

## Le réseau WaB Un projet pilote inédit au niveau de la Belgique

### De la formation ISA (Integrated System Approach) au réseau WaB (Wallonie – Bruxelles)

Ronald Clavie, Coordinateur du développement  
et du suivi des projets cliniques.  
Hôpital Neuro-Psychiatrique Saint-Martin,  
Dave  
Membre fondateur du réseau WaB

Nicole Michel, Psychologue responsable des  
admissions.  
Communauté Thérapeutique des Hautes-Fagnes,  
Malmédy  
Membre fondatrice du réseau WaB

Colloque de l'AITQ

Trois-Rivières

24 novembre 2011

## Réseau Pilote Supra-local Wallonie – Bruxelles (WaB)

2



**Pour la mise au point de bonnes pratiques  
de coopération entre services d'aide  
aux usagers de drogues**



Avec le soutien de la Ministre de la Santé, de l'Action sociale et  
de l'Égalité des chances de la Région wallonne.

## Plan de l'exposé

3

1. Préambule
2. Particularités
3. La situation politique
4. La politique en matière de drogues
5. Les piliers de la politique
6. Formalisation du réseau WaB
7. La concertation clinique
8. Quelques chiffres



## Plan de l'exposé

4

9. Pré-requis
10. Structure d'organisation
11. Le modèle WaB
12. Questions



- 9.1. historique, connaissance, confiance, respect
- 9.2. forces et limites
- 9.3. définition du type de réseau
- 9.4. définition d'un langage commun
- 9.5. définition d'un objectif commun
- 9.6. références théoriques communes
- 9.7. outils
- 9.8. libertés et engagements
- 9.9. évaluations et objectifs
- 9.10. visibilité et interactions
- 9.11. réponse à des besoins

- 10.1. « organigramme »
- 10.2. partenaires
- 10.3. comité de direction
- 10.4. coordination
- 10.5. comité d'accompagnement scientifique
- 10.6. bureau

# 1. Préambule

5

- Réseau élaboré par et pour des intervenants de terrain  
= Approche du “bas vers le haut” (2003).
- Bénéficiaires : les usagers de drogues ainsi que les services et intervenants qu’ils consultent.

## Les usagers de drogues

- Illicites ( Cocaïne, Héroïne, ...)
- Licites ( Alcool, médicaments,...)
- Polyconsommateurs pour la plupart
- Situations complexes et chroniques

## Les services et intervenants

- Spécialisés
- Généralistes

# 1. Préambule

6

- Réseau initialement modélisé, formalisé et expérimenté pour le champ des assuétudes (2007).
- Modélisation transposable à d’autres champs et/ou problématiques (2010).

## 2. Particularités

7

- Réseau associant différents niveaux d'interventions et d'expertises.
- Réseau associant des services généralistes et spécialisés en assuétudes.
- Réseau associant des services de grandes et de petites tailles.
- Réseau associant des services et des institutions issus du secteur public et privé.
- Réseau constitué de services et d'institutions ayant des objectifs parfois divergents mais fédérés sur base de références théoriques communes.
- Réseau de partenaires définissant et visant un objectif commun.

## 2. Particularités

8

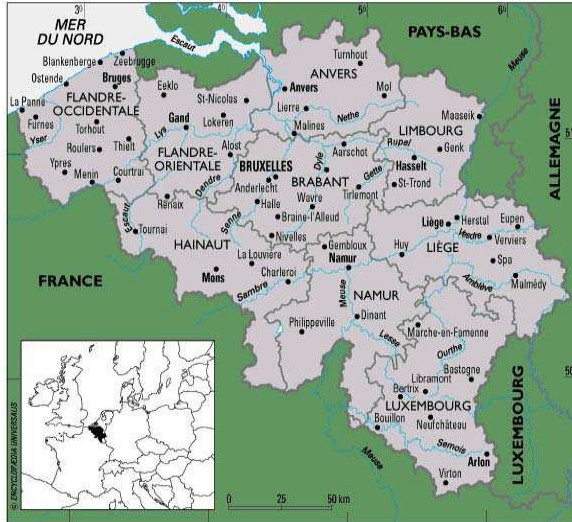
- Réseau centré sur les besoins des usagers et des services et institutions qu'ils consultent.  
(bénéficiaires = usagers et institutions)
- Réseau ayant le souci de recourir à une évaluation en interne et en externe.
- Réseau diffusant les outils élaborés à des fins de bonnes pratiques de coopération.



