

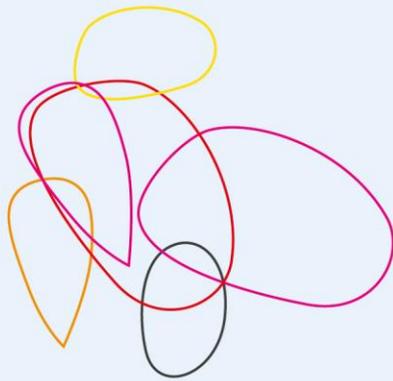


ANALYSE

Septembre 2022 – Juin 2023

Communautés de pratiques

Fonctionnement & apports





1. Introduction

Association sans but lucratif (Asbl), Brusano se donne pour missions de rassembler, dynamiser et soutenir les acteurs du social-santé en Région de Bruxelles-capitale. Pour ce faire, elle mène un travail d'information et d'orientation, met à disposition des équipes d'appui clinique ou méthodologique, propose des espaces de concertation et d'expérimentation. L'objectif est de mettre à disposition des professionnels les outils pour faciliter l'accompagnement des personnes en situations complexes et/ou de vulnérabilité.

Brusano accompagne également la mise en place d'une organisation social-santé intégrée et territorialisée. Pour ce faire, elle contribue à la complémentarité des actions à l'échelle des quartiers, des bassins et de la région.

En tant que dispositif d'aide au développement de nouveaux rôles et de pratiques innovantes ancrées dans les contextes locaux, Brusano a soutenu en 2022 – 2023 quatre communautés de pratiques.

L'appellation « communauté de pratiques » (CdP) désigne un groupe de praticiens qui partagent un domaine d'intérêt et s'efforcent d'apprendre les uns des autres en interagissant régulièrement afin d'améliorer la pratique clinique (1).

Les communautés de pratiques ayant participé au processus chapeauté par Brusano étaient ancrées dans quatre bassins de soins : Centre, Nord-est, Sud-est et Sud. Chacune d'entre elles réunissait des professionnels de la santé, de l'aide et du social – salariés ou indépendants – représentant un large éventail de disciplines, d'organisations et de secteurs des soins, de l'aide et de l'accompagnement des personnes.

Les membres des communautés de pratiques s'identifient comme des « référentes de proximité » (RP). Il s'agit de professionnels du social-santé qui, dans le cadre de leur activité, accompagnent, soignent et aident des personnes parfois en situation complexe. Pour ce faire, ils adoptent une perspective holistique du bien-être de la personne et de son entourage, plaçant celle-ci et ses objectifs au cœur de la démarche.

Lors du suivi réalisé par Brusano, deux modératrices animaient chaque communauté de pratique tandis qu'une chercheuse – la « veilleuse » – observait et documentait afin de capitaliser les échanges ayant lieu lors de chaque séance.

L'ensemble des modératrices et la veilleuse se sont rencontrées mensuellement pour réfléchir et échanger sur les thèmes abordés en séances, les méthodes et outils mobilisés, le travail des référents de proximité en termes de rôle et de posture. Ces rencontres permettaient également d'aborder les aspects organisationnels ainsi que les inconforts et points forts du travail de modération.



Les résultats présentés dans cette note d'analyse ainsi que le guide méthodologique des communautés de pratiques sont basés sur l'analyse des informations collectées d'une part via l'observation participante lors des séances et, d'autre part, lors des rencontres des modératrices. Note et guide constituent des documents dont les informations sont complémentaires.

Le présent document vise à rendre compte de l'expérience menée afin de

- guider l'établissement des objectifs et le soutien des futurs cycles de communautés de pratiques ;
- informer l'éventuel déploiement du dispositif de communauté de pratiques en fonction des différents niveaux territoriaux ;
- identifier, à partir du vécu des professionnels, des pistes de réflexion et des thèmes prioritaires pour éclairer et appuyer l'intégration social-santé auprès des différents acteurs concernés (autorités, organisations, professionnels).

Les attentes en matière d'information ont été définies de manière collaborative avec les membres des communautés de pratiques au cours des mois de juin et juillet 2022. Ces attentes peuvent être regroupées selon trois axes principaux :

1. l'apport, la « plus-value », des communautés de pratiques ;
2. les situations complexes ;
3. le rôle de référent de proximité.

Ces axes se déclinent selon le schéma suivant :



Figure 1. Cartographie des thèmes informés par la CdP

Les contenus initialement organisés selon ce schéma ont par la suite été réorganisés afin de rendre la présentation des résultats plus accessible.



Organisée sur base des points de confluence des quatre communautés de pratiques actives dans le cycle 2022-2023, cette note d'analyse débutera par une description générale des communautés de pratiques. Après un bref rappel de leur développement initial, nous examinerons leurs caractéristiques, notamment leur d'ancrage territorial, leur niveau de participation, leur composition et leur mode de fonctionnement.

Nous aborderons ensuite le rôle pressenti pour ces communautés, les objectifs originels, les effets observés dans les perceptions des participants, les connaissances retirées des échanges en termes de profil des personnes auprès desquelles les référents de proximité interviennent, les contours du rôle exercé par ces référents vis-à-vis d'une population plus vulnérable ainsi que les principes qui émergent comme socle de ce rôle.

Pour conclure, nous évoquerons les thématiques non approfondies en séances, les leçons apprises ainsi que les questions intéressantes à aborder lors du prochain cycle.



2. Description générale des communautés de pratiques

Les communautés de pratiques actives lors de ce cycle sont issues de diverses initiatives mais elles partagent des points communs les ayant incitées à échanger leurs expériences et apprentissages. Le premier de ces points communs réside dans l'intérêt de la démarche en tant que dispositif favorisant la réflexion et rassemblant des professionnels issus de différents domaines pour discuter autour de situations de pratique tout en encourageant la création d'un réseau au service d'un public d'intérêt.

2.1 Le développement des communautés

Trois des quatre communautés de pratiques impliquées (Centre, Nord-est et Sud) ont démarré leur processus en 2019. Le projet de soins intégrés Boost (Centre) fut le précurseur, suivi par Rezone (Sud) puis Citizen (Nord-Est) (2). Ces projets avaient respectivement comme point focal les personnes souffrant de maladies chroniques, les personnes rencontrant des problèmes de santé mentale et les personnes âgées.

Lors du cycle précédent, un travail de rapprochement entre modératrices avait créé un espace d'échange pour explorer de façon participative les besoins des référents de proximité ainsi que les dénominateurs communs à leurs pratiques. Sur base de ces expériences antérieures, Brusano a établi le cadre de soutien aux communautés de pratiques (3) ainsi qu'aux référents de proximité (4) sans porter atteinte ni à l'identité ni à l'autonomie des unes et des autres.

Au début de ce cycle 2022-2023, une nouvelle communauté a été créée dans le bassin de soins Sud-est sous l'impulsion de Brusano.



Figure 2. Communautés de pratiques reliées au territoire



2.2 Les communautés de pratique durant le cycle 2022-2023

Les quatre communautés de pratiques ont été identifiées selon un ancrage territorial correspondant au découpage en bassins de soins de la région bruxelloise. Chacune avait sa propre identité, fortement influencée par sa composition (membres et modératrices) et son histoire. Elles étaient composées de 12 membres (sauf Sud-est), professionnels actifs appartenant à différentes disciplines, organisations et secteurs. Malgré une certaine rotation des membres, un noyau stable a perduré à travers le cycle. Elles veillèrent à répondre aux objectifs généraux fixés par Brusano tout en conservant leurs spécificités et leurs modalités de fonctionnement.

Le contenu des séances fut établi en tenant compte des attentes des membres, des problématiques et des questions émergeant au fil des échanges, de la feuille de route établie au début du cycle et, enfin, de ce qui avait émergé au cours du cycle précédent.

2.3 Compositions différentes

Les quatre communautés de pratiques rassemblaient des professionnels issus des soins, de l'aide et de l'accompagnement. La diversité et la complémentarité des membres en termes de secteurs, organisations et disciplines sont mises en évidence dans les tableaux ci-dessous.

Composition des communautés	Sud	Nord-est	Sud-est	Centre*
Nb. total de membres impliqués	20	13	8	17
Nb d'organisations	12	8	7	12
Nb. d'indépendants	(-)	2	3	1
Nb. d'organisations représentées par un binôme	5	1	1	4

* Un patient formateur a participé aux séances de la communauté de pratiques Centre.

Secteurs représentés selon les organisations	Sud	Nord-est	Sud-est	Centre
Nb. de secteurs différents	5	3	4	5
Soins de santé	2	8	3	5
Santé mentale	5	(-)	(-)	(-)
Secteur social (populations spécifiques)	3	(-)	1	2
Secteur de l'aide	1	1	1	2
Secteur associatif	(-)	1	(-)	1
Secteur de l'enfance et la jeunesse	(-)	(-)	(-)	2
Secteur du handicap	1	(-)	1	(-)



2.4. La participation

La participation aux séances est restée relativement stable au cours du cycle mais fut influencée par des phénomènes saisonniers comme l'épidémie de grippe et la COVID-19. Lors de ceux-ci, le nombre de participants a diminué pour cause de maladie ou d'indisponibilité consécutive à une augmentation de la charge de travail.

Participation aux CdPs	Sud	Nord-est	Sud-est	Centre
Nb. de participants par séance (médiane, min. et max.)*	10 [8-12]	7 [3-10]	7 [4-7]	11 [9-13]

* Les modérateurs et les stagiaires ont été exclus du calcul.

3. Organisation des communautés de pratiques

Les modératrices et les membres des communautés de pratiques se sont réunis mensuellement dans un cycle de 10 séances, de septembre 2022 à juin 2023. Initialement prévue sur un rythme bimensuel, la fréquence a été augmentée en raison du grand nombre de sujets à traiter.

Les lieux de rencontre ont pu varier au cours du cycle. Les membres ont participé en représentation d'une organisation ou en tant qu'indépendants, individuellement ou en binôme avec un collègue. Les membres et les modératrices ont signé une convention avec Brusano pour le cycle et ont été défrayés en fonction de leur participation.

L'animation des séances était assurée par les différents binômes de modératrices, ce qui favorisa une dynamique très participative

Communautés de pratique	Sud	Nord-est	Sud-est	Centre
Nb de séances	10	10	9	10
Nb d'heures de réunion	30	20	18	20

Par ailleurs, les modératrices se sont réunies dans un espace qui leur était spécifiquement dédié. Leurs discussions ont porté sur des sujets tels que le déroulement de la communauté de pratiques du mois précédent, les méthodes et outils utilisés pour l'animation, les éventuelles difficultés rencontrées, les aspects administratifs...

Ces rencontres entre modératrices ont créé un espace fonctionnant comme une « vitrine » où le travail réalisé au sein de chaque communauté fut mis en lumière et où les idées et les outils furent partagés et enrichis, notamment en ce qui concerne les thèmes et les méthodes mobilisées.



3.1 Cycle de vie, cycle organisationnel

Les communautés de pratiques spontanées émergeant autour des problématiques similaires ont un cycle de vie qui leur est propre. Au cours de celui-ci, elles traversent différentes étapes (5), de la phase de découverte des membres et des possibilités qu'un tel espace peut offrir jusqu'au point de transformation où la communauté questionne sa continuité ou sa transformation. Les communautés de pratiques « sollicitées » (6) – telle celle du bassin Sud-est soutenue par Brusano – ont quant à elles un caractère prémédité et expérimental. Le soutien structurel offert participe à la durabilité et à l'orientation de ces dispositifs.

De ce fait, la question qui se pose porte essentiellement sur la durée de participation des membres au travers des différents cycles administratifs ainsi que sur le taux de remplacement recommandable afin de permettre à d'autres professionnels d'y participer.

Durant le cycle d'observation, il est apparu que certains membres participaient régulièrement à une communauté de pratiques depuis plusieurs années (3-4 ans). Parallèlement, il s'est avéré que la dynamique des parcours professionnels et personnels – changements de fonction, finalisation de contrats de travail, interruptions de carrière pour étudier ou s'occuper d'un proche, maladies de longue durée... – entraînaient la sortie régulière de membres.

