

La contribution de l'intervention de réseau à la prévention

Lia Sanicola

Volume 9, numéro 2, automne 1996

Résurgence du social en prévention

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/301366ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/301366ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Résumé de l'article

L'auteure traite des pratiques sociales utilisant les réseaux sociaux à la lumière du contexte italien. Elle aborde ce sujet par une réflexion sur la philosophie de l'action qui soutient cette pratique de travail social pour ensuite exposer les méthodes d'intervention que l'on retrouve sous cette large appellation d'intervention de réseau. L'article relève finalement le lien entre les deux approches tout en faisant ressortir le risque de la visée utopique que peut receler une approche trop vaste du concept de prévention.

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université du Québec

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Sanicola, L. (1996). La contribution de l'intervention de réseau à la prévention. *Nouvelles pratiques sociales*, 9(2), 49-64. <https://doi.org/10.7202/301366ar>



La contribution de l'intervention de réseau à la prévention

Lia SANICOLA
Professeure en travail social
Universita degli studi di Parma, Italie

L'auteure traite des pratiques sociales utilisant les réseaux sociaux à la lumière du contexte italien. Elle aborde ce sujet par une réflexion sur la philosophie de l'action qui soutient cette pratique de travail social pour ensuite exposer les méthodes d'intervention que l'on retrouve sous cette large appellation d'intervention de réseau. L'article relève finalement le lien entre les deux approches tout en faisant ressortir le risque de la visée utopique que peut receler une approche trop vaste du concept de prévention.

En Italie, l'orientation du travail social vers la prévention a été marquée par deux dispositions législatives. La première, datée de 1987, définit le profil professionnel de l'assistante sociale et précise ses tâches de la façon suivante : «[...] prévenir et résoudre les situations de besoins concernant la personne, le groupe, la communauté [...]». La deuxième disposition (de 1993) va plus loin que la première : elle vise à l'organisation de l'ordre professionnel et précise que l'assistante sociale doit «[...] prévenir, soutenir, réparer [...]». Une brève analyse de ces prescriptions démontre que le maintien de l'implication du travail social dans la prévention est officialisée. On peut constater en effet que, cinq ans plus tard, la notion de prévention est maintenue dans les textes législatifs en même temps que s'y ajoutent les concepts de réparation et de soutien.

La prévention est depuis longtemps une notion centrale en travail social. Elle comporte toutefois une part d'imprécision au regard de sa définition, des aspects méthodologiques et de l'évaluation de ses résultats.

Le présent article représente une contribution à la réflexion sur la prévention, en exposant deux aspects qui, dans le contexte italien, semblent particulièrement intéressants. Le premier aspect concerne le rôle que peut jouer l'intervention de réseau dans la prévention. Cet aspect sera introduit par une réflexion sur la philosophie de l'action sous-jacente à cette pratique de travail social. Il sera par la suite question des méthodes d'intervention que recouvre cette large appellation qu'est l'intervention de réseau et de leurs liens par rapport à la prévention. Le deuxième aspect concerne «la dimension d'utopie» qui guette la prévention dans le débat et la praxis, du moins dans le contexte italien.

L'INTERVENTION DE RÉSEAU ET LA PRÉVENTION

Le contexte social inhérent aux sociétés où l'on retrouve l'État-providence ou le *welfare system* révèle des effets pervers, étudiés aujourd'hui plus que jamais. La réflexion de travailleurs sociaux italiens les a amenés à examiner de plus près la pertinence de nouveaux modes d'intervention dont celui de l'intervention de réseau d'abord introduit chez nous par le modèle d'action élaboré et formalisé par Brodeur et Rousseau (1984).

Les fondements théoriques offrent de l'intérêt bien que les contextes sociaux et communautaires, ainsi que le cadre d'exercice professionnel en travail social ne soient, à certains égards, pas les mêmes au Québec et en Italie. En effet, d'un point de vue «réseaux», l'Italie présente des caractéristiques différentes de celles du Québec surtout sous trois aspects :

- une persistance de la solidarité primaire avec une permanence significative du «noeud» familial ;
- l'émergence du phénomène de la solidarité secondaire qui se manifeste à travers la diffusion des associations et des coopératives ;
- un système très étendu de services sectoriels, qui confère un caractère institutionnel au modèle de *welfare* de notre pays.

En ce qui concerne la prévention, les dernières années ont mis à rude épreuve plusieurs paradigmes : autant les paradigmes linéaires qui amenaient les intervenants à concevoir la prévention selon une perspective de cause à effet que les paradigmes circulaires qui les portaient à adopter une approche systémique de la prévention. Les besoins se modifient, se multiplient, se transforment et ils continuent à être des sujets de préoccupations angoissants pour les intervenants soucieux du bien-être

des citoyens. La question qui se pose est celle de savoir si l'impasse dans laquelle se trouve la prévention ne dépendrait pas tout simplement du paradigme de départ qui, de façon générale, s'inscrit dans une pensée de «résolution», puisque la prévention est définie en termes de «problème».