Initiative innovante au niveau belge

### 3. La situation politique en Belgique

9



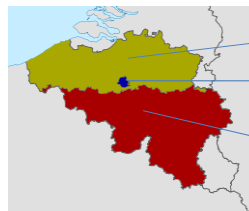
11 millions d'habitants  
 30 528 km<sup>2</sup>  
 Un Etat fédéral

### 3. La situation politique en Belgique

10

Un Etat fédéral

□ Trois Régions

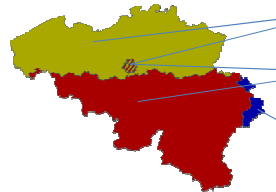


Région flamande

Région Bruxelles-Capitale

Région wallonne

□ Trois communautés



Communauté flamande

Communauté française (wallonie-Bruxelles)

Communauté germanophone

## 4. Politique en matière de drogues

11

- Compétences propres à l'état fédéral, aux régions et aux communautés (entités fédérées) , y compris en matière de drogues.
- Diversité de compétences (prévention, santé, réduction des risques...)
- Diversité des pouvoirs subsidiants pour les services actifs en assuétudes.

➡ Complexité du système. « qui fait quoi? »

➡ Et pourtant cela fonctionne...



## 4. Politique en matière de drogues

12

Le réseau WaB en est une illustration dès 2003.

Approche du « bas vers le haut » d'intervenants de terrain

qui construisent des solutions pour les problématiques qu'ils rencontrent.

**Pour la mise au point de bonnes pratiques  
de coopération entre services d'aide  
aux usagers de drogues**

## 4. Politique en matière de drogues

13

- Une politique globale et intégrée \*
  
- « La consommation des drogues est considérée prioritairement comme un problème de santé publique ».

\* Déclaration Conjointe de la Conférence Interministérielle Drogues  
25 janvier 2010

## 4. Politique en matière de drogues

14

- La compréhension de l'usage doit être vue dans un contexte global incluant des domaines essentiels tels que:
  - L'enseignement
  - Le bien-être
  - L'intégration sociale
  - La sécurité et la justice
  - L'économie...

## 4. Politique en matière de drogues

15

- L'inclusion de tous les domaines pertinents dans une politique, dans laquelle toutes les actions sont également mises en concordance, est nommée :

« Politique globale et intégrée »



Base de la politique belge en matière de drogues

## 5. Les piliers de la politique

16

- La prévention
  - Prévention en matière de santé
  - Prévention sociale : travail
  - Prévention des nuisances sociales liées à la drogue
- L'aide
  - Traitement (cure)
  - Soins (care)
  - Accompagnement
- La répression
- La recherche scientifique
- L'international



Formalisation de réseaux  
Renforcement quantitatif et qualitatif de  
l'offre = offres générales et offres  
spécifiques ( traitements spécialisés et soins  
médicaux et accompagnement plus général )



## 6. Formalisation du réseau

17

### Formalisation du réseau : 2007

Un constat (une problématique)  
 + une dynamique de base (des intervenants de terrain)  
 + une réponse (la concertation clinique)

---

= réseau WaB

## 6. Formalisation du réseau

18

### Un constat : une problématique


- En dépit de l'existence de réseaux locaux, formels ou informels, des usagers de drogues présentant des difficultés complexes et chroniques ne peuvent pas toujours prétendre aux services qui leur sont nécessaires.
- Ces usagers sont dans des impasses et placent les services qu'ils consultent dans des impasses.



## 6. Formalisation du réseau

19

### Une dynamique de base : des intervenants de terrain

- Des acteurs de terrain réunis dès 2003 dans le cadre d'une formation de base pour intervenants en toxicomanie (Integrated System Approach > ISA).
- Volonté des intervenants d'exploiter la richesse des **différents niveaux d'interventions et d'expertises** présents dans le cadre de la formation et des supervisions ISA.
  -  Constitution du groupe ISA > réseau de réflexion
- Volonté de tirer parti de la **diversité géographique** des intervenants.
- Volonté de construire un **outil novateur sur base de l'expertise et du savoir faire spécifique d'intervenants de terrain.**

