

## Article

---

« Réseau primaire et santé mentale : résultats des interventions effectuées auprès des patients identifiés et de leur réseau primaire »

L'équipe d'intervention en réseau du Centre hospitalier Douglas

*Santé mentale au Québec*, vol. 9, n° 1, 1984, p. 133-142.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/030217ar>

DOI: 10.7202/030217ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [info@erudit.org](mailto:info@erudit.org)

---

# Réseau primaire et santé mentale

## Résultats des interventions effectuées auprès des patients identifiés et de leur réseau primaire

*L'équipe d'intervention en réseau  
du Centre hospitalier Douglas\**

---

Les résultats d'une recherche sur l'application systématique de l'intervention en réseau comme réponse thérapeutique aux demandes de soins de 20 clients non présélectionnés d'une clinique externe de psychiatrie ont démontré que cette approche était utilisable dans un contexte de prise en charge de secteur. L'analyse détaillée de nos résultats indique également certaines tendances quant aux bénéfices additionnels de cette approche communautaire. En effet, les clients qui ont accepté l'intervention en réseau (les 2/3) se sont améliorés sur le plan de la symptomatologie, mais aussi au niveau de leur satisfaction personnelle et de leur vie sociale, alors que ceux qui ont accepté une approche individuelle, de couple ou de famille, mais sans intervention en réseau, ont vu leur amélioration se limiter au plan de la symptomatologie, sans amélioration correspondante de leur satisfaction personnelle ou de leur vie sociale.

La notion de réseau primaire<sup>1</sup> appliquée au champ de la santé mentale s'est développée en se diversifiant, tant au Québec qu'aux États-Unis et en Europe, au cours des vingt dernières années. Notre groupe de recherche-action a élaboré, pour sa part, un modèle original de prise en charge communautaire des problèmes référés à la psychiatrie en utilisant le réseau primaire du patient identifié comme moteur et soutien de cette prise en charge (Desmarais *et al.*, 1980; 1982). Nous avons aussi rendu compte précédemment des aspects «alternatifs à la psychiatrie» de cette pratique d'intervention en réseau (Blanchet *et al.*, 1981). Nous allons maintenant présenter les résultats des interventions effectuées auprès des patients identifiés et de leur réseau primaire, lors de la dernière étape de notre démarche de recherche-action.

Ces interventions ont eu lieu dans le cadre de l'unité de recherche psycho-sociale du Centre de psychiatrie communautaire du Centre hospitalier Douglas, entre l'été 1980 et le printemps 1982. Sub-

ventionnée en majeure partie par Santé et Bien-être social Canada, cette phase de la recherche avait comme objectif principal de voir si le modèle d'intervention en réseau élaboré dans une phase précédente (Desmarais et Mayer, 1980) était applicable «sur le terrain», c'est-à-dire dans une situation de prise en charge de secteur en psychiatrie publique, le secteur étant Ville-Emard/Côte Saint-Paul, un quartier du sud-ouest de l'île de Montréal. Cela veut dire, en pratique, que nous avons proposé des rencontres de réseau à chacun des vingt premiers clients de ce secteur qui se sont adressés à nous, comme équipe multidisciplinaire d'une clinique externe de psychiatrie.

Notre proposition d'intervention en réseau n'était ni unique, ni inflexible. Il s'est agi plutôt d'un processus de négociation qui a tenu compte de plusieurs facteurs tels que la nature des problèmes présentés, la portée et le contenu des réseaux primaires, ainsi que les multiples résistances en provenance des trois groupes d'acteurs, soient les patients identifiés, leur réseau primaire et l'équipe d'intervention. C'est ainsi que nous avons pu intervenir en réseau dans environ deux tiers des cas.

Plusieurs parmi les professionnels de la santé mentale sont d'avis que l'intervention en réseau est intéressante mais probablement difficilement appli-

---

\* Luc Blanchet, psychiatre; Diane Cossette, secrétaire; Renée Dauphinais, travailleuse sociale; Danielle Desmarais, anthropologue; Jacques Kasma, producteur des documents audio-visuels; Henri Lavigne, psychologue; Robert Mayer, sociologue; Linda Roy, travailleuse sociale.

cable. Après tout, disent-ils, le fait de parler ouvertement de ses problèmes va à l'encontre de l'intimité du client ainsi que de l'obligation du thérapeute de respecter la confidentialité. De plus, comme notre société tend à accentuer la division entre le privé et le public, l'intervenant peut se demander s'il serait lui-même d'accord avec une telle approche pour travailler sur ses propres problèmes. L'approche de réseau favorise les échanges de ressources et le partage des solutions aux problèmes de la vie. Cette approche pourrait-elle accentuer la dépendance vis-à-vis l'entourage?

Interpellée par toutes ces interrogations au sujet de l'intervention en réseau, notre équipe de recherche-action a tenté d'éviter tout préjugé à propos de la clientèle avec laquelle notre modèle d'intervention en réseau pourrait s'appliquer. Nous avons simplement proposé cette approche à tous les clients qui ont eu recours à nos services, sans présélection. Nous avons suggéré de réunir la parenté, les amis, les voisins, les compagnons de travail et, le cas échéant, les agents institutionnels impliqués dans la vie de nos clients, dans le but de redéfinir collectivement les problèmes présentés et de chercher des solutions appropriées.

