

RÉSEAUX EN SANTE ET APPROCHES COMMUNAUTAIRES¹

Bernard PISSARRO

Les réseaux sont apparus dans le champ de la santé au début des années 80, souvent de façon spontanée ; ils ont été officialisés par la circulaire de juin 1991, puis se sont très rapidement multipliés. La légitimation de leur fonctionnement par les Ordonnances d'avril 1996 n'a fait qu'accélérer ce développement.

Ils ont été créés au départ par des professionnels médicaux et sociaux de terrain qui voyaient dans cette approche un moyen de résoudre de façon interprofessionnelle les difficultés qu'ils rencontraient dans la prise en charge de situations médicales – et surtout médico-sociales – qu'ils étaient incapables de résoudre chacun de leur côté. L'intrication de multiples facteurs déterminants dans des pathologies plus ou moins complexes survenant dans un contexte de précarité ou de grande pauvreté nécessite l'interaction de nombreux intervenants qui ne peut être efficace que s'il y a coordination et complémentarité entre les interventions nécessaires.

De ce fait, les réseaux s'inscrivent « *dans une démarche de santé publique qui associe les problématiques médicales, sociales, psychologiques et éthiques. Dans cette optique, le réseau constitue à un moment donné, sur un territoire donné, la réponse d'un groupe de professionnels à un ou des problèmes de santé précis prenant en compte d'une part les besoins des individus et d'autre part les possibilités de la communauté. Cette définition reste ouverte à la notion de temps (quelques mois à plusieurs années), de territoire (du quartier à la nation) et de partenaires (citoyens, acteurs de santé professionnels ou non, institutionnels, associatifs, politiques...).* Ce modèle [...]répond aux critères principaux de modifications attendues des pratiques et des comportements, à savoir interprofessionnalité, transdisciplinarité et transversalité.² »

De taille, d'objectifs et de contenu très divers, ils s'inscrivent dans quatre types principaux³

1. **les réseaux d'établissements**, très formalisés (convention agrément, accréditation)
2. **les réseaux monothématiques de référence**, centrés sur les professionnels de terrain
3. **les réseaux de santé de proximité**, centrés sur les pathologies d'une population
4. **les réseaux d'expérimentation** de nouveaux financements du système de santé

Les premiers sont très institutionnalisés, le plus souvent construits sur le modèle hiérarchique et les derniers ont pratiquement disparu. Nous nous intéresserons ici essentiellement aux réseaux de type 2 et 3.

¹ Paru dans : La santé en réseaux.- VST n° 81 – pp 49-56

² Direction Générale de la Santé - Coordination Nationale des Réseaux – GROUPE DE TRAVAIL : FORMATION ET RESEAUX – RAPPORT FINAL, août 1998

³ LARCHER (P.) - Réseaux de soins, réseaux de santé : du concept à la définition. Direction générale de la Santé , Paris, 2002

Ceux-ci ont souvent amené de profondes modifications dans les pratiques professionnelles, permettant d'abord à des professionnels qui avaient peu l'habitude de travailler ensemble – voire qui ne se connaissaient pas dans un même territoire – de (mieux) se connaître, puis de mettre en commun leurs connaissances et d'échanger sur leurs savoir-faire et d'améliorer le service rendu aux patients.

Mais ces réseaux – le plus souvent peu théorisés – gagneraient souvent à s'inscrire davantage dans une démarche d'intervention en réseau, qui permet de travailler à deux niveaux :

- un premier niveau local, opérationnel pour les acteurs locaux, leur permettant de définir et de faire évoluer leur contexte,
- un niveau qui dépasse le plan local en mettant en synergie divers sites. Le réseau ainsi constitué à ce deuxième niveau *"joue le rôle important de fournisseur de ressources techniques [...] C'est en ce sens que l'intervention en réseau se conçoit beaucoup plus comme une technique de développement des potentialités [...] que comme une méthode de prise en charge de problèmes identifiés et définis hors du contexte culturel de ceux-ci"*⁴.

1. Le concept de réseau⁵.

Dès 1985, le concept de réseau est largement employé dans divers contextes. Joël de Rosnay, qui en donne dans les derniers chapitres de « Les Chemins de la vie »⁶ une définition claire, explique bien en quoi, dans un monde où les communications se sont intensifiées et souvent enchevêtrées, il y a lieu de créer des réseaux pour « *assurer une continuité entre le micro et le macro. Cette "capillarisation" des réseaux permet à chacun d'être en contact avec l'ensemble des autres réseaux... C'est la volonté de renvoyer l'information, de participer plus étroitement à la vie des grands systèmes dont nous sommes les éléments, qui conduit aujourd'hui au développement des liaisons horizontales.* »

Il y a nécessité de ne pas perdre de vue que les réseaux ont toujours existé depuis l'apparition de la vie, ce que confirme de son point de vue de biologiste et de généticien Albert JACQUARD. Comme l'écrivaient David COOPER et Marine ZECCA, « *le réseau est une ressource, il n'est ni une technique à enseigner ni une recette* »⁷.

