

L'intervention en réseau, un modèle alternatif de prise en charge communautaire

Networking, an alternative model of community empowerment

Luc Blanchet, Renée Dauphinais, Henri Lavigueur et Robert Mayer

Volume 6, numéro 2, novembre 1981

Où va la psychiatrie ?

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030110ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030110ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Blanchet, L., Dauphinais, R., Lavigueur, H. & Mayer, R. (1981). L'intervention en réseau, un modèle alternatif de prise en charge communautaire. *Santé mentale au Québec*, 6(2), 126–132. <https://doi.org/10.7202/030110ar>

Résumé de l'article

Après une brève analyse critique de certaines limites de la psychiatrie communautaire, les auteurs font une revue historique du réseau psychiatrique social et de ses caractéristiques. Ils décrivent alors leur manière d'appliquer le concept de réseau, une approche dont l'originalité consiste à demander au patient de réunir son réseau primaire (famille, amis, voisins, etc.) en vue d'identifier les problèmes et de déterminer comment le réseau peut l'aider. Ils développent une approche différente de celle de la psychiatrie communautaire, en mettant l'accent sur le rôle des réseaux primaires comme structure de soutien émotif et comme une solution non psychiatrique. Toutefois, l'intervention de réseau n'est pas prescrite comme une solution à tout et les auteurs concluent en décrivant les limites de leur approche.

L'INTERVENTION EN RÉSEAU, un modèle alternatif de prise en charge communautaire

*Luc Blanchet, Renée Dauphinais, Henri Lavigueur**
avec la collaboration de Robert Mayer

Nous faisons partie d'une équipe de recherche-action qui a développé, au cours des dernières années, un modèle d'intervention en réseau. Nous cherchons présentement à appliquer ce modèle à une situation de prise en charge de secteur, dans un quartier du Sud-Ouest de Montréal (Ville-Emard — Côte St-Paul). Dans cet article, nous décrirons notre pratique actuelle d'intervention en réseau dans le secteur. Plus précisément, nous en expliquerons les caractéristiques, en développerons les aspects alternatifs à la psychiatrie communautaire et en tracerons les limites. Mais auparavant, il importe de situer cette pratique dans le contexte historique et sociétal qui lui a donné naissance.

Au cours des dernières décennies, l'évolution de la société québécoise et des pratiques thérapeutiques a donné lieu à de nombreuses analyses (Séigny, 1977). Sur le plan socio-politique, les auteurs conviennent qu'à la période de "désenchantement et de la fin des illusions" (1945-1960) a succédé une période de grand refus (1960-1972). Cette évolution a évidemment eu des effets sur la pratique d'intervention psychosociale, incluant la psychiatrie, qui a subi les foudres de diverses critiques. Il lui a été reproché, tour à tour et pêle-mêle, de masquer les phénomènes politiques, institutionnels et les questions

de pouvoir et de la lutte des classes; d'oublier le corps; de ne pas favoriser la catharsis; ou encore de ne pas reconnaître suffisamment l'importance de l'inconscient ou du langage (v.g. Lacan), etc. Après cette période de contestation, a suivi un éclatement des perspectives d'intervention. À partir de 1973, c'est la période de crise, non seulement économique, mais aussi des valeurs, des croyances et des théories. Comme l'a souligné E. Enriques, "la crise ne permet qu'un seul discours, celui du sauvetage de la communauté" (1977). Il n'est donc pas surprenant de constater que la psychiatrie communautaire québécoise a pris son essor au cours de cette période, en même temps que se développaient de façon parallèle les thérapies nouvelles (bioénergie, gestalt, etc.) et certaines approches alternatives, dont l'intervention en réseau.

En dépit du progrès indéniable que la psychiatrie communautaire représente par rapport à la situation asilaire antérieure (surtout pour l'accessibilité et la continuité des soins), elle n'en est pas moins confrontée à de sérieuses limites. Nous songeons en particulier à la psychiatrisation excessive des problèmes vécus par les personnes socio-économiquement défavorisées, au manque de développement d'approches adaptées à ces groupes sociaux (Blanchet, 1978); aux dangers du professionnalisme dans les services qui conduit, selon McKnight (1977), à un secours abrutissant; ou aux conflits interdisciplinaires dans les équipes d'intervention (Lavigueur, Haccoun et Sheitoyan, 1981). La psychiatrie communautaire connaît donc à l'heure actuelle sa part d'impasses. Elle semble être davantage un discours qu'une pratique, car il y a présentement une diminution significative des projets communautaires dans le champ médico-social. Ce recul semble lié à un désenchantement envers le mouvement commu-