Lorsqu'un membre quitte la communauté, il n'est pas systématiquement remplacé. Le remplacement est le résultat d'un effort concerté entre modératrices et membres afin de maintenir une composition équilibrée en termes de disciplines, d'organisations et de secteurs concernés... tout en tenant compte de la disponibilité des candidats potentiels.

La participation à une communauté de pratiques semble en bonne partie déterminée par le rapport entre les bénéfices et les coûts perçus. Du côté des bénéfices, on identifie l'enrichissement personnel et professionnel à travers la pratique réflexive collective ainsi que l'écoute, la reconnaissance et la valorisation par les pairs. La communauté propose un temps et un espace pour se poser et se déposer avec des échanges qui « offrent un appel d'air, un lieu en dehors de sa structure, sans enjeux ni jugement » parce que « même si on travaille en équipe pluridisciplinaire, on a des difficultés »¹.

Pour ce qui est des coûts, lorsque la charge de travail est importante, la participation à la communauté entre en concurrence avec d'autres activités. C'est d'autant plus vrai qu'il faut se déplacer pour participer et que les contenus de certaines séances peuvent être perçus comme moins utiles ou adaptés à sa réalité professionnelle spécifique. La difficulté de recruter certains profils comme les médecins généralistes pourrait sans doute être expliquée sinon solutionnée par une analyse coûts/bénéfices approfondie.

D'un point de vue structurel, Brusano a fourni aux communautés de pratiques partenaires un cadre de fonctionnement correspondant à l'année scolaire. Les accords entre Brusano, les participants, les organisations auxquelles ces membres appartiennent et les modérateurs correspondent à ce cycle organisationnel.



3.2. Le rôle des participants

Les rôles attendus des participants sont décrits comme suit dans les documents de convention et l'info-fiche (3) :

- **membre** : adhère à la communauté et participe aux activités qui y sont organisées. S'engage à s'impliquer et participer au bon fonctionnement de la communauté de pratiques, y compris au développement des savoirs.
- **modératrice** : assure le cadre de la communauté de pratiques ; elle initie et organise les rencontres, soutient les relations interpersonnelles, stimule les échanges, motive, relance, fait le lien entre les différentes rencontres d'un cycle. Elle s'assure d'avoir un lieu pour héberger les séances. Entre celles-ci, elle collabore avec la veilleuse entre les rencontres pour faire émerger les pratiques intéressantes.
- **veilleuse** : détecte et analyse le contenu thématique. Elle détient une expertise spécifique d'intérêt pour la communauté. Elle aide, enrichit la production de connaissances thématiques qu'elle documente et collabore avec les modératrices entre les rencontres pour faire émerger les pratiques intéressantes.
- **Brusano** : stimule la création de communautés de pratiques, en assure la coordination et le suivi. Elle assure la cohérence interne et avec l'extérieur (cadre méthodologique, financement, visibilité, capitalisation).

3.3. Conditions du bon déroulement des communautés de pratiques

Par leur nature, les échanges en communautés de pratiques ont lieu en l'absence d'enjeux d'équipe ou liés, par exemple, à la défense d'intérêts disciplinaires ou sectoriels. La communauté a créé un espace où les enjeux organisationnels et disciplinaires se sont estompés. Il s'agit d'un espace de partage et d'apprentissage.

Afin de créer un climat de travail propice, les membres de la communauté doivent respecter les conditions de fonctionnement. Une des forces des quatre communautés de pratiques actuelles est le cadre respectueux et bienveillant dans lequel les interactions ont lieu. Les modératrices ont favorisé et été garantes de ce cadre. Les participants doivent également être ouverts à la remise en question des pratiques, à écouter ce qui est renvoyé par les autres participants, leurs points de vue et leurs conseils.



4. Le rôle anticipé des communautés de pratiques : qu'attend-on d'elles ?

Les objectifs des communautés de pratiques ont été affinés et précisés sur base des expériences et leçons tirées des cycles précédents.

4.1. Les objectifs de la communauté de pratiques

En tant que dispositif soutenu par Brusano, la communauté de pratiques endosse un rôle exploratoire et d'expérimentation. A travers les partages de pratiques et de savoirs expérimentiels, les professionnels participent à la réflexion sur les changements nécessaires au niveau du système afin de progresser vers une organisation social-santé intégrée et territorialisée. Au sein de cet espace émergent les freins et les opportunités rencontrées par les professionnels pour mener une action collective capable d'offrir aux personnes et aux populations des soins, une aide et un accompagnement répondant à leurs objectifs.

Les objectifs généraux fixés aux communautés de pratiques pour ce cycle étaient :

- renforcer le fonctionnement en réseau à un niveau local ;
- partager des ressources et ouvrir des pistes solutions autour de cas concrets ;
- partager leur expérience de la fonction et dégager de nouvelles pratiques ;
- partager et expérimenter des outils soutenant la fonction ;
- permettre un rapprochement entre les apports pour le participant dans sa pratique, d'une part, et pour l'offre de soins et services dans son ensemble, d'autre part.

5. Quels sont les effets rapportés des communautés de pratiques ?

Lors de chaque séance, divers outils et méthodes furent mobilisés pour favoriser la participation et l'interaction entre les participants. Ainsi, un temps important de ces séances fut consacré aux échanges d'expériences sur des situations « problématiques », aux inconforts ou difficultés rencontrés dans leur prise en charge professionnelle.

Lorsqu'il s'est agi d'aborder ces situations de soins ou d'accompagnement dites problématiques, les participants eurent recours à des méthodologies établies pour la résolution de problèmes en groupe qui les aidèrent à structurer et à guider les échanges durant le processus de réflexion collective : la méthode « Speed solutions », la méthode « GEASE » (Groupe d'Entraînement à l'Analyse de Situations Éducatives) ou encore le co-développement. Dans ce contexte, le rôle des modératrices consista principalement à proposer une méthode et à guider l'exercice en veillant au cadre de respect, de bienveillance et de confidentialité.

Outre ce temps spécifique, les échanges en cours de séance ont pu faire émerger des expériences de pratique inconfortables ou difficiles. Il arriva qu'un cas évoqué par un participant fit écho à des expériences similaires dans l'esprit des autres et donna lieu à un partage spontané d'expérience autour de cas et des stratégies mises en œuvre pour le résoudre. Les modératrices nourrissent et guidèrent alors la réflexion collective sur la thématique en fonction de leurs terrains d'expertises.

Les interactions et partages entre les membres eurent des effets directs ou indirects sur lesquels nous allons nous attarder dans les chapitres suivants.



5.1. Améliorer la compréhension des besoins d'une partie de la population à partir des situations problématiques rencontrées par les référents

Les informations partagées en séance permirent d'ébaucher les facteurs contribuant à la complexité des situations présentées. Comme expliqué précédemment, les modalités du partage de ces situations sont garantes du respect de la confidentialité et de la protection de la vie privée des personnes.

La grande majorité (31/38) des récits partagés durant le cycle furent traités suivant une des méthodes d'analyse évoquées plus haut. Les autres firent l'objet d'une description en grandes lignes de quelques éléments problématiques de la situation. Dans les deux cas, un moment de questions – réponses contribua à clarifier la compréhension de la situation. Les membres mobilisèrent ensuite leurs connaissances expérientielles (approches, outils, perspectives) et celles du réseau de pratique pour essayer de répondre à la (aux) question(s) exposée(s) au groupe.

Les conseils des participants portèrent tantôt sur la posture du référent de proximité face à la personne ou aux autres professionnels impliqués, tantôt sur l'offre de services de l'une ou l'autre organisation pouvant convenir à la situation de la personne, tantôt sur des outils et dispositifs d'aide.

5.1.2. La perception de la complexité par le référent de proximité

Différents facteurs semblent contribuer à la perception de la complexité d'une situation. Certains entre eux sont liés au référent et à son cadre de pratique. Il en est ainsi de la position dans le système du professionnel concerné. La profession et la fonction occupée définissent en effet les champs d'action et de responsabilité, les compétences et les ressources à disposition ainsi que la légitimité d'agir. Exemple : les aides familiales qui aident des personnes fragiles au quotidien détiennent des informations importantes pour comprendre leur situation et leur évolution.

Cependant, leur capacité à prendre l'initiative et à impliquer directement d'autres professionnels est limitée. Ainsi, lorsque l'état de la personne nécessite de contacter le médecin traitant, l'aidant ne va pas agir directement mais signalera la situation au responsable du service ou à la famille de la personne.

« Je dois dire que j'exerce ce rôle [RP] des fois, pour rediriger la personne vers d'autres services. Mais je suis incapable dans ma fonction de répondre seule à cela et je dois passer par les collègues ».

Le médecin généraliste, avec le pouvoir que lui accorde sa position dans le système socio-sanitaire, illustre l'autre extrême. Dans son rôle de « super-connecteur », il apparaît légitime et est hypersollicité pour intervenir dans un large éventail de situations. Il doit toutefois faire face aux contraintes du temps, notamment celui qu'exige la coordination d'intervenants dans ces situations « problématiques ».

« En tant que médecin généraliste, les situations qui sont simples prennent du travail. Les situations complexes, cela prendrait un temps considérable. Je fais ce qui est indispensable. Nous, on n'est pas organisés pour cela [la gestion des situations complexes] ; nous, on est en consultation. Je ne vois pas concrètement comment je mettrais cela dans mon agenda. »

Les membres des communautés de pratiques ont évoqué, en séances, d'autres éléments contraignants liés

- au cadre institutionnel (exemples : les déplacements en dehors de l'hôpital pour réaliser les démarches préparatoires à la sortie de la personne ne sont pas autorisés ; le suivi par l'équipe d'une Maison médicale n'est plus possible lors que la personne change de logement et déménage dans un autre quartier ; etc.) ;
- à la perception d'un manque de compétence ou de légitimité ;
- à la connaissance insuffisante du réseau.



Selon leurs témoignages, les professionnels ont joué un rôle indiscutable dans la gestion d'une série de besoins créés par la complexité des situations et l'incapacité du système dans son fonctionnement classique à y répondre efficacement (7). Pour pouvoir rencontrer ces besoins, ils ont dû travailler au-delà des contours classiques de leurs métiers et fonctions.

La perception d'ensemble est que ces besoins ne sont pas nouveaux mais que le nombre de personnes devant y faire face augmente. On peut dès lors s'attendre à ce que les acteurs du social-santé soient de plus en plus fréquemment confrontés à des personnes en situation complexe.

5.1.3. Les personnes en situation complexe

Ces récits de pratique en lien avec des situations problématiques nous ont fourni des informations sur des publics particulièrement vulnérables.

Les concernés, individus ou familles, présentent des profils très variés mais ont en commun de rencontrer à ce moment de leur vie des difficultés de plusieurs ordres. Certaines leurs sont intrinsèques :

- les maladies chroniques,
- la maladie psychiatrique,
- les dépendances,
- le handicap physique ou mental,
- le déclin fonctionnel ou cognitif,
- la fragilité,
- le refus (sélectif) de soins.

D'autres se situent au niveau extrinsèque :

- les désaccords entre la personne et son entourage par rapport aux objectifs des soins ou à l'accompagnement ;
- les environnements dysfonctionnels ;
- l'absence de réseau ou l'incapacité du réseau existant d'apporter un soutien ;
- la précarité économique et/ou de logement ;
- la situation des justiciables ;
- le non-recours ou nonaccès aux droits.

Les situations partagées en communautés de pratiques impliquaient des personnes de tout âge – de l'enfance aux quatre fois vingt – équitablement réparties par genre.

Dans deux tiers des cas, la personne séjournait « légalement » sur le territoire. A l'opposé, dans cinq de ces situations, la personne se trouvait en situation de séjour irrégulier avec un nonaccès ou un accès limité aux droits.

Dans deux tiers des cas, la personne disposait d'une stabilité au niveau du logement (domicile, maison de repos, habitation protégée ou initiative d'hébergement adaptée) mais celui-ci n'était pas nécessairement adapté à ses besoins. Pour le tiers restant, la personne risquait d'être expulsée, n'avait pas de domicile fixe, vivait en rue ou dans un logement de transit.