## 6. Formalisation du réseau

20

### Une réponse : la concertation clinique

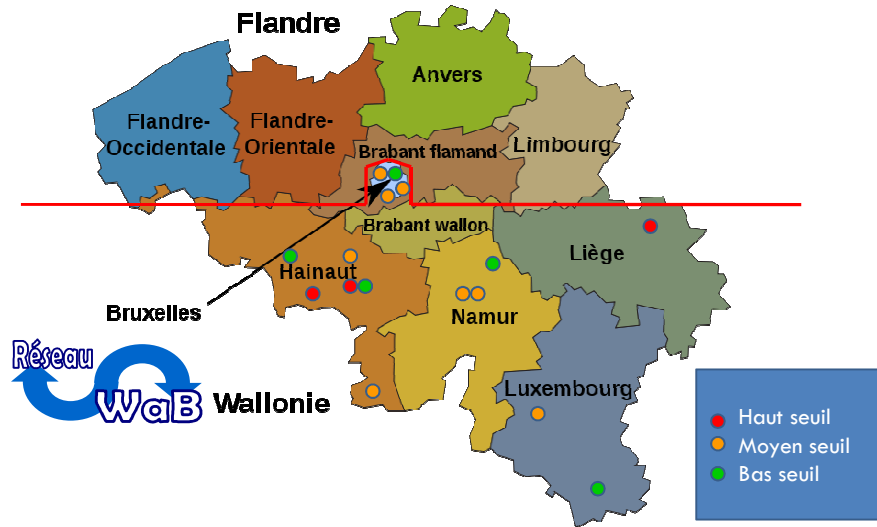
Pour apporter des éléments de réponse à ces usagers rencontrés et identifiés comme présentant des difficultés complexes et chroniques, une concertation clinique est préconisée entre intervenants. Ceux-ci se réunissent durant une journée, une fois par mois.

Dans ce cadre, ils élaborent des trajets de soins qui sont ensuite proposés aux usagers en crise dans leurs réseaux locaux.

Lors des réunions, un suivi des trajets déjà élaborés est également réalisé.

## 6. Formalisation du réseau : 2011

21



## 6. Formalisation du réseau : 2011

22

- |   |           |
|---|-----------|
| □ 1. Le Répit, centre ambulatoire + rue ●                       | Couvin    |
| □ 2. Transit, centre de crise et d'hébergement ●                | Bruxelles |
| □ 3. Les Hautes-Fagnes, centre de postcure ●                    | Malmédy   |
| □ 4. La Passerelle (PCS), travail de rue ●                      | Châtelet  |
| □ 5. Revivo A, hôpital psychiatrique St-Martin ●                | Dave      |
| □ 6. Phénix, centre de jour ●                                   | Jambes    |
| □ 7. Parenthèse, M.A.S.S. ●                                     | Mons      |
| □ 8. Foyer Georges Motte, maison d'accueil ●                    | Bruxelles |
| □ 9. Trempoline, centre de post-cure ●                          | Châtelet  |
| □ 10. L'Unité 6, hôpital psychiatrique La Clairière (Vivalia) ● | Bertrix   |
| □ 11. L'Observation, hôpital psychiatrique St-Bernard ●         | Manage    |
| □ 12. L'Espérance, centre de post-cure ●                        | Thuin     |
| □ 13. Espas (PSSP), travail de rue ●                            | Arlon     |
| □ 14. L'Orée, centre de jour ●                                  | Bruxelles |
| □ 15. Le Pélican, centre ambulatoire ●                          | Bruxelles |
| □ 16. Zone T, Centre ambulatoire ●                              | Andenne   |

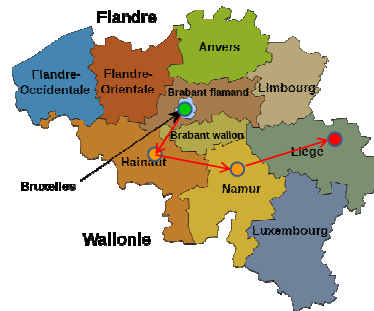
16 partenaires



## 7. La concertation clinique

23

- Une réunion mensuelle durant une journée.
- Présentation de vignettes cliniques.
- Elaboration de trajets de soins par le biais d'une concertation entre intervenants.
- Suivi de trajets de soins déjà élaborés.
- Echange de pratiques et de savoir-faire entre intervenants.



## 7. La concertation clinique

### 7.1. Illustration

24

- Naissance en avril 1974.
- Octobre 1974 : sa mère quitte la famille.
- Élevé par grands-parents paternels.
- Père violent.
- Premières consommations de cannabis à 14 ans.
- Consommations d'XTC et Héroïne vers 17 ans.
- Arrêt scolarité à 18 ans.
- Conflits avec les grands parents.
- Service Militaire suivi du retour chez le père.

## 7. La concertation clinique

### 7.1. Illustration

25

- Travail dans la construction et à la ferme.
- Violence du père perdue
- Décès du grand père et installation avec la grand-mère quelques temps.
- Consommation importante, perte de logement ⇒ Maison d'accueil.
- Rencontre compagne : plusieurs maisons accueil puis appartement. Périodes consommations, abstinence, méthadone.

