

Nouvelles pratiques sociales



L'implantation d'une pratique de réseau dans un service de psychiatrie infantile

Luc Blanchet, Louise Corbeil and Chantal Daumas-Saab

Volume 9, Number 1, Spring 1996

Spiritualité, Églises et religions

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/301352ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/301352ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec

ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Blanchet, L., Corbeil, L. & Daumas-Saab, C. (1996). L'implantation d'une pratique de réseau dans un service de psychiatrie infantile. *Nouvelles pratiques sociales*, 9(1), 115-126. <https://doi.org/10.7202/301352ar>

Article abstract

Le Service enfance-famille de l'hôpital Jean-Talon est un service externe de psychiatrie infantile. Cette équipe multidisciplinaire a développé, au milieu des années 80, un modèle d'intervention qui met à contribution l'environnement social de soutien de l'enfant, tant pour la définition des problèmes présentés que pour la recherche de solutions : la pratique de réseaux. Une étude d'implantation a permis d'analyser la dynamique de l'équipe lors du processus de transformation de sa pratique, avec ses phases successives de résistance et d'adhésion. Elle a aussi favorisé une réflexion sur la modification du rôle de l'intervenant en réseau, à la fois animateur de groupe et thérapeute. Les auteurs concluent à l'applicabilité du modèle à la majorité des problèmes cliniques rencontrés dans un Service externe de pédopsychiatrie.



Les pratiques sociales au Québec

L'implantation d'une pratique de réseau dans un service de psychiatrie infantile

*Luc BLANCHET
Louise CORBEIL
Chantal DAUMAS-SAAB¹
Service enfance-famille
Hôpital Jean-Talon*

Le Service enfance-famille de l'hôpital Jean-Talon est un service externe de psychiatrie infantile. Cette équipe multidisciplinaire a développé, au milieu des années 80, un modèle d'intervention qui met à contribution l'environnement social de soutien de l'enfant, tant pour la définition des problèmes présentés que pour la recherche de solutions : la pratique de réseaux. Une étude d'implantation a permis d'analyser la dynamique de l'équipe lors du processus de transformation de sa pratique, avec ses phases successives de résistance et d'adhésion. Elle a aussi favorisé une réflexion sur la modification du rôle de l'intervenant en réseau, à la fois animateur de groupe et thérapeute. Les auteurs concluent à l'applicabilité du modèle à la majorité des problèmes cliniques rencontrés dans un Service externe de pédopsychiatrie.

1. Les auteurs remercient Danielle Stanton, journaliste, pour sa collaboration à la rédaction finale de l'article.

Le Service enfance-famille de l'hôpital Jean-Talon a développé, au milieu des années 80, un modèle d'intervention qui met à contribution l'environnement social de soutien de l'enfant, tant pour la définition des problèmes présentés que pour la recherche de solutions. L'implantation d'un nouveau modèle d'intervention dans le cadre des activités régulières du service a représenté un défi de taille. Elle a été l'occasion pour l'équipe de mesurer sa capacité de se remettre en question et de modifier sa pratique. Le présent article tentera de rendre compte de ce processus complexe, en se centrant sur trois aspects principaux : une description de la pratique de réseaux développée au Service enfance-famille ; une analyse de la dynamique de son implantation ; et, enfin, une réflexion sur la modification du rôle de l'intervenant entraînée par cette nouvelle pratique. Une brève mise en contexte précédera.

LE CONTEXTE D'INTERVENTION

Le Service enfance-famille de l'hôpital Jean-Talon est un service externe de psychiatrie infantile qui existe depuis douze ans. L'équipe multidisciplinaire, formée de psychiatres, de psychologues, de travailleuses sociales, d'un psycho-éducateur et d'une ergothérapeute, a développé au fil des ans une pratique qui met l'accent sur l'intégration des dimensions psychologiques et sociales dans sa compréhension des problèmes présentés et dans ses interventions auprès des enfants et des familles en état de souffrance.

Les membres du service, tout en étant familiers avec les théories psychodynamiques de la personnalité, s'inspirent également de la théorie des systèmes. La coexistence de ces deux grands courants théoriques s'explique par la diversité des formations, des appartenances professionnelles et des personnalités des membres de l'équipe. Elle se révèle féconde pour le travail clinique du fait qu'elle rend légitimes et pertinentes plusieurs formes d'interventions thérapeutiques : des psychothérapies individuelles d'enfants et de parents, des thérapies familiales, des thérapies de couples, des thérapies de groupes d'enfants, etc.