Face à la complexité croissante des systèmes, être en réseau permet de faire aboutir des projets, de se sentir en lien et de partager des intérêts et des valeurs à plusieurs niveaux. Cela permet d'éviter l'anomie, l'isolement, le découragement. Ce type de réseau ouvert « *se forme en dehors des institutions établies, lorsque des gens s'organisent pour changer quelque chose ensemble et de manière non bureaucratique. Sa force vient de l'acceptation globale par ses éléments constituants de systèmes de récompense mutuels et de solidarité qui en renforcent la cohérence.* »⁸

⁴ BRODEUR (C.), ROUSSEAU (R.) - L'intervention de réseau - SERVICE SOCIAL DANS LE MONDE : 1987 :

⁵ JEANNEROT (V.), PISSARRO (B.), BOURGET-DAITCH (M.R.), TALLEYRAND (D.) -MOUVEMENT POUR UN DEVELOPPEMENT SOCIAL LOCAL - FORMATION (M.D.S.L.-FORMATION), et FORMATION, INFORMATION, PREVENTION, EVALUATION en SANTE - DOCUMENTATION (FIPE SANTE - DOC) - Construire en réseau des actions pour promouvoir la santé dans les quartiers en développement social - Rapport au Réseau National de Santé publique -Paris : 1995 - .120 p. + Annexes.

⁶ROSNEY (J. de) - Les chemins de la vie - Paris : Seuil,1984.

⁷ COOPER (D.), ZECCA (M.) - 1985 -Accompagnement technique d'une démarche communautaire à Bagneux

⁸ROSNEY (J. de) - op. cit.

Utilisé comme outil de dynamisation sociale, dans une population ou une communauté, il doit l'être avec un certain nombre de règles éthiques dont le non-respect risquerait d'en faire un outil de manipulation : *« On peut provoquer, induire, susciter un réseau de l'intérieur, jamais de l'extérieur comme un expert. Le savoir sur une population ne devrait pas permettre de manipuler cette population pour que des réseaux existent. C'est pourquoi dans notre démarche, l'expression 'pratiques de réseaux' n'a de sens qu'en tant que pratiques endogènes dans une population concrète où se trouvent des réseaux existants et des réseaux à inventer. »*⁹

Ce partage avec la population peut poser des problèmes à certains intervenants de la santé et du travail social. Il implique, en particulier, la remise en cause de la « neutralité bienveillante » et oblige entre autres à redéfinir les frontières et les limites de la « distance professionnelle ». Mais il ne remet pas en cause pour autant les compétences techniques des professionnels, en particulier dans le domaine du soin.

Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit souvent d'accompagner les personnes pour qu'elles trouvent leur propre solution aux problèmes auxquels elles sont confrontées, de prendre en compte leurs compétences et leurs représentations et de les aider à « récupérer leurs savoirs », même ceux qu'elles ne savent pas qu'elles possèdent, voire d'appuyer des projets locaux d'habitants : tout cela requiert des compétences plurielles qui ne peuvent s'acquérir que dans un échange de savoirs et de savoir-faire permanent.

Si l'on veut échapper à une organisation de type vertical dans laquelle quelques-uns savent ce qui est bon pour toute la structure, où le charisme de quelques-uns devient référence pour les autres, où la responsabilité d'un ou de quelques-uns évite aux autres de prendre une pleine part à la construction d'un ensemble cohérent qui grandit et se développe grâce aux apports de chacun des membres du groupe, il y a nécessité de mettre en place une structure souple, qui soit le plus possible horizontale, où chacun partage ses réflexions, ses interrogations, ses acquis, ses expériences, sans crainte d'être jugé mais avec l'obligation de se comporter en personne responsable et non dépendante d'un ordre ou d'un savoir établi par d'autres. C'est dire à quel point il est essentiel que les réseaux fonctionnent de façon a-hiérarchique.