* L'équipe d'intervention en réseau comprend Luc Blanchet, psychiatre; Renée Dauphinais, travailleuse sociale; Henri Lavigueur, psychologue; Robert Mayer, sociologue; Danielle Desmarais, anthropologue; Linda Roy, travailleuse sociale; Jacques Kasma, producteur des documents audio-visuels et Diane Cossette, secrétaire. La recherche en cours à l'unité de recherche psychosociale, Centre de psychiatrie communautaire du Centre hospitalier Douglas, est subventionnée en majeure partie par Santé et Bien-être social Canada.

nautaire qui a été trop idéologique, technocratique, et insuffisamment présent à l'affectivité et à l'aliénation vécues dans le milieu.

De notre point de vue d'intervenants en réseau, le manque d'insertion communautaire constitue une des lacunes de la psychiatrie communautaire. Par insertion communautaire, nous n'entendons pas uniquement la présence des équipes de secteur dans des cliniques satellites implantées dans le milieu, ni le nombre de visites à domicile effectuées ou de contacts établis avec les diverses ressources institutionnelles du milieu (ce sont là des acquis à maintenir ou des orientations à développer dans certains milieux). Nous nous référons surtout au développement de ressources alternatives à l'appareil psychiatrique, c'est-à-dire à la mise en place de structures de soutien affectif capables de se mobiliser autour des personnes en crise. À cet égard, l'apport de la psychiatrie communautaire nous semble tout à fait minimal dans le processus de prise en charge collective de la santé mentale. Le rôle des professionnels des équipes de secteur a surtout consisté, jusqu'à maintenant, à mettre en place des formes de prise en charge de type institutionnel : interventions surtout individuelles, parfois familiales ou de groupe, qui mènent à la création de réseaux de soutien secondaires plutôt qu'à la mobilisation des réseaux primaires. Ce rôle s'inscrit d'ailleurs parfaitement dans la logique des institutions, dont une des fonctions consiste à maintenir à tout prix ses propres structures.

LA NOTION DE RÉSEAU EN PSYCHIATRIE

Ces dernières observations nous amènent à expliciter notre conception des réseaux primaires et secondaires. Nous définissons le réseau primaire comme une entité micro-sociologique, constituée d'un ensemble d'individus qui communiquent 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 la vie quotidienne (parents, amis, voisins, compagnons de travail ou d'école). Par opposition, un réseau secondaire est constitué par l'ensemble des personnes réunies autour d'une même fonction, dans un cadre institutionnalisé (un syndicat, une équipe de secteur). Con-

crètement, une communauté est formée d'un certain nombre d'institutions telles l'école, l'église, etc., et d'un grand nombre de réseaux primaires et secondaires inter-reliés.

Plusieurs études sociologiques ont permis d'opérationnaliser le concept de réseau en psychiatrie sociale. Une récente étude (Mueller, 1979) établit, au moyen d'une revue de la littérature, l'existence de liens entre les facteurs environnementaux, soient le statut socio-économique de la classe ouvrière, l'isolement social, l'urbanisation, la mobilité sociale, etc., et l'apparition de problèmes psychiatriques. Sans que puisse être déterminée l'importance relative de chaque facteur, l'absence de rapports sociaux adéquats et l'apparition d'une brisure dans le réseau de soutien d'une personne ont une influence sur l'émergence et l'évolution des problèmes psychiatriques.

Aux États-Unis, dans les années 60, se sont élaborées les premières pratiques de réseaux appliquées à la prise en charge des problèmes psychiatriques. Depuis Hansell (1976), qui a réuni le réseau pour favoriser la mobilisation et l'intégration des ressources communautaires, jusqu'à Speck, Attneave et Rueveni (1977), qui l'utilisent comme agent de changement de la structure familiale dans les moments de crise, les pratiques de réseaux se sont développées en se diversifiant. Au Québec, ces dernières années, quelques pratiques de réseaux ont émergé, dont au Douglas, et dans d'autres champs d'intervention que la psychiatrie communautaire. Par exemple, l'équipe de Claude Brodeur (1980) travaille dans les Centres locaux de services communautaires; Ellen Corin (1980), travaille avec les réseaux de personnes âgées, et Maurice Moreau (1979) a élaboré un modèle d'intervention éco-systémique à partir de la clientèle des agences sociales.