Notre proposition s'est adaptée, croyons-nous, aux besoins et à la situation de vie de chaque client. Nous ne fixions pas un nombre de présences minimal ou maximal pour tenir une rencontre de réseau. Si quelques personnes seulement pouvaient être présentes, elles étaient aussitôt incluses dans notre approche. Si au contraire vingt-cinq personnes ou même davantage, comme dans le cas des familles étendues, voulaient participer, elles étaient toutes bienvenues à nos rencontres. De plus, les sujets discutés pendant ces rencontres ont varié énormément. L'affectif et l'idéologique s'entremêlaient souvent comme, par exemple, dans les discussions sur le partage des tâches ménagères, l'importance du travail à l'extérieur de la maison, les stéréotypes sexuels, etc. Parfois les discussions étaient centrées sur les problèmes présentés par les clients : généralement, ces discussions consistaient en un partage d'expériences de vie entre les participants, incluant à l'occasion les intervenants. Elles pouvaient aboutir à la recherche de solutions concrètes lorsqu'indiquées (par exemple, l'hébergement d'un client ou le placement d'un enfant). Dans d'autres cas, quand le client préférait ne pas parler de ses

problèmes personnels en groupe, les discussions portaient sur des sujets thématiques. Bref, nous n'avons pas préjugé de la façon dont devaient se dérouler les rencontres de réseau ni de leur contenu. Nous étions plus souvent des animateurs de groupe que des psychothérapeutes. Ce choix de rôle tenait à la confiance que nous avons dans le fait que les réseaux de nos clients avaient les ressources nécessaires pour leur venir en aide, autant sinon davantage que nous-mêmes qui étions moins familiers avec leur milieu et moins impliqués dans leur vie quotidienne.

## **PORTRAIT DE NOTRE CLIENTÈLE**

Notre clientèle comprend treize femmes et sept hommes. La majorité (65%) consulte en psychiatrie pour la première fois. Cependant, les 35% qui n'en sont pas à leur première consultation ont des antécédents psychiatriques assez lourds, incluant des hospitalisations (30%) ou des tentatives suicidaires (20%). La plupart (80%) de ces personnes nous ont été référées par un médecin, un psychothérapeute antérieur ou encore par un service d'urgence médical ou une institution du réseau des Affaires sociales. Il s'agit d'une clientèle dont la majorité est constituée de locataires vivant seuls, sans travail ni pratique religieuse régulière et qui, au surplus, n'a que très peu de loisirs. En somme, une clientèle dont les conditions objectives d'existence sont déjà détériorées, ce qui n'est pas sans rapport, d'une part avec le fait qu'elle consulte en psychiatrie et qu'elle le fasse fréquemment, d'autre part, pour des motifs tels que l'isolement social et le sentiment de solitude.

Parmi tous les malaises exprimés, il y a trois catégories qui reviennent nettement plus souvent que les autres : ce sont les sentiments de solitude, de dépression et les malaises somatiques. La moitié des hommes ont consulté à cause de problèmes reliés au monde du travail, que ce soit pour la perte ou la redéfinition d'un emploi, une dévalorisation personnelle face à l'emploi, des tensions ou des conflits avec les compagnons de travail ou la direction, ou enfin des difficultés plus générales d'orientation face au monde du travail. Enfin, il y a une gamme de symptômes variés qu'on peut retrouver chez une clientèle de clinique externe de psychiatrie, comme la surconsommation d'alcool, les troubles du com-

portement avec violence physique et les «idées bizarres».

## PORTÉE ET CONTENU DU RÉSEAU PRIMAIRE<sup>2</sup>

La portée du réseau primaire de notre clientèle comprend en moyenne dix-neuf personnes; ce chiffre est comparable à la portée du réseau primaire des résidents de Ville-Emard – Côte Saint-Paul (Labelle et Desmarais, 1975). Par contre, peu d'études permettent de comparer ces chiffres à d'autres quartiers de Montréal. Il semble cependant que le réseau de notre clientèle ait une portée légèrement inférieure à la moyenne rapportée dans les études américaines, en contexte urbain. Les liens familiaux occupent plus de la moitié du réseau, les amis en occupent le quart et les relations avec les voisins et les compagnons de travail sont à toutes fins utiles absentes de la vie sociale significative des patients identifiés. Si nous comparons nos clients à la population générale de Côte Saint-Paul – Ville-Emard, il y a une prépondérance des liens familiaux dans leur réseau primaire. Dans l'ensemble, notre clientèle mène une vie sociale assez limitée, concentrée autour de la famille. On vit dans un cercle étroit de relations avec peu de possibilités de renouvellement, et ce, d'autant plus qu'une majorité des patients identifiés ne travaillaient pas à l'extérieur, au début de la prise en charge.

## MÉTHODOLOGIE

Rappelons au départ que cette recherche n'avait pas pour objectif de comparer entre eux différents modes d'intervention avec utilisation de groupes de contrôle. Il s'agit plutôt d'un processus de recherche action qui, redéfinissant au fur et à mesure son objet d'étude, avait pour objectif de voir si notre modèle d'intervention en réseau était applicable à une situation de prise en charge de secteur. Ainsi, après avoir systématiquement proposé à nos vingt clients une intervention en réseau comme réponse à leur demande, nous nous sommes retrouvés avec trois groupes distincts sur lesquels nous avons néanmoins pu établir des données comparatives avant et après l'intervention. Les groupes sont les suivants :

- Groupe 1 : Intervention «individuelle» : composé (6 cas) de patients identifiés qui ont refusé toute rencontre de réseau, mais qui ont accepté des rencontres individuelles, de couple ou de famille.
- Groupe 2 : Intervention de réseau : composé de (7 cas) ceux qui ont accepté d'être vus avec leur réseau dès la fin de la période d'évaluation et qui n'ont pas exigé d'autres formes d'intervention (c'est-à-dire individuelle, de couple ou de famille).
- Groupe 3 : Intervention mixte («individuelle» et de (7 cas) réseau) : composé de ceux qui ont accepté des rencontres de réseau seulement après une série de rencontres individuelles, de couple ou de famille, ou qui ont exigé des rencontres individuelles, de couple ou de famille en plus des rencontres de réseau.