L'équipe du Service enfance-famille en est, par ailleurs, venue à s'intéresser de plus en plus à la contribution de l'environnement social de l'enfant au développement et au maintien de sa santé mentale. L'enfant évolue à l'intérieur de différents systèmes : familial, scolaire, institutionnel, amical, etc. Il arrive souvent qu'au moment de la consultation, ces systèmes soient en conflit ou en opposition les uns avec les autres. L'équipe estime donc essentiel de prendre en considération l'impact de ces systèmes sur l'enfant et sa famille, en mettant à contribution, chaque fois que cela semble indiqué, les personnes significatives qui gravitent autour de ce noyau.

Cet intérêt de l'équipe pour l'apport de l'environnement social de l'enfant a favorisé l'émergence d'une pratique qui s'est progressivement formalisée sous l'appellation de « pratique de réseaux ». Elle s'est développée dans la foulée des mouvements sociaux qui véhiculent une même notion centrale, soit celle de l'augmentation de l'emprise des individus sur leurs propres conditions de vie (mouvement communautaire, féministe, *empowerment*, etc.).

Par définition, la pratique de réseaux réunit, **dans un même temps et dans un même lieu**, l'enfant à propos duquel on consulte, sa famille et les membres importants, désignés et consentants de son réseau social personnel (famille extérieure à la maisonnée, parenté, amis, voisins, gardiens, enseignants, etc.). La présence d'au moins une personne extérieure à la « maisonnée » et n'ayant pas de lien biologique de première génération avec l'enfant est nécessaire pour que l'on puisse véritablement parler de pratique de réseaux². L'objectif est d'arriver à cerner les contours véritables d'un problème et d'y apporter les solutions les plus appropriées.

En vue de mieux structurer la réflexion sur ce modèle d'intervention et d'en évaluer l'efficacité, le Service enfance-famille a entrepris d'effectuer une étude sur le sujet³ (Blanchet *et al.*, 1992). Les modèles de pratiques de réseaux connus jusque-là s'adressaient ou bien à une clientèle de services sociaux ou de CLSC (Brodeur et Rousseau, 1984), ou bien à une clientèle psychiatrique, mais ne concernaient alors que des populations d'adultes (Desmarais *et al.*, 1982 ; Blanchet *et al.*, 1981 ; Speck et Attneave, 1973). Cette étude constitue donc une première expérience d'évaluation d'une pratique de réseaux auprès d'une population clinique d'enfants.

2. Cette définition minimale démarque la pratique de réseaux de l'intervention familiale. Il est également important de distinguer la pratique de réseaux de l'intervention communautaire. La pratique de réseaux se situe à la jonction du clinique et du communautaire ; à la différence de l'intervention communautaire, elle s'adresse à des problématiques cliniques présentées par des individus.

3. Cette étude, subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale, a été réalisée en collaboration avec le Laboratoire d'écologie humaine et sociale de l'Université du Québec à Montréal. Au moment de l'expérimentation, les personnes suivantes ont participé à cette étude : Luc Blanchet, pédopsychiatre et chercheur principal, Camil Bouchard, psychologue et chercheur associé, Louise Corbeil, travailleuse sociale, Chantal Dumas-Saab, travailleuse sociale, Annie Devault, agente de recherche, Sylvie Drapeau, agente de recherche, Lucie Edisbury, psychologue, Jean-Pierre Fourez, psycho-éducateur, Yvonne Geoffrion, agente de recherche, Carol Le Bel, psychologue, Lise Petitclerc, ergothérapeute, et Pierre H. Tremblay, pédopsychiatre.

Pour de plus amples informations concernant les autres composantes de l'étude d'implantation, on peut se référer à l'article suivant : BLANCHET, L., EDISBURY, L. et L. PETITCLERC (1995). « À la jonction du clinique et du communautaire : la pratique de réseaux », P.R.I.S.M.E., hiver, vol. 5, n° 1, 86-98. En ce qui a trait aux résultats de l'étude d'impact, un autre article est en voie de publication : DRAPEAU, S. et L. BLANCHET, « Evaluation of a Network Intervention Program for Children with Psychological Adjustment Problems ». Voir aussi BLANCHET, L. *et al.* (1992).