Contrairement à une hypothèse initialement émise, il y avait dans les situations rapportées un nombre très limité de cas liés à un problème de communication linguistique (deux cas : un ressortissant européen et une personne venant de la région flamande).

Dans toutes les situations exposées, les facteurs contribuant à la complexité se présentaient simultanément et se renfonçaient mutuellement induisant un effet « syndémique » (8).

Cette présence multiple et interactionnelle de facteurs peut être illustrée par la demande d'un référent de proximité. Lors d'une séance, celui-ci sollicita des pistes quant à des services qui accepteraient d'accueillir une personne pour une période de répit. Il s'agissait en l'occurrence d'un jeune adulte toxicomane atteint d'une maladie psychiatrique connaissant une détérioration importante de son état de santé durant les périodes de consommation et qui se trouvait confronté à des problèmes de logement et de perte d'emploi. Il avait été banni de toute une série d'établissements de la région à cause d'un comportement inadapté.

Les facteurs qui interagissent pour créer des situations complexes ont été répartis selon la cartographie d'un outil d'évaluation de la complexité des soins à domicile (COMID®)(9,10). (Précisions utiles : tous les facteurs présents dans les cas exposés n'ont pas été relevés de façon exhaustive et l'outil utilisé, construit pour évaluer la complexité des soins à domicile, n'aborde que tangentiellement le fonctionnement de la personne.)

- Facteurs comportementaux : principalement une communication ambivalente (pas de clarté de la demande, changements d'opinion récurrents) ; résistance ou opposition – active ou passive – aux soins (exemple : une personne affectée par la maladie d'Alzheimer récemment diagnostiquée refuse l'intervention des professionnels des soins ou de l'aide) ; sollicitations récurrentes du réseau.
- Facteurs relatifs aux intervenants : formels (absence ou faible degré de partenariat entre des intervenants : représentants légaux, autres professionnels hospitaliers ou de première ligne...) ou informels (entourage de la personne nuisible, violence intrafamiliale, faible capacité ou autonomie de la personne, lourdeur émotionnelle de celui qui expose la situation et contribue à l'épuisement du professionnel...).
- Facteurs liés à l'instabilité : dégradation récente de l'état de santé général (liée à une reprise de la consommation de drogue, évolution du cancer...); personne vivant un période de transition (expulsion du logement, déménagement, décès imminent ou récent d'un parent, sortie de prison, en processus de régularisation de séjour ou en attente d'expulsion du territoire...).
- Facteurs liés à la santé mentale : addictions, fonctions cognitives affaiblies, dépression ou idées suicidaires, maladie psychiatrique (facteurs plus présents dans la communauté de pratiques Sud).
- Facteurs socioéconomiques : isolement social, absence ou épuisement de l'aidant proche, tensions familiales, difficultés économiques, dynamiques dysfonctionnelles au sein du noyau familial.
- Facteurs médicaux : plusieurs maladies chroniques suivies par des troubles cognitifs.



Face à des situations complexes, les professionnels impliqués dans les soins ou l'accompagnement s'avèrent incapables de répondre seuls à des besoins multiples. Sauf opposition de la personne, le recours au travail en réseau est dès lors incontournable. C'est que la réponse à des besoins multiples implique de facto l'intervention d'acteurs et d'organisations travaillant dans différents domaines : soins de santé, aide à domicile, accompagnement social, juridique, protection de l'enfance, accompagnement à l'emploi, accueil, administratifs, enseignement, logement, etc. Le défi est d'autant plus grand que les intervenants impliqués dans le processus ont des temporalités, des cultures et des logiques de travail différentes et non interconnectées.

Par ailleurs, bien que le territoire de la Région Bruxelles-capitale compte une offre très diversifiée de services, la lisibilité de celle-ci reste difficile pour les prestataires. En plus, cette offre n'est pas toujours adaptée aux besoins de la population concernée ce qui entrave

L'accessibilité aux services. Par exemple, le territoire ne dispose pas de services de soins généralistes répartis en fonction des besoins de la population (11) et les services existants sont dès lors saturés (12).

Moins fréquemment, des difficultés sont également apparues parce que les dynamiques de collaboration au sein du réseau n'étaient pas appropriées ou efficaces. Pour se coordonner et se concerter, on a besoin de temps et la situation ne le permet pas toujours.

5.1.4. L'implication du référent de proximité dans les situations complexes

Le point focal de l'intervention du référent de proximité dans la situation fut principalement l'individu mais, dans certaines situations, le focus s'opéra sur l'unité familiale.

Dans la moitié des cas évoqués, le référent de proximité fut impliqué via une demande d'intervention venant de la personne elle-même. Pour le reste, l'intervention s'opéra sur requête d'un proche ou d'un professionnel appartenant ou non à la même structure que le référent.

Dans un cas sur deux, l'objet de la demande fut clairement explicité par celui ou celle qui la formulait. Pour l'autre moitié et à parts égales, il n'y eut pas de demande spécifique ou elle ne fut pas clairement formulée ce qui a contribué également à la perception de complexité car, selon un référent, « cela nécessite de la gestion des émotions, d'aider à décoder la demande ».

Le temps a été un facteur fondamental de l'accompagnement du référent de proximité tant la liste des activités nécessaires pour aider, soigner et accompagner valablement la personne est longue : écouter, démêler et clarifier les préférences et les besoins ; établir avec elle des priorités ; s'informer et informer ; aiguiller la personne vers des services ; solliciter la collaboration et se concerter avec d'autres intervenants ; soutenir et veiller à l'évolution de la situation...

5.1.5. Contextes de pratiques différents, problématiques communes

Issus de différentes professions, les participants aux communautés de pratiques occupaient des fonctions diverses dans des organisations appartenant à plusieurs secteurs.

Au regard de cette diversité, on pourrait estimer peu probable que ces professionnels soient parvenus à trouver un terrain d'entente. Pourtant, les expériences vécues et partagées au sein

des communautés ont démontré qu'il était possible de se comprendre, « *de s'écouter et de s'entraider, quand on prend le temps et on est ouvert à le faire* ».

Au-delà de la diversité de leurs profils professionnels, les participants ont identifié de nombreuses similitudes au niveau des difficultés rencontrées car « *on se bat contre les mêmes choses* ». Il existe donc un fil rouge traversant les secteurs, les métiers et les fonctions, un dénominateur commun dans l'esprit de certains professionnels qui, confrontés aux besoins de personnes en situation complexe, décident d'aller « au-delà » des contours de leur rôle.



La fréquence à laquelle les référents de proximité furent confrontés à ce type de situations et les compétences expérientielles qu'ils développèrent dans ce cadre dépendaient à la fois de leur fonction et de la mission de l'organisation à laquelle ils appartenaient. En d'autres termes, de leur orientation plus ou moins généraliste ou spécialisée – ciblant toute la population ou certains publics spécifiques – et de leur mobilité plus ou moins importante sur territoire de la région bruxelloise. Ces éléments impliquent sans doute des différences dans l'ancrage territorial de la pratique (quartier, bassin, région) et des intérêts de rencontre qui en découlent.

5.2. Les effets de la participation aux communautés de pratiques rapportés par les membres

Selon les membres, la participation à la communauté de pratiques a eu des effets bénéfiques tant au niveau individuel que collectif. La communauté a offert un « parcours balisé » et un espace sécurisé pour s'initier à la pratique réflexive de groupe.

L'analyse de contenus des séances nous a permis de relever des réactions et des manifestations des participants évoquant une évolution dans leurs attitudes et leurs perceptions. Nous avons par ailleurs noté l'acquisition de connaissances sur le réseau et la multiplicité des perspectives qui a pu promouvoir des postures favorables à la collaboration interprofessionnelle (13).

5.2.1. Effets au niveau individuel

Selon le témoignage des membres, la participation régulière aux communautés de pratiques leur a apporté :

- un renforcement de la formation – plus particulièrement autour de la relation d'aide – enrichie par l'acquisition d'outils et de connaissances sur les dispositifs existants utiles à leur pratique. Toutefois, selon un participant ayant plusieurs années de participation à une communauté, les apports et apprentissages semblent « s'estomper » avec le temps. Il affirmait ainsi avoir atteint un stade dans le travail en réseau où « on est capable d'aider les autres mais la communauté de pratiques m'apporte peu ».
- un effet positif de ressourcement via le travail sur la posture professionnelle : « on se sent aidé dans la recherche de ses limites et pour découvrir d'autres perspectives ». Cet effet fut décrit comme « être boosté dans sa pratique » ou « recharger ses batteries ».

Cette participation leur a par ailleurs permis d'élargir leurs réseaux professionnels et, pour certains, de se faire connaître et d'aspirer à d'autres fonctions.

5.2.2. Effets au niveau collectif

Les membres de la communauté de pratiques ont reconnu le cadre de bienveillance et de confiance comme une construction collective à laquelle les modératrices ont participé activement. La reconnaissance mutuelle contributive à ce cadre fut régulièrement explicitée au cours des échanges – « Chacun a la possibilité de réagir » – et chacun a eu la possibilité de présenter une situation s'il le souhaitait. Ce sont essentiellement des facteurs individuels ou liés à la temporalité des situations qui ont influencé le fait de saisir ou non ces opportunités.

Il faut souligner le travail actif des modératrices pour ménager et répartir les moments et les temps d'intervention. Au final, ces communautés de pratiques constituèrent un espace permettant « d'être reconnu dans le besoin de se parler, de se sentir soutenus ».

Nous avons observé chez les membres des communautés, plus particulièrement chez les nouveaux, une prise de conscience progressive de la puissance des processus d'intelligence collective. Ces processus ont ouvert de nouvelles perspectives sur des cas difficiles à aborder. Après un échange sur une situation problématique, un membre exprima sa satisfaction du travail collectif réalisé : « On fait des bonnes choses ensemble. ».



Cette prise de conscience a mis en exergue l'importance de travailler avec d'autres professionnels car « *personne n'a toute la connaissance* ». Les interactions ont ainsi encouragé les pratiques collaboratives et renforcé la conviction sur « *la valeur ajoutée de travailler en réseau* ». Il est à noter que les différences d'appréciation sur enjeu au sein du groupe se sont estompées au fil des séances.

La participation à la communauté de pratiques a conduit à l'*interconnaissance*, à une meilleure connaissance des autres membres, de leurs réseaux et, à travers eux, d'autres acteurs actifs dans le même territoire. Les échanges débouchèrent sur une prise de conscience de l'abondance des dispositifs existant et des organisations œuvrant sur le territoire bruxellois. Les interactions en séance ont par ailleurs permis d'obtenir des informations « chaudes » et vivantes sur l'actualité d'autres secteurs et organisations. L'ensemble des connaissances collectées a incité les membres des communautés à faire appel à des dispositifs et services existant mais jusqu'alors mal ou pas connus.

Les membres des communautés de pratiques partagèrent également une perception d'évolution collective dans un cadre où ils pouvaient se poser et réfléchir en dehors, notamment, des enjeux organisationnels ou d'équipe, « *du rythme quotidien de travail* » et « *du problème précis* ».

Les communautés de pratiques ont donc offert :

- un lieu de rencontre (ce qui semble particulièrement important pour les professionnels plus isolés par leur statut ou par leur fonction) et d'ouverture aux autres pour « *se sentir emparé par la communauté et un peu moins seuls face aux difficultés* ». Cet espace sécurisé a généré des effets bénéfiques exprimés sous différentes formes par les participants : se sentir déchargé car « *le poids de la situation est plus important quand on le porte tout seul* » ; se sentir réconforté, compris, soutenu, rassuré par rapport à la posture qu'on a pris face à une personne ; se sentir aidé à faire le deuil de ce qu'on ne peut pas changer ; se sentir en confiance et non jugé.
- un lieu de reconnaissance « pour l'accompagnement que l'on fait de la personne ». « Sentir que les autres sont touchés par son cas ». « On se rend compte que nous partageons des expériences similaires ».
- un lieu d'inspiration, l'écoute des difficultés rencontrées par d'autres professionnels ayant un « effet miroir » : les participants se sont reconnus dans le travail des autres, ont été touchés et inspirés par leurs pratiques d'accompagnement.
- un lieu d'ouverture « à d'autres perspectives disciplinaires qui aident à mieux comprendre les autres [professionnels] » .
- un lieu de bienveillance envers soi-même. Pour certains professionnels, ces discussions sur les situations problématiques les ont aidés à « être moins critique envers soi-même » et à se considérer avec bienveillance « quand on bloque dans une situation ».



