAD partenaire du projet ; ces difficultés sont souvent évoquées en termes de « concurrence » entre le PT et le SPAD. Il faut ici rappeler que c'est notamment sur base de l'expérience des SPAD que l'idée a germé, au SPF Santé Publique, de mettre en place des projets thérapeutiques – comme le soulignait une intervenante, la mise en place des SPAD constituait un tout premier pas dans la généralisation déjà programmée vers un fonctionnement de travail en réseaux élargis. Ces projets-pilotes de soins psychiatriques à domicile, financés par le fédéral, existent depuis 2002 ; ils mettent en place une coordination des soins à domicile autour du patient, via une concertation pluridisciplinaire entre intervenants de première ligne et avec le patient. Ils visent donc à accompagner les patients psychiatriques de manière à les maintenir à leur domicile. Lorsque le SPF a revu leur convention en 2006, leur reconduction a été conditionnée par leur participation à un PT. Promouvoir

davantage l'intégration des soins psychiatriques à domicile correspond donc à une volonté claire du SPF. Ainsi, dès le départ, le SPAD fut désigné comme un acteur obligatoire pour les PT qui se mettaient en place sur son territoire d'action. Ceci peut expliquer cette double position – à la fois de demande et de concurrence – que certains SPAD peuvent manifester par rapport au PT dont ils sont partenaires. Cela étant dit, il est utile de rappeler qu'il n'y a pas de double emploi entre un SPAD et le PT. Autrement dit, les patients n'ont pas à choisir entre l'un ou l'autre, car leurs missions sont bien distinctes : le SPAD est un des acteurs de terrain potentiels d'un PT sur le plan de la continuité des soins ; à l'inverse, le PT, lui, ne prend pas directement les patients en charge : il est le lieu où s'organise, où se formalise la prise en charge concertée entre les acteurs de terrain.

Implication des partenaires hors secteur santé mentale

- Dès lors que l'on travaille en réseau avec des professionnels de différents secteurs, se fait ressentir la nécessité d'une interconnaissance entre les équipes de travail. Pour une implication active de chacun des partenaires, il y a lieu de faire connaître non seulement le projet mais, plus largement, la santé mentale, les façons de travailler et les outils qui y sont associés, afin d'améliorer la qualité des contacts entre partenaires et de « mettre en place un même langage », comme le soulignait un PT, de manière à pouvoir générer un réel échange dans lequel chacun des partenaires trouve sa place. Comment se faire comprendre dans un langage commun, sans pour autant perdre sa spécificité ? Dans de nombreux PT, la question est donc mise au travail. Le développement de ce type de collaboration au sein du processus de concertation a tout son intérêt, en particulier pour ceux qui prennent en charge des patients hors circuit psychiatrique. De façon plus générale, il y a une volonté manifeste du secteur de la santé mentale de travailler dans une perspective plus large de réinsertion sociale des patients psychiatriques – plusieurs PT affirment d'ailleurs que c'est là leur motivation de base. Le processus de concertation est donc l'occasion de confronter différents registres de pensée et d'action, d'initier une prise en charge qui prenne davantage en compte les différentes dimensions – professionnelle, familiale, sociale, etc. – de l'existence du patient.
- De leur côté, de nombreux partenaires du secteur hors santé mentale (notamment les CSD) manifestent l'intérêt et la pertinence que présente pour leur travail la collaboration avec les professionnels de la santé mentale : le constat est manifeste du souhait de ces structures qui rencontrent un public de plus en plus fragilisé et précarisé d'être « outillé à la santé mentale ». Cette demande de formation est une attente importante de la part du secteur social, pour lequel il s'agit notamment de faire face à l'angoisse de la maladie mentale : de nombreuses questions sont posées quant à la médication, aux traitements, etc.
- Soulignons toutefois que les modalités de collaboration avec les partenaires sociaux ne sont pas toujours évidentes à mettre en place, concrètement : à ce jour, les deux mondes

restent relativement cloisonnés et les malentendus dans la compréhension des objectifs des PT, et plus largement du domaine de la santé mentale, sont courants. Ainsi, certains PT ont des difficultés à gérer les nombreuses demandes qui leur sont adressées par des services sociaux au cours du processus de concertation, qui attendent un soutien pour tous leurs bénéficiaires qui rencontrent des problèmes de santé mentale. Or si les PT s'adressent spécifiquement aux patients « chroniques et complexes », il n'est pas facile de faire comprendre aux acteurs sociaux la subtilité des distinctions auxquelles renvoient ces catégories. En outre, on sait que les intervenants sociaux de 2^e ou de 3^e ligne peuvent montrer des réticences à entrer dans le vocabulaire clinique spécialisé des professionnels de la santé mentale : comme il le fut souligné dans le rapport de concertation transversale pour l'année 2007, les questions de diagnostic et d'« étiquetage » des personnes selon les codes médico-psychiatriques ne vont pas de soi pour le secteur social. Et sans doute le débat autour des échelles du KCE, vu la place qu'il a occupé cette année, est-il venu augmenter la défiance du secteur à l'égard du jargon de la santé mentale. Par suite, une énergie considérable doit donc être investie dans un travail d'accroche et de formation des professionnels du secteur social, en dehors du processus de concertation proprement dit. Car il s'agit de trouver le temps et les moyens de répondre aux attentes et demandes des partenaires sociaux, tout en gardant le cap des PT : l'objectif des réunions de concertation est le développement de la complémentarité entre institutions, autour de situations précises. Relevons la proposition d'un PT à cet égard : on pourrait mettre à profit l'expertise des SPAD en matière de formation et de coaching pour sensibiliser les partenaires sociaux aux problématiques psychiatriques et les accompagner concrètement dans l'approche qu'ils en font.

- Deux expériences positives, en particulier, doivent encore être brièvement évoquées, car elles ouvrent de nouvelles voies de travail et de collaboration, pour le secteur de la santé mentale comme pour les partenaires extérieurs concernés. D'une part, l'un ou l'autre PT évoque la plus-value que représente, en termes de continuité des soins et de soutien du patient, l'implication active des aides familiales dans les réunions de concertation autour du patient. D'autre part, un PT évoque la plus-value apportée par l'implication active d'une travailleuse du FOREM dans la concertation autour du patient : c'est là un élément neuf dans le processus de concertation mis en place dans le cadre des PT, qui mérite que l'on s'y attarde. Il signe en effet l'ouverture du secteur de la santé mentale aux partenaires sociaux et ouvre ainsi la perspective d'une prise en charge plus globale du patient.

V. COMITE DE PILOTAGE

I. DESCRIPTION

La prise de décisions

Même si peu de PT disposent d'un « comité de pilotage » à proprement parler – qu'ils soient appelés « comités de gestion », « groupe de pilotage », « groupe de travail » ou autre – plusieurs projets ont mis au point des mécanismes au sein desquels la prise de décision se fait de manière collégiale. Lorsque de tels groupements n'existent pas en tant que tels, c'est lors de la réunion d'inclusion – qui, rappelons-le, est souvent tout autant axé sur le pilotage du projet que sur l'inclusion de patients – que cette prise de décision a lieu.