D'une manière générale, nous nous trouvons devant des besoins qui se manifestent sous forme de difficultés que nous avons tendance à considérer comme des déficits personnels envisagés en tant que problèmes à résoudre. Il semble donc nécessaire de redéfinir la santé, non pas à partir des symptômes et des comportements qui se manifestent tant sur le plan physique, mental que social, mais à partir d'une vision de la santé comme une expérience globale, qui est tout autant «mienne» que «tienne» puisqu'elle est commune (Boegli, 1992). Une relecture de la santé et de la prévention peut ainsi être effectuée à travers le prisme des réseaux sociaux selon un paradigme de relationnalité. Dans cette perspective, l'intervention de réseau renferme dans sa philosophie d'action le fondement d'un renversement de la perspective avec laquelle on cherche habituellement à répondre au besoin (Sanicola, 1993) et permet de dépasser la résolution de problème pour s'arrimer à une certaine perspective préventive.

La philosophie de l'action

Toutes les pratiques de travail social qui se définissent comme «travail de réseau» n'ont pas nécessairement les mêmes fondements. Toutefois, la plupart d'entre elles sont centrées sur la résolution des problèmes. Nous nous situons plutôt dans la perspective d'un projet d'action sociale qui développe une stratégie axée sur le changement dans la qualité des rapports sociaux, à partir de la contingence d'une demande. Ce changement touche la consistance et l'intensité du lien social, à un tel point qu'il crée une dynamique sociale différente.

L'intervention de réseau suppose, en effet, un projet d'action sociale dans lequel l'esprit de solidarité prend le dessus ou, à tout le moins, conditionne les parcours du droit et du marché, sans être annulé ou compromis par un appareil institutionnel qui en affecterait la nature. Il ne s'agit pas d'une simple technique, mais d'une stratégie d'action qui dépasse la logique de l'intervention de l'État, où les prestations de services sont activées sur la base d'un droit. Cette stratégie dépasse aussi la logique du marché qui offre des biens et services contre paiement. L'intervenant de réseau n'est pas considéré comme quelqu'un qui doit agir «à la place de», ni comme un «thérapeute» ou un «militant», mais plutôt comme un soutien à une réflexion sur les problèmes collectifs et un stimulant d'un mouvement de transformation dans le réseau.

Selon la perspective adoptée au départ, on considère les personnes comme étant en relation à l'intérieur d'un réseau. Voici diverses hypothèses sur lesquelles on s'oriente :

1. Chaque personne est responsable de sa propre vie, en relation avec celle des autres.
2. Le besoin humain, dans sa genèse naturelle, produit à l'intérieur du réseau affiliation et partage.
3. Les membres du réseau possèdent la compétence pour définir leurs besoins personnels et fournir les réponses appropriées aux difficultés naissantes. Lorsque celles-ci ne sont pas prises en charge, elles sont alors la manifestation de rapports contradictoires dans le réseau même.
4. Il est possible d'améliorer le niveau de bien-être de chaque membre, au moyen d'un changement des rapports à l'intérieur du réseau.
5. L'agent fondamental du changement n'est pas tellement l'intervenant mais plutôt la communauté de vie elle-même, que nous appelons «réseau». C'est cette communauté de vie qui demeure la seule compétente pour comprendre ses propres besoins et élaborer un projet pour les partager et, si possible, y répondre.
6. L'action, tout en étant mobilisatrice face à un problème, ne vise pas à le résoudre, mais plutôt à échanger sur le besoin. Elle vise un changement des rapports entre les personnes concernées qui, à cause du problème, se sont retrouvées à dépendre d'une institution souvent médicalisante ou bureaucratique.
7. L'action voit plus loin, car elle suppose la possibilité d'un changement des rapports sociaux à l'intérieur de la société industrielle, dans la mesure où il est possible de rendre la communauté autonome à l'égard de l'appareil institutionnel.
8. L'intervenant doit travailler pour soutenir une réflexion dans le réseau et faire émerger le désir de changement de la part du réseau, en encourageant un mouvement de transformation de l'individuel vers le collectif.

Le modèle d'action

Brodeur et Rousseau (1984) ont observé que, dans la réalité sociale, comme dans les organisations de services, on peut trouver deux mouvements qui se développent selon deux axes : le premier axe concerne le

mouvement qui va de l'individu au collectif ; le deuxième axe concerne le mouvement qui va de la dépendance vers l'autonomie. Ces deux mouvements existent aussi bien dans les réseaux primaires que dans les réseaux secondaires, ils sont dialectiques et peuvent avoir prédominance l'un sur l'autre.

