

La santé à l'épreuve de la ville.

Analyse des rapports à l'espace et des modes de fonctionnement de réseaux de santé à Bruxelles

Bernard Francq¹ et Damien Vanneste²

1. De l'origine des réseaux de santé bruxellois et du contexte de la recherche

Chronologie de l'émanation politique des réseaux de santé

Fin 2003, le Ministre de la Région de Bruxelles-Capitale en charge de la Santé lance un appel à projets qui vise à financer des formes organisées de coordination d'acteurs concernés de près ou de loin par le domaine de la santé. Il s'agit de soutenir la mise en œuvre de « réseaux santé », dans le but de développer une politique de santé publique intégrée. Cette démarche, survenant en fin de mandature politique, va se dérouler en un laps de temps relativement court. Les organisations bruxelloises intéressées par ce type de projet auront un mois pour répondre à cet appel à candidatures (exigeant des tâches aussi diverses que réunir l'ensemble des acteurs, susciter une dynamique d'intéressement, coordonner les exigences de chacun, monter le dossier...). Au final, 10 réseaux vont être retenus. Ils commencent leur travail en 2004. Ils obtiennent un financement annuel renouvelé en fonction de la qualité de leur rapport d'activités. Bénéficiant d'une telle subvention, ils embaucheront généralement un coordinateur dont, comme nous le verrons, les missions s'avèrent des plus diverses. Par ailleurs, les réseaux vont être soutenus et promus grâce à leur collaboration avec l'administration de la Cocof (c'est-à-dire de la Commission Communautaire Française)³.

Au cours de l'année 2006, suite à près de trois années de fonctionnement, le nouveau et actuel Ministre en charge de cette politique de santé va souhaiter, avec le soutien de parlementaires de différents partis, que l'ensemble des 10 réseaux santé créés soit évalué. L'objectif consiste alors à estimer la plus-value que ce dispositif précis apporte à la problématique globale de la santé à l'échelle de la Région bruxelloise. Notre équipe de recherche⁴ est alors sollicitée pour réaliser cette évaluation qui portera sur quatre axes principaux : 1/ l'intégration des usagers et

¹ Université Catholique de Louvain (UCL) et Centre d'Analyse et d'Intervention Sociologiques (CADIS)

² Facultés Universitaires Catholiques de Mons (FUCaM) et Centre de Recherche et d'Intervention en Organisation (CeRIO)

³ Cette commission est une émanation de la Communauté française, institution compétente sur l'espace belge francophone pour les matières dites « personnalisables » (telles que l'enseignement, la santé publique, la culture et les affaires sociales). Le champ d'action de la commission communautaire française se limite aux institutions francophones situées sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale.

⁴ Composée de S. Deschamps, C. Mahieu, Ph. Scieur, D. Vanneste (FUCaM/CeRIO) et B. Francq (UCL-ANSO/CADIS).

des professionnels dans le réseau, 2/ le fonctionnement du réseau, 3/ la qualité de la prise en charge et 4/ l'impact économique des réseaux de santé. Après plusieurs échanges avec les commanditaires et l'inscription de la collaboration dans une convention, l'évaluation débutera véritablement sur le terrain en septembre 2006 pour se terminer en mars de l'année suivante par la diffusion des résultats lors d'un colloque consacré aux réseaux de santé à destination, essentiellement, des intervenants bruxellois dans le domaine de la santé.

Diversité des réseaux et modalités de l'évaluation

Le mode d'élaboration de cette politique de santé publique va considérablement orienter les contours adoptés par les différents réseaux et, *in fine*, le type d'évaluation conduite et produite. Plus précisément, l'absence de ligne directrice claire au départ va permettre une grande diversité de types de réseaux et de modes de fonctionnement. L'appel à projets étant très ouvert, ce qui retient l'attention n'est pas tellement la diversité des problématiques traitées par les réseaux (que ce soit du domaine de la santé mentale, du maintien des personnes âgées à domicile ou encore du diabète) mais plutôt l'hétérogénéité forte des modes de fonctionnement de ceux-ci. Cette hétérogénéité n'est par contre pas véritablement un choix politique ; elle provient plutôt d'un flou quant aux questions de processus organisationnels. Même si cela produit des égarements ou des initiatives inconséquentes, cette diversité permet le développement d'expériences qu'il est intéressant de jauger dans leurs singularités.