Le but à atteindre est que la recherche de solution aux problèmes identifiés ou que la construction du projet soit appuyée et menée au sein d'un groupe ayant une communauté d'intérêts. Cette « communauté » peut se limiter aux seuls professionnels, mais l'expérience d'un certain nombre de réseaux de soins montre à quel point il est important de prendre en compte le fait que les malades – et leurs familles – partagent cette « communauté d'intérêts », et combien il est nécessaire qu'ils fassent aussi partie du réseau. Nous reviendrons sur le problème du « réseau primaire » des malades.

⁹COOPER (D.), ZECCA (M.) - op. cit.

2. Professionnels et habitants

La mise en réseau des professionnels entraîne deux risques principaux : l'oubli – ou au moins une prise en compte insuffisante - du réseau primaire des patients, et l'enfermement de ceux-ci dans un réseau trop enveloppant, au nom de « l'utilisateur au centre ».

2.1. Réseaux primaire et secondaire

Quand on se place du point de vue de l'habitant usager, il est habituel de réserver le terme de « réseau secondaire » au réseau de professionnels qui s'occupent, prennent soin, prennent en charge l'intéressé, celui de « réseau primaire » (ou naturel) concernant le réseau spontané des proches de l'intéressé (famille, amis, voisins, etc.). Ce réseau primaire – qui concerne chacun d'entre nous – est essentiel pour l'équilibre de chacun et son insertion dans la société.

Il est habituellement d'autant plus lâche ou délité que les gens sont en situation de précarité et sa restauration devrait être une priorité – sauf dans les rares cas où il est trop oppressant ou contraignant.

Or l'expérience montre que les interventions sanitaires et sociales du réseau secondaire ont tendance à oublier ou à négliger le réseau primaire, voire à s'y substituer – et donc à risquer de le faire disparaître, au lieu de le soutenir et de l'appuyer, voire d'aider à le (re)constituer. On aboutit ainsi parfois à des actions dont les effets sont à l'opposé de ce qu'on en attend : par exemple, dans un quartier, s'était monté un réseau d'entraide et de soutien à des personnes âgées isolées : des voisins assuraient l'essentiel des courses, un système d'alerte se mettait en place si telle ou telle personne ne se manifestait pas régulièrement. La mise en place d'un système de distribution de repas a failli détruire toute cette solidarité locale.

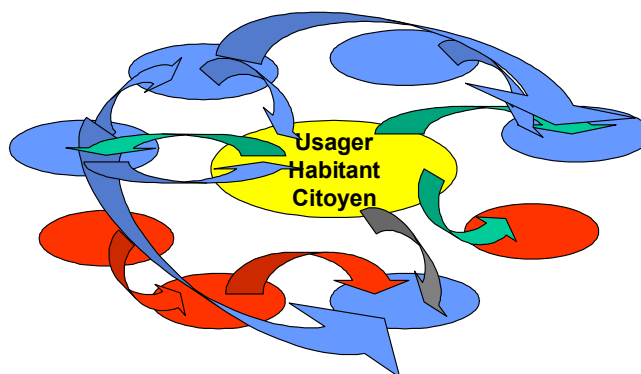
« Les réseaux primaires constituant le “ tissu social ” de base, on pourrait s'attendre à ce que ce soient eux qui déterminent les modalités d'existence des réseaux secondaires (ceux des professionnels) et les services que ceux-ci peuvent offrir. Or c'est rarement ce qui se produit. L'observation du fonctionnement de notre société montre, en effet, que les institutions sociales, même si elles sont au service de la population, s'approprient souvent la responsabilité de définir elles-mêmes, à la place des réseaux primaires, les besoins de ces derniers et les services qu'il leur faut. Les réseaux primaires acceptent généralement cette situation et adaptent alors leurs demandes aux services qui leur sont offerts ... Les réseaux primaires constituant le “ tissu social ” de base, on pourrait s'attendre à ce que ce soient eux qui déterminent les modalités d'existence des réseaux secondaires (ceux des professionnels) et les services que ceux-ci peuvent offrir. Or c'est rarement ce qui se produit. L'observation du fonctionnement de notre société montre, en effet, que les institutions sociales, même si elles sont au service de la population, s'approprient souvent la responsabilité de définir elles-mêmes, à la place des réseaux primaires, les besoins de ces derniers et les services qu'il leur faut. Les réseaux primaires acceptent généralement cette situation et adaptent alors leurs demandes aux services qui leur sont offerts ... »¹⁰

¹⁰ BRODEUR (C.), ROUSSEAU (R.), op. cit.

L'utilisateur au centre ?