5.3 Effets par rapport à la situation problématique

Les référents de proximité ayant partagé une situation problématique furent unanimes à dire s'être sentis aidés et avoir été satisfaits par les pistes d'intervention proposées par les autres membres.

Dans certains cas, les échanges ont permis de remettre un peu de structure dans la réflexion – « *mettre les choses en ordre dans la tête* » – ou de clarifier la situation.

Les impasses étaient fréquentes dans les situations exposées et cela pouvait induire des moments de découragement chez le référent de proximité concerné. Dans ces cas, les pistes à explorer évoquées lors du partage des situations contribuent à une prise de recul qui « *peut renforcer la conviction de continuer à explorer et à accompagner* ». Écouter d'autres perspectives fut une aide pour regarder autrement la situation et, parfois, « *mettre du positif* » mais aussi accepter son impuissance et faire le deuil sur ce qu'on n'était pas capable de changer.

Ces interactions aidèrent également à la prise de conscience d'une série de facteurs ayant induit des positionnements bloquant la situation. Il en est ainsi, par exemple, de la loyauté envers son organisation et les engagements qu'elle a prise envers la personne alors que ceux-ci apparaissent clairement disproportionnés et/ou mettent en difficulté les professionnels impliqués dans la situation. Le besoin de clarification du cadre et des limites de l'accompagnement s'imposait comme une évidence et cette prise de conscience fut le déclic permettant d'agir autrement pour gérer la situation.

Les participants prodiguèrent par ailleurs des conseils et firent des suggestions quant à la manière de trouver de l'aide auprès de professionnels ou d'utiliser des services en établissant des liens avec les ressources disponibles afin d'élargir le réseau.

Lors de ce cycle, un moment était prévu à chaque séance pour suivre l'évolution de la situation présentée lors de la rencontre précédente. Certains participants firent ainsi un retour sur les démarches entreprises sur bases des conseils reçus et des pistes de solution suggérées au sein de la communauté de pratiques. D'après ces feedbacks, certaines situations ont été débloquées temporairement ou définitivement grâce à la mise en œuvre d'une ou plusieurs propositions exprimées.

Incidentement, ces retours d'expérience ont mis en lumière le caractère volatile et précaire de certaines situations (par exemple, la personne a disparu du champ d'action du référent) ou de l'immobilisme dans laquelle d'autres s'enkystent (situation dans l'impasse depuis des mois). La temporalité de ce retour, fait d'un mois à l'autre, n'était probablement pas adéquate pour

le suivi de tous les cas. Les longs délais d'évolution parfois observés peuvent – au moins partiellement – être expliqués par, d'une part, la complexité de la situation traitée et, d'autre part, la difficulté de mise en réseau des différentes temporalités des intervenants.

La coordination de ces temps et rythmes d'intervention différents puis son intégration avec la temporalité propre à la personne constitue un véritable défi.



5.4 L'effet des apprentissages au sein des équipes et des organisations.

L'hypothèse de fonctionnement des communautés de pratiques prévoit que les apprentissages réalisés lors des sessions se propageront au sein des équipes, des services et des organisations. On peut théoriquement s'attendre à ce que le travail sur la posture effectué dans la communauté et l'amélioration des connaissances du réseau constituent des apports qui influencent positivement les processus de soins et d'accompagnement dans lesquels les participants sont impliqués.

Par ailleurs, la communauté est un lieu de découverte d'autres perspectives disciplinaires, de méthodes et d'outils pouvant être utilisés pour soutenir le travail en équipe et avec les personnes. Certains de ces outils et méthodes sont potentiellement transférables à la pratique professionnelle et à la dynamique du travail en équipe des participants.

Au terme de ce cycle, on constate que certains membres des communautés de pratiques ont effectivement partagé avec leurs équipes l'une ou l'autre méthode d'analyse de situation ou de facilitation présentés en séances. Il est cependant difficile de savoir, sur base des informations recueillies, quel fut le niveau d'adoption des outils accueillis favorablement. Il semble que cela dépende de ce qui était déjà utilisé au sein de l'équipe/de l'organisation et de la facilité d'utilisation de l'outil proposé – par exemple, nécessite-t-il ou non une formation.

Il apparaît que la communication à l'équipe ou au service de ce qui a été fait en communauté de pratiques s'avère compliqué. Le « j'ai du mal à faire le feed-back de ce qu'on fait ici » exprimé par un participant était partagé par un nombre important des membres. Ceci peut être expliqué à différents niveaux. La nature collective du travail réalisé en séance peut ainsi se révéler difficile à synthétiser et à transmettre de manière à être utile pour les collègues.

Un autre facteur évoqué est l'absence, au sein des équipes ou des services, de moments dédiés au partage de ce que l'on apprend à l'extérieur. Le temps nécessaire pour un tel échange rentre en concurrence avec d'autres consacrés à des réunions pour discuter d'un cas, de l'organisation ou d'autres questions propres à l'activité de la structure. Dans ce contexte, deux stratégies ont été évoquées pour faciliter la communication « en interne » sur ce qui se fait en communauté de pratiques.

- La participation à la communauté sous forme de binôme. La participation alternée de deux membres d'une équipe ou d'un service pourrait faciliter la communication et renforcer le message au sein de la structure (équipe, service ou organisation).
- L'instauration, au sein de la structure, de moments réguliers et formels pour le feedback de la participation à des activités externes (comme la communauté de pratique) qui peuvent profiter au travail de tous. Certaines structures consacrent régulièrement un temps à la transmission des activités liées « au réseau ».

Cette difficulté de communication a touché plus spécifiquement le partage de la nature du rôle de référent de proximité. Les dynamiques propres à chaque organisation, ses modalités de travail en collaboration et les particularités des divers métiers impliqués dans les soins, l'aide ou l'accompagnement influencent la manière dont la réflexion sur ce rôle peut être communiquée et comment la pratique pourrait se décliner autour de celui-ci. De fait, un participant expliquait que, dans son équipe, la notion de référent de proximité avait déjà été intégrée pour chacune des personnes accompagnées.



6. Comment la communauté de pratiques contribue-t-elle à définir le rôle du référent de proximité ?

6.1. La posture et les outils au service du rôle de RP

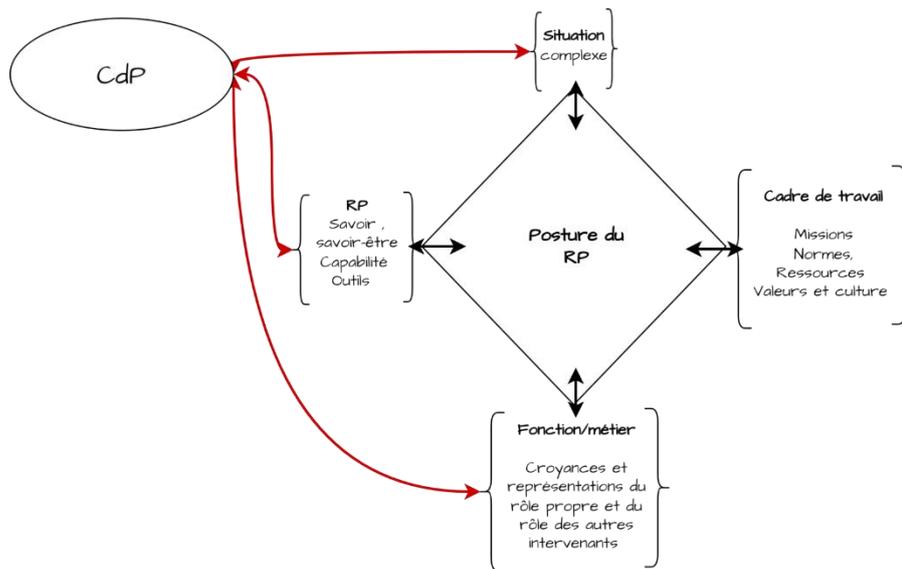


Figure 3. Facteurs d'influence sur la posture du référent de proximité et la participation à la communauté de pratiques

La posture professionnelle peut être définie comme une manifestation individuelle (14) de la manière dont une personne se comporte et s'exprime dans son travail, en respectant les règles et les attentes de la société et de son domaine professionnel tout en intégrant les différentes facettes de son travail de manière cohérente.

Le rapport à ces attentes répond à diverses dimensions influencées par la fonction et le métier, le cadre institutionnel ainsi que les caractéristiques de la situation et les savoir, savoir-être et savoir-faire du participant.

Il faut noter que le travail sur la posture n'a pas été le même dans toutes les communautés de pratiques. Dans la communauté Nord, ce travail a été très explicite, avec des animations ad hoc très présentes au cours du cycle (ex. légitimité, croyances, etc.). Les trois autres communautés ont quant à elles abordé la question principalement par le biais de l'analyse des situations problématiques. Certains enjeux ont toutefois émergé de manière transversale.

- La relation privilégiée – et pas nécessairement de confiance réciproque – entre la personne et le référent de proximité. Cette relation a été projetée comme un travail de co-construction avec la personne et son entourage. Cela implique de préciser « le projet et définir les liens avec lui » ce qui, selon les témoignages de certains participants, n'est pas toujours facile à réaliser.



Le terme « confiance » (« relation de confiance », « lien de confiance ») a été fréquemment mentionné en séance mais cette notion est restée difficile à saisir et de l'ordre du ressenti. Selon un participant, « la confiance repose sur la connaissance et l'attitude ». La transparence et l'authenticité ont été annoncées comme essentielles pour établir une relation privilégiée. Différents éléments peuvent contribuer à ce ressenti d'être dépositaire de la confiance de la personne, par exemple, « l'accueil qu'on nous donne quand on vient chez eux », les confidences, « être recommandé », les sollicitations récurrentes. La confiance est interprétée par certains comme un signe de reconnaissance de l'engagement professionnel et de sa compétence.

Dans nombre de situations, cette confiance n'a pas toujours été réciproque. Un défi majeur de la relation consiste alors à faire correspondre les attentes aux compétences et aux capacités de chacun.

- La représentation du rôle de référent de proximité en tant qu'accompagnateur, soignant ou aidant a été inspirée par des principes propres à l'approche centrée sur les objectifs de la personne (Goal Oriented Care – GOC). Dans le cadre de cette relation, le référent de proximité est invité à chercher, à vérifier et à clarifier la demande (verbale et non verbale) de la personne et ses besoins. Selon les participants, il est essentiel de poser les bonnes questions afin de clarifier la demande et les besoins, d'avoir une écoute active, de ne pas juger et de rester bienveillant. Toujours selon cette vision, le référent de proximité fait preuve d'empathie, prend le temps d'explorer les alternatives avec la personne, l'informe pour qu'elle puisse décider en toute connaissance de cause. Il est important de s'adapter à la temporalité de la personne et de chercher ce qui est prioritaire pour elle.

« Quels mots ont permis cela ? L'empathie et prendre le temps pour mettre sur la balance les pous et les contres. Explorer les alternatives ensemble. Innover ensemble. Faire attention à l'individu. Le professionnel doit pouvoir entendre du patient : « J'en ai marre d'avoir mal partout. ». La personne doit pouvoir décider en connaissance de cause. »

- o Différents outils ont été présentés et testés en séance pour aider à expliciter la demande, les besoins et les objectifs de la personne (par exemple, le babbelboost). Ces outils sont présentés dans le guide méthodologique.
- Le besoin de poser le cadre et ses propres limites répond à la nécessité de se protéger et de ne pas se laisser aspirer dans une spirale négative tout en restant bien aligné avec ses valeurs personnelles. Poser un cadre comporte un travail « de clarification à certains moments » sur les attentes de part et d'autre « tout en essayant d'aider ». Mettre ses limites peut également consister à vérifier sa propre capacité (compétences, temps...) par rapport aux besoins et au rôle à prendre.