Considérées du point de vue des réseaux primaires, les difficultés des personnes se manifestent toujours à l'intérieur d'un milieu de relations qui configure de façon naturelle une prise en charge collective (Whittaker et Garbarino, 1983). À ce moment-là, les réseaux réabsorbent les difficultés naissantes, grâce au partage du besoin, c'est-à-dire grâce à un mouvement, à l'intérieur du réseau, qui va de l'individuel au collectif. En fait, le besoin humain, en vertu de sa nature même, interpelle les autres et engendre un mouvement de leur part. Ce mouvement implique les membres du réseau primaire sur le plan individuel ou collectif, c'est-à-dire les membres de la famille, amis, voisins et copains de travail, il peut aussi impliquer des aidants naturels, surtout ceux qui sont liés à la sphère de la proximité (Guay, 1995). Cela ne signifie pas nécessairement que le besoin lui-même disparaît, mais simplement que le besoin est pris en charge, que cette prise en charge est redistribuée et que le besoin est en quelque sorte « porté » même s'il n'est pas résolu.

Ce même mouvement produit simultanément un déplacement de l'axe de la dépendance vers l'autonomie : les réseaux délivrent leurs propres membres de la dépendance du besoin et, en même temps, ils n'ont pas l'exigence d'entrer dans le cycle de l'offre et de la demande de services, en gérant de façon « autonome » la situation critique. En fait, les personnes, de la même façon qu'elles ont tendance à s'adresser les unes aux autres lorsqu'elles sont en difficulté, auront tendance à rechercher, non seulement l'autosuffisance, mais aussi l'autonomie personnelle, c'est-à-dire une capacité de prendre en charge ses propres besoins, ensemble, avec les personnes proches, en valorisant les contingences qui sont nécessaires pour renforcer leurs liens (Godbout et Charbonneau, 1996).

Lorsque la nécessité de s'adresser aux services institutionnels persiste, on y a recours de façon sélective, en choisissant parmi les différents services celui qui convient le mieux. C'est la façon dont la plupart des gens affrontent leurs difficultés personnelles. Ils se tournent d'abord vers les réseaux primaires et s'adressent ensuite, de manière ciblée et sélective, aux réseaux secondaires, c'est-à-dire aux organisations de services (Wenger, 1990 ; Corin *et al.*, 1984). Par contre, lorsque les réseaux n'assument pas la prise en charge de leurs membres en difficulté, selon la dynamique naturelle décrite plus haut, on note un processus de déplacement de la demande vers les services organisés, entre les mains desquels

la personne « remet » non seulement son propre besoin, mais aussi ses possibilités de choix.

Ce mouvement du réseau vers les services est soumis à la loi de l'offre et de la demande des services. Par conséquent, la demande acheminée au service se transforme très vite en une demande individuelle, même lorsqu'une situation de besoin pourrait donner naissance à une demande collective, par exemple lorsque la demande est présentée par plus de personnes et lorsque le besoin concerne la famille, la parenté, le voisinage. L'offre de service est en général modelée sur l'intervention individuelle. Même en présence d'une demande collective, les services proposent trop souvent des prestations individuelles. Le dispositif institutionnel, dans la plupart des cas, ne prévoit pas une prise en charge des demandes collectives et les intervenants privilégient les outils cliniques. Cette modalité d'offre des services non seulement cristallise la demande dans la forme individuelle, mais induit également un rapport de dépendance où le client acceptera ce que le service lui offre et non pas ce qu'il juge nécessaire pour lui-même, ce qui entraîne une adaptation graduelle au service offert. Dans ce processus, le client en vient peu à peu à perdre sa capacité de réagir devant le défi que pose son besoin, jusqu'à ce qu'il devienne un client identifié. Le mouvement vers l'individualisation et la dépendance qui se manifeste dans les réseaux primaires est légitimé et renforcé par un mouvement semblable existant dans les réseaux secondaires.

Par ailleurs, sur le modèle des réseaux primaires, d'autres organisations de services offrent des expériences significatives de mouvement vers le collectif : le développement de l'entraide et des actions collectives, les projets intégrés et autres pratiques d'intervention qui favorisent l'émergence du collectif (Godbout et Guay, 1989). Une démarche selon une approche collective y prévaut de même que des visées d'autonomie de la clientèle. Les pratiques québécoises reliées à l'approche-milieu apparaissent fort intéressantes en ce sens (Guay, 1995 ; Chabot *et al.*, 1994). Avec la crise des finances publiques qui exerce des pressions pour réduire la dépendance des clientèles envers les services publics (Donati et Collozzi, 1993), cela a pour effet, en travail social, de ramener l'attention sur ces modes d'intervention encore trop peu exploités.