La réflexion méthodologique

Chaque PT dispose d'un temps de coordination, d'échange et de réflexion : groupe de travail, réunion des partenaires – c'est bel et bien une méthode commune de travail en réseau qu'il s'agit de mettre en place. Les PT disposent d'ailleurs souvent de plusieurs niveaux de réflexion, via des comités restreints qui abordent l'un ou l'autre aspect de la réflexion méthodologique. A titre d'exemple, le PT 94 SIMAS implique les partenaires dans différents modules de concertation :

- *Le comité de gestion* : il s'agit du groupe de professionnels ayant initié le projet. Il garde un œil sur le projet au niveau administratif et sur le plan de l'axe de travail. Il prend les décisions et se réunit une fois par trimestre environ.
- *Le groupe de travail* : il se réunit une fois par mois. Ce groupe réunit six des partenaires ayant une certaine expertise par rapport à la problématique de l'abus; il constitue un support pour la coordinatrice.
- *Les rencontres-formation* : il s'agit de matinées d'information et d'échange réunissant une quarantaine de travailleurs émanant des institutions partenaires. Chaque matinée est consacrée à l'une ou l'autre problématique qui concerne le projet – les premières séances, par exemple, ont été consacrées à la problématique de l'abus sexuel et à relativiser l'image « noire » que les professionnels de soins et d'accompagnement se font de ce public.
- *Les réunions plénières*

Autre exemple, le PT 71 HERMES, qui réunit différents partenaires à différents niveaux de réflexion et de concertation :

- *Le « groupe de partenaires signataires » (7 partenaires)* : ce groupe effectue les inclusions. Le PT, qui compte un nombre assez élevé de partenaires, a mis sur pied ce comité de partenaires signataires restreint qui évalue, décide des inclusions et fait des propositions de suivi, les autres partenaires donnant par la suite leur accord de manière quasi automatique à l'inclusion – sous réserve, donc, de leur acceptation par ce groupe restreint. Ainsi, les réunions d'inclusion ne rassemblent pas les 22 partenaires.
- *Le « groupe de pilotage » (14 partenaires)* : le suivi et le développement du projet sont assurés conjointement par ce groupe de partenaires réunis en fonction de leurs spécificités et de leur expertise. Les réunions de ce groupe ont lieu toutes les six semaines approximativement.
- *Le « groupe porteur » (6 partenaires)* a pour mission de développer le projet thérapeutique sur le plan de la méthodologie ; les partenaires de ce groupe se réunissent trois fois par mois.
- *Le « groupe des 22 partenaires »* permet aux partenaires moins actifs de participer deux fois par an à une réunion collective.
- *Les formations au rôle clé de référent* : ces formations sont destinées à former des partenaires du projet, issus de différentes institutions, au rôle clé de référent. Véritables « marches-pieds » du dispositif de concertation autour du patient, les référents portent la concertation pour un patient particulier. Ils sont choisis parmi les partenaires. Ils amorcent la concertation pour un patient qu'ils ne connaissent pas au préalable, et tentent d'amener de nouveaux partenaires et de stimuler l'articulation entre intervenants. Ils organisent les réunions de concertation autour d'un patient particulier, animent ces réunions et en rédigent les PV. Chaque référent tient à jour le dossier de concertation du patient pour lequel il est référent.

II. MOTIVATION, PLUE-VALUES ET DIFFICULTES

On retrouve ainsi, dans bon nombre de PT, plusieurs niveaux de concertation destinés au pilotage et actifs sur différents volets du travail en réseau : affinage du processus de concertation, prise de décisions, réflexion méthodologique, etc.

Tel que nous l'avions mentionné dans le rapport de concertation transversale de mars 2008, rappelons que, outre les réunions d'inclusion et de concertation autour du patient (prises en compte dans la convention INAMI et dans le calcul du budget des PT), la majorité du temps

de travail au sein de chaque PT est dévolu au travail de concertation entre partenaires, temps de travail qui s'impose pour structurer et organiser la concertation, ainsi que pour « apprendre » le travail en réseau (conception et affinement du projet, connaissance réciproque, auto-formation, information interne et externe, discussion sur la méthode et sur les obstacles, feed-back en commun etc.).

Ainsi, les rencontres entre partenaires sont nettement plus nombreuses qu'il n'y a de réunions d'inclusion : les rassemblements destinés à cette concertation entre partenaires et à cette co-élaboration continue du projet ont lieu, selon les cas, deux à trois fois par mois : de tels projets ne se programment pas tous seuls ; ils requièrent un maximum de temps et d'énergie pour se mettre en place, et ce d'autant plus dans les premières années de leur activité. Rappelons que ce temps-là, ce temps de pilotage et de réflexion méthodologique, n'est pas pris en compte par les règles de la convention INAMI.

V. COORDINATION

I. DESCRIPTION

Afin d'assurer la coordination du projet dans ses aspects administratifs et cliniques, les PT disposent de coordinateurs pour assurer l'accomplissement de tâches parfois « centralisées » dans le chef d'une seule et même personne, ou distribuées entre deux personnes, voire même entre toute une équipe. Dans ses grandes lignes, le mode organisationnel de cette fonction de coordination ne s'est pas modifié en 2008 : nous reprenons donc ci-dessous les traits principaux dégagés dans le rapport de concertation transversale de l'année 2007.

- 9 PT sur 12 ont séparé la coordination administrative (répartition du montant forfaitaire entre les partenaires, facturations et obligations contractuelles envers l'INAMI) de la coordination clinique, qui comprend généralement les tâches suivantes : préparation et suivi des demandes et de la concertation d'inclusion, préparation et suivi des réunions de concertation autour du patient, transmission des informations entre les partenaires (dont le plan de soins) via l'élaboration des compte-rendus de ces réunions, concertations entre partenaires, éventuelles concertations complémentaires avec le patient, son entourage ou un représentant, etc.
- Dans 4 PT, les coordinations clinique et administrative sont, dans les faits, confondues. Le premier a confié la coordination clinique et administrative à une seule et même personne, infirmière en chef à l'hôpital de jour partenaire du PT. Affectée à mi-temps à ce poste, elle a du rapidement consacrer plus de temps à cette double fonction, car la surcharge de travail est considérable – ce qui veut dire qu'elle est en partie payée sur les fonds propres de l'hôpital. Le second PT a dissout la fonction de coordination clinique

entre plusieurs partenaires et leurs équipes respectives, qui détachent chacun à cette fin un travailleur à raison de x heures par mois, constituant ainsi une sorte de bureau multi-institutionnel. 4/5 des frais fixes sont ainsi répartis entre les structures partenaires qui mettent un membre de leur personnel à disposition du projet. La coordination, ainsi fortement décentralisée, repose simultanément sur les épaules de plusieurs personnes et de plusieurs équipes, ce qui permet d'une part de fonder le fonctionnement du projet dans le fonctionnement courant des équipes, et d'autre part de « concerner » plus directement les équipes des partenaires. Les troisième et quatrième sont des PT dont les coordinateurs, tous deux assistants sociaux, ont en charge les fonctions ayant trait tant à la rencontre avec les patients qu'aux relations administratives avec l'INAMI.