Au Centre de psychiatrie communautaire, nous avons formulé un modèle d'intervention en réseau qui est une approche bio-psycho-sociale des problèmes vécus par les personnes qui nous sont référées. L'articulation des dimensions biologique, psychologique et socio-politique dans le processus de prise en charge constitue une caractéristique fondamentale de notre pratique, et son trait distinctif par rapport aux autres modèles d'intervention en réseau (Sterlin, 1976).¹

NOTRE PRATIQUE DE RÉSEAU

Dans notre pratique, nous accordons beaucoup d'importance à la phase initiale d'évaluation, qui comporte généralement trois rencontres avec le patient, le plus souvent à domicile, et parfois en présence de quelques membres de son réseau primaire. Lors de cette évaluation, nous mettons l'accent sur les activités quotidiennes, les contacts sociaux et la connaissance des structures de soutien affectif du patient.

En général, la négociation d'un plan d'intervention survient lors de la dernière rencontre d'évaluation. Elle donne lieu, contrairement au modèle médical, à un échange de type égalitaire entre les trois instances impliquées (le patient, quelques membres de son réseau primaire lorsque présents, et l'équipe d'intervention; Desmarais, Blanchet et Mayer, à paraître). Si le patient accepte notre proposition de réunir le réseau, il prend la responsabilité d'organiser la première rencontre. Si nécessaire, quelques séances supplémentaires de planification de cette rencontre auront alors lieu, en vue de soutenir ce dernier dans son effort de mobilisation du réseau. Ainsi, dans une rencontre de réseau, se retrouveront de cinq à vingt personnes constituant le réseau primaire du patient (famille, amis, voisins, etc.). Dans certaines situations s'ajouteront des membres du réseau secondaire (des agents de bien-être, des prêtres, des travailleurs sociaux de la Cour, etc.). Un patient ayant un réseau primaire très limité, ou un réseau perçu par lui ou par l'équipe comme destructeur, sera alors invité à faire participer d'autres membres de la communauté (des représentants de clubs locaux de l'Âge d'Or, ou de groupes de femmes). Ces derniers seront invités par les membres de l'équipe ou le patient.

Quant à la forme et au contenu des rencontres de réseau, nous ne suivons pas un processus fixe et prédéterminé. Nos stratégies d'intervention s'élaborent en équipe et dans les réseaux, à partir des problèmes présentés et des situations dans lesquelles nous intervenons. Dans certains cas, l'équipe d'intervention, en accord avec le patient et son réseau, structurera la rencontre en présentant un thème de nature psychologique, sociopolitique ou idéologique lié au problème du patient. Souvent, des affects émergent au cours de

ces rencontres, mais ils ne sont pas nécessairement recherchés ou survalorisés. Dans d'autres cas, la mobilisation se fera autour d'une tâche concrète si elle apparaît comme l'élément de solution (la recherche d'un logement, le placement d'un enfant par exemple). Enfin, la réunion du réseau permettra parfois de mieux définir le problème présenté.

Dans chaque plan d'intervention, les rencontres de réseau ont une importance relative. Ainsi, dans la moitié des cas, elles constituent l'intervention principale. Dans l'autre moitié, elles précèdent, suivent ou se conjuguent à des séances de thérapie individuelle, familiale ou de couple. En comparaison avec les approches psychothérapeutiques, notre pratique de réseau insiste généralement moins sur les aspects psychologiques et davantage sur les aspects interactionnels et sociaux. De plus, nous investissons probablement plus de temps et d'énergie dans la phase initiale de l'intervention. Cependant, notre investissement à long terme est probablement moindre.

Soulignons une dernière caractéristique de notre pratique. Il arrive souvent, après deux ou trois rencontres, que s'améliore de façon importante l'état du patient et que ce dernier choisisse, en accord avec son réseau, de terminer les rencontres. Comment expliquer cette rapide amélioration? Dès le début des rencontres, il y a souvent une diminution marquée de l'isolement social, la mise en place d'une structure de soutien affectif, et des solutions apportées à des problèmes concrets. Ces facteurs, conjugués à la pression exercée par les membres du réseau sur le patient pour qu'un changement survienne, pourraient rendre compte, au moins provisoirement, de ces faits.²

ASPECTS ALTERNATIFS DE NOTRE PRATIQUE

Notre pratique recèle plusieurs aspects alternatifs. Nous décrirons les cinq principaux.