## 7. La concertation clinique

### 7.1. Illustration

26

- Septembre 1999 : 1<sup>er</sup> enfant.
- Septembre 2001 : 2<sup>ème</sup> enfant.
- Séparation puis reprise vie commune.
- Instabilité emploi, logement, consommation...
- Juillet 2007 : 3<sup>ème</sup> enfant.
- Toute la famille en maison d'accueil suivie d'une séparation.
- Novembre 2008. Début des traitements.

## 7. La concertation clinique

### 7.2. Parcours de soins


27

- 11-12/08 ⇒ **Revivo A** (service de sevrage en hôpital psychiatrique)
- 01/09 ⇒ **Maison d'accueil**
- 02-04/09 : **Revivo A** ⇒ Exclusion pour consommation ⇒ **Prise en charge par travailleurs de rue.**
- 07/09 ⇒ **Revivo A** ⇒ Exclusion pour consommation
- 08/09 à 01/10 : **Transit (centre de crise)** ⇒ Rue ⇒ **Transit** ⇒ appartement avec un ami toxicomane ⇒ Décès ami OD + ne peut plus voir ses enfants !

## 7. La concertation clinique

### 7.2. Parcours de soins

28

- 03/10 ⇒ **Revivo A**
- **Éducateurs de rue** ⇒ **urgences hôpital** ⇒ **Transit** ⇒ **Inclusion RESEAU WaB et concertation** ⇒ **Hautes-Fagnes (C.T)** ⇒ Consommation le jour de l'entrée ⇒ refus de prise en charge en hôpital ⇒ **Rue** ⇒ Nouvelle demande et admissions **Hautes-Fagnes**
-  8.10.10 au 30.06.11 ⇒ **Hautes-Fagnes**  
7 mois et demi de séjour !

## 7. La concertation clinique

### 7.2. Parcours de soins

29

Durant séjour Hautes-Fagnes :

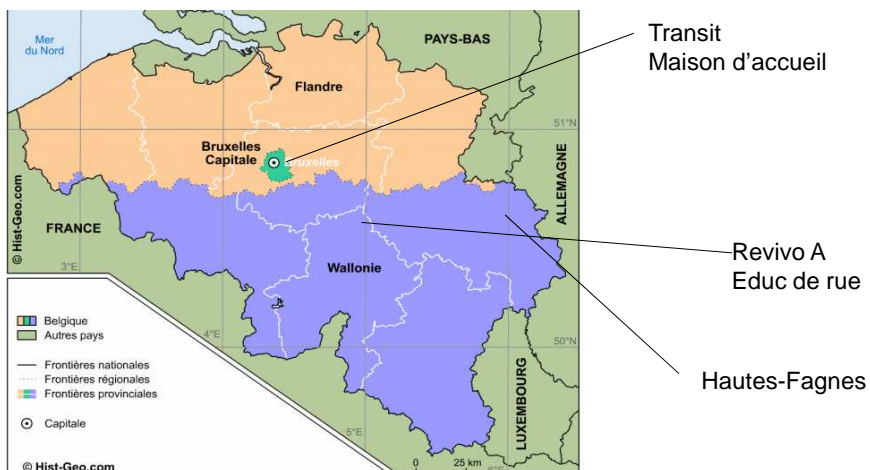
- \* Rencontres avec les autres institutions en présence du patient
- \* Suivi mensuel
- \* Candidature aux appartements supervisés
- \* Organisation du suivi après cure

- 07/11 : Entrée prévue en **APARTEMENT SUPERVISE** ⇒ pas d'argent ⇒ refusé ⇒ **MAISON ACCUEIL** ⇒ Nouvelle demande

## 7. La concertation clinique

### 7.2. Parcours de soins

30



## 8. Quelques chiffres : file active, inclusions et trajets de soins

31

- Inclusions : 125 personnes depuis 2003
- File active (oct 2011) : 105 personnes

oct 2008 – oct 2009	nov 2009 – oct 2010	nov 2010 – oct 2011
40 inclusions Moyenne = 3.3/mois	45 inclusions 3.7/mois	45 inclusions 3.7/mois
241 suivis Moyenne = 20/mois	324 suivis Moyenne = 27/mois	350 suivis Moyenne = 29/mois

- ➡ Trajets de soins : 100 % élaborés et proposés
- ➡ Trajets de soins : 90 % amorcés

## 9. Pré-requis :

### 9.1. historique, connaissance, confiance et respect

32

- Accepter que la formalisation d'une pratique de travail en réseau **doive** prendre du temps (2003 à 2007 pour WaB).
- Mars 2003 : Formations de base pour intervenants en toxicomanie. 10 jours "ISA" Integrated System Approach. Constitution du groupe ISA.
- Avril 2004 à juin 2005 : 1er cycle de supervisions (8 jours).
- Octobre 2006 à février 2007: 2ème cycle de supervisions (4 jours).
- 2007: Constitution du groupe ISA en Réseau WaB.
- Identité propre au réseau développé, en référence au territoire géographique couvert.
- 2007: Appui des directions des institutions promotrices du projet et demande d'un subside auprès de la RW dans le cadre du PST 3.
- Juillet 2008 : accord de la RW quant à l'octroi d'un subside.
- Décembre 2008 : engagement d'une coordinatrice.