Dans l'intervention de réseau, l'intervenant se trouve au centre de ce mouvement dialectique qui se manifeste autant dans les réseaux primaires que dans les réseaux secondaires. En travaillant à l'intérieur des réseaux secondaires, il peut explorer et observer les mouvements existants et, en se positionnant au milieu de ceux-ci, favoriser et soutenir les processus de réseaux orientés vers le collectif et l'autonomie. En même temps, il prend

place à l'intérieur des réseaux primaires et établit un rapport de confiance avec les personnes, dans la mesure où il est accueilli et reconnu en tant qu'agent de solidarité. Il développe un ensemble d'actions qui vont de l'observation et de l'écoute de réseaux à la facilitation des processus d'identification et d'appartenance, jusqu'à la prise en charge collective et à la formulation d'un projet de réseau partagé et fondamentalement autonome par rapport aux réseaux secondaires. Brodeur a décrit le processus de réseaux sous forme de phases qui ont été observées également dans notre travail de recherche en Italie.

L'intervention de réseau produit donc deux mouvements synergiques, en réalisant, dans les situations prises en charge, un changement qui peut se résumer ainsi :

- Chaque personne sort de sa situation de solitude et d'isolement, sinon d'abandon.
- La reprise d'une dynamique de « partage » entre les personnes, à travers une redistribution du fardeau que chacun porte.
- La production de sens dans les relations, à travers le rétablissement de dynamiques qui ne sont pas seulement de réciprocité (donner et recevoir), mais aussi de don (donner, recevoir et rendre).
- La circularité entre les réseaux primaires et les réseaux secondaires ne se déroule pas uniquement sur la base d'une demande hétéronome (aliénée) de services mais aussi sur celle d'une demande formulée en autonomie en fonction des nécessités existantes, et non pas seulement en fonction des possibilités de réponse. En d'autres termes, il ne s'agit pas que de services pensés et structurés dans un « ailleurs » par rapport au besoin, mais aussi de services modelés à partir des exigences réelles des personnes.

L'intervention de réseau dans la prévention tertiaire et secondaire

L'intervention de réseau constitue, dans une certaine mesure, une réponse appropriée au défi de la prévention. La prévention est souvent divisée en prévention primaire, secondaire et tertiaire ; nous utiliserons ce découpage pour situer la contribution de l'intervention de réseau tout en reconnaissant qu'il s'agit là de niveaux bien distincts de prévention. Il faut rappeler ici que l'intervention de réseau enclenche un mouvement qui a un impact sur le réseau lui-même à trois niveaux (Sanicola, 1995) :

TABLEAU 1
Les phases de l'intervention de réseaux

Phases	Introduction		Transition		Conscientisation	Action
Périodes	Demande	Euphorie	Résistance	Mobilisation	Construction d'un projet collectif	
Attitudes de l'intervenant	Écoute	Maintient l'écoute.	Propose un projet de collectivisation.	Maintient un projet de collectivisation.	Supporte l'élaboration du projet collectif.	Observe l'actualisation du projet collectif puis se retire.
Cheminement du réseau	Demande individuelle et hétéronome	Exprime son vécu collectif.	Clarifie le rôle de l'intervenant.	Opte pour le collectif.	Construit un projet collectif ; prend conscience de ses rapports internes.	Opérationnalise son projet collectif ; prend conscience de ses rapports avec les institutions.
Objectif de l'intervention	→ vers le collectif		→ vers l'autonomie		→ vers l'action politique	
Temps*	0 à 2 semaines	2 semaines à 3 mois		3 à 4 mois	4 à 12 mois	Au rythme des changements dans les structures.

* À titre indicatif : le temps consacré à chaque phase est approximatif et peut se modifier selon les interventions.
Source : (Brodeur, C. et R. Rousseau, 1984: 87)

1. Au niveau de la *structure* des réseaux, dans ses aspects de taille, densité, intensité, proximité et distance affective, fréquence, etc.
2. Au niveau des *fonctions*, plus précisément dans les échanges réalisés par les membres du réseau, en ce qui concerne leur nature (échanges, informatifs, affectifs et matériels) et leurs effets de soutien (normatif, motivationnel, estimation de soi, état psychologique général);
3. Au niveau des *relations*, c'est-à-dire dans les liens qui, autant dans le bien que dans le mal, réalisent des échanges symboliques, produisent l'affiliation, le sens d'appartenance et ont du sens pour soi-même et pour les autres.