- Dans les 9 PT qui ont séparé les deux fonctions, on en dénombre 5 où intervient un SISD, chargé de la coordination administrative ; dans 4 de ces 5 PT, le rôle du SISD se limite à la répartition du montant forfaitaire entre les partenaires, aux facturations et aux obligations contractuelles envers l'INAMI, tandis que dans le 5^{ème} PT, le SISD se charge en outre du compte-rendu de la première concertation d'inclusion. Dans les sept autres PT, où n'intervient donc pas de SISD, la coordination administrative est assurée par un partenaire résidentiel hospitalier ou par un partenaire ambulatoire.

II. MOTIVATION, PLUE-VALUES ET DIFFICULTES

Pertinence de la distinction entre coordination clinique et administrative

- Qu'elle soit exercée par un SISD ou par l'équipe interne d'un partenaire résidentiel ou ambulatoire, l'expérience engrangée au cours de l'année 2008 confirme la pertinence de la distinction entre le travail organisationnel et administratif, d'une part ; le contenu clinique de la concertation autour de chaque patient, de l'autre. C'est d'autant plus vrai que de nouvelles tâches assignées au coordinateur clinique se profilent et que sa charge de travail augmente au fur et à mesure de l'inclusion des patients dans le projet, étant donné que les réunions de concertation se sont multipliées en 2008. Cela étant dit, nombre de coordinateurs soulignent le fait qu'ils vont désormais plus vite pour faire certaines choses ; un certain « roulement » est atteint dans les tâches de coordination, en regard du temps qu'elles prenaient nécessairement la première année, lors de la mise en œuvre initiale des PT.
- Dans les 5 PT où un SISD intervient, la coordination administrative est la contribution majeure de ces services – leur expertise est une réelle plus-value en la matière. Cela étant dit, les coordinateurs administratifs – dont les SISD en particulier – dénoncent le rôle ingrat qu'ils sont amenés à endosser en tant que relais d'instructions et d'obligations diverses envers l'INAMI, rôle qui leur est formellement attribué dans les conventions : ils se perçoivent ainsi comme les « gendarmes » de la concertation.

- Les PT qui n'ont pas scindé la fonction de coordination en deux mettent l'accent sur la division, la décentralisation et la répartition des tâches entre les partenaires, de sorte que celles-ci reposent simultanément sur les épaules de plusieurs équipes.

Importance du travail préparatoire à la concertation

- Certains PT mettent en exergue l'importance capitale, pour la suite du processus, du *travail préparatoire* important qui est du ressort de la coordination clinique : il s'agit ici de faire une sorte d'état des lieux du réseau existant et de définir la place relative de chaque intervenant dans la concertation autour du patient. En ce sens, le coordinateur d'un PT dit se constituer, en quelque sorte, comme « tuteur de soins » : il ne prend pas les décisions mais organise l'échange de la parole ; la réflexion collégiale entre les intervenants et le patient peut alors démarrer autour de ces questions : « qu'est ce qui se fait ? Qu'est ce que vous imaginez qui serait à faire ? ». Ainsi, chacun est renvoyé à la responsabilité qu'il a en tant qu'intervenant.

La coordination à « double casquette »

Outre la division entre fonctions administrative et clinique de la coordination, un paramètre qui a des implications dans le fonctionnement des PT réside dans le fait que le coordinateur ait – ou non – deux « casquettes » : Alors que dans nombre de projets, c'est un intervenant (assistant social ou psychologue) d'une institution porteuse qui est à la base de la coordination du projet, dans d'autres, la condition pour assumer cette tâche de coordination est justement de ne pas appartenir à l'institution porteuse. Ce mode de coordination a des implications certaines sur le fonctionnement du projet. Ainsi, une coordinatrice explique les incohérences liées à sa « double casquette » d'assistante sociale au sein de l'hôpital et de coordinatrice clinique du PT : selon elle, les inclusions se font plutôt sous l'impulsion de sa fonction d'assistante sociale même si c'est à titre de coordinatrice clinique qu'elle présente le projet à un patient.

Coordination et centralisation

Il n'y a pas de coordination « neutre », en ce sens où tout coordinateur engagé par le projet l'est au sein d'une des institutions partenaires. Dès lors, l'existence quasi-systématique de la fonction de coordination au sein des projets induit forcément une part de « centralisation » du fonctionnement ; c'est d'ailleurs toujours l'institution dans laquelle le coordinateur travaille qui inclut la majorité des patients.

Le coordinateur comme plaque tournante d'un dispositif

Véritable plaque tournante de la concertation, le coordinateur effectue dans chaque projet des tâches les plus diverses, allant de la rencontre individuelle avec chaque patient à la

rédaction des PV de réunions plénières, en passant par l'animation ou le rapport des concertations autour du patient, la promotion du PT ou la mise en place de groupes de travail. Autant de tâches qui tendent à faire du coordinateur le maillon indispensable au fonctionnement du travail en réseau dans le cadre des projets thérapeutiques. Si l'expérimentation vise à instaurer de « bonnes habitudes de travail », il ne faut pas perdre de vue qu'au stade où en sont les PT, il est difficile, au vu du nombre et de la diversité des tâches que le coordinateur prend en charge, d'imaginer le fonctionnement de chaque PT sans celui-ci. Par ailleurs, il serait utile de réfléchir à des dispositifs alternatifs qui soient en mesure d'alléger la lourdeur de la tâche qui incombe au(x) coordinateur(s) de chaque projet.

Désignation d'une personne de référence

- En termes de coordination et de continuité de la concertation, on peut souligner un trait commun aux dispositifs mis en place dans de nombreux PT : la présence d'une *personne de référence* pour le patient. Dans l'un, c'est le coordinateur qui assure ce rôle ; dans un autre, c'est le professionnel de l'institution qui a proposé l'inclusion du patient ; dans un troisième, encore, c'est un professionnel extérieur à la structure de prise en charge du patient, mais choisi parmi les partenaires du PT. Si différentes conceptions du rôle de cette personne-pivot ressortent, selon les PT, cette personne n'effectuant pas nécessairement les mêmes tâches, d'un projet à un autre, il est remarquable que la grande majorité des PT se soient rendus compte de l'importance de disposer d'une personne de référence pour « faire tourner le réseau auprès de chaque patient » et garantir la continuité de la concertation.
- un PT a formalisé cette fonction de manière particulière, en la distinguant clairement de la fonction de coordinateur clinique. Si les coordinateurs cliniques et administratifs sont garants, chacun à leur niveau, de la *circularité* du patient dans le réseau, la personne de référence travaille, elle, davantage dans une perspective de *linéarité*, de *continuité* des soins. Ce PT a donc mis sur pied un *pool de référents* : composé de volontaires émanant des équipes partenaires, ceux-ci sont spécifiquement formés, en interne, au travail de concertation autour du patient. Chaque patient se voit attribué un référent extérieur, choisi lors de la réunion d'inclusion, en vertu de son expertise ou de son extériorité par rapport à la situation. Ce référent est le véritable « marche-pied » du dispositif de concertation : il amorce et porte la concertation pour un patient qu'il ne connaît pas préalablement et tente d'amener de nouveaux partenaires autour de lui, en fonction de l'état du patient et de ses besoins – ce sont donc les partenaires existants ou nouveaux qui sont mobiles. En outre, ces multiples référents permettent au coordinateur du PT de ne pas être acteur de toutes les concertations – une distinction est ainsi faite entre la fonction de *référent* (calquée sur la fonction de *référent hospitalier*, telle qu'elle se trouve formalisée dans un autre projet-pilote, au niveau fédéral) et celle de *case-management*.