Selon certains référents de proximité, les interactions en séances les ont aidés à explorer et à prendre la mesure de leurs limites : balancer sa posture et « se mettre du côté positif » ou à prendre du « recul » pour relativiser ou « pour prendre la dose de réalisme par rapport à ce qui n'est pas possible de changer ». Il ressort de ces échanges que mettre « ses limites » n'a pas toujours été une tâche facile parce que « comment se mettre à la juste distance tout en restant proche de la personne ? ». Cette question n'est pas spécifique au rôle du référent de proximité, elle est intimement liée à la relation d'aide et il semble plus difficile d'y répondre face à certains types de profils : « ceux qui laissent tomber leur santé » et « ceux qui sont dans le refus [au moins partiellement] ».

- L'ouverture à la collaboration avec les autres intervenants dans le réseau de la personne est un élément essentiel. Lorsque le référent de proximité connaît des expériences de collaboration défailtantes, celles-ci risquent « d'entraver des collaborations futures ». Cette ouverture nécessite une mise en perspective ; la prise de conscience « que chacun est une pièce du puzzle » favorise le travail de collaboration en réseau et l'implication d'autres professionnels dans la prise des décisions. Il est important de rester ouvert à d'autres pratiques, soulignait un participant, « ce n'est pas parce qu'on n'a jamais fait que cela ne peut pas se faire ». Le référent de proximité doit, idéalement, être capable de reconnaître ses limites devant la personne et de chercher un relais, de l'aide, un appui, pour déléguer et référencer si nécessaire.

Un questionnaire transversal concernant ce travail en réseau a porté sur la légitimité ressentie (ou non) par le référent de proximité pour jouer son rôle. En l'absence d'une définition précise de ses contours et d'une reconnaissance structurelle du rôle, la communication sur son positionnement en tant que référent dans le réseau autour de la personne reste compliquée.

- La passation de la relation « de confiance » a également fait partie des sujets transversaux abordés. Diverses raisons peuvent motiver la fin du rôle d'accompagnement : un déménagement ou l'hospitalisation de la personne, un changement de fonction du professionnel...

Lorsque le référent de proximité se retire de l'accompagnement et que la personne est réorientée vers un autre professionnel, il ne s'agit pas seulement d'un transfert de « responsabilité » mais aussi d'un transfert de la relation de confiance. Les témoignages attestent que, en pareil cas, le référent de proximité, qui a développé une proximité avec la personne, se trouve confronté à une opération très délicate.

Les appréhensions manifestées en séance étaient particulièrement significatives pour les transitions concernant une relation dont la construction avait été difficile. Deux types de situations ont été présentées comme exemple : les personnes ayant une attitude méfiante envers les professionnels ou les services (perçus comme représentants du « système ») ainsi que des individus qui semblaient être en désinsertion complète, sans aucun réseau de soutien.

Les référents de proximité s'accordent sur la valeur symbolique du lieu où s'opère le « passage de témoin » et le partage d'informations en présence des référents « actuel » et « à venir » et de la personne suivie.



- Un outil particulièrement puissant a été partagé par un participant lors d'une communauté de pratiques. Il s'agit d'une « lettre de passation » adressée à la personne. Dans cette lettre, le référent « sortant » fait le point sur l'accompagnement, mettant des mots sur ce qui a été fait, ce qui a fonctionné ou pas ainsi que sur les contributions positives de la personne à son projet. Pareil outil peut potentiellement soutenir/aider la passation du lien de confiance.

Le travail sur la posture professionnelle face à une personne en situation complexe nécessite des moments de réflexion partagés afin d'ajuster son positionnement à la lumière des principes éthiques/déontologiques : non-substitution de la personne ; respect de la décision de la personne ; autonomie (relationnelle) ; proportionnalité ; accès à l'information ; ligne de séparation entre l'espace privé et public. La réflexion collective au sein des communautés de pratiques a contribué à l'examen de certains de ces principes, principalement à travers l'analyse de situations problématiques pour « se saisir des regards et des expériences différents, prendre du recul et rester humble ».

6.2 Le socle du rôle

Les échanges en séances ont permis de relever quelques composantes fondamentales du rôle de référent de proximité dans l'accompagnement des situations complexes.

- Il s'agit d'un professionnel du social-santé qui, dans le cadre d'intervention auprès de la personne et de son entourage, développe une relation privilégiée et proche de la personne. Ce rôle se révèle davantage dans le cadre de situations perçues comme complexes.
- Le référent de proximité recueille auprès de la personne et de son entourage des informations pertinentes afin de contribuer à une prise en charge cohérente avec la réalité, les objectifs, les besoins et les ressources de la personne. Il travaille « en ouverture avec la personne » pour explorer ses ressources, évaluer ses besoins et examiner la correspondance (ou non) avec la demande formulée.
- Le référent de proximité investit sur la circulation de l'information entre les intervenants et fait circuler les informations qui contribuent à la construction du plan multidisciplinaire de soins, d'aide et d'accompagnement. Sur base de sa connaissance actualisée de la situation de la personne, il joue un rôle de synthèse lorsque la personne et/ou son entourage ne sont pas en mesure de le faire (15).
- Le référent de proximité devient un interlocuteur privilégié de la personne (et de son entourage).
- Le référent de proximité reconnaît l'expertise de la personne et ses ressources. Il ne se substitue pas à elle mais s'adapte à ses capacités, à ses ressources et à sa temporalité.



- Il facilite l'accès de la personne à l'information et l'aide à s'orienter dans le réseau. Il la soutient dans la construction d'un projet et le négocie si nécessaire. Il renforce la personne dans sa capacité d'être acteur et l'aide dans les moments de crise. Il « *débloque des petites choses* » et aide la personne à « *décoder l'univers dans lequel elle tombe* ».
- Le référent de proximité est en lien avec le réseau naturel de la personne, reconnaît l'expertise et le rôle de synthèse que certains aidants proches peuvent avoir.
- Le référent de proximité opère souvent dans les interstices du système social-santé, c'est-à-dire qu'il devient un lien *ad hoc*, un trait d'union entre les différentes parties lorsque les connexions entre ces parties ne sont pas de nature structurelle. Par exemple, dans une des situations partagées, un infirmier d'une maison médicale a expliqué avoir fait la liaison entre une équipe mobile de psychologues et le responsable d'une maison d'hébergement non agréée.
- Le référent de proximité tente de contribuer – en collaboration avec la personne, son entourage et le réseau des professionnels impliqués – à la cohérence du parcours de la personne. Il fait circuler l'information (informe et s'informe) afin d'orienter ou de référer la personne, de trouver des alternatives, d'impliquer d'autres professionnels ou services ou simplement de s'ajuster entre professionnels en fonction de la situation et son évolution.
- Le référent de proximité peut jouer un rôle de « point de contact et d'information » pour assurer une continuité lorsqu'il y a un changement de lieu de vie ou de soins pour la personne. Malheureusement, en pratique, il y a dans la majorité des cas une perte de contact avec la personne lorsque celle-ci est hospitalisée (effet « trou noir »).
- Le référent de proximité agit dans une approche globale et avec une vision holistique plus large que son métier stricto sensu mais en reconnaissant les limites au niveau de ses compétences, de sa responsabilité et de sa relation avec la personne et son entourage. Dans certaines situations, cela demande de mettre de côté des modes de fonctionnement organisationnels ou d'œuvrer en dehors des contours habituels d'exercice de son métier. Un exemple partagé en séance par un infirmier : « Quand on a installé la pompe [sédation palliative (?)], je passais 3 fois par jour. Quand je suis passé le soir, cette dame [de compagnie] m'a cherché des yeux, en me demandant – sans mots : « Tu t'en vas ? ». Elle sentait que c'étaient les derniers moments. Probablement inquiète, en se demandant comment la patiente allait vivre ce moment. Je suis resté. La patiente est partie paisiblement. »



La représentation graphique ci-dessous est inspirée du travail de Karam et al.(16). Elle illustre de façon simplifiée les activités liées au rôle professionnel du référent de proximité. Il s'agit d'une simplification par rapport à toutes les formes d'action dans lesquelles ce rôle peut se manifester mais elle reste représentative du contenu du rôle. Ce diagramme mappe de facto le champ d'activité « théorique » de l'exercice de nombreuses professions de l'aide, de l'accompagnement et des soins.

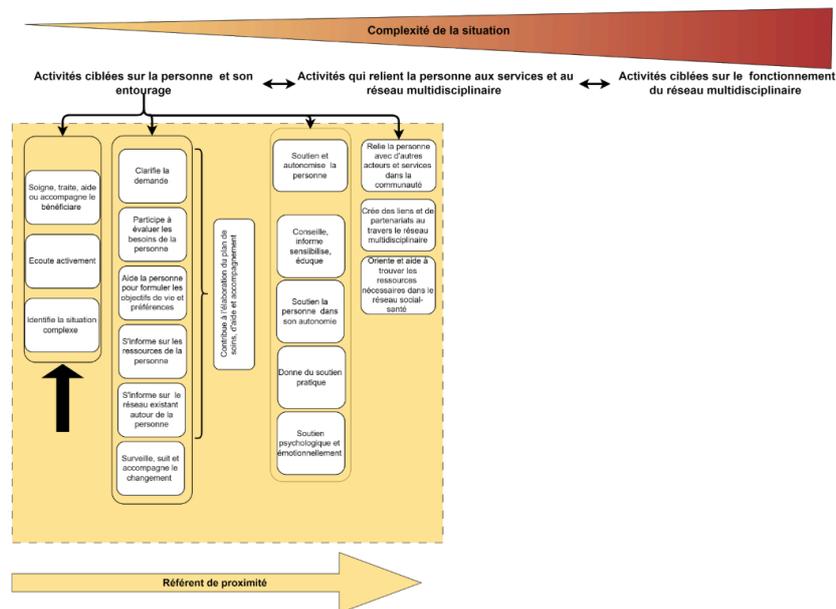


Figure 4 Diagramme des activités liées au rôle du joué par les référents de proximité
(adapté de Karam et al. 2021, A model of nursing care coordination activities for patients with compl

La capacité de jouer ce rôle de référent de proximité en termes de durée et d'étendue des activités semble être fortement influencée par différents éléments.

- Le contexte individuel de pratique défini par les compétences, le métier, la fonction et les ressources mises à disposition (temps) détermine les contours du rôle ainsi que ce qui reste à l'intérieur ou en dehors de la zone de contrôle et d'action du référent.
- Le contexte institutionnel et les contraintes pratiques liées aux normes de l'organisation jouent un rôle essentiel. Celle-ci établit en effet le cadre de travail et les ressources disponibles pour ses activités en fonction de sa mission et de ses moyens. Cela déterminera, par exemple, le temps pouvant être alloué à l'accompagnement de la personne, les ressources accessibles aux professionnels, leur capacité de déplacement mais aussi l'ancrage géographique de leur activité.
- Le financement de l'activité « première », les attentes en termes de résultats et la durée de l'intervention varient d'un secteur à l'autre. La position que certains participants occupent leur a permis de fournir un soutien inconditionnel à la personne, sans obligation de résultat ni de durée d'intervention prédéfinie. D'autres, en revanche, ont opéré dans des contextes soumis à des contraintes financières qui influenceront le type de suivi et sa durée.



Dans certains secteurs, pour maintenir le financement de l'accompagnement de la personne, un nombre minimum de rencontres avec celle-ci doit être réalisé. D'autres professionnels ont pu justifier leur intervention et leur présence dans la durée en fonction de problèmes de santé

spécifiques, d'un niveau minimal de dépendance et d'autres critères similaires. Dans pareils cas, le besoin qui a justifié l'intervention du référent de proximité a déterminé la durée potentielle pendant laquelle il a pu jouer ce rôle.

Comme déjà évoqué précédemment, la durée de l'accompagnement peut également être influencée par d'autres facteurs liés à la personne (déménagement, hospitalisation, conflit interpersonnel, « disparition du radar »...) ou propres au référent (changement de fonction ou de travail, passation du lien...).