L'originalité du modèle consiste à intervenir en présence de l'enfant et de son réseau et à inclure le réseau dans l'intervention même. L'intervention n'est donc pas « au sujet de » l'enfant, mais « en présence de » lui. Ce qui reflète une conviction fondamentale : l'enfant a un droit de parole et il est considéré comme une personne à part entière. L'idée mise de l'avant est la suivante : la réunion des personnes importantes et significatives autour de l'enfant ciblé peut contribuer sensiblement au mieux-être de ce dernier. Elle peut également offrir l'occasion à chacun des participants de progresser à travers la démarche collective. Les membres de l'équipe, prenant appui sur les résultats de recherches antérieures, posent l'hypothèse que ces personnes font aussi bien partie du problème que de la solution.

RÉSEAU SOCIAL ET SANTÉ MENTALE DE L'ENFANT

Le concept de « réseau personnel de l'enfant » est relativement récent. Quelques essais théoriques, publiés à la fin des années 70, ont souligné l'importance d'étudier le réseau social dans le cadre du développement de l'enfant. L'entourage fournirait en effet à l'enfant des activités et des échanges de nature concrète, affective et cognitive. Il lui donnerait la possibilité de participer activement au maintien de son équilibre et de faire face aux situations critiques (Cochran et Brassard, 1979 ; Feiring et Lewis, 1978).

Les adultes, notamment les membres de la parenté, contribueraient de façon significative à l'adaptation de l'enfant. Le réseau de la famille élargie pourrait également représenter une source appréciable de soutien. Enfin, le fait de maintenir des liens sociaux extra-familiaux (à l'extérieur de la famille immédiate et élargie) jouerait un rôle important dans l'adaptation de l'enfant durant la période post-divorce (Wolchik, Sandler et Braver, 1984 ; Cochran et Riley, 1988 ; Sandler *et al.*, 1984).

Aucun réseau ne serait parfaitement identique à un autre. Plusieurs variables, tant structurelles (grandeur, composition, densité, etc.) qu'interactives (disponibilité, satisfaction, besoin, etc.), semblent avoir un impact sur le bien-être psychologique et physique qu'il serait en mesure de fournir. Ainsi, la grandeur du réseau et sa capacité à favoriser l'autonomie influenceraient le fonctionnement socio-émotionnel de l'enfant (Bryant, 1985). De plus, la multidimensionnalité (nombre des fonctions remplies par une personne) et la satisfaction ressentie par l'enfant à propos des membres de son réseau auraient un impact positif sur le soutien social et l'adaptation de l'enfant. Il existerait, enfin, une corrélation négative entre l'estime de soi des enfants et l'importance de la zone conflictuelle de leur réseau social (Bouchard et Drapeau, 1991).

LA PRATIQUE DE RÉSEAUX

La pratique de réseaux s'inscrit dans un processus d'intervention clinique qui s'étend de l'évaluation jusqu'à l'intervention en réseau proprement dite. Ce processus comprend habituellement quatre étapes : l'évaluation, la négociation, l'invitation et l'intervention comme telle.

L'évaluation de la demande et la proposition d'intervenir en réseau

Dès la première rencontre d'évaluation, l'enfant, sa famille et, à l'occasion, d'autres personnes significatives de son environnement social sont généralement déjà présents. C'est une étape très importante puisqu'elle permet aux intervenants de dégager leurs premières impressions sur la nature du problème présenté, sur les enjeux et conflits sous-jacents à la demande de consultation, de même que sur la qualité du soutien disponible dans le réseau social personnel de l'enfant. Cette première rencontre permet également à l'enfant et à sa famille de se rendre compte de l'importance accordée par les intervenants à leur réseau social. Ils ne seront pas surpris lorsque la proposition leur sera faite de réunir ce réseau. Les refus sont évidemment acceptés et n'empêchent en rien la mise en place d'autres modalités d'intervention, s'il y a lieu.