## 9. Pré-requis :

### 9.2. forces et limites

33

- Tenir compte des forces, des moyens et des limites de chacun.
- Identifier et faire connaître les compétences de chacun.
- Elaboration d'un cadastre des partenaires avec une nomenclature commune = outil WaB.
- "Qui peut faire quoi, quand, pour qui, comment ?"
- Conceptualiser le fonctionnement en tenant compte des disponibilités et des besoins des membres.



Des membres structurels : participation régulière  
Des membres adhérents : participation ponctuelle

## 9. Pré-requis :

### 9.3. définition du type de réseau

34

- S'entendre sur une définition globale et commune du réseau à construire.  
WaB = un réseau de **réflexion**.  
WaB = un réseau **d'actions...** et d'échanges de pratiques.  
WaB = un réseau de **concertation** entre intervenants de terrain.  
Différent d'un réseau de **coordination** entre services.
- La coordination est laissée à d'autres...  
= le (la) coordinateur (trice) et le Comité de Direction.

Sans **coordination** pas de **concertation**.

## Qu'est-ce qu'un réseau?

35

- Le "réseau d'aide et de soins en assuétudes" est l'association de personnes morales et physiques impliquées dans l'accueil, l'aide psychosociale, le traitement et le suivi ambulatoire et/ou résidentiel des personnes concernées directement ou indirectement par les problèmes d'assuétudes, et ceci dans une approche multidisciplinaire.
- Les missions de ce réseau sont détaillées dans l'Art.3. §1er du décret relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes.

Sources : Décret du 27 novembre 2003 relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes, Art.2. 1° et 4° (M.B. du 29/12/2003, p. 61845)  
<http://wallex.wallonie.be/index.php?doc=8525>

## 9. Pré-requis :

### 9.4. définition d'un langage commun

36

- Définir un langage et un lexique communs, compréhensibles par tous.
- Définition du public cible.
- Définition des critères d'inclusion.
- Définition de notions et de concepts : la crise, l'urgence, ...



Rendre possible et faciliter la concertation  
 " on appelle un chat... un chat "

## 9. Pré-requis :

### 9.5. définition d'un objectif commun

37

- Définir un objectif général fédérateur sur base de niveaux d'interventions et d'objectifs intermédiaires divergents.
- « Le développement de l'individu et le rétablissement complet de la personne toxicomane ».
- Perspective humaniste : « il n'est pas possible de mener une vie épanouie lorsqu'on est assujetti à une dépendance problématique à une drogues... »

## 9. Pré-requis :

### 9.6. références théoriques communes

38

- Se fédérer sur base de références théoriques communes à l'ensemble des partenaires.

Dénominateur commun permettant de fédérer la diversité :

- ✓ Des approches
- ✓ Des pratiques
- ✓ Des moyens
- ✓ Des objectifs

## 9. Pré-requis :

### 9.6. références théoriques communes

39

#### Modèle de Prochaska- Di Clemente

**Pré réflexion** : le patient n'a aucune intention de cesser de consommer.

**Réflexion** : le patient a l'intention de cesser de consommer.

**Décision** : le patient a l'intention de cesser de consommer. Il a tenté de le faire , ou a modifié quelque peu son comportement.