La prise en compte de cette hétérogénéité nous amènera finalement à mettre en œuvre une recherche avec une visée de changement plus qu'une évaluation au sens strict. L'objectif de cette recherche était donc bien, à partir des quatre axes précédemment évoqués, de poser un regard global sur cette politique de santé publique en rendant intelligible les pratiques concrètes et en présentant leur cohérence sans en abolir la diversité. Notre rapport se composait de trois parties : la première, descriptive, comprenait les monographies des différents réseaux, la deuxième était une analyse organisationnelle transversale aux dix réseaux et la dernière rendait compte de la place des réseaux au cœur des ambitions de santé publique de la Région tout en proposant des pistes d'action (Deschamps, Francq, Mahieu, Scieur & Vanneste, 2007).

Cette contribution s'inscrit ici en parallèle avec ce travail. Elle extrait, approfondit et systématise un aspect évoqué à plusieurs reprises, celui de l'articulation entre **modes de fonctionnements des réseaux**, d'une part, et **représentations et ancrages à l'espace**, d'autre part. Pour ce faire, nous développerons notre argumentaire en trois parties. D'abord, de manière descriptive, nous présenterons la diversité des rapports à l'espace au sein des réseaux

de santé bruxellois. Ensuite, à un niveau plus conceptuel, nous proposerons des figures liant ces appréhensions de l'espace à la diversité des modes de fonctionnement. Au final, nous verrons que ces figures ne sont pas sans lien avec les conceptions de la santé qui mobilisent les acteurs et la manière dont la citoyenneté est pensée et pratiquée au sein des réseaux. Ceci questionne alors en retour les ambitions de la politique de santé publique menée et sa capacité à soutenir certaines innovations.

2. Opérer sur des territoires différents ou la diversité d'inscription dans la ville

Nombre d'organisations engagées dans cette politique (que ce soient des maisons médicales, des services de santé mentale ou encore des centres d'action sociale globale) s'inscrivent dans deux (voire trois) réseaux. Ceci permet de comprendre la concentration de divers réseaux sur certains quartiers ou communes⁵. Trois groupements de réseaux correspondant en partie à différents espaces bruxellois peuvent ainsi être pointés. Dans chaque cas, des distinctions en termes de répartition territoriale comme en termes de rapport à l'espace sont à préciser.

A l'Est de Bruxelles : un traitement d'une population ciblée et un rapprochement professionnel

La première juxtaposition de réseaux concerne l'Est de Bruxelles. Les organisations aux interstices travaillent essentiellement en santé mentale (d'ailleurs, l'une d'entre elles se retrouve dans trois réseaux). Deux réseaux (l'un concernant les urgences psychiatriques, l'autre le soutien aux fratries de patients alcooliques) se répartissent sur l'ensemble de ce territoire tandis que deux autres (le premier relevant de la santé mentale en milieu précarisé, le second étudiant dans ce même type de milieu les rapports des habitants à l'égard de leur santé) se retrouvent essentiellement dans les communes de Saint-Josse-ten-Noode et de Schaerbeek.

Ces derniers réseaux, à l'échelle plus circonscrite, développent un travail qui prend davantage en compte les spécificités de l'espace urbain dans lequel ils vivent. Les deux premiers réseaux, quant à eux, envisagent plutôt le territoire visé comme un espace d'éventuelle proximité entre professionnels. Par exemple, au sein du réseau s'occupant d'urgences psychiatriques, le travail entre les intervenants en santé mentale et la police questionne le secret professionnel mais n'est pas l'occasion d'une réflexion sur les spécificités des activités policières dans ces différentes zones.

⁵ La Région de Bruxelles-Capitale comprend 19 communes.