Pour obtenir des données comparatives sur l'évolution des patients identifiés dans ces trois groupes, nous avons utilisé trois grilles d'analyse différentes. Notre première grille porte sur la perception subjective que les patients ont eue des changements survenus dans leur état de santé au cours de la prise en charge. En questionnant nos patients, nous avons recueilli ici des données subjectives sur les points suivants : problèmes de santé, sommeil, sexualité, alimentation, consommation de divers produits (tabac, médicaments psychotropes, café) et loisirs. La deuxième est une grille de satisfaction conçue spécifiquement pour les besoins de notre recherche, une grille qui évalue sur une échelle de un (très insatisfait) à cinq (très satisfait), le degré de satisfaction général éprouvé par le patient identifié dans son rapport à sa vie personnelle. Elle comporte douze catégories différentes, soit qu'il s'agisse de milieux de vie (école, travail, famille, amis, etc.), soit qu'il s'agisse d'aspects de lui-même (vie sexuelle, santé physique). Cette grille a été remplie par les patients eux-mêmes, avec ou sans l'aide des intervenants, avant et après l'intervention. La troisième grille est la Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS, grille conçue aux États-Unis (Overall, 1962) pour évaluer l'état clinique et le degré de symptomatologie des patients «psychiatriques». Le BPRS évalue dix-huit symptômes psychiatriques sur une échelle variant de un à sept, un, représentant l'absence du symptôme. Un patient peut varier entre un mini-

mum de symptomatologie de 18 points et un maximum de 126 points. À l'aide des extraits vidéographiés, le BPRS était noté par des professionnels de la santé mentale indépendants de notre équipe (psychiatres, psychologues, infirmières psychiatriques et travailleurs sociaux) qui évaluaient nos patients au moment des premières et dernières entrevues, c'est-à-dire avant et après l'intervention.

De plus, nous avons obtenu des renseignements sur l'évolution des rapports entre les patients identifiés et leur réseau primaire au cours de la prise en charge par l'emploi d'un questionnaire rempli avec les patients identifiés.

Finalement nous avons analysé l'impact de l'intervention en réseau sur la dynamique du réseau primaire à partir de l'étude détaillée de trois cas choisis au hasard dans lesquels les membres des réseaux qui avaient participé aux rencontres étaient interviewés au cours des quelques semaines ou moins suivant la dernière rencontre de réseau.

## RÉSULTATS

### LE PATIENT IDENTIFIÉ

#### Perception subjective de l'état de santé

Il y a eu une amélioration subjective de l'état de santé dans les trois groupes. L'examen détaillé de ces données permet cependant de constater que les patients des groupes 2 et 3, c'est-à-dire ceux qui ont accepté une intervention en réseau, se disent plus améliorés que ceux du groupe 1 et ce, sur presque tous les plans. C'est cependant sur la question des loisirs que cette différence apparaît de façon plus claire. En effet, onze patients sur les quatorze dont nous avons pu réunir les réseaux primaires, rapportent une augmentation de leurs loisirs à caractère social, comparativement à un seul du groupe 1. Il semble bien s'agir d'une retombée positive de ce type d'intervention, qui remet les patients en contact avec des personnes et des activités qu'ils avaient négligées dans le processus de détérioration de leur état de santé.

#### Grille de satisfaction

Les résultats indiquent que le groupe 1 était le moins satisfait des trois groupes avant l'intervention (moyenne de satisfaction de 2.71 sur la grille) et que leur niveau de satisfaction est celui qui a le

moins changé (moyenne de changement de + .27 pour obtenir une moyenne de satisfaction de 2.98) après l'intervention. Pour ce qui est des deux groupes qui ont accepté l'intervention en réseau, le groupe 2 (avec une moyenne de satisfaction de 3.61 au départ) et le groupe 3 (avec une moyenne de satisfaction de 3.00 au départ) se sont retrouvés avec des niveaux de satisfaction équivalents à la fin des interventions (3.89 et 3.91).

### Le BPRS

L'utilisation du BPRS dépendait du consentement du patient à se faire vidéographier avant et après l'intervention. Ainsi nous avons été en mesure d'obtenir ces données dans seulement 16 cas sur 20 : quatre dans le groupe 1, cinq dans le groupe 2, et tous les sept du groupe 3. Dans l'ensemble, quel que soit leur groupe d'appartenance, tous les patients identifiés se sont améliorés sur ces échelles. Les trois groupes présentaient également très peu de symptomatologie au moment de la fermeture de dossier.

### LES RAPPORTS ENTRE LE PATIENT IDENTIFIÉ ET SON RÉSEAU PRIMAIRE

Le groupe 1 (ceux qui ont refusé l'intervention de réseau) entretient deux fois moins de contacts mensuels que chacun des deux autres groupes et ce, autant au début qu'à la fin de la prise en charge. Dans ce même groupe, on note une diminution de la portée du réseau au cours des six mois – en moyenne – qu'a duré la prise en charge. Et c'est au niveau des liens parentaux que cette perte s'est concrétisée; du coup, la proportion d'amis a augmenté bien que leur nombre soit demeuré le même. Bref, il s'agit d'une diminution de contacts avec la parenté et d'un isolement social plus grand.