**Action** : le patient ne consomme plus.

**Stabilisation** : le patient tente de maintenir ses nouveaux comportements et de ne pas retourner à la consommation.

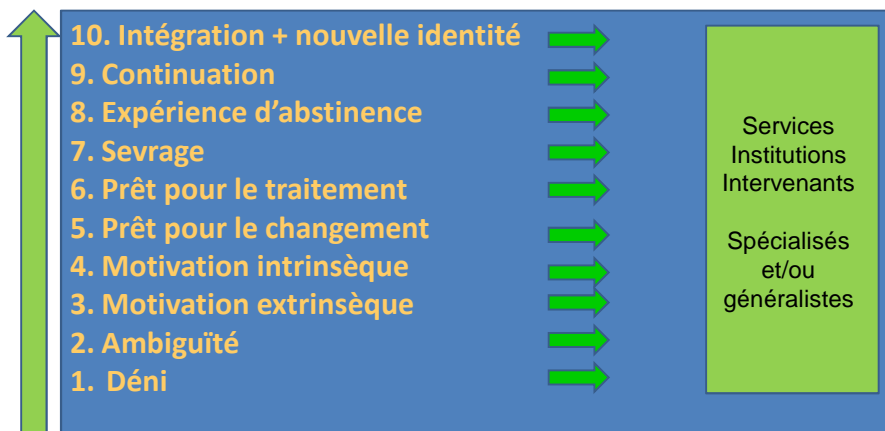
**Rechute** : le patient retourne vers la consommation.

## 9. Pré-requis :

### 9.6. références théoriques communes

40

#### Approche en système intégré (modèle de George De Léon)



## 9. Pré-requis :

### 9.7. outils

41

- Développer des outils\* qui formalisent et facilitent le travail :
  - Fiche d'inclusion
  - Consentement informé
  - Charte éthique
  - R.O.I.
  - Nomenclature et cadastre des institutions

\* Ces outils sont disponibles sur simple demande adressée auprès de la coordination du réseau.

## 9. Pré-requis :

### 9.8. libertés et engagements

42

- Laisser des libertés individuelles et institutionnelles dans l'acceptation et le refus des prises en charge.
- Accepter les exceptions dans un principe de solidarité (procédures classiques, interventions financières, ... > principe de solidarité et d'entraides).
- Acter les droits et les devoirs de chacun (outils WaB > R.O.I. et charte éthique, convention de partenariat, accords de collaboration).

## 9. Pré-requis :

### 9.9. évaluations et objectifs

43

#### 1. Evaluation interne

- Cadre logique : un outil de planification, d'exécution et de suivi-évaluation des projets de développement.
  - Aide à l'élaboration des projets en ne couvrant que les éléments essentiels qu'il résume en un tableau ou matrice.
  - Guide et structure le développement du réseau. Fixe les critères et indicateurs.
  - Assure la cohérence entre le groupe de terrain et le Comité de Direction.
- Mise au point de techniques de récolte de données, d'analyse et d'évaluation.
- Revue de la littérature.

## 9. Pré-requis :

### 9.9. évaluations et objectifs

44

#### 2. Evaluation externe

- Collaborations scolaires (HENam).
- Comité d'Accompagnement Scientifique.
- Collaborations universitaires.
  - La définition des objectifs tient compte de l'évaluation et la détermine
  - L'évaluation redéfinit les objectifs et le développement
  - Processus de développement non figé

## 9. Pré-requis :

### 9.10. visibilité et interactions

45

- Assurer une visibilité et une interaction de l'offre de services.
- Articles, colloques, congrès, site internet. ([www.reseauwab.be](http://www.reseauwab.be))



- Soutenir et développer l'interactivité entre les membres du réseau ainsi qu'avec l'ensemble des acteurs actifs en matière de toxicomanie, au niveau régional, national et international.
- Accroître la visibilité du réseau tout en présentant avec clarté ses activités. Alimenter la réflexion.

## 9. Pré-requis :

### 9.11. réponse à des besoins

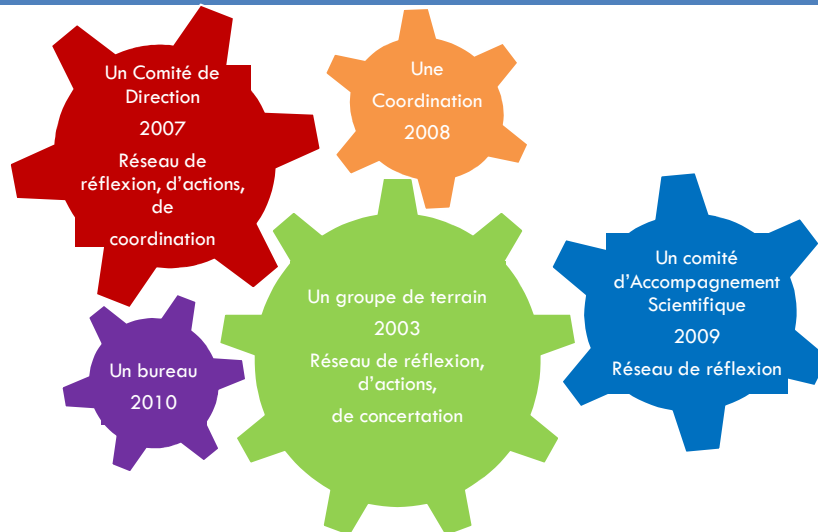
46

- Conceptualiser par étapes (réseau de réflexion).
- Agir, expérimenter et réagir (réseau d'actions > réseau de concertation).
- Créer des réponses.
- Ne pas alourdir et freiner le développement et le fonctionnement.
- Formaliser le réseau de réflexion, d'actions, de concertation  
= réseau de coordination entre services.