Se pose en même temps le problème de la place de l'intéressé, du malade, qu'il est habituellement souhaité de mettre « au centre » du dispositif, ce qui donne le schéma suivant, où on voit bien qu'il risque d'être enfermé dans un réseau transformé en nasse :

Réseau primaire L'utilisateur « au centre »

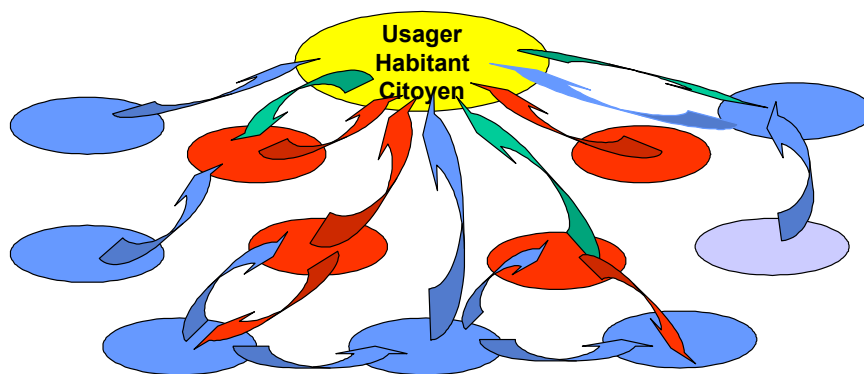


Réseau primaire

Professionnels

Et le réseau risque ainsi de devenir un dangereux outil de contrôle social. A l'inverse, si l'objectif est de développer le réseau primaire et de faire en sorte que tant le réseau primaire que le réseau secondaire permettent à l'utilisateur-habitant de devenir citoyen en l'aidant à développer ses propres capacités, on peut aboutir au schéma suivant :

Réseau primaire L'utilisateur « soutenu »



Réseau primaire

Professionnels

Resituer le travail en réseau dans une perspective d'approche communautaire permet en particulier de limiter ces deux risques.

2.2. La santé communautaire.

Si l'on prend en compte ce qui précède, le travail en réseau tend à s'inscrire logiquement dans une pratique de santé communautaire ; comme cette pratique donne lieu à des représentations fort diverses, il semble important d'en rappeler quelques repères :

C'est une notion qui est apparue il y a maintenant un peu plus de vingt ans, et le terme de « santé communautaire » est assez impropre, car il peut évoquer – rarement – la Communauté européenne (!), soit plus souvent actuellement le communautarisme et ses dérives, alors que les approches communautaires ne visent pas du tout à renforcer des communautarismes, mais bien à travailler avec le maximum de gens. De fait, on a de plus en plus tendance à parler de « pratiques communautaires » ou « d'approche communautaire de la santé » ; quoi qu'il en soit :

La démarche communautaire est une démarche qui « permet à une population d'acquérir un savoir-faire pour s'organiser et agir ensemble. C'est une démarche inter partenariale qui permet aux habitants d'occuper une place centrale dans les échanges entre professionnels et non-professionnels. »¹¹ Autrement dit, si l'on veut que les gens puissent être des acteurs, il faut leur permettre d'acquérir un minimum de connaissances.

« Une action de santé sera dite communautaire lorsqu'elle concerne une communauté qui reprend à son compte la problématique engagée, que celle-ci émane d'experts ou non, internes ou externes à la communauté ».¹² Ce qui veut dire qu'à côté des constats et des interrogations des professionnels, les habitants expriment de nombreuses préoccupations qui peuvent être loin de ce que pensent les professionnels.

La communauté

Comment alors définir une communauté ?

« Une communauté est un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales. Ses membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes ainsi que par des aspirations et des intérêts identiques, y compris en matière de santé. »¹³

Une communauté, ce peut être un quartier, une école, une municipalité, ce peuvent être des gens qui se retrouvent dans une même entreprise, un groupe de malades, etc.

¹¹ *Prévention des toxicomanies. Guide des politiques locales.* DIV. DGLDT. Paris 1991.

¹² *Charte de promotion des pratiques de santé communautaire.* Paris, Institut Théophraste Renaudot, 1998 : 14 p.

¹³ OMS, Alma-Ata 1978. Les soins de santé primaires.