a) Les membres de l'équipe

Les intervenants cliniques habituels (psychiatres, psychologues, infirmières, travailleurs sociaux et ergothérapeutes), malgré leur volonté de remise en question, ont acquis des attitudes réflexes

parfois difficiles à reconnaître et à changer. Pour cette raison, la présence d'une anthropologue et d'un sociologue dans notre équipe a été essentielle. Leur formation en recherche et leurs points de vue moins psychologiques et médicaux nous ont obligés à remettre en question nos attitudes, et nous ont aidés à sortir des ornières de l'étiquetage diagnostique, pour en arriver à utiliser dans l'intervention les facteurs sociaux, idéologiques et politiques liés aux problèmes.

b) Réunification des aspects biologiques, psychologiques et sociaux

Habituellement, dans la présentation d'un problème en milieu psychiatrique, ces trois aspects sont dissociés. Pourquoi? À cause de divers facteurs liés à l'idéologie dominante, à savoir la responsabilité individuelle dans les problèmes de santé, la montée du professionnalisme, la spécialisation des tâches, etc. Dans notre pratique, nous essayons au contraire d'unifier ces trois aspects dans l'analyse des problèmes présentés afin d'en avoir une vue globale. En ce sens, la réunion du réseau primaire, en réponse à une demande de services, s'oppose à l'idéologie médicale.

c) Démystification du pouvoir professionnel

L'idéologie médicale véhicule aussi la croyance que le spécialiste est le seul habilité à diagnostiquer un problème et à le "traiter", le plus souvent d'ailleurs, sur une base individuelle. En conformité avec cette idéologie, le patient se perçoit comme l'unique responsable de ses problèmes et s'attend à un traitement individualisé et médico-psychologique (si l'un d'entre eux ne se croit pas l'unique responsable, tout au plus, pensera-t-il à sa famille comme autre cause de ses difficultés!). Dans cette perspective, le réseau primaire est perçu comme nuisible au traitement des professionnels et non pas comme un partenaire ayant une pertinence et une compétence propres.

Dans notre demande de réunir le réseau pour participer à la discussion des problèmes présentés, nous expliquons au patient notre manque de connaissances des paramètres de sa vie quotidienne et de là, la nécessaire présence des personnes liées à sa quotidienneté pour élaborer des solutions appropriées. Nous favorisons ainsi une parti-

cipation égalitaire entre les trois instances impliquées dans l'intervention, le patient, son réseau et l'équipe. Cette façon de procéder entraîne, croyons-nous, une certaine démystification du savoir des professionnels de la santé et du pouvoir qui s'y rattache. D'ailleurs, la réunion du réseau autour du patient constitue en elle-même une situation subversive car elle met en commun des perceptions diverses et souvent contradictoires d'un même problème, en plus de favoriser une remise en question des rapports de pouvoir (et de savoir) entre les différentes instances impliquées.

d) Rôle et place des secrets

Dans l'organisation sociale actuelle, il y a une division très nette entre la vie privée et la vie publique de l'individu. Cela a pour conséquence que les événements de la vie privée deviennent des secrets, mais des secrets qui sont des manifestations de la vie politique dans ses aspects les plus subversifs, selon Reich (1968). Ces secrets, en plus d'être le reflet de l'aliénation de l'individu, maintiennent l'homéostasie dans les familles ou les réseaux au détriment de l'individu. Dans cette optique, concevoir les problèmes de santé mentale comme faisant uniquement partie de la vie privée contribue au maintien de l'aliénation.

La réunion du réseau aura au contraire pour effet de révéler la présence de systèmes de communication fermés et d'en provoquer l'éclatement, rendant alors public ce qui était jusque-là tenu secret. Cette divulgation des secrets favorisera le partage de conditions communes d'existence, donnera parfois un sens à la souffrance des patients et exercera une fonction désaliénante à l'intérieur des familles et des réseaux. Expliquons davantage ce dernier point.