La prévention tertiaire

Dans la prévention tertiaire, on se trouve devant des situations cristallisées ou chronicisées pour lesquelles on ne peut espérer qu'une amélioration marginale. Pensons, en particulier, aux patients psychiatriques, aux handicapés, aux malades mentaux, aux situations graves de marginalisation. Il est difficile ici de parler de prévention.

La particularité de l'intervention de réseau fait que l'on n'agit pas seulement sur chaque personne, mais aussi sur son milieu de vie ou ses réseaux sociaux. Dans ce cas, l'intervenant agit de façon prioritaire à deux niveaux : sur la *structure* des réseaux et sur les *fonctions* réalisées par les réseaux. Cette intervention permettra une redistribution du fardeau et un emploi optimal des ressources des réseaux. En ce qui concerne la *structure*, il peut s'agir d'un travail d'activation des relations existantes, d'un développement de la densité et de l'intensité des échanges, à la faveur de nouvelles proximités. Il pourra s'agir d'une véritable intégration structurale avec la création de nouveaux liens facilitée par l'intervenant, liens avec des personnes et des groupes extérieurs à la structure naturelle des réseaux primaires, mais qui peuvent être ancrés dans le temps à travers un travail sur la signification qui se dégage de l'ensemble de ces rencontres. En ce qui concerne les *fonctions*, il est possible que l'intervenant favorise les réseaux dans le processus d'attribution des tâches de soutien matériel, informatif et affectif, en recherchant et identifiant les ressources résiduelles, les énergies inactives. Il est possible également qu'il soutienne le développement d'initiatives créatrices qui visent de nouvelles manières de répondre, singulières ou partagées, aux besoins naissants.

Un troisième niveau d'intervention existe également : c'est celui où l'intervenant aide les membres du réseau à mettre les échanges au service du lien (Godbout, 1993) et pas seulement au service des problèmes à

résoudre. L'approche centrée sur la dimension structurale et fonctionnaliste des réseaux ne masque pas la valeur symbolique des échanges et, donc, la dimension *relationnelle* du réseau. En effet, les membres d'un réseau portent des fardeaux et acceptent de faire des sacrifices par affection ou par sens du devoir : dans ces deux cas, cet effort est soutenu par un système de valeurs et par l'importance qu'on accorde à l'autre. L'intervenant sera donc attentif aux valeurs qui règlent la vie des réseaux, en soutenant les valeurs positives qui sont à l'origine des liens entre les personnes, de même qu'à la façon dont elles se sont consolidées au cours de leur histoire.

Dans la même mesure où il sera possible de développer l'axe qui, de la condition d'individualisation, dirige vers le collectif, il sera possible de développer l'axe qui, de la dépendance, s'orientera vers l'autonomie, quoique dans les situations de chronicité on puisse difficilement s'attendre à une autonomie totale des réseaux primaires à l'égard des réseaux secondaires. Cependant, les réseaux primaires pourront devenir autonomes en ce qui concerne le poids de la charge affective et informative, alors qu'ils accéderont aux réseaux secondaires pour obtenir des services spécialisés où l'intervention professionnelle sera complémentaire à l'aide naturelle.

En quoi consistera alors la prévention ? Qu'est-ce que l'intervention de réseaux prévient dans les situations de chronicité ? Avant tout, on prévient la « solution finale », comme par exemple le « placement », que l'on réussit à empêcher, dans certains cas, et, dans d'autres, à simplement retarder. En outre, en rétablissant une dynamique positive du milieu de vie des personnes en difficulté, on peut constater un ralentissement des aggravations et même une amélioration des conditions de chacun par le changement du contexte de vie.

La prévention secondaire

Dans la prévention secondaire, lorsqu'il est possible d'imaginer une intervention pour empêcher qu'apparaisse une situation de crise, l'intervention de réseaux affiche un degré élevé de pertinence. Dans les pratiques traditionnelles de travail, l'intervention précoce est reliée à la capacité de l'intervenant de « prévoir » les situations critiques. On peut penser alors à un intervenant, ou à une équipe d'intervenants, qui ont la capacité de prévoir, de pré-sentir, de pré-dire, d'imaginer, de pré-disposer. Il s'agit essentiellement d'intervenir à temps, d'agir « avant » qu'il ne soit trop tard pour être efficaces, pour empêcher que le mal ne soit trop grand pour être réparé. On développe la dimension de la vigilance sur la situation, et, par conséquent, du contrôle. L'axe de la réparation se déplace et se transforme en anticipation. En prévention secondaire, le travail préventif avec