Enfin, au-delà de la durée et des attentes de résultats, les modalités de financement influencent la composante de l'activité « valorisable ». Comme exprimé en séance, « dans le secteur de la santé il y a eu une perte du [temps]relationnel ».

- Des éléments situationnels, c'est-à-dire relatifs à la personne et à son entourage, au réseau de professionnels mobilisés, influencent également le contour du rôle.

6.3. A quels besoins répondent les référents de proximité ? Dans quels contextes ?

Quand ni la personne ni ses proches ne peuvent répondre à ses besoins, il s'avère essentiel de déterminer quel professionnel est, par la relation privilégiée qu'il a nouée, le plus apte à jouer le rôle de référent de proximité... et est disposé à le faire. Cela revient à profiter d'une « fenêtre d'opportunité » dans le parcours de soins, d'accompagnement ou d'aide de la personne. En dépassant son rôle premier de professionnel social-santé, il veillera à ce que celle-ci puisse accéder aux services dont elle a besoin, sans discontinuité et en cohérence avec ses objectifs et préférences.

Certains professionnels se sont révélés dans ce rôle de référent de proximité lorsque la situation était perçue comme complexe (indication) ou problématique. Le degré de complexité d'une situation est influencé par :

- la capacité de la personne et de son entourage à s'orienter dans le système et à coordonner activement ou passivement l'intervention des professionnels impliqués ;
- les besoins spécifiques de soins, d'aide, d'accompagnement psychosocial rencontrés ou non par la personne dans son environnement ou dans le réseau des prestataires autour d'elle ;
- la capacité des professionnels présents dans le réseau de la personne à agir de façon concertée, coordonnée et cohérente avec les préférences et les préoccupations de celle-ci.



6.4. Quelles sont les difficultés rencontrées par les référents de proximité ? Quelles ressources mobilisent-ils ?

Les ressources mobilisées par les référents de proximité sont fondamentalement individuelles. Les échanges en séances tendent à démontrer que certaines ressources et certaines difficultés sont *de facto* les deux faces d'une même médaille. Il en va notamment ainsi pour :

Le temps, cité comme ressource fondamentale, « *le moyen que l'on se donne* ». Cette notion de temps recouvre différentes dimensions. Elle peut se référer au temps passé avec la personne et son entourage, au temps consacré à s'informer sur la situation et à se mettre en réseau avec d'autres professionnels mais aussi à la capacité du professionnel à s'adapter aux temporalités différentes des acteurs.

Cet élément temporel est tantôt cité comme une ressource, tantôt comme une difficulté, surtout par les membres des communautés de pratiques ayant un profil de soins généralistes et travaillant auprès d'un large segment de la population, « le tout-venant ». Ceux-là partagent la perception que dans leur domaine « *il y a une perte de temps relationnel* » et que plusieurs aspects de leur exercice – la communication avec la personne et son entourage, la communication entre prestataires et pour le travail en réseau nécessitent du temps... – nécessitent du temps qui leur fait défaut. Ce ressenti semble moins fort dans le discours des professionnels travaillant auprès de populations spécifiques (par exemple, les toxicomanes) ou dans des équipes d'appui.

- La confiance que la personne met dans le référent de proximité est elle aussi, dans de nombreux cas, considérée à la fois comme une ressource et une source de difficulté car elle renforce le sentiment d'engagement envers la personne.
- Les professionnels détiennent et développent des compétences expérientielles liées au savoir-être. Celles-ci façonnent leur posture et leur capacité à soutenir la personne à travers les différentes étapes de son parcours de vie. Ces compétences sont toutefois mises à l'épreuve lorsque la charge émotionnelle ressentie est importante. Certains référents de proximité ont évoqué la difficulté à gérer la distance émotionnelle car ils étaient « *confrontés au même désarroi* » et à la même souffrance que la personne suivie.

Certains participants ont fait référence à l'exercice de « bascule » qui vise à trouver l'équilibre entre l'engagement envers la personne et ses propres limites. D'où le besoin parfois exprimé d'être rassuré dans sa posture en fonction de la situation.

Le référent se sent parfois « *désemparé* », « *seul* », « *manipulé* », « *bloqué malgré son envie d'avancer* ». Certaines situations sont tellement prégnantes qu'en voulant trouver une solution, il peut perdre de vue sa responsabilité et « *se charger de choses qui ne sont pas de son ressort* » ou au contraire « *sentir que tout le monde se décharge et tout retombe* » sur lui.

En outre, le flou de certaines situations engendre une difficulté de comprendre « *la vraie demande derrière la demande* », ce qui constitue une source d'inconfort et d'incertitude.



Deux situations particulièrement difficiles à gérer ont été évoquées à savoir le refus de soins et les cas qui impliquant une dynamique de force : la mise sous contrainte, l'hospitalisation forcée ou une mise sous administration de biens et/ou de la personne.

On peut noter qu'un référent a mentionné le caractère genré de la posture et estimé que celle de la femme était plus compliquée dans certaines situations complexes.

D'autres éléments furent également cités comme ressources.

- Le travail de proximité sur un territoire, par exemple dans le même quartier. Cette proximité contribue à connaître la « population, le quartier et les codes culturels des personnes qui l'habitent ».
- Les valeurs d'humanisme, de justice sociale et de souci des plus vulnérables qui motivent le référent à jouer ce rôle auprès de la personne et de son entourage. Le fait de rencontrer dans le réseau des alliés qui partagent les mêmes valeurs constitue également un « plus ».

Les difficultés rencontrées par les référents de proximité sont-elles aussi de plusieurs ordres.

- L'information et la communication autour de sujets « tabous » dont il est difficile de parler y compris entre professionnels de la même équipe (par exemple, les suspicions de violence intrafamiliale ou d'addiction). Ces non-dits entre professionnels contribuent « au brouillard » et rendent difficile la définition de l'approche.
Des aspects liés à l'accès inégal à l'information, pour des raisons légales ou techniques, ont également émergé en séance. Il s'agit-là d'une difficulté réelle à laquelle sont confrontés les professionnels de 1ère ligne.
- Le transfert de la relation thérapeutique et de soutien, en particulier, lorsque sa construction a été difficile (voir 5.1).
- L'exercice d'un rôle sans la formation nécessaire.
- La formulation et la formalisation des objectifs avec la personne. L'évaluation reste en outre un défi car ces initiatives nécessitent du temps et de la planification. Sans compter que certains, de par leur fonction, n'y sont pas préparés : « Évaluer, chez nous, c'est difficile. On fait de l'orientation, les retours ne sont pas fréquents. Il y a tout un effort à faire pour aller chercher les retours les fois où on ne l'a pas. ».
- La création d'un réseau autour de la personne est influencée par des facteurs liés au contexte des soins actuel. La pénurie ou le manque de disponibilité de certains professionnels (médecins généralistes, infirmiers) ou des intervenants à domicile rendent ce processus particulièrement difficile.



- La collaboration et la concertation autour de la personne demeurent compliquées lorsqu'elles impliquent un travail de coordination des intervenants. Il est parfois difficile de savoir qui « tient le fil ». Cela renvoie à la question de la légitimité face au réseau pour réaliser ou initier une série d'activités.

Un participant a partagé « avoir l'impression d'aller contre-courant » puisque « pour le professionnel de base la personne est loin d'être au centre ». Un autre a commenté : « Pour le moment, c'est compliqué, pas toute l'équipe est prête. C'est également prendre le temps pour planifier, évaluer... ».

- L'articulation avec le milieu hospitalier et durant les transitions de soins reste difficile.

7. Quelles pistes pour soutenir l'exercice de ce rôle peut-on retirer de cette expérience ?

7.1. Favoriser l'accessibilité aux communautés de pratiques et à des espaces similaires.

Au regard des effets positifs mentionnés par les participants aux communautés de pratiques, l'accès aisé à des espaces multidisciplinaires de réflexion sur les pratiques peut fournir un soutien réel à l'exercice du rôle. Comme d'autres lieux de rencontre, les communautés de pratiques offrent un espace neutre et bienveillant pour un travail collectif. Les échanges dans un tel cadre offrent diverses opportunités pour les participants.

- Réaliser un travail sur la posture professionnelle à travers, principalement, l'analyse des situations réelles. Ce travail autour de la posture peut conduire à des changements au niveau des attitudes et, éventuellement, des comportements.
- Échanger avec d'autres professionnels de différentes disciplines, organisations et secteurs afin de mieux comprendre des perspectives et des cadres de pratique différents tout en intégrant des éléments contextuels. Cette compréhension peut aider à développer ou à renforcer les compétences en lien avec le travail multidisciplinaire, inter-organisationnel et intersectoriel.
- Découvrir et approfondir la connaissance de l'offre de services disponibles sur le territoire (en l'occurrence la région bruxelloise) et plus spécifiquement au niveau de son territoire de pratique ainsi que divers dispositifs dédiés aux professionnels et aux personnes.
- Découvrir et explorer des outils qui peuvent être utiles pour développer sa pratique.
- Partager des pratiques organisationnelles novatrices



7.2. Créer un espace de discussion sur les situations complexes interne aux équipes

Cet espace permettrait d'identifier les situations amenant les professionnels à assumer ce rôle de référent de proximité au-delà des contours donnés par leurs fonctions au sein de l'organisation. Il s'agirait ici de 1) rendre le rôle joué plus visible et plus explicite, de le valoriser et 2) de reconnaître les besoins de certains bénéficiaires nécessitant une approche plus intensive et plus personnalisée à un moment donné de leur parcours.

En fonction de la mission et des ressources de l'organisation, cela peut permettre d'entamer un travail de contextualisation du rôle via, notamment, l'identification des situations, des besoins exprimés par les professionnels et des ressources qui pourraient être mises à leur disposition. Un processus balisé et transparent à ce niveau pourrait venir renforcer le travail

d'équipe. Selon des participants, certaines organisations, auraient déjà intégré le concept de référent de proximité dans leur fonctionnement.

La question se pose de savoir quels sont les facteurs pouvant favoriser le développement de ces espaces au sein des dynamiques organisationnelles et quels sont les mécanismes susceptibles de les encourager sans qu'ils ne rentrent en concurrence avec d'autres espaces de discussion ou de réunion déjà existants.

7.3. Pratiques réflexives pour appuyer le rôle des professionnels dans les situations complexes

Selon la revue menée par Richard et al (2019) sur les pratiques réflexives et leur impact en matière de collaboration interprofessionnelle (17), il apparaît que ces pratiques génèrent chez les participants des résultats fiables et positifs en termes de réactions, de changements d'attitudes et de perceptions à l'égard de la collaboration interdisciplinaire. Certains des programmes examinés dans cette revue produisent des résultats de second ordre, c'est-à-dire des changements au niveau des comportements (et par incidence, au niveau des bénéficiaires).

L'utilisation de la théorie pour améliorer les pratiques cliniques et favoriser le développement de la réflexion critique est cruciale pour amorcer des changements comportementaux. Selon les auteurs, cela requiert une approche méthodique et explicite des processus réflexifs guidée par un facilitateur. L'utilisation de situations pratiques se révèle bénéfique lorsque les participants peuvent prendre du recul par rapport à eux-mêmes et à leur perspective disciplinaire.

Ce type de processus ne doit pas être laissé au hasard ou à l'improvisation car cela risquerait de le maintenir à un niveau superficiel. Le facilitateur joue ainsi un rôle clé en observant, fournissant des retours d'information, orientant, guidant les discussions et promouvant une approche évaluative (établissement d'objectifs et de critères pour le processus). Il veille par ailleurs à l'utilisation de situations cliniques pertinentes. Le profil du facilitateur (ou d'un duo de facilitateurs combinant de manière complémentaire l'expertise du terrain et du raisonnement critique) est essentiel.

Pour garantir des résultats de second ordre, le soutien au développement de l'approche réflexive doit répondre à des critères spécifiques et suivre une feuille de route bien établie permettant la planification et réduisant les risques d'improvisation.