« Le groupe ne devient communauté que lorsque certaines circonstances lui permettent de prendre conscience de relations privilégiées entre des membres et du fait que ces relations autorisent des changements sociaux impossibles à réaliser autrement, en d'autres termes lorsqu'apparaît une « conscience communautaire ».¹⁴

De façon proche, on parle souvent de « **Promotion de la santé** », terme qu'ici aussi on utilise dans des sens extrêmement différents. Voici la définition telle qu'elle en a été adoptée au plan international dans la **Charte d'Ottawa** :

« C'est l'ensemble des processus qui permettent aux gens, individuellement et collectivement, d'augmenter leur contrôle sur leur santé et sur ses déterminants, et d'améliorer celle-ci. »¹⁵

2.3. La participation des habitants

Qui dit approche communautaire de la santé, dit participation des habitants. Parler de participation il y a quinze ans semblait relever de l'utopie ou de la provocation. Maintenant, tout le monde en parle, que ce soit sur le terrain ; que ce soient les politiques, à tous les niveaux on s'en inquiète. Le problème, c'est que ce n'est pas si simple que cela, et que chacun entend par participation ce qu'il veut ; d'où cette brève typologie¹⁶.

- **La participation alibi.** C'est la plus fréquente : on inscrit deux habitants dans une action, on leur demande leur avis au milieu de nombreux professionnels ; comme ils n'ont ni formation ni information, ils sont vraisemblablement là pour qu'on puisse dire qu'il y a des habitants dans l'action.
- **La participation approbation.** On monte des projets, on dit aux habitants « voilà ce qu'on projette pour vous, n'est-ce pas que vous êtes d'accord ? ». Il arrive heureusement qu'ils puissent exprimer leur désaccord et faire que d'autres projets voient le jour.
- **La participation action.** Les habitants sont inclus dans l'action, ils y prennent des responsabilités.
- **La participation gestion.** Le plus grand nombre d'habitants possible, est impliqué dans les projets qui les concernent, depuis leur conception jusqu'à leur évaluation.
- **La participation des professionnels aux projets des habitants**, ou comment les professionnels, les élus, les "experts", peuvent participer aux projets des habitants, comment ils peuvent soutenir, épauler, impulser les projets des habitants et les accompagner, c'est-à-dire, comment se situer dans une perspective de partage du savoir, partage de leur savoir, de leurs connaissances sur leur vie, sur leur quotidienneté, sur la manière qu'ils ont de pouvoir ou de ne pas pouvoir les résoudre, savoirs confrontés avec les savoirs de professionnels souvent plus théoriques. Ce qui ne veut pas dire que les uns, ou les autres, soient systématiquement bons ou

¹⁴ Bury J. *Education pour la santé*. Bruxelles, 1988.

¹⁵ Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé. Ottawa, Novembre 1986

¹⁶ B. PISSARRO - Les inégalités dans la ville. Congrès international du centre de coordination communautaire en éducation pour la santé " Le social dans la santé ".- Liège, 1992 /11/18-20. 10p

mauvais. Mais c'est dans la confrontation de ces savoirs, dans une action délibérée de confrontation et d'élaboration ensemble, qu'on peut monter des projets de développement.

La participation, pour faire quoi ?

Mais il ne s'agit pas de préconiser la participation pour elle-même, et on oublie souvent de préciser ce que l'on en attend. Ces attentes peuvent être très diverses ; par exemple :

- Améliorer l'observance par des patients C'est d'ailleurs souvent parce qu'ils se heurtaient à des difficultés d'observance que des professionnels du soin se sont mis en réseau.
- Améliorer l'efficacité d'un « projet santé »
- Favoriser la réussite d'un projet en permettant que les gens y soient plus mobilisés
- Permettre aux intéressés, individuellement ou en groupe, de mieux gérer leur santé
- Permettre aux habitants d'acquérir les moyens qui leur permettront :
 - d'améliorer leur pouvoir sur leur vie et leur environnement,
 - de mieux maîtriser les déterminants de leur santé (cf. la Charte d'Ottawa), autrement dit, de s'inscrire dans une véritable *démocratie sanitaire*

Ces différents objectifs peuvent se retrouver plus ou moins associés dans les différents réseaux, mais il est important d'être clair par rapport à eux, c'est-à-dire de les identifier et de les partager, surtout en ce qui concerne le dernier qui peut modifier à plus ou moins court terme les relations au sein d'un réseau, en transformant la relation médecin-malade et plus largement la relation entre professionnels de la santé et du social avec le malade et son entourage. Ils entraînent aussi des pratiques d'évaluation qui impliquent les « malades-usagers-citoyens » à toutes les étapes du processus. Mais ils nécessitent aussi que se mettent en place des formations concernant tous les acteurs sous peine de retomber dans une participation-alibi.

Au total, l'élargissement des réseaux de soins et de santé aux malades et à leur famille, l'inscription des réseaux dans une approche communautaire de santé sont des gages de l'éthique de leur fonctionnement et de la pertinence de leurs objectifs et de leurs actions.