les réseaux agit selon deux axes. Dans le premier, la vigilance et le contrôle se déplacent des intervenants vers les réseaux. Les membres du réseaux vivent, en effet, une permanence dans le temps et une proximité physique et affective qui leur permet de percevoir les symptômes bien avant les intervenants et de collaborer avec eux, si c'est nécessaire, en les interpellant tôt dans le processus de détérioration d'une situation. L'intervention précoce empêche ainsi que des problèmes deviennent disproportionnés et se cristallisent. L'intervenant de réseau, dans ces cas, devra déceler les situations à risque ou dangereuses et travailler avec les réseaux sur trois volets : sensibiliser les réseaux à l'égard des risques et des dangers présents ; faire mûrir leur sens des responsabilités à l'égard de ces risques et dangers ; faire émerger une vigilance collective. Les réseaux de voisinage et de proximité ont une signification particulière en cela qu'ils peuvent faire intervenir leur compétence, qui provient de la stabilité et de la permanence de leur présence dans le milieu des personnes en difficulté.

Le deuxième axe préventif du travail en réseau consiste à favoriser le mouvement vers le collectif non seulement en ce qui concerne la vigilance et le contrôle, mais aussi pour la prise en charge et l'aide. Dans ces cas, l'intervenant favorisera un processus de réseau vers le collectif, en soutenant les réseaux dans le développement d'un projet de prise en charge des difficultés qui sont à l'origine du risque, de façon à ce que le risque lui-même puisse être réduit ou effacé dans le temps. En effet, à l'origine du risque, il y a souvent la situation difficile de un ou plusieurs membres du réseau. C'est le cas des parents négligents ou maltraitants, des enfants avec un ou des parents âgés, des femmes battues. Les personnes les plus faibles deviennent à risque parce que les autres personnes vivent un mal être. L'intervenant de réseau travaille alors sur trois volets à nouveau : sur la structure, sur les fonctions et sur les relations. Au niveau de la *structure*, l'intervenant activera les liens existants (surtout leur densité, leur intensité, leur fréquence et leur proximité) et favorisera leur intégration avec ceux des réseaux de proximité ou d'entraide (Guay, 1995). Au niveau des fonctions, l'intervention agira sur deux plans : d'un côté, sur l'attribution des fonctions de vigilance et de contrôle, de l'autre côté, sur le développement de la fonction de soutien matériel ou affectif pour les personnes en difficulté qui sont à l'origine des situations à risque. Enfin, en ce qui concerne les *relations*, l'intervenant de réseau sera attentif au discours collectif du réseau (Besson, 1995) afin d'en déchiffrer la culture et de comprendre les valeurs sous-jacentes, quel en est le malaise, quelles sont les contradictions qui déstabilisent certains membres du réseau.

Si la signification du réseau réside dans l'intégrité de ses membres, intégrité physique ou affective, au moyen de la prise en charge, l'éducation et l'affection, il faut se demander comment il se fait qu'il y a des

réseaux dans lesquels certains membres courent des risques graves par manque de soins, à cause d'une éducation insuffisante, ou à cause d'une carence sur le plan affectif. Que s'est-il passé dans ces réseaux ou que se passe-t-il? Pour tenter de répondre à cette question, l'intervenant amorcera une réflexion collective qui permettra au réseau de comprendre sa propre histoire et ses propres désirs jusqu'à ce que puissent s'élaborer des propositions partagées favorisant une identification réciproque et dynamique d'appartenance qui renforcent à la fois l'identité personnelle et collective.

L'UTOPIE DE LA PRÉVENTION PRIMAIRE

Le débat et les réflexions portant sur la prévention primaire débouchent parfois sur une véritable utopie. Cela ne veut pas dire que la prévention ne puisse constituer un défi non seulement pour les professionnels, mais également pour les administrateurs et ceux qui font les programmes de la « chose publique ». Elle devient utopie lorsque dans sa définition, dans la manière d'en concevoir les résultats, on laisse entendre, plus ou moins explicitement, que l'action sociale et l'action politique peuvent conduire, éventuellement, à une limitation de l'apparition des besoins, jusqu'à les effacer progressivement.

Cette perspective est utopique, car le besoin ne peut être effacé de l'expérience humaine. Au contraire, le besoin humain, quelle que soit sa nature – sociale, économique, sanitaire, éducative, etc. –, n'est pas un accident de parcours, un inconvénient que l'on retrouve dans une histoire personnelle plutôt que dans une autre, mais représente une caractéristique de la personne humaine en tant que telle. Il n'y a pas une personne qui ne soit porteur de besoin. C'est ce besoin qui définit la façon avec laquelle chacun vit concrètement son existence et la façon avec laquelle il entre en rapport avec la réalité. À partir des exigences les plus élémentaires jusqu'à celles qui sont les plus culturelles, chacun porte inscrit dans son être un fort besoin d'autoréalisation, qui s'exprime selon deux volets inséparables, le manque et le désir. L'utopie consiste, d'un côté, à penser que cette dimension de manque que l'homme porte en soi, manque de pain, de maison, mais aussi d'histoire et de santé, puisse être comblé ou saturé, sans prendre en considération l'autre pôle de l'expérience humaine, celui du désir d'autoréalisation, c'est-à-dire la dimension existentielle et culturelle du besoin (Sanicola, 1989). La prévention primaire est donc utopique si l'on présuppose qu'il y a possibilité d'agir pour empêcher le développement des difficultés au niveau de leur genèse profonde, au point que l'on puisse annihiler le besoin et les difficultés de tous ordres.