7.4. L'articulation avec d'autres fonctions

Les participants aux communautés de pratiques ont évoqué la possibilité de faire appel à des fonctions « autres » lorsque la complexité de la situation dépasse le rôle que le professionnel est capable de jouer. Dans certains cas, en effet, le domaine d'activité, les compétences ou les responsabilités du référent de proximité ne lui permettent pas d'aller plus loin dans son implication et d'autres fonctions ou mécanismes peuvent entrer en jeu. Des activités relatives

à la coordination, à l'organisation de réunions de concertation, à la clarification des rôles et des responsabilités ou au leadership au sein du réseau d'acteurs peuvent s'avérer nécessaires.

La figure ci-dessous propose à des fins de réflexion et de discussion un exercice théorique d'identification des possibles points d'articulation entre les différents rôles et fonctions existant dans la Région Bruxelles-capitale.

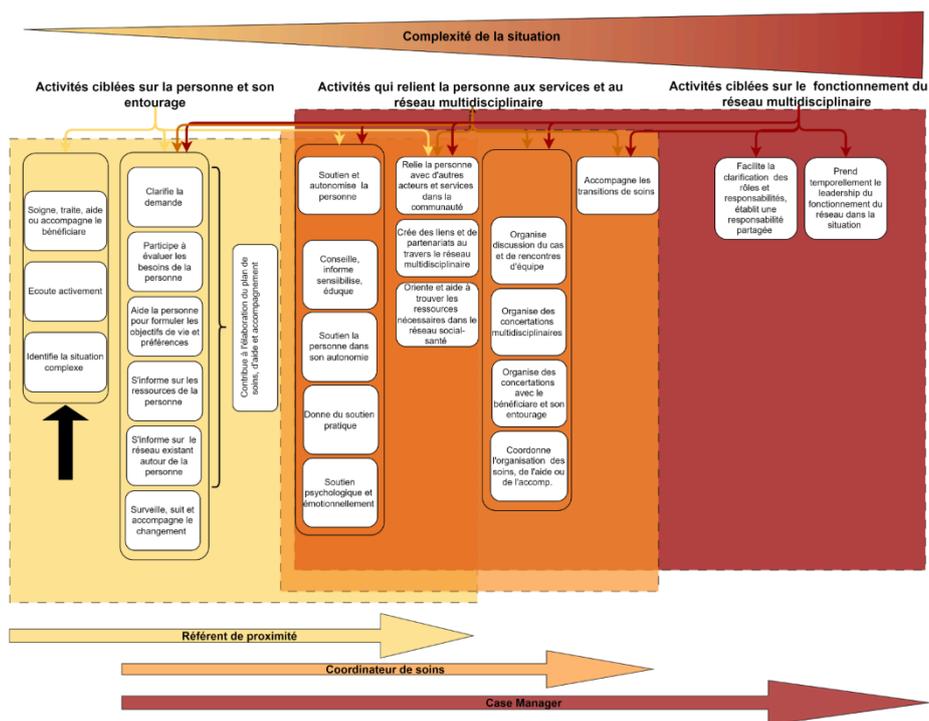


Figure 5. Diagramme montrant l'articulation entre les différents rôles et fonctions liés à l'action multidisciplinaire coordonnée (adapté de Karam et al. 2021, A model of nursing care coordination activities for patients with complex needs)



8. Enseignements tirés

Passage en revue rapide de quelques enseignements tirés de l'observation du déroulement des communautés de pratiques au cours de ce cycle 2022 - 2023.

8.1. Centre d'intérêt, composition de la communauté de pratiques et rôle des facilitateurs

La création des communautés de pratiques intentionnelles a été le résultat d'un travail laborieux et proactif des facilitateurs afin de

- identifier un centre d'intérêt et des problématiques partagés à travers les disciplines et les organisations ;
- identifier les prestataires susceptibles d'être intéressés par la thématique et les recruter ;
- créer un cadre capable de rassembler ces professionnels et alimenter la dynamique de groupe au travers les séances en veillant au maintien du cadre.

Les modératrices jouent un rôle important dans la mise en œuvre et la pérennisation de la communauté de pratiques.

8.2. Rôle des modératrices des communautés de pratiques

En qualité de facilitatrices des processus réflexifs et d'intelligence collective, les modératrices jouent un rôle fondamental au sein des communautés de pratiques. Leur posture comme modérateurs-animateurs est une ressource au service de la dynamique collective et la façonne.

Le travail en binôme des modératrices a permis d'amener des compétences complémentaires et des sensibilités différentes. Les rencontres entre modératrices initiées lors du cycle précédent a permis un rapprochement progressif entre elles et un enrichissement mutuel par l'échange de pratiques et outils.

L'équilibre entre les composantes de facilitation et d'animation liées à la modération est délicat. Si la composante d'animation prédomine, elle pourrait en effet exercer une influence dans le niveau d'implication, de responsabilisation et d'appropriation de cet espace par les participants à la communauté de pratiques.

8.3. Territoire, fonction et réseau

Les référents de proximité ont dans leur pratique professionnelle un ancrage territorial (quartier, bassin, région) et des intérêts de rencontre qui semblent être influencés par leur public cible et leur métier/fonction. De même, leur mission dans le système détermine une population d'intérêt différente et des besoins également différents en termes de réseau professionnel.

Ces facteurs devraient être pris en compte lors d'un éventuel déploiement de communautés de pratiques dans le but de renforcer les réseaux de professionnels et les ressources actives selon les différents niveaux territoriaux.

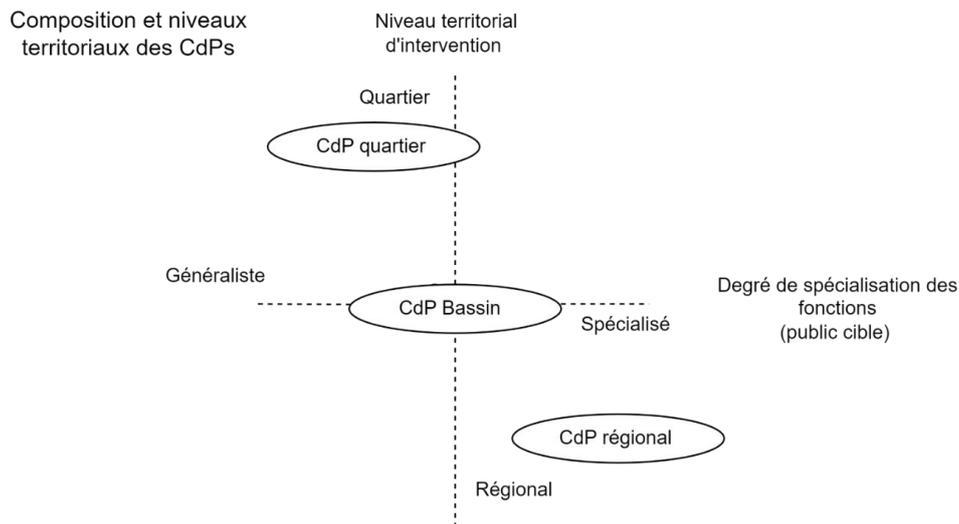


Figure 6 Dimensions observées en communautés de pratiques pouvant orienter la composition de ces communautés déployées au niveau territorial

Selon certains participants généralistes, le niveau territorial du « bassin » est trop vaste pour la constitution d'une communauté de pratiques et rend difficile de trouver l'ancrage souhaité pour tisser un réseau d'acteurs travaillant dans la même zone. Le quartier, le groupement de quartiers ou encore la commune semblent constituer des niveaux plus proches de l'activité et, de ce fait, plus adéquats pour la construction du réseau local.

À l'opposé, les professionnels qui adressent leurs services à des publics spécifiques exercent leur activité sur un ou plusieurs bassins voire sur l'ensemble de la région. Ceux-là travaillent en réseau avec des acteurs actifs à différents niveaux du territoire (quartier, bassin ou région)

8.4. La fonction/ mission du professionnel et la représentation du réseau de pratique

Le métier, la fonction et la mission de l'organisation à laquelle appartient les professionnels déterminent la composition de leur réseau de pratique et leur rapport à celui-ci. La représentation graphique des réseaux individuels des participants (sociogramme) a ainsi permis de dévoiler quelques éléments intéressants.

Les participants qui réalisent un travail d'orientation ayant moins de retours sur l'évolution de la situation vont, par exemple, devoir collaborer étroitement avec d'autres professionnels jouant un rôle d'accompagnement de soins ou d'aide. Ils sont eux aussi confrontés à des situations complexes mais rencontrent plus de contraintes pour pouvoir assurer leur suivi. Dans ce type des situations, les fonctions d'orientation sont fort dépendantes du réseau de professionnels impliqués dans la situation. Un autre point marquant réfère aux médecins généralistes.



Ceux-ci occupent une position de super-connecteurs du réseau social-santé. D'une part, ils jouent un rôle central au sein des équipes de soins (centralité) et, d'autre part, ils travaillent en réseau avec des professionnels de différents secteurs et lignes de soins. Leur position dans le système leur donne la légitimité d'agir en tant que tel. Cependant, les médecins généralistes participant aux communautés de pratiques disent ne pas disposer du temps nécessaire pour établir ces contacts et coordonner les diverses parties impliquées dans les situations complexes. Lors de la construction du sociogramme, un médecin généraliste a relevé dans son réseau l'absence de contact avec un professionnel qui pourrait fournir des informations importantes pour le suivi des personnes nécessitant de l'aide à domicile : l'aide familial.

D'autres professionnels dans les équipes de soins (infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, ergothérapeutes ...) ont des réseaux plus restreints et paraissent généralement être dans une position de dépendance par rapport aux médecins généralistes et spécialistes quant à leur capacité proactive de créer un réseau.

Dans les maisons médicales et d'autres structures, les accueillants – aucun ne participe aux communautés de pratiques... – semblent jouer un rôle important de centralisation et de redistribution des informations au sein des membres de l'équipe.

Sans surprise, les pharmaciens ont en général une position plus proche et ouverte à la population mais basiquement confinée autour de la délivrance des traitements médicamenteux. Les interactions avec les patients, aidants proches et aides familiales sont fréquentes.

Parmi les participants aux communautés de pratiques, les assistants sociaux, les infirmières en santé communautaire et les travailleurs sociaux ont pour tâche principale d'activer les ressources et de mettre les personnes en contact avec les professionnels qui peuvent répondre à leurs besoins. Leur statut organisationnel serait un facteur clé pour déterminer leur capacité à, dans certains contextes, évaluer la situation, orienter et faciliter l'accès aux services dont la personne a besoin.

Enfin, plusieurs membres des communautés de pratiques inscrivent leur activité au niveau de plusieurs organisations et, de ce fait, travaillent auprès de multiples réseaux professionnels. Cette double affiliation aurait le potentiel de faciliter la création de réseaux professionnels plus étendus.



8.5. Travail en réseau et informations chaudes ou froides

Tous les participants à une communauté de pratiques ont manifesté le souhait de disposer d'un répertoire des ressources disponibles sur leur territoire. Cependant, les annuaires existants ne semblent pas être utilisés car, selon ces mêmes participants, ils ne sont pas assez intuitifs et donc pas faciles à utiliser. En outre, leur « portabilité » est réduite et ils sont statiques. De nombreux membres des communautés de pratiques aspirent dès lors à réaliser des annuaires adaptés à leurs besoins spécifiques qui seraient régulièrement mis à jour. Le problème, cependant, est que ces annuaires en projet ne pourraient pas répondre au besoin

de disposer d'informations « chaudes » (et de ce fait, changeantes) et contextualisées. La meilleure source pour ce type d'informations reste des professionnels connaissant bien l'offre de services et pouvant intégrer dans leur conseil le contexte de soins, de l'aide ou de l'accompagnement.

Une difficulté supplémentaire à prendre en compte dans la réflexion sur l'accès aux informations spécifiques, actuelles et contextualisées est la question de la stabilité des contacts dans le réseau. La rotation des professionnels du secteur social-santé devra être prise en compte comme facteur perturbateur dans les réflexions futures sur les outils d'information et d'orientation.