Incidence de la passation des échelles sur la fonction et la place du coordinateur clinique

- Malgré la nébulosité qui entoure l'encodage des « données patients », le fonctionnement du logiciel, les obligations des PT en termes de quotas et d'échéances, quelques PT ont entamé la passation des échelles sur papier. Dans chacun d'entre eux, une personne (clinicienne de formation) a été engagée spécifiquement pour ce faire : il est difficilement envisageable, en effet, que cette charge supplémentaire de travail soit prise par le coordinateur et intégrée dans son mi-temps, dont on rappelle qu'il est déjà insuffisant au vu de l'ampleur prise par les tâches d'organisation et de suivi des réunions d'inclusion et de concertation.
- D'entrée de jeu, certains PT soulignent que cette nouvelle tâche a des incidences sur la fonction et la place du coordinateur clinique. Deux éléments doivent ici être soulignés. D'une part, les échelles comportent toute une série de questions sensibles, dont notamment celles qui touchent à l'intime : ces questions viennent remuer pas mal de choses chez certains patients qui se rendent compte, à l'occasion de la passation de ces échelles, que « rien ne va dans leur vie » et peuvent sortir bouleversés de cet exercice. Certains PT en particulier insistent sur les conséquences dangereuses que peuvent entraîner la passation des échelles sur des patients à haut risque (dont les personnes suicidaires en particulier). Dans certains PT – mais pas dans tous : encore faut-il qu'ils en aient les ressources – les patients éprouvés par cette passation se retournent alors souvent vers le coordinateur clinique pour trouver un apaisement à l'anxiété suscitée par les questionnaires. Le cas échéant, celui-ci se voit donc investi d'une attente, d'une fonction clinique accrue en termes de disponibilité, de soutien, de réponse aux questions du patient ou de ses proches. D'autre part, la passation des échelles soulève de nouvelles questions dans le chef du coordinateur clinique. Ainsi, quand le patient qu'il connaît bien répond à côté des questions, qu'il interprète les choses autrement voire qu'il ment, que doit-il retenir comme information ? Et que doit-il faire des nouvelles informations qui apparaissent dans ce cadre ? En effet, lors de la passation des échelles, certains patients amènent des éléments dont l'équipe n'a pas eu connaissance en concertation. Cela met le coordinateur clinique, en particulier, dans une position malaisée : une fois qu'il en a pris connaissance, il ne peut plus en faire abstraction ! Quand le patient a une personne de référence, le coordinateur l'avertit de cette situation. Mais in fine, cela signifie que les données recueillies dans le cadre de la passation des échelles sont donc aussi utilisées dans le cadre de la concertation autour du patient. On est donc ici dans une autre configuration que celle prévue initialement : de facto, ces échelles ne sont pas simplement une formalité à remplir pour le KCE. Bref, cette nouvelle donne vient donc accentuer encore le rôle du coordinateur clinique en tant que « personne-ressource » des patients inclus.

VII. CONCLUSION

En guise de conclusion, nous reprendrons ici les éléments essentiels que nous avons pu dégager dans les chapitres précédents, qui caractérisent le processus de concertation autour du patient, au terme de ces deux premières années de fonctionnement des PT.

Une expérimentation en cours

- Une réflexion préliminaire importante, avant de dégager plus spécifiquement quelques traits spécifiques du processus : sur le plan du travail clinique, les échanges amenés et renforcés par la structuration d'un travail de concertation autour du patient entre les différents partenaires concernés, leur rencontre autour d'une table à intervalles réguliers sont **positifs pour le travail thérapeutique** : tout au long de l'année 2008, le processus a consolidé les bases du travail en réseau mises en place en 2007 ; il a permis d'affiner la connaissance réciproque des partenaires et de leurs modalités d'intervention respectives. Toutefois, il importe de rappeler que la concertation autour du patient, telle qu'elle est mise en œuvre depuis deux ans dans le cadre imposé par l'INAMI, est **l'expérimentation en cours d'un dispositif** à travers lequel de nouvelles modalités de collaboration sont soumises à l'épreuve des pratiques – diversifiées s'il en est. Comme leur nom l'indique, les projets thérapeutiques sont bien des **projets-pilotes**. C'est dire que la confrontation entre les professionnels, d'une part – leurs modes de travail respectifs, les types de prise en charge et les références thérapeutiques diverses – et la confrontation entre un patient et cet ensemble de professionnels autour d'une table, de l'autre, forment un processus inédit, qui ne va pas de soi : il charrie donc son lot d'expériences – heureuses et malheureuses – dont nous tâchons, dans ce processus de concertation transversale, de dégager les enseignements au fur et à mesure de son décours, sans tirer de conclusions trop rapides quant à la formalisation à venir de réseaux et de circuits de soins.

Sur le terrain des pratiques

- De façon générale, la concertation représente du nouveau dans l'optique d'une prise en charge globale du patient. Les bénéfices du processus mis en place il y a deux ans sont évoqués par les PT dans les termes suivants : une fenêtre de possibilités d'intervention plus grandes s'ouvre à mesure que le réseau de partenaires se diversifie ; la rencontre de pratiques différentes est fort enrichissante ; le cadre des PT légitime l'intervention concertée et facilite les contacts et la collaboration entre des services qui apprennent à se connaître ; les tensions entre les secteurs de la santé mentale et du social s'amenuisent ; pour les psychiatres, la démarche permet de resituer le patient dans un contexte plus large que celui d'une consultation privée ; enfin, le patient se sent soutenu par la pluralité des acteurs qui portent le PT. Soulignons toutefois que certains patients s'avèrent ne pas être prêts pour une prise en charge de ce type par le réseau, lequel n'est pas assez cadrant pour eux, comme peut l'être le cadre hospitalier : en d'autres termes, ils n'ont pas la capacité de nouer une accroche suffisante à ce type de prise en charge.