Une fois délestée de son caractère utopique, la prévention pose un défi aux politiques sociales et au travail professionnel. D'un côté, on trouve un ensemble complexe de malaises de nature sociale qui sont liés à des causes lointaines, ou à des processus sur lesquels le travail social n'a aucune prise. On pense, par exemple, aux problèmes liés à la récession économique, au phénomène de la pauvreté, aux grands phénomènes migratoires de groupes ethniques entiers d'un pays à un autre ou aux phénomènes qui sont connexes aux grandes transformations culturelles de notre temps, qui déterminent la perte du sens d'appartenance jusqu'à la coupure du lien social. De l'autre côté, on a des difficultés jusqu'à maintenant inimaginables, qui se présentent sur la scène mondiale en jetant effroi et incertitude, comme cela se passe avec le sida. Enfin, se manifestent des besoins qui sont liés aux processus socioculturels sur le plan micro-social, comme il arrive pour les jeunes et les enfants en situation d'abus ou de négligence.

Dans toutes ces situations, on relève des malaises dans lesquels le facteur « milieu » semble le plus fort, non seulement parce que la sensibilité écologique s'est accrue, mais aussi parce que c'est l'écologie humaine elle-même qui a été compromise par des perturbations, à l'échelle mondiale, qui en altèrent l'équilibre naturel. Il ne s'agit donc pas de prévenir des problèmes mais de prêter attention aux transformations sociales, d'essayer d'en prévoir les conséquences et surtout d'en neutraliser les éventuels effets négatifs.

Cette assertion nous ramène au point de départ de notre discussion sur la prévention primaire : défi ou utopie. Il est utopique de penser pouvoir effacer les effets des guerres, éviter la violence, empêcher l'abandon, procurer un « bien-être » diffus, universel, en l'absence d'une définition de ce qui est bien pour l'homme de notre temps, et donc pour la femme et pour l'enfant de notre temps. La divergence des intérêts (des hommes et des femmes, des adultes et des enfants, des travailleurs et des chômeurs, des patrons et des ouvriers, etc.) apparaît tout de suite. Il semble difficile de s'entendre sur un « bien commun » qui puisse éclairer un parcours de politique sociale, sans qu'il ne soit lié seulement au bien-être matériel. Le bien-être social ne peut pas être seulement absence de pauvreté d'autant plus que la pauvreté est de plus en plus une pauvreté relationnelle. En outre, on peut observer que dans notre société se développe la capacité de production des biens matériels, tandis que se réduit progressivement le potentiel de production des biens relationnels, c'est-à-dire de ces biens qui répondent aux besoins de relations, aux instances affectives des personnes.

La clé de voûte de la prévention primaire se situe dans la capacité des personnes et des groupes, de notre société dans son ensemble, de

faire les investissements nécessaires afin que la même capacité de produire des biens matériels se transforme en capacité de développer les biens relationnels, les seuls qui d'ailleurs possèdent un potentiel naturel de multiplication. Sur le plan social, il ne peut exister de prévention primaire sans que se développe le potentiel relationnel de notre société. Un tel potentiel dépend beaucoup de la force et de la qualité du lien social, auquel sont rattachés les processus d'identification et d'appartenance.

On parle des processus socioculturels plus que de parcours professionnels. Toutefois, les parcours professionnels peuvent apporter une contribution à la cause, ils peuvent intensifier ou ralentir ces processus, ils peuvent être synergiques ou parallèles. La contribution professionnelle peut être non seulement un élément d'une mosaïque, mais aussi le moteur d'une dynamique sociale, si elle devient capable de se connecter aux dynamiques sociales de type analogue, qui vont dans la même direction.

L'intervention de réseau, en fonction de la prévention primaire, s'inscrit dans un parcours qui suppose et rend possible la revitalisation du lien social, la redécouverte du sens d'appartenance de la part des membres du réseau, la consolidation des identités collectives, le développement de la capacité de don de la part des membres et des groupes, en particulier des familles. Le parcours relationnel présuppose la solidarité fondée sur le don. Le don est ici entendu non comme un concept qui appartient au monde des sentiments, mais comme un des leviers fondamentaux de la consolidation du lien social.