On notera que certains des membres des communautés de pratiques ont déjà fait appel au Helpdesk de Brusano afin de trouver une orientation adaptée tenant compte du contexte de la personne.

9. Thématiques non approfondies

Au fil des séances, de nombreux thèmes ont émergé des échanges entre les participants aux communautés de pratiques. Certaines de ces thématiques ont été épinglées et traitées en profondeur, d'autres pas. Afin de garder mémoire de ces thèmes « négligés », nous relevons ici ceux d'entre eux qui pourraient faire l'objet de discussions lors d'un prochain cycle.

- Le secret partagé, l'accès et la circulation de l'information entre professionnels au sein du réseau (bonnes pratiques).
- Le refus des soins et la construction d'un réseau social autour de la personne.
- Le cadre de collaboration entre les professionnels et le réseau naturel autour de la personne (implication et interaction avec les aidants informels ; délégation des tâches ; rôle et modalités d'intervention dans le cadre des dynamiques interpersonnelles au sein du ménage qui influencent négativement la situation de la personne...)
- Le défi des soins à domicile : mobilité sur le territoire de la région et pénurie de professionnels.
- Le besoin de redéfinition des rôles professionnels pour faire face aux défis de la demande de soins et le potentiel des rôles « avancés » à charge des professionnels généralistes (par exemple, le rôle du pharmacien en amont de la médecine générale pour réaliser du dépistage).
- Les changements plus structurels en cours dans le système de soins (les nouvelles modalités de financement – New Deal, PIF, etc.) et leur impact potentiel sur l'accompagnement dans les situations complexes.



- L'articulation entre les lignes de soins en général et en particulier les conséquences des réformes hospitalières pour l'organisation de la première ligne (cfr. Interventions chirurgicales en hôpital de jour et raccourcissement des durées de séjour à l'hôpital).
- Les nouveaux phénomènes repérés sur le territoire comme, par exemple, le nombre grandissant de personnes âgées sans logement.

10. Questions pour le prochain cycle

10.1. Au sein des communautés de pratiques

Comment les apprentissages peuvent-ils faire « tache d'huile » ?

Les participants aux communautés de pratiques ont fait part des difficultés rencontrées dans le partage au sein de leurs équipes de la nature des échanges et des apprentissages tirés du partage d'expériences.

Comment encourager, initier et soutenir ce transfert ?

Selon les membres, dans quelle mesure ces apprentissages peuvent-ils être utiles et intéresser les membres de leurs équipes ?

(Nous avons déjà mentionné quelques idées apparues au cours de la session, comme la participation en binôme ou l'existence dans certaines structures d'un temps de réunion dédié au partage des informations provenant de l'extérieur.)

Comment faire vivre la communauté de pratiques en dehors des séances ?

Les contacts entre membres des communautés de pratiques en dehors du temps et de l'espace de celles-ci ne semblent pas courants.

Comment créer des interactions et de la complémentarité en dehors du temps de la séance ?

Comment promouvoir le travail en réseau à partir des membres de la communauté de pratique ?

Quels outils pourraient faciliter cette mise en réseau ?

Comment articuler les différents rôles et les (nouvelles) fonctions selon la complexité des situations ?

À partir de leur expérience et pratique, comment, face à une situation complexe, les professionnels pourraient-ils s'articuler avec des rôles et fonctions émergents (organisateur de concertation, coordinateur d'équipe, case manager...) ?

Comment créer les conditions optimales pour effectuer un transfert du lien de confiance lorsque la personne est référée vers un autre professionnel ?

On l'a vu, les référents de proximité se questionnent sur les modalités pour procéder à cette passation dans les meilleures conditions. Cette question prend toute sa pertinence dans l'optique d'assurer la continuité des soins, de l'aide et de l'accompagnement dans un travail un réseau.



10.2. Au niveau du pilotage de l'action

Quel taux de renouvellement « idéal » des participants ?

Dans la perspective de soutenir les communautés de pratiques sur la durée et d'en faire bénéficier un nombre maximal de professionnels, quel serait le taux de renouvellement idéal sans compromettre la dynamique du groupe et l'identité de la communauté ?

Quel intérêt de maintenir une veille sur les communautés de pratiques ? Avec quel objectif ? Sous quelle forme ?

L'observation participante de 39 séances de communautés de pratiques durant le cycle fut un exercice enthousiasmant et énergivore. Une question fondamentale se pose néanmoins quant à la durée de cet exercice. D'une part, pour la chercheuse, en termes de posture et de nécessité de la balancer en continu afin de trouver la juste distance entre la proximité qui se crée au fil du temps avec participants et le maintien d'un esprit scientifique éveillé. D'autre part, au niveau de Brusano, quant aux objectifs donnés à ce rôle de veille et aux modalités adéquates pour les atteindre.

Quelle stratégie de déploiement des communautés de pratiques serait pertinente ?

Une des leçons retirées de cette observation est que les professionnels, selon leurs fonctions et publics cibles, pourraient être intéressés à rencontrer d'autres acteurs ayant le même ancrage territorial qu'eux. Les objectifs de cet espace de rencontre devraient s'adapter aux intérêts des participants.

Comment communiquer sur ce dispositif pour que les professionnels se l'approprient ?

Il apparaît que si bien des professionnels se montrent satisfaits et intéressés par ce type de dispositifs, le recrutement de nouveaux membres nécessite des démarches proactives des modératrices.

Rendre ces espaces et leurs bénéfices visibles pourraient-ils inciter les professionnels à participer ?

Quelle complémentarité avec d'autres espaces de rencontre existants dans le territoire bruxellois ?

Le forum ouvert organisé par Brusano en 2023 a mis en lumière d'autres pratiques innovantes en termes d'espaces de rencontre interdisciplinaires pour les professionnels du secteur social-santé. La stratégie de déploiement des communautés de pratiques devrait intégrer et rendre visible l'offre de ces espaces. Comment intégrer leur existence et trouver la complémentarité pour les rendre plus accessibles aux professionnels ?

10.3. Au niveau de la recherche

Quels changements de comportement (changements de 2ème ordre) au niveau clinique sont promus par la participation à la communauté de pratiques ? Chez quels professionnels ? Pourquoi ?



11. Conclusion

Les professionnels du soin, de l'aide ou du travail social initialement identifiés comme référents de proximité sont mis au défi de l'accompagnement des personnes en situation complexe. Les communautés de pratiques leur offrent un espace sécurisé et ressourçant en dehors des enjeux organisationnels et du rythme de travail quotidien. Le contenu des sessions est structuré autour de la découverte, du partage et de l'expérimentation d'outils utiles pour la pratique, de l'exploration de thèmes émergents et, enfin, de ce qui constitue le cœur de la communauté, l'analyse de situations problématiques complexes permettant d'appréhender les difficultés rencontrées tant par les bénéficiaires que par les professionnels impliqués.

Ce travail collectif, guidé par une méthode d'analyse, mobilisent les savoirs expérientiels des participants afin de trouver de pistes de solution permettant débloquent/améliorer la situation. Le bénéfice s'adresse à la personne et à son entourage ainsi que, dans certains cas, au professionnel ou au réseau des professionnels impliqués grâce à un questionnement sur leur posture (cadre, limites, ressources).

Selon les membres des communautés de pratiques, la participation régulière à cet espace s'avère positive tant au niveau individuel que collectif.

A ce stade, il conviendrait d'investiguer pour savoir si cette participation contribue effectivement à de meilleures pratiques de soins et d'accompagnement et au bien-être plus « durable » des professionnels. Il semble en tout cas que la composition des communauté (multidisciplinaire, inter-organisationnelle et intersectorielle) influe bel et bien sur les attitudes des participants en termes d'ouverture au travail en réseau.

Il faut souligner le rôle de facilitation des modératrices qui contribuent activement à créer un cadre de bienveillance et de confidentialité propice aux échanges et à la réflexion collective. Elles participent également, à travers leur gestion des dynamiques collectives, à créer un espace où les participants sont reconnus dans leur besoin de parler et d'être soutenus.

Des points d'attention et de nouveaux questionnements sur la participation et l'implication des organisations, la composition des communautés de pratiques, les rôles au sein de celles-ci et leurs objectifs sont à intégrer dans la réflexion sur un éventuel déploiement du dispositif au niveau territorial.



12. Bibliographie

1. Wenger E, Trayner B, De Laat M. Promoting and assessing value creation in communities and networks: A conceptual framework. Rapport; 2011.
2. Causin C. Les Communautés de pratique des Référents de proximité: rapport de la 2ème phase pilote [Internet]. Bruxelles: Brusano; 2022 Mar [cited 2023 Aug 11]. (Brusano, editor. Analyses 2022). Available from: <https://www.brusano.brussels/pdf/analyses-2022-les-communautés-de-pratique-des-referents-de-proximite-rapport-de-la-2eme-phase-pilote/>
3. Brusano. InfoFiche #01 Communautés de pratique [Internet]. Brusano; 2022 [cited 2023 Jan 3]. Available from: <https://www.brusano.brussels/pdf/infocfiche-communautés-de-pratique/>
4. Brusano. InfoFiche #07 Le Référent de proximité [Internet]. Brusano; 2022 [cited 2023 Jan 3]. Available from: <https://www.brusano.brussels/pdf/referent-de-proximite/>
5. Travailler, Apprendre et Collaborer en réseau. Guide de mise en place et d'animation des Communautés de Pratique intentionnelles [Internet]. Québec (Canada): CEFRIQ; 2005 [cited 2023 Oct 6]. Available from: <http://numerique.banq.qc.ca/>
6. Snoeck C, Tilman C. Communautés de Pratique : production et partage de connaissances dans le monde hospitalier. Belgique: CRIFA Université de Liège;
7. Grembowski D, Schaefer J, Johnson KE, Fischer H, Moore SL, Tai-Seale M, et al. A conceptual model of the role of complexity in the care of patients with multiple chronic conditions. *Med Care*. 2014 Mar;52 Suppl 3:S7–14.
8. Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*. 2017 Mar 4;389(10072):941–50.
9. Le COMID : un outil pour évaluer la complexité des prises en soins • imad - Aide et soins à domicile du canton de Genève [Internet]. imad - Aide et soins à domicile du canton de Genève. 2019 [cited 2023 Dec 1]. Available from: <https://www.imad-ge.ch/le-comid/>
10. Busnel C, Marjollet L, Perrier-Gros-Claude O. Complexité des prises en soins à domicile : développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. *Rev Francoph Int Rech Infirm*. 2018 Jun 1;4(2):116–23.
11. Tableaux - Monitoring des Quartiers [Internet]. [cited 2023 Nov 2]. Available from: <https://monitoringdesquartiers.brussels/tableaux>
12. Willaert A. Saturation du social-santé à Bruxelles : paroles de terrain [Internet]. CBCS. 2019 [cited 2023 Nov 2]. Available from: <https://cbcs.be/saturation-du-social-sante-a-bruxelles-paroles-de-terrain/>



13. Richard L, Chiocchio F, Essiembre H, Tremblay MC, Lamy G, Champagne F, et al. Communities of Practice as a Professional and Organizational Development Strategy in Local Public Health Organizations in Quebec, Canada: An Evaluation Model. *Healthc Policy*. 2014 Feb;9(3):26–39.
14. Starck S. La posture professionnelle : entre corps propre et corps sociaux. *Rev Int Pédagogie L'enseignement Supér* [Internet]. 2016 Dec 20 [cited 2022 Oct 13];32(3). Available from: <https://journals.openedition.org/ripes/1124>
15. Van Dormael M. Le centre de santé intégré et les maisons médicales. *Groupe Détude Pour Une Réforme Médecine*. 1981 Décembre;(152).
16. Karam M, Chouinard MC, Poitras ME, Couturier Y, Vedel I, Grgurevic N, et al. Nursing Care Coordination for Patients with Complex Needs in Primary Healthcare: A Scoping Review. *Int J Integr Care*. 21(1):16.
17. Richard A, Gagnon M, Careau E. Using reflective practice in interprofessional education and practice: a realist review of its characteristics and effectiveness. *J Interprof Care*. 2019;33(5):424–36.