Dans les groupes 2 et 3, la portée et le contenu du réseau n'ont pas varié durant le laps de temps relativement court de l'intervention. Néanmoins, pour les neuf cas où les données sont disponibles, nous observons une évolution marquée de l'implication affective des patients identifiés vis-à-vis des membres de leur réseau primaire dans les sept cas sur neuf appartenant à ces deux groupes qui ont accepté les rencontres de réseau. Il semble qu'à la suite de ces rencontres, les patients identifiés aient enrichi considérablement les possibilités de soutien

affectif en provenance de leur réseau : en effet, le nombre moyen de confidents(es), de conseillers(ères) et de personnes à qui l'on peut demander des services a doublé. Par contre, les deux personnes qui ont opté pour une thérapie individuelle n'ont pas augmenté leur implication dans le réseau : au contraire, on note une diminution du nombre absolu de personnes énumérées à ce chapitre.

De plus, il est intéressant de noter qu'il existe des différences entre les groupes 2 et 3. Les patients du groupe 2 comptaient le plus fort taux de sociabilité (fréquence de contacts) au début de la prise en charge et ils ont conservé ce score élevé à la fermeture du dossier. On note de même que les activités quotidiennes ont augmenté et se sont diversifiées chez les patients de ce groupe. Les patients du groupe 2 entretenaient plus de relations avec leur réseau au départ, et ce sont eux qui ont le plus bénéficié des rencontres de réseau, en comparaison de ceux du groupe 3. Le groupe 2 est celui qui était le plus ouvert à l'intervention en réseau au départ, et est également celui qui a le plus bénéficié d'une approche axée sur le social.

### **L'IMPACT DE L'INTERVENTION EN RÉSEAU SUR LA DYNAMIQUE DU RÉSEAU PRIMAIRE**

Tel que déjà mentionné, nous avons mené une enquête exploratrice auprès des membres de trois réseaux primaires choisis au hasard qui se sont mobilisés à la suite de la demande des patients identifiés. L'objectif principal de cette enquête était de recueillir les commentaires des participants sur l'évolution des liens qu'ils entretenaient entre eux, avant les rencontres ainsi qu'à la suite des rencontres.

En résumé, une analyse des données recueillies auprès de trois réseaux primaires permet de dégager quelques constantes que, sans pouvoir généraliser à l'ensemble de la clientèle, nous pouvons retenir comme pistes de recherche pour l'avenir.

Une première constatation s'impose : les réseaux primaires étaient déjà sensibilisés aux problèmes vécus par les patients identifiés. Les participants s'entendent pour affirmer que les rencontres en réseau ont permis de discuter ouvertement des problèmes, si elles ne les ont pas tous résolus. Par exemple, les participants soulignent que dans deux

cas l'isolement du patient identifié a été réduit et que le rythme d'activités sociales s'est accru.

Les rencontres en réseau ont eu aussi un impact sur la dynamique même des réseaux primaires. Peu importe la qualité des liens au départ, les rencontres en réseau ont amélioré les liens entre les patients identifiés et leur réseau, à un niveau ou l'autre; dans le premier cas, on a noté une plus grande ouverture d'esprit à l'endroit de la patiente identifiée; dans le deuxième cas, la qualité des relations semble améliorée dans le couple qui était le patient identifié; dans le dernier cas, la patiente identifiée a investi affectivement deux personnes qui ont participé aux rencontres et qui sont devenues par la suite des personnes importantes pour elle. Par ailleurs, l'effet de réseau a atteint les liens des participants entre eux. Dans chaque cas, on note que certaines relations se sont améliorées à la suite des rencontres, particulièrement les relations entre parents et enfants, ainsi que les relations de couple. Par contre, la fréquence des contacts à l'intérieur du réseau a fluctué : elle a augmenté dans un cas et a diminué dans les deux autres, bien que de façon temporaire dans le premier et pour des raisons non directement liées aux rencontres dans le deuxième.

Finalement, les répondants ont fréquemment confié à l'enquêtrice indépendante des réflexions qui plaident en faveur d'un effet de prévention des rencontres en réseau sur les participants. En effet, les données sur l'amélioration de la qualité des liens entre les participants, ainsi que leurs réflexions fréquentes sur les bienfaits personnels qu'ils ont retirés des rencontres tendent à confirmer une donnée clinique par ailleurs difficile à mesurer : les rencontres en réseau comportent pour les participants un effet de prévention sur leur santé mentale, en provoquant entre autres choses, une réflexion sur le devenir personnel : les choix de vie, les grandes orientations, les comportements, etc.

### **DISCUSSION**

Étant donné que la comparaison entre nos trois groupes ne relève pas de la méthode expérimentale, mais illustre simplement des choix de modalités d'intervention effectués par des patients en négociation avec une équipe d'intervenants, il nous faut ajouter d'autres éléments pour approfondir la compréhension de ces résultats. On peut se demander, par

exemple, si parmi toutes ces données il y a des facteurs qui auraient tendance à favoriser la réceptivité de la clientèle à l'approche de réseau. Pour ce faire, nous avons analysé les niveaux initiaux de symptomatologie des patients identifiés en manipulant certaines données. Ainsi, si nous retirons du groupe 3 deux patients qui ont de lourds antécédents psychiatriques et qui présentent à eux seuls une moyenne de symptomatologie initiale beaucoup plus forte que les autres membres de leur groupe (63 *versus* 38 au BPRS), cela a pour effet d'accentuer la différence entre la sévérité de la symptomatologie de départ dans le groupe 1 (45,3) et les groupes 2 et 3 (une moyenne de 39).