Sur le plan formel

- Tout d'abord, l'expérience menée en 2008 confirme que l'exigence imposée par l'INAMI d'organiser une réunion de concertation tous les trois mois à date fixe est dénuée de sens et impraticable. Cet échéancier rigide impose un rythme qui, selon le cas, est trop rapide ou trop lent ; bref, un tempo qui ne tient compte ni des contraintes cumulées des partenaires, compte tenu de leurs pratiques respectives et de leurs agendas fort chargés, ni de l'évolution du patient. C'est rappeler encore une fois que le travail thérapeutique, c'est du ***cas par cas*** : en conséquence, on devrait tantôt pouvoir se réunir plus souvent, tantôt espacer davantage les réunions de concertation – notamment celles qui suivent la première, car il faut souvent un certain temps pour que les choses se mettent concrètement en place. En outre, dès lors que les réunions de concertation se multiplient au fur et à mesure de l'inclusion de patients dans les PT, les porteurs de PT se retrouvent souvent confrontés à des agendas saturés de réunions, au détriment du travail clinique.
- Ensuite – et à l'inverse – il apparaît clairement que certains patients inclus connaissent des périodes d'accalmie, de stabilisation de leur état, au cours desquelles il est inutile de se réunir à leur sujet. Or, pour l'INAMI, les patients sont soit en dehors, soit à l'intérieur du PT : aucune possibilité n'est donc laissée aux professionnels d'être en retrait, tout en restant disponibles. Il s'agirait de pouvoir mettre le projet sur le mode « veilleuse », en quelque sorte. De nombreux PT plaident en conséquence pour la formalisation d'un *temps de veille* dans le processus, durant lequel les partenaires resteraient à disposition du patient : celui-ci pourrait leur faire appel en cas de besoin et il resterait inclus dans le PT, plutôt que de devoir, comme aujourd'hui, le désinscrire du PT et ensuite le réinscrire en cas de rechute. Les patients seraient avertis qu'ils peuvent toujours s'adresser aux partenaires du PT et cela n'impliquerait pas la mise en branle d'une lourde machinerie administrative – de fait, toute entrée et toute sortie d'un PT représente, dans la configuration actuelle du dispositif, une charge de travail administrative conséquente au niveau de la gestion des dossiers et de l'enregistrement des données. C'est aussi rappeler que les PT s'adressent à des patients *chroniques* et *complexes*, qui ont souvent beaucoup de difficultés à maintenir un lien social, notamment avec tous les professionnels qui les prennent en charge. Or la *continuité des soins pour les patients chroniques et complexes* est l'idéal qui préside à la mise en place des PT : à ce titre, il exige pareil assouplissement temporel du cadre.
- Enfin, dans la même optique, l'exigence imposée par l'INAMI de la présence obligatoire des trois partenaires signataires aux réunions d'inclusion et de concertation est encore plus largement dénoncée aujourd'hui qu'elle ne l'était déjà fin 2007. D'une part, en regard de la situation et de l'évolution du patient, elle n'a pas plus de sens que la règle de fréquence trimestrielle des réunions de concertation : en effet, ce sont tantôt beaucoup plus de partenaires qui sont nécessaires à la concertation, tantôt d'autres partenaires que les partenaires habituels qui doivent être présents, comme des partenaires extérieurs, etc. D'autre part, elle se révèle tout simplement impraticable et n'est pas tenable à long

terme, surtout en ce qui concerne les partenaires de première ligne – dont en particulier les médecins généralistes et les psychiatres du secteur privé, qui restent les moins impliqués jusqu'à présent, dans une grande majorité des PT. Ainsi, les PT se trouvent confrontés à l'absence récurrente d'un des trois partenaires obligatoires et dans l'impossibilité de le remplacer par la voie d'un partenaire homologue mandaté, le cas échéant, conformément à la procédure INAMI : doivent-ils dès lors considérer le patient comme exclu du projet, et, par conséquent, faire payer à ce dernier les frais d'une exigence purement administrative, dépourvue de sens sur le plan clinique ?

- Comment établir des ponts entre les médecins généralistes et le secteur de la santé mentale ? La question est plus que jamais à l'ordre du jour au terme de cette seconde année de fonctionnement. Dans de nombreux PT, le manque ou le défaut d'implication des partenaires privilégiés de la première ligne que sont les médecins généralistes et les psychiatres du secteur privé pose une question plus large : celle du partage de la prise en charge du patient entre professionnels et de ses enjeux en termes de pouvoir, dans le cadre du travail en réseau. De fait, une des raisons invoquée par les PT pour expliquer la position de fermeture d'un grand nombre de médecins généralistes et de psychiatres est leur résistance à ce mode de travail en réseau : celui-ci engendre une perte de pouvoir sur le patient, dès lors que, dans ce processus de concertation, on quitte le classique « colloque singulier » entre le patient et son médecin pour aller vers quelque chose de neuf et de très différent : une certaine redistribution des rôles, une égalisation des positions des intervenants quel que soit leur statut et leur fonction. Le processus de concertation tend en vers plus d'horizontalité dans les rapports entre professionnels ; les positions de « surplomb » y sont donc mises à mal. Le témoignage d'un PT, qui fixe systématiquement les rendez-vous des concertations dans le bureau du psychiatre d'un des patients inclus, est éclairant à cet égard : le porteur du projet souligne en effet que le psychiatre n'est plus, désormais, *derrière son bureau* mais *autour de la table*, la coordinatrice du projet ayant exprimé sa volonté de placer tous les partenaires sur un même pied d'égalité. Enfin, on peut dire que la mise en réseau des services et des pratiques implique nécessairement la mise en réseau des informations : il est donc logique que de nouvelles questions sur les informations et leur transmission se posent entre les partenaires et que les médecins et psychiatres privés, en particulier, résistent davantage que les autres à ce qui se met en place, car ils perdent clairement quelque chose de leurs privilèges dans ce processus.

L'implication des partenaires

- Pour conclure, on insistera sur un grand principe dégagé de l'expérience en cours : la question de ***l'implication des partenaires*** – quels qu'ils soient – ne doit, en aucun cas, être confondue avec celle de leur présence formelle aux réunions d'inclusion et de concertation, comme le donne à penser aujourd'hui le dispositif mis en place par l'INAMI. Ce serait réduire cette problématique majeure à sa seule dimension formelle – administrative et procédurale – et, partant, occulter les enjeux de fond – cliniques – de la concertation, dans la nécessaire prise en compte des besoins spécifiques des patients et

des contraintes des professionnels. C'est dire notamment qu'un partenaire peut être impliqué dans un PT sans être tout le temps présent aux réunions – comme il peut être présent à toutes les réunions sans être pour autant impliqué sur le fond. Il y a là une dimension essentielle à la bonne compréhension de ce que sont aujourd'hui, sur le terrain, les projets thérapeutiques.