La famille, contrairement à ce que l'idéologie dominante veut bien nous faire croire, n'est pas le seul cadre où s'expriment des relations intimes et affectives, ni le lieu exclusif du bonheur. Au contraire, dans les situations où nous sommes appelés à intervenir, la famille joue la plupart du temps un rôle opprimant auprès des patients, qui se trouvent limités par des rôles appris et restrictifs. Il y règne, en général, une fausse harmonie ou une atmosphère conflictuelle, au point que les règles de la communication s'en trouvent

perturbées. Dans ce contexte de consensus apparent, ou de division ouverte, l'addition, dans les rencontres de réseau, d'éléments extérieurs à la famille permet de rompre cet équilibre précaire, et ouvre de nouvelles perspectives de communication et d'entraide. La présence d'amis, de voisins ou de compagnons de travail survient souvent comme une bouffée d'air frais dans une atmosphère étouffante. De plus, elle permet l'accessibilité à d'autres facteurs étiologiques du problème présenté, qui ne sont pas uniquement intra-familiaux (les conditions de travail, les rapports sociaux, etc.).

e) Structures de soutien affectif

En rapport avec la critique que nous faisons de la psychiatrie communautaire, l'aspect alternatif le plus important de notre pratique est la mise en place de structures de soutien affectif qui permettent aux membres du réseau de se mobiliser autour des personnes en crise, et qui peuvent dépsychiatriser à long terme les problèmes. Notre travail consiste en effet à mener les patients vers un meilleur équilibre grâce au soutien concret et affectif qu'ils reçoivent dans leur réseau. Par ailleurs, nous considérons l'intervention réussie à la condition que le réseau développe la capacité de résoudre par lui-même les difficultés présentes et futures.

LIMITES DE L'INTERVENTION EN RÉSEAU

Nous ne voulons pas, suite à cette description, donner l'impression que nous concevons l'intervention en réseau comme une panacée ou comme une pratique miracle. Tel n'est pas le cas. Au contraire, la négociation de ses conditions d'application, les difficultés rencontrées par les patients dans la mobilisation de leur réseau et les aspects alternatifs évoqués, en font définitivement une pratique délicate et difficile, qui va à contre-courant. Voyons maintenant en détail quelques-unes des limites de cette pratique.

a) Nécessité d'une collaboration entre les instances impliquées

Notre approche nécessite le développement d'une collaboration complète entre le patient, son

réseau et l'équipe d'intervention mais cette collaboration ne va pas évidemment de soi. Les trois instances impliquées doivent en effet transgresser certains tabous liés à la culture dominante, particulièrement lorsqu'il faut étaler ses problèmes personnels et en discuter publiquement. La divulgation de secrets dans le réseau reste une question épineuse et difficile à traiter. La peur de se révéler, chez tous les participants, peut maintenir le réseau loin d'une définition cohérente du problème, et garder le patient dans son rôle de "malade". Le réseau peut ainsi maintenir et renforcer les positions de l'idéologie dominante. Pour cette raison, l'équipe doit être consciente de ses propres contradictions et résistances. L'ouverture d'esprit, la collaboration et le sens de l'innovation des membres de l'équipe sont des atouts nécessaires à la diminution des résistances.³

b) Rôle du bouc-émissaire

Le rôle du bouc-émissaire que peut jouer le patient dans un réseau hostile et culpabilisant est un autre problème auquel nous sommes confrontés. Un choix judicieux des membres du réseau et un leadership plus fort des membres de l'équipe sont des mesures qui réduiront, jusqu'à un certain point, ce phénomène. Mais, en même temps, l'équipe doit respecter tous les membres du réseau, quelles que soient leurs attitudes envers le patient, ou leur système de croyance. Il ne faut pas en effet sous-estimer, dans l'intervention en réseau comme en thérapie familiale, les capacités de sabotage de chacun des membres présents.

c) Origine des changements observés

Il est évident que les changements rapides observés chez les patients, après quelques interventions en réseau, ne résultent pas, sauf exception, de modifications des conflits intra-psychiques ou des conditions sociales. Ces changements résultent vraisemblablement de la pression énorme exercée par le réseau sur le patient pour le ramener à son état antérieur ou pour rendre ses comportements conformes aux normes sociales. Le réseau émet en effet des messages explicites et implicites à l'endroit du patient qui sont souvent moralisateurs et très normatifs sur le plan culturel. Mais le

patient ne peut les ignorer de même que l'équipe d'intervention. Dans ces circonstances, l'équipe peut seulement questionner le bien-fondé de tels messages adressés au patient, prendre une distance par rapport à ces messages (même si l'alliance "thérapeutique" paraît menacée) et laisser le processus interactionnel se développer, sans intervenir au plan idéologique.⁴

d) Réseau inexistant

Enfin, la limite la plus évidente, est que l'intervention en réseau s'adresse plus facilement aux personnes déjà intégrées dans un réseau. Les personnes isolées représentent une difficulté additionnelle. Il faut faire appel dans leur cas au réseau secondaire du quartier et construire progressivement, grâce à l'amélioration qualitative des contacts entre les membres du réseau secondaire, une structure de soutien affectif qui s'apparente au réseau primaire.