Au centre de Bruxelles : un quartier au cœur de l'action et une proximité éclatée

La deuxième juxtaposition de réseaux concerne le centre de Bruxelles et, plus spécifiquement, le quartier des Marolles et ses alentours (Porte de Hale, Saint-Gilles jusqu'à Anneessens...). Deux réseaux, l'un traitant du diabète, l'autre dans le domaine de la santé mentale, ancrent leur travail à partir d'un état des lieux des modes de vie dans le quartier. Leur projet est donc spécifique puisqu'il émerge d'un diagnostic localisé, même si le premier réseau comprend certains partenaires plus décentralisés.

En ce qui concerne le troisième réseau, celui s'attaquant à l'hépatite C, de nombreuses institutions ou associations qui y participent émanent du quartier car elles prennent régulièrement en charge des publics précarisés plus susceptibles d'être objet de leurs actions et de vivre dans cette partie de Bruxelles. Néanmoins, le projet du réseau n'est pas redéfini à partir d'une lecture socio-spatiale de son environnement proche. Il est avant tout et presque exclusivement une action destinée à un public précis : les toxicomanes. En témoigne la participation d'autres partenaires du milieu hospitalier, tel qu'un centre hospitalier situé à Jette, soit à l'autre bout de la ville, qui peuvent produire le même type d'action que l'hôpital promoteur du projet, et ce, au-delà de quelque spécificité territoriale. Ce qui fait sens ici, au niveau spatial, serait plutôt de répartir en de multiples endroits de Bruxelles des structures capables de prendre en charge l'hépatite C. Considérée comme un problème urbain sur l'ensemble du territoire bruxellois, la maladie est prise en charge à partir d'une logique de proximité éclatée.

Un recoupement non territorialisé

Le troisième et dernier regroupement est plus le fait de personnes que de territoires. Canal Santé, même si c'est de manière non strictement limitée, entend produire une réflexion sur l'« ellipse de pauvreté » qui entoure le canal bruxellois (Vandermotten *et al.*, 2007, pp. 50-54). Quant au réseau « Maintien à domicile », il travaille sur l'ensemble de la Région de Bruxelles-Capitale mais n'entretient aucun rapport privilégié à l'espace. Le croisement de ces deux réseaux tient simplement dans la rencontre de leurs promoteurs respectifs intéressés à travailler ensemble.

Une organisation réticulaire « en autarcie »

Par ailleurs, un réseau fonctionne de manière relativement déconnectée des autres, celui de Berchem-Sainte-Agathe, où le rapport strict au territoire communal est important, ceci s'expliquant par la dynamique émergeant de la commune comme du CPAS⁶.

Cette caractéristique est à noter puisque, comme on peut le remarquer, de nombreuses organisations sont, à l'inverse, dans plusieurs réseaux, ce qui témoigne de pratiques réticulaires informelles antérieures aux réseaux tels qu'ils sont aujourd'hui formalisés. Epinglons par ailleurs que ce réseau situé à Berchem est le seul ancré à l'Ouest du canal traversant Bruxelles. A partir de cette observation, plusieurs hypothèses mériteraient d'ailleurs d'être posées à l'égard de cette différence d'implication selon les zones du territoire bruxellois. Se comprend-elle en fonction du degré de dynamique réticulaire et associative ou en fonction d'une proximité/distance à l'égard des institutions régionales ?⁷

3. Figures des manières de travailler au cœur de l'espace urbain

Tous les réseaux-santé fonctionnent en développant un rapport particulier au territoire bruxellois. Ceux-ci se différencient fortement autour de leurs niveaux de réflexion collective au sujet de l'espace et sur le degré d'intégration de celui-ci dans l'établissement de leurs stratégies d'action. A la suite du découpage territorial descriptif, nous proposons maintenant une catégorisation des liens entre, d'une part, le fonctionnement réticulaire en santé publique et, d'autre part, les spécificités des territoires bruxellois et des rapports à l'espace mis en œuvre collectivement par les acteurs professionnels. Nous verrons que ces types de configuration dépendent fortement des difficultés ou des apories initiales d'échanges entre professionnels et des ambitions que ces derniers se donnent.

Les trois figures proposées ici (à savoir celles du décroisement professionnel, de l'approche multidimensionnelle et de l'ancrage socio-urbain) se distinguent en fonction de leur axe stratégique principal et de la manière dont celui-ci engendre un type de rapport à l'espace prédominant. Ces figures sont élaborées à partir des pratiques concrètes des réseaux ; ils n'en constituent pas moins une première forme d'abstraction par rapport à cette réalité.