* * *

**II. EXPERIENCES CONCERNANT L'ÉCHANGE
D'INFORMATIONS AU SUJET DU PATIENT**

I. MODALITES PRATIQUES AU SEIN DES PT

- Comme nous l'avons formulé dans le rapport de concertation transversale de mars 2008, de façon générale, la gestion du secret professionnel entre partenaires signataires des PT ne semble poser aucune difficulté majeure au sein des PT, tant dans la procédure d'inclusion que dans les réunions de concertation autour du patient. Il faut dire que cette pratique n'a pas attendu la mise en œuvre des PT pour se développer entre partenaires du secteur de la santé mentale, généralement impliqués de longue date dans un travail en réseau. A priori, la plupart des PT n'ont donc pas formalisé de règles particulières relatives à l'échange des informations au sujet du patient. Tout au plus ont été posées des méthodologies acceptées par tous les partenaires, qui répondent à un souci général d'organisation et de balisage du flux d'informations transmises – élaboration de chartes de communication, mises au point de codes de désignation des patients, etc. On constate qu'il est souvent convenu entre partenaires, tacitement ou plus explicitement, de ne pas entrer trop en détail, sur le plan clinique ou médical, dans la situation des patients inclus : on se limite au partage des informations essentielles à la compréhension et à la prise en charge concertée de ces derniers.

II. DIFFICULTES, REFLEXIONS ET DECISIONS ISSUES DES PRATIQUES DES PT

- La problématique du secret professionnel sous-tend un double volet : d'une part l'aspect du maintien de l'anonymat des patients candidats à une prise en charge en réunions d'inclusion ; d'autre part, la transmission des informations relatives au patient entre partenaires de la concertation. Dans ce processus de concertation, la difficulté de savoir quelles informations sont susceptibles d'être partagées – et avec qui – reste le plus souvent soulevée par les professionnels dépositaires du secret médical – les médecins généralistes et les psychiatres. Comme nous l'avons évoqué plus haut, la nécessité de garantir le secret professionnel est une des raisons majeures invoquées par ces derniers pour justifier leur non implication dans les projets thérapeutiques ou pour expliquer le gel des inclusions.
- La question du secret professionnel partagé et de ses limites – la confidentialité des données médicales relatives à des sujets psychotiques, en particulier – est plus délicate dès lors que les acteurs sont en présence soit du patient ou de son entourage, soit d'associations de patients, soit encore de partenaires sociaux : quelles sont alors les limites du secret professionnel partagé ? Au fil de la pratique de la concertation, des aménagements sont trouvés par les partenaires en regard de cette nécessité de préserver

l'intimité du patient. En ce qui concerne les partenaires extérieurs au secteur des soins de santé mentale – ainsi des représentants des secteurs social et judiciaire – la réflexion est en cours. Une question se pose fréquemment dans les PT : quand on interpelle l'un d'entre eux à l'issue d'une réunion d'inclusion, comment fait-on pour ne pas trahir la confidentialité des données tout en expliquant de façon suffisamment claire la situation et le cadre dans lequel elle est prise en charge ? Il n'est déjà pas évident d'expliquer à des partenaires extérieurs ce qu'est le PT. Doit-on faire passer l'appel à un nouveau partenaire potentiel par le coordinateur clinique qui, en principe, a une certaine pratique de la « clinique de passage » ? En l'occurrence, il est donc intéressant d'avoir à ce poste de coordinateur clinique quelqu'un qui, de par sa profession, est dépositaire du secret professionnel.

- La question du secret professionnel est aussi problématique sur le plan de l'encodage des données personnelles des patients inclus dans les PT. A ce jour, il règne encore beaucoup d'incertitude quant aux garanties d'anonymisation des données transmises au KCE – la technique de double-cryptage par la plate-forme *be-Health*, en particulier, pose question à de nombreux partenaires, sur le plan du respect de la vie privée des patients : quand bien même l'avis rendu récemment par le Comité sectoriel de la Santé est positif quant aux garanties d'anonymat offertes par ce procédé de double-cryptage des données, certains PT refusent de transmettre le numéro de registre national des patients inclus. Bref, de nombreux partenaires, dans les PT, restent méfiants ; le fait de savoir que des informations partagées au cours du processus de concertation risquent de se retrouver dans une base de données qui serait, un jour ou l'autre, accessible au SPF, pourrait conduire certains d'entre eux à ne pas maintenir leur participation au processus. On rappellera également qu'en 2008, la fédération des médecins généralistes, en particulier, s'est vivement opposée à cet enregistrement des données selon le dispositif promu conjointement par le SPF et le KCE.
- Du débat mené en concertation transversale, au cours de l'année 2008, on peut dégager quelques pistes. A ce jour, aucun texte législatif n'aborde spécifiquement la question du secret professionnel partagé dans le cadre du travail en réseau – comme il en existe en France, par exemple, depuis 2003. Tous les partenaires du cluster s'accordent à dire que cette absence ou ce manque de cadre juridique leur est profitable : il laisse la marge de manœuvre que requiert le processus d'expérimentation de la concertation ; il donne le temps aux partenaires de se pencher sur les questions déontologiques, éthiques et cliniques que suscite le processus de concertation en cours. En outre, que l'on soit tenu à un secret professionnel partagé au sein de la concertation est un implicite, et c'est avant tout une question de responsabilité individuelle de chacun des partenaires : on se rappellera que les professionnels concernés sont soumis au secret professionnel ou à tout le moins au devoir de discrétion, tels qu'ils sont énoncés dans les textes juridiques qui régissent leurs professions respectives. Ce sont là des balises suffisantes à l'intervention concertée au sein du secteur de la santé mentale. En outre, tous les partenaires disposent d'une expérience du travail en réseau : la question des informations à transmettre ou non

à d'autres partenaires n'est certes pas neuve ; elle se pose au cas par cas et dépend notamment de la connaissance que les intervenants ont les uns des autres, des liens de travail qu'ils ont déjà tissé entre eux. Ce qui est nouveau, ici, dans le processus, c'est l'éventualité de devoir formaliser davantage les modes et les règles de transmission des données personnelles des patients, au terme du processus des projets thérapeutiques. S'il est important d'y penser, il faut cependant se garder de mettre la charrue avant les bœufs, et donc d'abord se donner le temps de pratiquer la concertation avant de dégager des conclusions quant à la formalisation du cadre juridique du secret professionnel partagé. La transmission des informations reste un travail au cas par cas. Qu'est-ce qui est utile et partageable ? Faut-il transmettre les PV des réunions à tous les partenaires signataires, même ceux qui ne sont pas présents ? Ces questions se posent dans leur contexte, et reçoivent des réponses différentes selon chaque situation. En tout état de cause, c'est donc surtout dans une perspective de travail en réseau intersectoriel qu'il faudra (re)penser à terme les règles du secret professionnel partagé.

* * *

TROISIEME PARTIE :
PERSPECTIVES AU TERME DE LA SECONDE
ANNEE DE FONCTIONNEMENT

EXPERIMENTATION VERSUS FORMALISATION

Durant cette seconde année de fonctionnement, les PT ont poursuivi leur expérimentation du dispositif de concertation mis en place en 2007 dans le cadre imposé conjointement par l'INAMI, le SPF et le KCE. A ce stade du processus et du débat qu'il suscite dans le cadre de la concertation transversale, **les questions de l'expérimentation et de la formalisation de la concertation sont mises en tension** et suscitent beaucoup d'interrogations, compte tenu de la rigidité du cadre imposé à cette expérience : dénoncée d'entrée de jeu en 2007, elle n'a pas donné lieu pour autant, au cours de l'année 2008, à un assouplissement significatif des règles et des modalités qui enferment le processus et mettent à mal les pratiques cliniques.