## 10. Structure d'organisation :

### 10.1. « organigramme »

47



## 10. Structure d'organisation :

### 10.2. les partenaires, le groupe de terrain



48

- |   |           |
|---|-----------|
| □ 1. Le Répit, centre ambulatoire + rue                       | Couvin    |
| □ 2. Transit, centre de crise et d'hébergement                | Bruxelles |
| □ 3. Les Hautes-Fagnes, centre de postcure                    | Malmédy   |
| □ 4. La Passerelle (PCS), travail de rue                      | Châtelet  |
| □ 5. Revivo A, hôpital psychiatrique St-Martin                | Dave      |
| □ 6. Phénix, centre de jour                                   | Jambes    |
| □ 7. Parenthèse, M.A.S.S.                                     | Mons      |
| □ 8. Foyer Georges Motte, maison d'accueil                    | Bruxelles |
| □ 9. Trempline, centre de post-cure                           | Châtelet  |
| □ 10. L'Unité 6, hôpital psychiatrique La Clairière (Vivalia) | Bertrix   |
| □ 11. L'Observation, hôpital psychiatrique St-Bernard         | Manage    |
| □ 12. L'Espérance, centre de post-cure                        | Thuin     |
| □ 13. Espas (PSSP), travail de rue                            | Arlon     |
| □ 14. L'Orée, centre de jour                                  | Bruxelles |
| □ 15. Le Pélican, centre ambulatoire                          | Bruxelles |
| □ 16. Zone T, Centre ambulatoire                              | Andenne   |

Réseau de réflexion, d'actions, de concertation.



## 10. Structure d'organisation :

### 10.3. le Comité de Direction



49

- Se compose de 7 institutions qui historiquement ont toujours soutenu la démarche des membres du groupe de terrain dans la formalisation du réseau.
- Sollicite de manière conjointe un subside.
- Formalise des accords de collaborations entre institutions émanant du secteur public et privé.
- Répartit des responsabilités.
- = Réseau de réflexion, d'actions, de coordination.

## 10. Structure d'organisation :

### 10.4. la Coordination



50

- Fonction de lien entre :
  - ✓ le Comité de Direction
  - ✓ le Comité d'Accompagnement Scientifique
  - ✓ le groupe de terrain
- Facilite le travail d'un réseau de réflexion, d'actions, de concertation.
- Veille à la mise en oeuvre des décisions et des actions.
- Financement dans le cadre d'une subvention facultative annuelle du Ministère de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des chances de la Région Wallonne.

## 10. Structure d'organisation :

### 10.5. le Comité d'Accompagnement Scientifique



51

- Valide les outils (consentement informé, fiche inclusion, cadastre, charte éthique et R.O.I.).
- Garantit le respect du secret professionnel et des règles de déontologie et d'éthique.
- Propose des outils destinés à évaluer la plus-value du réseau.
- Apporte un regard extérieur (et critique) sur le travail accompli par le réseau et émet des suggestions/recommandations.
- Soutient le projet dans sa reconduction et sa pérennisation.
- = Réseau de réflexion.

## 10. Structure d'organisation :

### 10.6. le Bureau



52

- Organe restreint décisionnel rapidement activable en cas de besoins et de décisions à prendre concernant l'ensemble des partenaires.
- Délégation de membres du groupe de terrain et du Comité de Direction.
- Décisions urgentes et matière extraordinaire.

## 11. Le modèle WaB

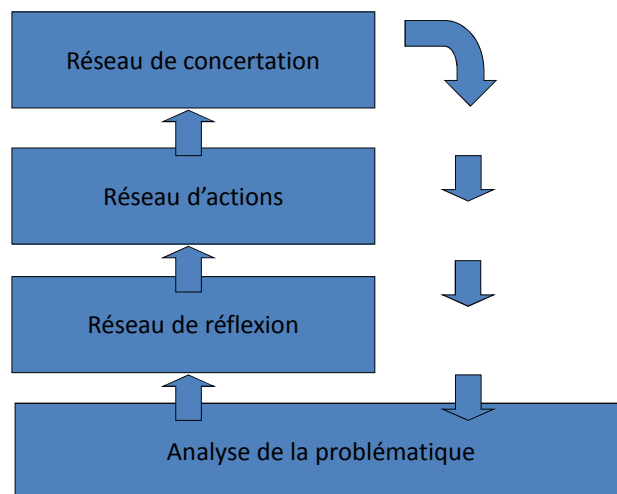


53

- Se positionner et se réajuster en fonction de l'évolution de la problématique, de ses causes et de ses impacts.
- Analyse des problèmes > Réseau de réflexion > Réseau d'actions > Réseau de concertation > Réseau de réflexion > ...