⁶ Centre Public d'Action Sociale.

⁷ La problématique de santé publique n'est pas un enjeu moindre dans cette partie de Bruxelles puisque, selon les statistiques (*ibid.*), y existent autant de problèmes de pauvreté et de santé que dans les autres quartiers de Bruxelles. L'offre de santé ne peut donc pas se comprendre exclusivement à partir d'une analyse en termes de besoins. L'hypothèse d'un isolement et d'une faiblesse du tissu associatif socio-sanitaire semble plus tenable ; elle rend mieux compte de la faible émergence de pratiques socio-sanitaires innovantes sur cet espace.

Certains réseaux concrets peuvent donc revêtir plusieurs caractéristiques des différentes figures développées ci-dessous.

Décloisonnement professionnel

Globalement, les origines des réseaux diffèrent fortement, voire demeurent floues. La subvention lancée en 2004 représente pour certains un soutien à une dynamique réticulaire préalablement entamée, pour d'autres une réorientation de cette dynamique, pour d'autres encore un moyen d'obtenir un poste de travail ou un financement. Dans bon nombre de cas, cependant, l'idée de départ émane d'un constat d'isolement professionnel et de lacunes dues à une politique de soins qui serait trop segmentée.

Certains réseaux ont dès lors développé et gardé pour ambition principale le *décloisonnement professionnel* ou, en d'autres termes, un travail d'échanges de pratiques professionnelles, d'échanges cognitifs. La plupart des réseaux continuent à entreprendre un tel travail mais ce qui est frappant chez ceux pour qui ce décloisonnement est demeuré l'objectif principal est la **place secondaire accordée à l'utilisateur**. Ce dernier n'est qu'objet de discussion. Il est bien sûr « prétexte » à l'échange. Néanmoins, il n'est ni acteur de cet échange ni même un élément directement facilitateur de la remise en question des pratiques.

Le réseau, dans ce cas-ci, est avant tout un **lieu de découvertes et d'interconnaissance des pratiques**. Par ailleurs, il se veut parfois un espace de régulation des rapports entre professionnels (avec la question des limites des territoires professionnels, du (non-)partage du secret professionnel...). Dans ce cas-ci, le coordinateur constitue avant tout un organisateur. Son rôle consiste essentiellement à veiller à ce que la parole circule de manière positive entre les différents intervenants, à organiser les réunions et à veiller à la circulation de l'information (documents des uns et des autres, textes de loi, etc.). Il revient aussi parfois à synthétiser des connaissances sur la problématique principale du réseau.

Dans cette configuration-ci, l'**espace** est perçu **comme un élément contraignant** la fluidité des échanges professionnels. Il constitue un élément qui accroît les distances professionnelles, d'une part, et les échanges entre collègues, d'autre part. Le réseau devient alors un « prétexte », un moyen, bref un catalyseur commun, capable de réduire cette distanciation vécue. Il est un point d'accroche qui suscite la circulation entre différents territoires de la ville. Il devient aussi un objet marquant la complémentarité de différentes échelles d'intervention (urgences psychiatriques, services de santé mentale...).

Approche multidimensionnelle

Les échanges sur les pratiques professionnelles sont, sans trop de surprises, présents dans la plupart des réseaux. Néanmoins, dans certains cas, ils ne s'imposent pas comme l'objectif principal du réseau en question. Aussi, la focale adoptée peut être la manière dont un ensemble hétérogène d'intervenants va être capable de développer une *approche multidimensionnelle* efficace ou sensée à l'égard d'un type d'utilisateur. Le cadre des échanges est dans ce cas-ci directement plus pratique puisqu'ils visent une intervention complémentaire. Le travail du réseau consiste alors à produire une meilleure **circulation de l'utilisateur** entre des intervenants multiples.