Entre le primat du constat de la **dimension informelle et interpersonnelle** de tout travail en réseau et la reconnaissance de la **nécessité de formaliser l'informel** – à savoir, d'injecter un minimum de cadre et de procédures dans les pratiques de concertation pour leur donner à l'avenir un socle commun – les projets thérapeutiques cherchent donc encore et toujours leur **modus vivendi**, dans le souci constant de garder véritablement les patients inclus au centre du dispositif de soins. Or, sur base de l'expérience engrangée pendant deux ans, on craint **les dérives qui guettent le processus**, dérives inhérentes au dispositif mis en place en 2007. En termes de synthèse et de perspectives, on reprendra donc ici, en les affinant, cinq éléments de réflexion essentiels dégagés du processus de concertation transversale en 2008.

1. Une réflexion s'impose, tout d'abord, au sujet d'une difficulté générale : **l'introduction et le développement d'une culture du travail en réseau**. Plus ou moins acquise selon les partenaires, cette culture opère en effet comme facteur déterminant dans la mise en œuvre concrète du processus de concertation. Il faut d'abord rappeler que le travail de *concertation* autour du patient se distingue nettement du travail classique d'*orientation* des patients – que toute structure de soins pratique isolément – en ce qu'il implique la mise en place d'une *concertation simultanée avec des partenaires multiples*. De ce point de vue, les expériences sont diversifiées : certains acteurs découvrent ce dispositif ; d'autres ont constitué de longue date leur réseau de partenaires et ont une expérience éprouvée de la concertation. Ensuite, on peut affirmer que, selon leur position dans le maillage des soins de santé mentale, la sensibilité des acteurs à cette nouvelle culture et à tout ce qu'elle implique en termes de modifications des pratiques est fort variable. Mais, dans tous les cas, les changements qu'induisent les modalités de collaboration qui sont spécifiquement promues dans le cadre des PT exigent un *temps d'incubation* et tout un *travail d'information, de sensibilisation et de formation* à ce qu'on appelle aujourd'hui la **clinique de la concertation**. Enfin, on soulignera ici encore un constat important : les difficultés relatives à l'introduction de cette culture du travail en réseau doivent aussi s'analyser en termes de modifications des rapports de pouvoir. En effet, la question du partage de la prise en charge des patients entre professionnels des secteurs hospitalier, ambulatoire et de première ligne est lourde d'enjeux, comme en témoigne en particulier la problématique de l'implication des médecins généralistes et des psychiatres du secteur privé, dans de nombreux PT. Le principe et les modalités du travail en réseau engendrent

une perte de pouvoir, sinon d'une série de privilèges, sur le patient : dans ce processus de concertation, de fait, on quitte le classique *colloque singulier* entre le patient et son médecin – traitant et/ou psychiatre – pour aller vers quelque chose de neuf et de très différent : est en jeu une certaine redistribution des rôles, une égalisation des positions des acteurs quel que soit leur statut et leur fonction. Le processus de concertation tend donc vers plus d'horizontalité dans les rapports entre professionnels ; c'est dire que les anciennes positions de « surplomb » y sont mises à mal. De même, on peut dire que la mise en réseau des services et des pratiques implique nécessairement la mise en réseau des informations : il est donc logique que de nouvelles questions sur les informations et leur transmission se posent entre les partenaires et que les médecins et psychiatres privés, en particulier, résistent sans doute davantage que d'autres à ce qui se met en place, au nom de la confidentialité des données médicales à laquelle ils sont tenus de par leur déontologie. Dans la prise en considération de ces données, comment établir des ponts entre le secteur de la santé mentale, les médecins généralistes et les psychiatres du secteur privé ? La question est, plus que jamais, à l'ordre du jour.

- 2. Il faut se garder d'espérer trop et trop vite, du point de vue de la constitution d'un réseau de soins continués et sur mesure.** Pour éviter de mettre la barre trop haut, il est donc important de rappeler ce que sont aujourd'hui les projets thérapeutiques, sur le terrain des pratiques : un *processus d'expérimentation en cours d'un nouveau dispositif d'intervention collective*. A ce jour, chaque PT mène *une* expérience de concertation selon des règles inédites, dont ils éprouvent, dans ce premier temps de l'expérimentation, la pertinence et la faisabilité.

Dans cette optique, il s'agit de rappeler aux pouvoirs publics et instances contractantes que *l'expérimentation précède nécessairement la formalisation* de tout réseau et circuit de soins : les choses doivent se construire pas à pas. Ce qui est aujourd'hui du ressort des PT est essentiellement de l'ordre de la mise en commun et de l'articulation de ce qui existe déjà – des services, des institutions, des pratiques de soins, de prise en charge et d'accompagnement des patients. On part des concertations informelles qui se sont nouées de tout temps entre professionnels ; on tire des fils et on tâche de formaliser progressivement les choses, en les ouvrant à de nouveaux partenaires, dans et hors champ de la santé mentale. C'est sur cette expérience de concertation, ainsi définie et limitée dans le temps et dans l'espace, que nous nous penchons dans le cadre de la concertation transversale. Ce faisant, on précise bien que ce ne sont pas les différentes pratiques, prises une à une, que l'on doit analyser ou évaluer, mais *la ou les manières de les mettre en commun* dans la configuration expérimentale d'un temps, d'un lieu et de modalités de rencontre. Il s'agit principalement d'identifier les points de rencontre comme les points d'achoppement, afin d'améliorer la concertation entre les partenaires et d'en dégager quelques balises, en se fondant sur l'expérience concrète et diversifiée qui est menée à travers les réunions d'inclusion et de concertation. Ce n'est que dans deux ans que l'on verra bien ce qu'on peut en dégager en termes de règles formelles et de propositions structurelles. Aujourd'hui, les PT sont encore et toujours dans ce *temps*

de l'expérimentation : c'est important de le rappeler, car il est indispensable de se donner ce temps pour éprouver un nouveau dispositif de travail à plusieurs, qui a de solides répercussions sur les patients.

De toute évidence, cette position humble est difficile à tenir, en 2008 davantage encore qu'en 2007. De fait, le dispositif promu conjointement par l'INAMI, le SPF et le KCE, très formalisé d'entrée de jeu, laisse bien peu de marge de manœuvre aux professionnels de terrain dans l'adaptation de leurs pratiques à ces nouvelles modalités. La rigidité du cadre de la concertation donne ainsi à penser que, pour les pouvoirs publics, *la formalisation précède l'expérimentation* : l'année 2008 confirme, à ce sujet, que la place donnée à cette expérimentation et à tous ses avatars est étroite. Bref, l'hiatus entre le *système conçu* et le *monde vécu*, source de malentendus, d'incompréhension et de vives tensions entre la base et le sommet depuis le début de la mise en œuvre des PT, s'est creusé en 2008 – c'est la raison pour laquelle, par ailleurs, de nombreux PT ont démissionné tout au long de cette année, et que d'autres pourraient suivre la même voie en 2009.