Cela fait, une analyse de la sévérité de la symptomatologie de départ (telle qu'indiquée par le BPRS) ainsi que du niveau de satisfaction des patients par rapport à leur vie personnelle (selon la grille de satisfaction) ajoutée à nos propres observations cliniques tendrait à démontrer que les personnes, qui présentent un niveau élevé de symptomatologie initiale et le niveau de satisfaction le plus bas par rapport à leur vie personnelle mais sans étiquetage psychiatrique préalable par leur entourage, sont les plus résistantes à une approche de réseau. Cette description s'applique à notre groupe 1 pour lequel l'intervention individuelle a amélioré seulement la symptomatologie. Du même coup, elle a laissé leur niveau de satisfaction inférieur à la moyenne autant que leur état subjectif de santé. En revanche, les personnes qui présentent un faible niveau de symptomatologie de départ et un niveau de satisfaction plus élevé par rapport à leur vie personnelle, ainsi que celles qui ont déjà un étiquetage psychiatrique préalable dans leur entourage, même si elles présentent un haut niveau de symptomatologie et un bas niveau de satisfaction, sont celles qui sont les moins résistantes à une approche de réseau. Cette description s'applique aux patients des groupes 2 et 3, incluant les deux cas plus «lourds».

Un autre facteur favorisant l'ouverture à l'approche de réseau est la sociabilité du patient identifié. Chez les patients du groupe 1 qui ont opté pour une approche individuelle seulement (c'est-à-dire qui ont rejeté toute rencontre de réseau), nos analyses des données ont démontré qu'ils entretenaient deux fois moins de contacts mensuels avec les membres de réseau que les autres patients, autant au début qu'à la fin de la prise en charge. En corollaire, ceux qui

ont consenti à une approche de réseau sans exiger d'intervention «individuelle» (groupe 2) ont démontré le plus fort indice de sociabilité quand on a additionné leurs contacts mensuels et hebdomadaires avec les membres de réseau, tant au début qu'à la fin de la prise en charge.

En résumé, l'utilisation d'une approche de réseau dépend grandement des caractéristiques des clients. Il y a une certaine indication à l'effet que les clients ayant un haut niveau de symptomatologie mais étant déjà étiquetés «malade mentaux» par leur entourage accepteront une telle approche parce que leur réseau primaire est déjà au courant de leur situation et s'y sent déjà impliqué. Bref ils ne sont pas menacés par une approche de réseau, leurs problèmes étant déjà «publics». De plus, les clients avec les meilleurs tableaux cliniques (moins de symptomatologie et plus de satisfaction) sont moins isolés au départ et plus ouverts à une telle approche. Par contre, les gens les plus résistants seraient ceux qui présentent un niveau de symptomatologie moyen et un niveau de satisfaction plus bas par rapport à leur vie personnelle, mais qui sont introvertis par rapport à leur réseau, ayant souvent un réseau moins riche ou étendu, ou possiblement un réseau peu impliqué ou peu renseigné sur leurs problèmes. Ces gens peuvent ressentir beaucoup d'hésitation ou de crainte face à une approche qui pourrait dévoiler leurs problèmes. Ils ont vraisemblablement peur d'être étiquetés «malades mentaux, bizarres ou anormaux». Ils sont portés à choisir l'intimité d'une approche «individuelle». Malheureusement nos résultats indiquent qu'ils bénéficient d'une telle approche seulement au niveau d'une réduction de symptômes et non pas au niveau de leur satisfaction personnelle, ni de leur vie sociale. On peut se demander si une amélioration des symptômes sans plus grande satisfaction personnelle ni changement dans la vie sociale peut être autre que transitoire.

#### UN EXEMPLE - LE RÉSEAU D'ERNESTINE

Ernestine est une femme divorcée de 68 ans, mère de deux fils mariés âgés de 45 et 42 ans, vivant seule dans un H.L.M. où elle a déménagé il y a 1 1/2 an. Elle n'a aucun antécédent psychiatrique; elle nous est cependant référée par l'urgence psychiatrique d'un hôpital général censément pour un problème de dépression avec insomnie tenace.

Au cours de la phase d'évaluation, l'équipe a identifié des phénomènes préexistants au problème présenté (arthrite, déclin de la vie sexuelle, consommation excessive de tabac et vieillissement), phénomènes auxquels s'est ajoutée dans les deux dernières années une série de facteurs plus immédiatement significatifs (consommation excessive d'alcool, déménagement, divorce, ennui, infections, isolement social et pertes de mémoire), lesquels facteurs ont pu jouer un rôle prédisposant à la crise actuelle (insomnie : motif immédiat de la consultation à l'urgence, mauvaise alimentation, perte d'intérêt et consommation excessive de tranquillisants).

À la suite de cette analyse, il nous fallait faire des choix d'intervention aux niveaux les plus susceptibles de modification. La dernière étape de l'évaluation, effectuée en réseau, nous avait déjà indiqué l'importance du déménagement survenu il y a 1 1/2 an et de l'isolement social qui s'en était suivi. Nous avons donc décidé de concentrer l'intervention sur le thème de l'isolement d'Ernestine et des conséquences de son déménagement. Il fut convenu de réunir de nouveau le réseau primaire d'Ernestine pour aborder ces questions de façon concrète et élaborer des amorces de solutions. Il y eut deux rencontres additionnelles de réseau.