Le paradigme relationnel à la base de l'intervention de réseau s'arrime au processus préventif qui pousse l'individu de la réponse à ses besoins vers le développement de sa société. Lorsqu'une personne, une famille ou un groupe sont en condition de développer une dimension d'appartenance appropriée pas seulement pour leurs besoins, mais aussi pour leurs propres désirs de signification, ils sont aussi en condition de développer un sens de sa propre identité qui est tel qu'il peut affronter divers problèmes que la vie ou l'histoire peuvent présenter. Lorsque nous pensons aux pauvres, aux personnes en difficulté, frappées par la souffrance, par la maladie, par l'abandon, par la négligence de soi, nous pensons à la présence d'une «ethnie» *sui generis*, non touchée par les mêmes désirs que nous, donc, nous pensons à des parcours et à des solutions que peut-être nous ne choisirions jamais pour nous-mêmes. Il faut, par conséquent, repenser à un «nous», à une société qui comprenne moi et l'autre en difficulté, dans un unique projet de société reposant sur les mêmes catégories éthiques et techniques.

EN GUISE DE CONCLUSION

Dans la prévention primaire, l'intervention de réseau ne se développe pas en fonction de besoins ou de problèmes, mais elle suppose qu'on puisse développer un désir collectif présent dans le réseau, un désir d'appartenance qu'il faut faire émerger, avec des outils techniques, tels que l'observation et l'écoute des réseaux, le questionnement pertinent, le soutien de processus de réseaux, qui, dans la logique de l'écologie humaine, existent naturellement.

L'intervenant, lui-même une personne qui a des désirs, est techniquement capable de mettre en mouvement, à partir de son désir personnel, celui du réseau, parfois caché ou assoupi. Dans ce cas, il se met au service du lien social et, pour cela, il mérite d'être appelé «travailleur social», en tant que promoteur de socialité, un mobilisateur de relations, un catalyseur de rapports nouveaux ou renouvelés.

Bibliographie

- BESSON, C. (1995). «Per intervenire in rete», dans SANICOLA, L. (sous la direction de), *Reti professionali e intervento sociale*, Napoli, Liguori Editori.
- BOEGLI, J.D. (1992). «La prévention», dans *Éducation*, Ed. Labor.
- BRODEUR, C. et R. ROUSSEAU (1984). *L'intervention de réseaux : une pratique nouvelle*, Éd. France-Amérique.
- CHABOT, J., MERCIER, C. et J. GUAY (1994). «L'approche milieu : une approche proactive d'intervention communautaire en milieu rural», *Revue canadienne de santé mentale communautaire*.
- CORIN, E., TREMBLAY, J., SHERIF, T. et L. BERGERON (1984). «Entre les services professionnels et les réseaux sociaux : les stratégies d'existence des personnes âgées», dans *Sociologie et Société*, n° 2.
- DI NICOLA, R. (1988). «La famiglia, i servizi socio-sanitari e le reti relazionali», dans *Immagini delle società italiana*, Roma, ISTAT-AIS.
- DONATI, P. et I. COLLOZZI (1993). *Famiglia e reti informali*, F. Angeli.
- GODBOUT, J. (1993). *Lo spirito del dono*, Torino, Boringhieri-Bollati Editori.
- GODBOUT, J. et J. CHARBONNEAU (1996). *La circulation du don dans la parenté*, Montréal, INRS Urbanisation.
- GODBOUT, J. et J. GUAY (1989). *Le communautaire public : le cas d'un CLSC*, INRS Urbanisation, Études et documents.
- GUAY, J. (1995). «I sistemi informali di aiuto reciproco di vicinato», dans SANICOLA, L. (sous la direction de), *Reti professionali e intervento sociale*, Napoli, Liguori Editori.

- GUAY, J. et D. CHABOT (sous la direction de) (1992). *Le projet Parrainage social et entraide de quartier*, Rapport final, Québec, Centre hospitalier Courchesne, CLSC Haute-Ville.
- SANICOLA, L. (sous la direction de) [1995]. *Reti sociali e intervento professionale*, Napoli, Liguori Editori.
- SANICOLA, L. (sous la direction de) [1993]. *L'intervento di rete*, Napoli, Liguori Editori.
- SANICOLA, L. (1989). «Domande emergentii e bisogno di sighthificato», dans MARTINOLI, G. et al., *Il benessere malato*, Comano, Éd. Alice.
- WENGER, C. (1990). *Support Network of Elderly People: A Guide for Practitioners*, Bangor, Center for Social Policy Research and Development, College of North Wales.
- WHITTAKER, J.K. et J. GARBARINO (1983). *Social Support Networks*, New York, Aldine Publishing Co.