3. A la question essentielle et inhérente au processus de concertation éprouvé depuis deux ans – « qu'est-ce qui est utile *hic et nunc* pour faire avancer les choses, mettre en place un réseau de soin pour les patients ? » - la réponse est donc invariablement la même : des ***ajustements dans le temps et dans l'organisation structurelle de la concertation autour du patient***. La pertinence et l'utilité des PT – sinon leur seule viabilité – dépendent avant tout d'un assouplissement des règles imposées, principalement en termes de présence des partenaires obligatoires aux réunions d'inclusion et de concertation et de fréquence de celles-ci. L'expérience engrangée en 2008 confirme clairement deux enseignements essentiels, déjà dégagés à la fin de l'année 2007 :

- D'une part, cela n'a pas de sens d'avoir aux réunions les mêmes trois partenaires obligatoires, étant donné que ces partenaires ne sont pas forcément les prestataires de soins qui s'imposent, selon les cas de figure : à tenir compte des pratiques de terrain, il y a donc lieu de distinguer le *partenaire* du *prestataire* de soins et, partant, de ne pas confondre la question de l'implication des partenaires avec celle de leur présence formelle dans le processus, comme le fait aujourd'hui le dispositif mis en place par l'INAMI. Pareille réduction de la problématique de l'implication à sa seule dimension formelle – administrative et procédurale – occulter les enjeux de fond – cliniques – de la concertation, dans la nécessaire prise en compte des besoins spécifiques des patients et des contraintes des professionnels. C'est dire qu'un partenaire peut être impliqué dans un PT sans être tout le temps présent aux réunions – comme il peut être présent à toutes les réunions sans être pour autant impliqué sur le fond. Il y a là une dimension essentielle à la bonne compréhension de ce que sont aujourd'hui, sur le terrain, les projets thérapeutiques, dont on espère qu'elle sera enfin entendue par les instances contractantes.

- D'autre part, la temporalité propre du patient n'est absolument pas prise en compte dans l'échéancier trimestriel imposé aux réunions de concertation : pour certains patients, une réunion tous les trois mois n'est pas suffisante ; pour d'autres, cela n'est pas nécessaire, dès lors qu'ils vont bien ou mieux, compte tenu de ce qui a été mis en place à leur égard. C'est la raison pour laquelle les PT plaident notamment pour la possibilité de mettre en place des *temps de veille*, sans avoir à exclure des patients de leur projet. Car maintenir le patient au centre d'un « dispositif de soins continués et sur mesure » digne de ce nom implique que ce dispositif soit construit à partir de la *temporalité singulière* du patient, et non pas en fonction d'obligations administratives totalement dénuées de sens sur le plan clinique, liées à des exigences de monitoring et d'encodage de données, mises au service du bon ordonnancement des choses et de la traçabilité informatique des usagers dans le système de soins.

A défaut d'un assouplissement des règles imposées à ces deux niveaux, un premier effet pervers du système, pressenti l'année dernière, se fera ressentir de plus en plus en plus : on assistera, contre le gré des praticiens, à un *écrémage*, à une *sélection* des patients pris en charge par les PT. Car, à poursuivre dans cette voie, ne seront inclus à terme que les patients qui répondent aux critères administratifs imposés par l'INAMI et/ou par le KCE, et non pas ceux qui, en raison justement d'une pathologie complexe et de longue durée, ont le plus besoin de la mise en place d'une intervention plurielle et concertée, qui se décline dans la souplesse indispensable que requiert le travail clinique au cas par cas. A l'inverse, le processus pourrait renforcer à l'avenir un autre effet pervers de la rigidité du cadre : pour se mettre en conformité avec les règles procédurales imposées – et ne pas perdre leur financement en conséquence – certains PT se retrouveront contraints de travestir, d'une manière ou d'une autre, la réalité de leurs pratiques cliniques. Dans les deux cas, le danger réside dans le fait que la formalisation à venir des réseaux et circuits de soins pourrait s'élaborer sur base d'une image complètement tronquée de la réalité des pratiques de prise en charge et des besoins particuliers des patients qui forment le groupe-cible des PT.

4. Sur le plan de la communication officielle avec les instances contractantes (INAMI, SPF et KCE), les PT dénoncent une double insuffisance, sinon un double manquement. D'une part, ils reçoivent souvent des informations tardives et contradictoires, « par la bande », le cas échéant, ou parfois même aucune information – comme en a témoigné le silence persistant quant à l'enregistrement des patients, ses exigences, ses échéances et ses modalités opératoires. Dans cette nébulosité, les rumeurs vont bon train, qui ne facilitent guère le fonctionnement des PT, nourrissent les rancœurs et lassent les acteurs. Les PT attendent donc en 2009 une uniformisation des informations transmises et une meilleure articulation entre les différentes instances. D'autre part, les PT ont de moins en moins le sentiment d'être entendus par les pouvoirs publics, aux différents niveaux de gestion, de concertation et de décision les concernant (dont le groupe de travail mixte SPF et le groupe de travail du Comité de l'Assurance INAMI). Il est clair que le fait que des réflexions et des expériences de terrain ne soient pas entendues par les pouvoirs publics

hypothèque à moyen terme l'élaboration concertée d'une réglementation concordante et appropriée des pratiques de concertation.

5. Enfin, l'enregistrement – annoncé depuis des mois – des « données patients » pour le KCE donne encore et toujours lieu à discussion, tant il suscite de l'inquiétude et une résistance accrue chez de nombreux partenaires des PT. Après deux ans, il n'y a toujours aucune certitude sur la date de lancement et sur les exigences précises à l'égard des PT – ce qui contraste singulièrement avec les exigences strictes auxquelles ceux-ci doivent répondre par rapport à l'INAMI et au KCE. La communication officielle, ponctuelle et partielle sur l'enregistrement sur papier, doublée de rumeurs contradictoires sur l'opérationnalité de l'application internet n'a cessé de renforcer cette incertitude de fond, augmentant la lassitude, sinon la colère de certains PT. Cet état de fait persistant empêche les PT de s'organiser pratiquement et d'informer correctement leurs patients des modalités et des enjeux de cet enregistrement à venir de leurs données personnelles. En outre, les PT qui consentent à cet enregistrement espèrent que le KCE prévoit une véritable formation pratique, pour les professionnels qui s'occuperont de la passation et de l'enregistrement de ces données. Jusqu'à présent, les PT n'ont bénéficié d'aucune formation digne de ce nom; pour ceux d'entre eux qui ont commencé à faire passer ces échelles, les questions sont nombreuses ; en outre, force est de constater que les questionnaires sont traités de manière fort diversifiée selon les PT. C'est dire que les PT continuent de se poser des questions sérieuses sur la valeur scientifique et la pertinence de l'enregistrement des patients, tout comme sur les questions sensibles que celui-ci soulève sur le plan clinique, qui restent à l'ordre du jour.

* * *

ANNEXES