Dans le cas d'Ernestine, le réseau primaire a participé à la phase d'évaluation comme nous l'avons déjà mentionné. C'est ainsi que le réseau et l'équipe ont collaboré dès le départ pour définir le problème d'Ernestine autrement qu'en termes psychiatriques, c'est-à-dire en tenant compte des facteurs émotifs et interpersonnels, sociaux et économiques qui déterminent la situation de la patiente identifiée au même titre que ses limitations personnelles, physiologiques, énergétiques et autres. Cette collaboration, ainsi que l'empathie et l'intérêt manifestés par les membres du réseau d'Ernestine ont été, à notre avis, des atouts indispensables au succès de la prise en charge des problèmes de celle-ci.

La première des deux dernières rencontres de réseau a réuni Ernestine, ses deux fils et leur conjointe, la meilleure amie de celle-ci ainsi que le surintendant du H.L.M. où elle habite. Des représentantes de l'Âge d'Or avaient également été invitées mais avaient refusé de participer sous prétexte qu'Ernestine consommait trop d'alcool et recevait des «amis» chez elle. Ces dernières informations allaient servir d'entrée en matière à cette réunion

qui devint essentiellement une rencontre de confrontation au cours de laquelle Ernestine a plus ou moins nié l'ensemble des témoignages en provenance du réseau et qui tendait à établir l'existence d'une difficulté d'Ernestine avec l'alcool, difficulté qui, ajoutée à ses fréquentations, semblait provoquer son rejet par les autres résidents du H.L.M. Après cette longue période de confrontation, la soirée se termina, à la suggestion des intervenants, sur des propositions concrètes devant être réalisées dans les deux semaines suivantes et visant à promouvoir la participation d'Ernestine aux activités de l'Âge d'Or d'une paroisse voisine.

La dernière intervention en réseau eut lieu deux semaines plus tard. Les mêmes personnes étaient présentes, à l'exception du surintendant qu'Ernestine préférait ne pas revoir à ces réunions (elle avait été humiliée par ses propos sur sa consommation d'alcool). Les participants furent unanimes à dire qu'Ernestine avait beaucoup changé dans les deux dernières semaines : elle sortait davantage, avait été à l'Âge d'Or, dormait mieux et prenait moins de tranquillisants et d'alcool. Après une analyse collective des facteurs multiples ayant un lien avec cette amélioration, incluant, de l'avis de tous, ces «réunions de famille», nous fîmes la suggestion que ces réunions se poursuivent dans un but préventif, de façon autonome, c'est-à-dire sans la présence d'intervenants extérieurs au réseau primaire.

Il est clair que le temps passé en discussions d'équipe et en journées-bilan a stimulé les intervenants à inviter aux réunions du réseau d'autres membres que ceux présents lors de l'évaluation en réseau. L'addition du surintendant du H.L.M. et le refus de participer des membres de l'Âge d'Or ont effectivement joué un rôle majeur dans la mise à jour d'une difficulté très réelle et quotidienne d'Ernestine avec la consommation d'alcool à ce moment de sa vie. D'un point de vue thérapeutique, la confrontation directe et franche du surintendant avec Ernestine a facilité la réalisation des objectifs de l'intervention et de plus, sur le plan personnel, cette polarisation a donné naissance par la suite à une saine relation de voisinage qui a semblé satisfaire l'un et l'autre.

En ce qui concerne l'effet de nos rencontres sur le contenu des liens, des entrevues quatre mois plus tard ont démontré que les rencontres ont enrichi la dynamique de réseau d'Ernestine, tant au niveau de



la qualité des contacts qu'au niveau de leur fréquence et ce, non seulement entre Ernestine et les membres de son réseau, mais aussi entre les membres du réseau eux-mêmes, au moins en ce qui a trait à la qualité des liens. En effet, plusieurs répondants ont noté des rapprochements entre les membres du réseau, par exemple entre mère et fille, entre frères et soeurs ou entre beaux-frères et belles-soeurs. Ces données tendent à confirmer une intuition clinique selon laquelle «l'effet de réseau» (Speck et Attneave, 1973) dépasse largement les raisons (le(s) problème(s) du patient identifié) pour lesquelles le réseau a été convoqué.

## CONCLUSION

L'expérimentation de notre modèle théorique d'intervention en réseau dans le cadre d'une prise en charge de secteur psychiatrique a constitué la dernière étape d'une démarche qui a mobilisé notre équipe pendant plusieurs années. Ce modèle situe la plupart des problèmes portés par une personne souffrante là où ils se posent réellement, et là où les solutions doivent logiquement émerger, c'est-à-dire dans l'espace socio-affectif occupé par son réseau primaire. Nos résultats démontrent qu'il est possible d'intervenir en réseau dans la majorité des problèmes référés à la psychiatrie. De plus, nous avons constaté que cette approche est bénéfique, non seulement pour le client, mais aussi pour son entourage, confirmant ainsi l'importance de la prévention dans le champ de la santé mentale et illustrant concrètement, selon nous, une avenue de mise en application. C'est également une des rares approches cliniques de type réellement communautaire, où le professionnel de la santé mentale est nécessairement mis en contact avec les ressources du quartier dans lequel il travaille.

L'intervention en réseau demeure cependant une pratique délicate et exigeante qui bouleverse les comportements stéréotypés des intervenants autant que des clients et de leur environnement. Le contexte égalitaire dans lequel elle se déroule a d'ailleurs permis d'expérimenter le sens critique de la population face au système psychiatrique institutionnel dans lequel l'intervention en réseau s'insère malgré tout, parce qu'il y avait un espace qui le permettait (les rencontres de réseau). À certains

moments, de véritables résistances ont freiné le processus, résistances imputables autant à l'idéologie dominante qu'à des réserves cliniques proprement dites, telles la peur des patients identifiés d'être étiquetés «malade mental», et les hésitations des intervenants à négocier des rencontres en réseau avec des patients identifiés perçus comme «fragiles».