CONCLUSION

Depuis quelques années, il y a eu en Amérique du Nord un essor des approches alternatives telles l'intervention en réseau. Ce n'est sans doute pas dû au hasard. Les gouvernements, les chercheurs et les intervenants s'inquiètent en effet de la disparition des structures ou réseaux traditionnels, suite à l'industrialisation et à l'urbanisation. Au moment même où les mouvements d'animation sociale et d'organisation communautaire paraissent en régression au Québec, l'État, compte tenu de la crise économique et de l'augmentation croissante des coûts des services institutionnels (Renaud, 1980), fait de plus en plus appel à la communauté pour qu'elle mette en place divers mécanismes de prise en charge des problèmes sociaux.

L'intervention en réseau, malgré sa volonté de rupture par rapport au discours dominant, se présente alors comme une pratique pouvant suppléer au manque d'infra-structures sociales et d'organisation communautaire, tout en permettant à l'État d'économiser sur le coût des services (moins d'hospitalisations, moins de demandes de services). Ne serait-elle pas alors comparable aux anciennes formes de solidarité sociale qui ont

longtemps prévalu dans les petites communautés au Québec? La mobilisation des réseaux ne favoriserait-elle pas, dans les faits, un retour à l'idéologie traditionnelle de l'entraide?

Quoi qu'il en soit, les nombreuses études sur les réseaux, de même que notre propre pratique, nous amènent à conclure qu'il est malgré tout trop tôt pour sonner le glas de la "solidarité communautaire". Car en dépit des changements sociaux et économiques en cours, la majorité des individus sont encore insérés dans des réseaux plus ou moins étroits de parents, d'amis, de voisins, de compagnons de travail. Et malgré leurs limites, ces réseaux peuvent leur venir en aide, tant dans les circonstances ordinaires de la vie qu'en périodes de crise, se substituant ainsi au processus habituel de la psychiatrisation.

NOTES

1. Ayant travaillé à quelques reprises avec le groupe de Speck et Rueveni, nous avons été influencés par leur pratique. Cependant, nous sommes devenus critiques à leur égard (Desmarais et Mayer 1980) et nous nous distinguons d'eux sous plusieurs aspects.

Ainsi, comme pour Speck et Rueveni, le réseau primaire constitue la pierre angulaire de notre intervention communautaire. Cependant, chez ces derniers, le réseau primaire est réuni autour d'une unité familiale alors qu'il est réuni autour d'une personne dans notre modèle. Aussi, Speck et Rueveni utilisent l'intervention en réseau comme un outil exceptionnel et à court terme, dans des situations de crise et d'impasse, alors que nous tentons d'intervenir en réseau en réponse à toutes les demandes de services que nous recevons, quelle que soit la nature des problèmes présentés. Nous travaillons aussi avec des réseaux plus petits, ou encore avec une partie seulement du réseau primaire, pour des périodes de temps variables. De plus, contrairement à Speck et Rueveni, le processus de l'intervention (en six phases) et les techniques utilisées ne suivent pas des règles définies et précises. Enfin, notre intervention, tout en incluant les composantes affectives, vise à intégrer également les composantes biologiques, culturelles, économiques, sociales et politiques. En d'autres termes, notre analyse des problèmes n'est pas seulement psychologique, mais aussi idéologique.

2. Des résultats plus détaillés seront publiés à la fin de notre expérimentation.
3. À ce sujet, deux difficultés sont rencontrées. Premièrement, dans la réunion du réseau secondaire, les professionnels occupant des postes élevés dans la hiérarchie institutionnelle sont souvent ceux qui ont le plus de résistances lors des réunions. Ils acceptent difficilement le processus décisionnel que nous préconisons.

Deuxièmement, lorsque le comportement du patient ou d'autres membres du réseau est inapproprié ou

destructeur, il devient parfois nécessaire d'intervenir de façon autoritaire, ce qui entre en contradiction avec l'esprit démocratique préconisé dans les réunions.