La réalisation de ce but exige souvent en amont un travail de réflexion et de mise en œuvre de **l'accès au dispositif**. La question de la rencontre entre l'utilisateur ciblé et le dispositif sanitaire, de même que celle du maintien du premier dans le second, s'avère être un des enjeux majeurs de ce type de réseau travaillant avec des publics précarisés. La tâche du coordinateur est alors celle d'un relais et d'un facilitateur qui veille à « faire entrer les utilisateurs » dans le réseau de diverses manières (campagne de prévention ou de dépistage, sensibilisation auprès de médecins généralistes, réalisation de fiches signalétiques de l'utilisateur...). Dans d'autres réseaux, la manière de réaliser ce même objectif va consister, au départ de l'organisation promotrice du réseau développant une fonction de proximité avec les utilisateurs (par exemple, une maison médicale), en l'embauche d'un professionnel nouveau qui va être en mesure de créer des ponts avec les autres partenaires du réseau en prônant une continuité d'approche (comme par exemple, par l'embauche d'un psychologue qui va pouvoir accompagner le patient et l'acheminer ensuite vers un service de santé mentale).

L'espace de la ville participe ici à la définition de l'action à entreprendre. Les pratiques réticulaires présentes ne semblent pas concevoir l'espace comme un élément contraignant les mobilités ; elles ne semblent pas pour autant s'inscrire dans des dynamiques de quartier. Ce qui apparaît ici est une action ciblée sur une **population-cible** décrite comme **spécifique à la grande ville** (ou, en tout cas, dont la concentration semble caractéristique de cet espace urbain). Que ce soient des toxicomanes, des individus cumulant les formes de précarité ou des vieillards immigrés isolés, ces groupes d'individus développent des pratiques de (non-)santé qu'il convient de prendre en compte pour développer une action professionnelle multidimensionnelle et efficace.

Ancrage socio-urbain

Enfin, être un réseau-santé peut signifier l'établissement d'une dynamique innovante, supplémentaire mais cohérente, sur un territoire urbain défini (par exemple, un quartier). Cet

ancrage socio-urbain, espace d'action situé au-delà des organisations partenaires dudit réseau, se compose des ponts et liaisons entre elles (en termes d'échanges, d'activités et de projets partagés). L'objectif du réseau prétend alors s'inscrire dans une approche de santé publique qui entend imprégner de cette dynamique réticulaire le travail des organisations partenaires d'une part et la vie du quartier d'autre part. Un des buts du réseau est donc bien de « produire du réseau », bref d'étendre ses ramifications au-delà des partenaires initiaux, et au-delà des professionnels, ce qui signifie favoriser la **constitution d'un réseau d'usagers**.

Le travail initial du réseau consiste à préciser la problématique à laquelle est confrontée le quartier et, à partir de là, à se définir des objectifs de santé publique et des modes opératoires susceptibles d'y répondre. L'originalité de ce type de réseau est double : établir un diagnostic socio-sanitaire à partir d'une échelle spatiale définie et promouvoir une dynamique d'inclusion élargie. La tâche du coordinateur consiste alors à « intéresser »⁸ un nombre important d'acteurs à la mission du réseau. Ce coordinateur agit alors comme médiateur entre diverses organisations (que ce soit une pharmacie, un centre culturel, une maison de quartier...) afin de solliciter leur travail autour d'un objet/projet commun. Sont créées, à destination des habitants du quartier, différentes **activités ou actions qui articulent missions de base des organisations parties prenantes et objectifs du réseau**. Une des fonctions de coordination devient alors un travail d'animation, d'information et d'agencement de ce qui advient sur cet espace urbain qui tend à concevoir la santé comme un mode de vie.

Si, dans la configuration précédente, l'espace urbain influait sur la définition de l'action à l'œuvre, il apparaît ici que l'espace local (du quartier, voire de la commune) est au cœur même de l'action. Cet **espace urbain** est certes une cible d'action puisqu'il est en partie étudié comme tel mais il est à un moment donné considéré comme une **ressource de l'action**. C'est à travers les diverses organisations qui y vivent, les usages qu'en font les habitants et plus généralement les pratiques quotidiennes de ces derniers que se dessinent au fil du temps les orientations du réseau.