Par ailleurs, le cadre de recherche a lui aussi imprimé des contraintes sur les rapports entre les groupes d'acteurs : le questionnement constant de la pratique et de ses prémisses théoriques, la préoccupation de mettre au point les modalités les mieux adaptées à chaque situation nouvelle, et les contraintes de l'évaluation ont posé des exigences à l'équipe auxquelles la clientèle n'est pas restée insensible. Mais cette redéfinition des rapports entre les groupes d'acteurs a entraîné une perception différente des uns et des autres : la possibilité pour les intervenants de percevoir les patients identifiés dans leur vie quotidienne, de participer à leurs relations interpersonnelles, en d'autres mots d'avoir accès à divers statuts et rôles assumés par le patient identifié à un moment de sa vie, a complètement modifié le cadre médical habituel dans lequel le patient identifié est perçu avant tout comme un «malade». Cette perception globale des personnes qui s'adressent à un service psychiatrique pour demander une assistance est d'autant plus gratifiante pour les intervenants que la bureaucratisation croissante des services publics actuels comporte le danger de perdre de vue la personne humaine dans son ensemble. De même, les efforts de l'équipe pour démystifier le rôle du clinicien, ainsi que la responsabilité assumée par le patient identifié et son réseau primaire dans le processus de prise en charge, ont modifié la perception du rôle et des exigences de ceux-ci à l'égard des professionnels de la santé mentale.

Mentionnons en dernier lieu que cette prise en charge d'un secteur psychiatrique s'est déroulée sur une période relativement courte (18 mois) : une expérimentation à plus long terme aurait sans doute permis des résultats plus exhaustifs et plus concluants. Nous ne pouvons que souhaiter que l'avenir rende possible une telle expérimentation de même que la nécessité, pour mesurer les effets de prévention d'une telle approche, d'une implantation véritablement communautaire, «hors les murs» de l'institution et en collaboration avec les autres groupes et organismes populaires du quartier.

On sera peut-être surpris que nous n'ayons pas fait mention jusqu'à présent de la relation entre notre projet de recherche-action et le contexte institutionnel dans lequel il s'est déroulé. Nous sommes conscients de l'importance de cette question. Par exemple, J. Beausoleil (1981) a bien souligné l'ambivalence de certains «gestionnaires» québécois vis-à-vis l'introduction de l'intervention en réseau dans leur établissement. Pour sa part, M. Vuille (1981) prône la création d'un «espace d'autonomie» par rapport aux organisations dont nous avons intériorisé les contraintes et les limites. Selon lui, la condition sine qua non pour conduire une recherche-action est de créer cet espace où les rapports entre les chercheurs et les praticiens se construisent hors des règles de fonctionnement de leurs organisations respectives et ce, afin que le savoir et l'action deviennent autogérables. Notre vécu d'équipe semble lui donner raison dans la mesure où d'une part le statut de temps partiel de plusieurs membres permettait de facto une certaine distance par rapport à l'institution-mère; mais d'autre part, notre récente prise en charge d'un terrain nous empêchait de prendre une trop grande distance par rapport à cette dernière. Nous avons donc dû trouver un juste équilibre.

Par ailleurs, vouloir développer ce thème aurait exigé une longue «analyse institutionnelle» qui n'entre pas dans notre propos ici, et que d'autres ont d'ailleurs partiellement effectué (Peraldi, 1979; Lavigueur *et al.* 1981). Dans notre cas et d'une façon globale, on peut dire que les rapports entre notre équipe et l'institution ont varié dans le temps; ils ont été au début plutôt difficiles, pleins d'incompréhension qui tournait vite à la méfiance réciproque. Avec le temps, surtout au cours de la dernière étape, nous avons trouvé semble-t-il, un *modus vivendi* relativement acceptable pour les diverses instances impliquées.

## NOTES

1. Nous définissons le réseau primaire comme une entité micro-sociologique constituée d'un ensemble d'individus qui communiquent ensemble sur une base d'affinités personnelles, hors de tout contexte institutionnalisé. Le réseau primaire d'une personne comprend la totalité de ses liens sociaux dans le cadre de sa vie quotidienne (parents, amis, voisins, compagnons de travail ou d'école).

2. Pour une personne, la portée de son réseau est définie par l'ensemble des individus qui sont en contact direct avec elle, alors que le contenu, c'est le support, pour ne pas dire le prétexte des liens entre les membres du réseau : entraide économique, obligations parentales, pratiques religieuses, etc.; le contenu des liens sera généralement illustré par la catégorisation en liens de parenté, de voisinage, etc.