4. L'équipe est alors prise entre sa compréhension des rapports entre la santé mentale et les normes socio-culturelles et la nécessité de tenir compte de ces messages, pour ne pas connaître un échec dans son intervention. Par exemple, la pression exercée par un réseau pour que la répartition des rôles dans la vie d'un couple soit conforme à l'idéologie dominante place l'équipe dans une situation difficile, vu son idéologie alternative.

RÉFÉRENCES

- BLANCHET, L., 1978, La santé mentale à Pointe St-Charles : vers une prise en charge collective, *Santé mentale au Québec*, vol. III, n° 1.
- BRODEUR, C., 1980, Découverte d'un champ d'intervention et d'une pratique nouvelle, *Service Social*, vol. 29, n° 3.
- CORIN, E., 1980, La dynamique des réseaux sociaux des personnes âgées : point de départ pour une autre pratique, *Service Social*, vol. 29, n° 3.
- DESMARAIS, D., BLANCHET, L. et R. MAYER, 1981, Un modèle d'intervention en réseau au Québec, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, Paris-Bruxelles, à paraître.
- DESMARAIS, D. et R. MAYER, 1980, L'intervention auprès du réseau (illustration et commentaire), *Santé mentale au Québec*, vol. V, n° 1, juin.
- DESMARAIS, D. et al., 1980, Un modèle bio-psycho-social d'intervention de réseaux, *Service Social*, vol. 29, n° 3, juillet-décembre.
- ENRIQUES, E., 1977, Interrogation ou paranoïa : enjeu de l'intervention psychosociologique, *Sociologie et Sociétés*, vol. 9, n° 2, octobre p. 79-105.
- HANSELL, N., 1967, Patient Predicament and Clinical Service as Systems, *Archives of General Psychiatry*, 14, p. 204-210.
- HANSELL, N., 1976, Reception Service in Emergency Contexts : Facilitating Adaptational Work, in H. Parad, H.L. Resnick, et L. Parad (Eds.), *A Mental Health Source-Books*, Springfield, Ill. : Charles C. Thomas Co.
- LAVIGUEUR, H., HACCOUN, D.M. et L. SHEITOYAN, 1981, La co-existence interprofessionnelle au sein d'un hôpital psychiatrique, *Santé mentale au Québec*, vol. VI, n° 1, juin.
- McKNIGHT, J., 1977, Le professionnalisme dans les services : un secours abrutissant, *Sociologie et Sociétés*, vol. 9, n° 1, p. 7-20.
- MAYER, R. et D. DESMARAIS, 1980, Réflexion sur la recherche-action : l'expérience de l'équipe d'intervention de réseau de l'hôpital Douglas à Montréal, *Service Social*, vol. 29, n° 3, juillet-décembre.
- MOREAU, M., 1979, Structural Approach to Social Work Practice, *Revue canadienne d'éducation en service social*, 5, (1), p. 78-95.
- MUELLER, D.P., *Social Networks : A Promising Direction for Research on the Relationships of the Social Environment to Psychiatric Disorder*, texte miméo, département de psychiatrie, Université de Pittsburg.
- REICH, W., 1968, *La révolution sexuelle*, Paris, Plon.
- RENAUD, M., 1980, Les réformes québécoises de la Santé ou les aventures d'un État narcissique, in *Médecine et Société : les années 80*, Ed. coopératives Albert St-Martin.
- SEVIGNY, R., 1977, Intervention psychosociologique : réflexion critique, *Sociologie et Sociétés*, vol. 9, n° 2, octobre, p. 7-34.
- SPECK, R.V. et C.L. ATTNEAVE, 1973, *Family Networks*, Vintage Books, New York.
- SPECK, R.V. et U. RUEVENI, 1977, *Treating the Family in Time of Crisis*, in Jules Masserman (Ed.), *Current Psychiatric Therapies*, 17.
- STERLIN, C., 1976, Bases théoriques de la psychiatrie communautaire, *L'Évolution psychiatrique*, n° 1.

SUMMARY

After a brief critical analysis of some of the limitations of community psychiatry, the authors give an historical review of the social psychiatric network and its characteristics. They then describe their manner of applying the network concept, an approach whose originality consists in asking the patient to reunite his primary network (family, friends, neighbours, etc.) in order to identify the problems and to determine how (the network) can help. They develop a different approach from that of community psychiatry, by emphasizing the role of primary networks as emotional support structures and as a non-psychiatric solution. However, the network intervention is not presented as a cure-all and the authors conclude by describing the limitations of their approach.