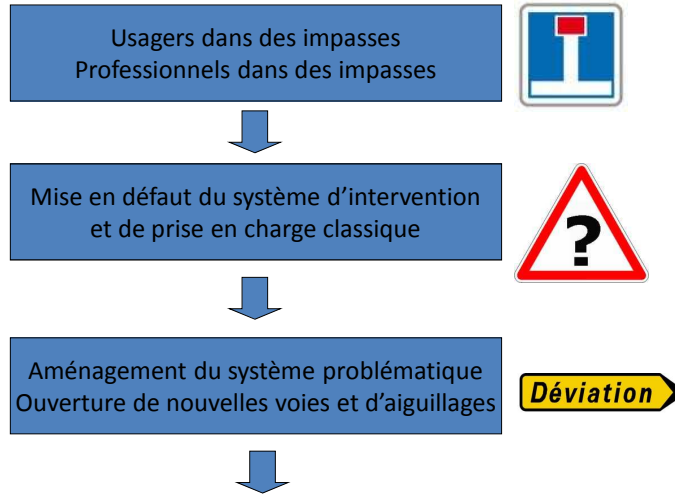
## 11. Le modèle WaB

54

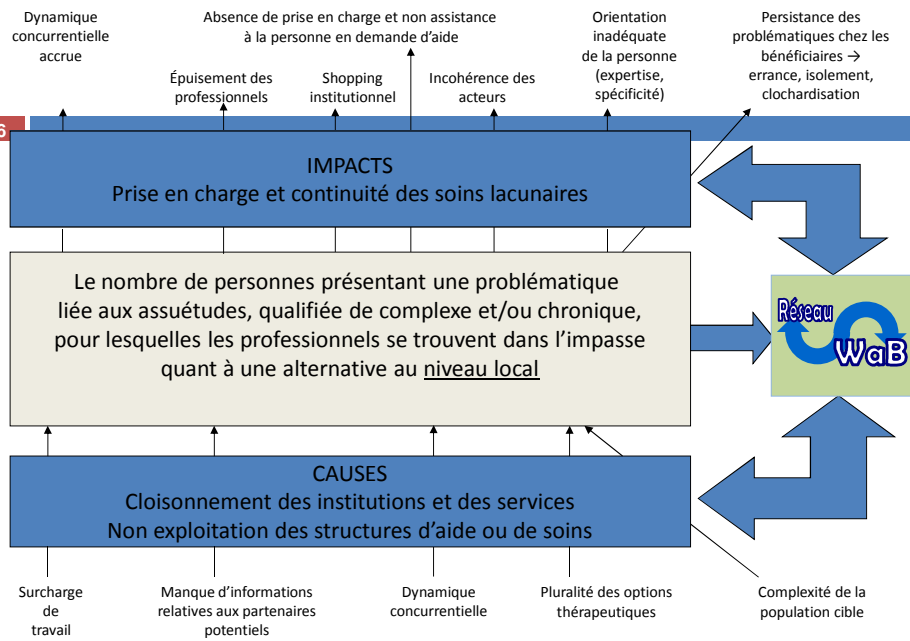


# 11. Le modèle WaB

55



56



## 12. Questions

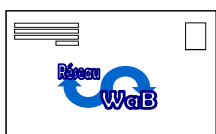
57

- Quelles sont les dérives du travail en réseau?
- Quelles sont les alternatives?
- Quels sont les enjeux?
- Y a-t-il un risque à partager des pratiques?
- ...

Merci pour votre attention

## Réseau Pilote Supra-local Wallonie – Bruxelles (WaB)

Siège social :  
165, Avenue Bourgmestre Jean Materne, 5100 Jambes. Belgique



Coordination  
0032(0)81/30.28.86.  
0032(0)497/49.28.78.  
[reseauwab@gmail.com](mailto:reseauwab@gmail.com)  
[www.reseauwab.be](http://www.reseauwab.be)

Avec le soutien de la Ministre de la Santé, de l'Action  
sociale et de l'Egalité des chances de la Région wallonne.