## RÉFÉRENCES

- BEAUSOLEIL, J., 1980, Une double expérience d'implantation de la pratique de réseaux dans un milieu institutionnel, *Service Social*, 29, 342-358.
- BERNIER, D., 1978, La recherche-action : aspects historiques et applications aux pratiques du service social, *Intervention*, Montréal, 5, hiver, 9-15.
- BLANCHET, L., 1978, La santé mentale à Pointe St-Charles : vers une prise en charge collective, *Santé mentale au Québec*, 3, 1, juin, 36-43.
- BLANCHET, L., DAUPHINAIS, R., LAVIGUEUR, M., 1981, L'intervention en réseau, un modèle alternatif de prise en charge communautaire, *Santé mentale au Québec*, 6, 2, novembre, 126-132.
- BRODEUR, C., 1980, Découverte d'un champ d'intervention et d'une pratique nouvelle, *Service Social*, 29, 3, juil.-déc., 276-283.
- CORIN, E., 1980, La dynamique des réseaux sociaux des personnes âgées : point de départ pour une autre pratique, *Service Social*, 29, 3, juil.-déc., 404-424.
- DAHER, P., 1980, Les pratiques de réseaux : recherche-action, *Intervention*, 58, 13-24.
- DESMARAIS, D. *et al.*, 1980, Un modèle bio-psycho-social d'intervention de réseaux, *Service Social*, 29, juillet-décembre, 366-379.
- DESMARAIS, D., BLANCHET, L., MAYER, R., 1982, Un modèle d'intervention en réseau au Québec, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 4-5, février.
- DESMARAIS, D., LAVIGUEUR, H., ROY, L., BLANCHET, L., Patient identifié, réseau primaire et idéologie dominante : le champ d'intervention en santé mentale, *Santé mentale et contexte social : les pratiques de réseau*, Hachette, à paraître.
- DESMARAIS, D., MAYER, R., 1980, L'intervention auprès du réseau (illustration et commentaire), *Santé mentale au Québec*, 5, 1, juin, 22-40.
- DOMINICE, P., 1981, L'ambiguïté des universitaires face à la recherche-action, *Revue internationale d'action communautaire*, Montréal, 5, 45, printemps, 51-57.
- GRELL, P., 1981, Problématiques de la recherche-ction, *Revue de l'Institut de Sociologie*, Bruxelles, 3.
- LABELLE, M., DESMARAIS, D., *Les réseaux d'amis à Ville-Émard - Côte St-Paul*, Unité de recherche psychosociale, Centre de psychiatrie communautaire, Centre hospitalier Douglas.
- LAVIGUEUR, H., HACCOUN, D.M., SHEITOVAN, L.L., 1981, La co-existence inter-professionnelle au sein d'un hôpital psychiatrique, *Santé mentale au Québec*, 6, 1, juin, 61-70.
- MAYER, R., DESMARAIS, D., 1980, Réflexions sur la recherche-action ; l'expérience de l'équipe d'intervention de réseau de l'hôpital Douglas à Montréal, *Service Social*, 29, 3, juillet-décembre, 380-403.

- MOREAU, M., 1982, L'approche structurelle familiale en service social, *Revue internationale d'action communautaire*, 7, 47, printemps.
- MUELLER, D.P., 1980, Social Networks : A promising direction for research on the relationship of the Social Environment to Psychiatric Disorder, *Social Sciences & Medicine*, 14A.
- OFFREDI, C., 1981, La recherche-action : l'intellectuel et son rapport à l'action, *Revue internationale d'action communautaire*, Montréal, 5, 45, printemps, 82-88.
- OVERALL, J.E., GORHAM, D.R., 1962, The Brief psychiatric rating scale, *Psychol. Rep.*, 10.
- PATTISON, E.M., DEFRANCISCO, D., WOOD, P., FRAZIER, H., CROWDER, J., 1975, A psychosocial kinship model for family therapy, *American Journal of Psychiatry*, 132.
- PERALDI, F., 1979, Les lieux de l'écoute : l'analyse institutionnelle, *Santé mentale au Québec*, 4, 1, p. 40-61.
- PHILIPS, S.L., 1981, Network Characteristics Related to the Well-being of Normals : A Comparative Base, *Schizophrenia Bulletin*, 7.
- PIRSON, R., 1981, La recherche-action : une méthode de mise à disposition des savoirs, *Revue de l'Institut de Sociologie*, Bruxelles.
- Rapport de recherche, 1979, *L'intervention de réseau Happening : un modèle bio-psycho-social de prise en charge communautaire de la maladie mentale*, Unité de recherche psychosociale, Centre de psychiatrie communautaire, Centre hospitalier Douglas.
- ROUSSEAU, R., 1980, Recherche-action et intervention de réseaux, *Service Social*, 29, 3, juillet-déc., 322-331.
- SAUVIN, A., DIND, D., VEUILLE, M., 1981, Recherche-action et travail social, *Revue internationale d'action communautaire*, 5, 45, 58-73.
- SPECK, R., ATTNEAVE, C., 1973, *Family Networks*, Vintage Books, N.Y.
- STERLIN, C., 1977, Les contestations contemporaines de la psychiatrie : de l'anti-psychiatrie à la néo-psychiatrie, *Philosophiques*, 4, 2, oct.
- TOLSDORF, C.C., 1976, Social Networks; support and coping: an Exploratory study, *Family Process*, 15, 407-418.
- ZUNIGA, R., 1981, La recherche-action et le contrôle du savoir, *Revue internationale d'action communautaire (RIAC)*, Montréal, 5, 45, printemps, 35-44.

### SUMMARY

The results of a study attempting the systematic application of a network intervention approach to meet the therapeutic needs of 20 non-preselected clients at an outpatient psychiatric clinic showed that this community oriented approach was not only applicable but also beneficial. While our principal objective was to see if a network approach could be adapted to the treatment of an ongoing public psychiatric service for a given sector of the population, our results indicate certain additional trends : those clients who accepted to participate in a network approach (2/3) not only showed decreased symptomatology but also increased personal satisfaction and improvements in their social life. Meanwhile those clients who underwent individual, couple, or family therapy but who did not accept a network approach showed decreases in symptomatology only, without corresponding improvement in other spheres.