4. De figures réticulaires à des conceptions de la santé et de la citoyenneté

La création de réseaux de santé est, dès le départ, liée à une conception de la santé qui se veut publique et globale, en opposition à une santé résumée à des problèmes de soins. Derrière cela, sont en jeu des conceptions et des approches de l'individu, du corps et de son

⁸ Nous utilisons ce terme dans le sens développé par Callon (1986), c'est-à-dire comme le fait d'intégrer le point de vue ou l'intérêt de l'autre à la problématique du projet défendu et proposé.

environnement. Comme l'écrit Morin (2003, p. 56), les maladies « *ont toutes trois entrées : l'entrée somatique [...] ; l'entrée psychique [...] ; l'entrée écologique et/ou sociale* ». Dès lors, travailler en réseau implique une approche praxéologique multi-dimensionnée. Cependant, dans la pratique, sortir d'une approche focalisée sur le soin au patient constitue une démarche qui ne va pas de soi. Partagés entre une activité de discussion des pratiques professionnelles des uns et des autres, d'une part, et une action qui renforce le flux des soins, d'autre part, les réseaux agissent dans un souci d'amélioration de la prise en charge du patient sans pour autant produire des innovations professionnelles, c'est-à-dire des remises en question des pratiques (sous l'angle des échanges quotidiens, du rapport professionnel/usager...). Malgré tout, l'approche en termes de santé publique reprend à un moment ou un autre de la place pour la simple et bonne raison que l'acheminement d'un usager vers le réseau est problématique ou que l'exclusive discussion professionnelle produit un sentiment de lassitude entre les divers intervenants. En réalité, ce balancement irrésolu doit être resitué par rapport au flou initial de la politique, compte tenu de l'incapacité de celle-ci à énoncer des modes opératoires orientant clairement et de manière volontariste l'action dans une optique de santé publique.

Due en partie à cette caractéristique politique, l'hétérogénéité des réseaux se marque – on l'a souligné – au niveau des modalités organisationnelles et des rapports à l'espace. Dans la définition de leurs modes de travail, les réseaux-santé sont donc amenés à prendre en compte l'espace de vie des gens en ville. Chaque politique réticulaire engage donc une représentation de l'espace et de l'individu y vivant. D'un point de vue plus général, au niveau de la politique de la ville en Belgique, on peut certainement déceler trois conceptions du rapport entre espace et individus, et de là entre ville et citoyenneté : l'espace de mobilité et le résident-navetteur, l'espace de différenciation résidentielle et la réduction du citoyen à des déterminants sociaux, l'espace de fixité et l'habitant-usager (Francq, 2003). En ce qui concerne les réseaux-santé évoqués, des balancements existent également entre flux et immobilité, entre usage et engagement dans l'espace... Au-delà de certaines hésitations, il apparaît néanmoins que la prise en compte et l'inclusion d'une population inscrite dans un milieu de vie, toujours en partie « élastique » puisque cette population est en mouvement, va de pair avec un travail réticulaire qui élargit la notion d'usager à travers celle de citoyenneté. L'utilisateur du réseau devient alors un acteur du réseau, mais aussi de sa santé, voire de sa ville. L'enjeu devient alors d'élaborer des politiques et des modes d'organisations qui permettent de maintenir le cap de ces innovations.

Bibliographie

Callon, M. (1986). Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'année sociologique*, 36, 169-208.

Deschamps, S., Francq, B. (dir.), Mahieu, C., Scieur, Ph. (dir.) & Vanneste, D. (2007). Les gouvernances des réseaux santé. Vers une politique de santé publique intégrée ? *Bruxelles Santé*, n° spécial, 63-72.

Francq, B. (2003). *La ville incertaine. Politique urbaine et sujet personnel*. Louvain-la-Neuve : Academia-Bruylant.

Morin, E. (2003). *La méthode (Tome 5). L'humanité de l'humanité : L'identité humaine*. Paris : Le Seuil.

Vandermotten, C., Marissal, P. & Van Hamme, G. (ULB), Kesteloot, C., Stegers, K. & Vanden Broucke, L. (KUL), Ippersiel, B., de Bethune, S. & Naiken, R. (ICEDD) (2007). *Analyse dynamique des quartiers en difficulté dans les régions urbaines belges*. Bruxelles : SPP Intégration sociale – Politique des grandes villes.