La négociation avec l'enfant et la famille sur le choix des participants

La négociation s'amorce lorsque les intervenants demandent à chaque membre de la famille de désigner spontanément des personnes qu'elles souhaiteraient voir présentes à la rencontre proposée. S'en suit une discussion sur la pertinence d'inviter toutes les personnes désignées. Cette discussion conduit souvent à l'exclusion de certains membres du réseau. C'est ainsi que se constitue progressivement la liste des personnes à inviter. Les invités sont donc ceux qui ont été retenus à la fois par l'enfant pour lequel on consulte, les membres de sa famille et les intervenants responsables de l'intervention. Le processus de négociation peut se mettre en place dès la première rencontre mais, en général, il se déroule dans les rencontres subséquentes.

L'invitation faite par la famille aux participants choisis

La famille repart avec la liste des invités et la responsabilité de faire elle-même les invitations. En effet, les membres de la famille sont certainement les mieux placés pour inviter leurs proches à une réunion où l'on va parler de leurs problèmes. C'est donc une étape qui échappe en bonne partie aux intervenants. En pratique, ce sont surtout des mères, et quelquefois des enfants, selon leur âge, qui s'occupent des invitations.

L'intervention en réseau proprement dite

Certains auteurs (Speck et Attneave, 1973) ont décrit jusqu'à huit phases distinctes pouvant survenir au cours d'une intervention en réseau. L'expérimentation menée au Service enfance-famille amène à réduire ce nombre à trois phases essentielles : la définition du problème, la collectivisation progressive et la recherche de solutions.

La définition du problème

Après avoir donné la parole en premier lieu à la famille qui consulte, les intervenants invitent les personnes qui le souhaitent à s'exprimer sur le problème présenté. Des divergences de perception apparaissent parfois et peuvent mener à des contradictions ou à des polarisations. C'est la richesse même de l'intervention en réseau : permettre la libre expression des opinions, en présence des acteurs importants directement concernés par le problème, incluant l'enfant. Cette première phase de l'intervention a aussi comme effet de « dégager » l'enfant en faisant porter l'attention sur les interactions et les enjeux présents dans son environnement social.

La collectivisation progressive

La collectivisation favorise le partage d'un sentiment de responsabilité sociale à l'égard du problème présenté ou porté par l'enfant. Les membres du réseau s'engagent de façon variable dans la nouvelle compréhension du problème, telle que reformulée par les intervenants. À des degrés divers, ils peuvent témoigner de leur propre situation personnelle ou familiale. On parle souvent ici du « mouvement » qui se produit dans le réseau : plus ce mouvement est centrifuge, c'est-à-dire plus il évolue du centre vers l'extérieur, plus l'étape de collectivisation a de chances de réussir ; au contraire, plus le mouvement est centripète, c'est-à-dire plus il garde le focus sur l'enfant ou la famille nucléaire, moins la collectivisation a de chances de succès.

La recherche de solutions

La notion de mouvement s'applique également à cette phase. Elle en détermine, de plus, l'orientation thérapeutique. Ainsi, les participants peuvent proposer des solutions orientées soit vers une plus grande mobilisation du soutien social (mouvement centrifuge), soit vers une aide professionnelle spécifique – aide individuelle à la mère ou à l'enfant, thérapie conjugale, demande de placement, etc. – (mouvement centripète). Parfois, les solutions présentées peuvent être complémentaires et favoriser les deux directions à la fois. On considère cette dernière phase de l'intervention en réseau complétée lorsque les participants en arrivent à proposer des pistes de solutions pour l'avenir.

ANALYSE DYNAMIQUE DU PROCESSUS D'IMPLANTATION

L'implantation de cette nouvelle pratique a été analysée sous l'angle de la dynamique de l'équipe tout au long du déroulement de la recherche. Cela a mis en évidence l'évolution de la perception des intervenants du service au regard de la pratique de réseaux. L'équipe a tout d'abord traversé une phase de résistance⁴, à laquelle a succédé une phase d'adhésion.

La résistance

Un constat ressort clairement lors d'un premier bilan d'étape : certains intervenants entretiennent des doutes quant à la pertinence du modèle d'intervention. On en est alors au début de l'expérimentation ; la phase active de la pratique de réseaux n'est pas encore commencée.

Ces intervenants ne peuvent toutefois exprimer précisément les causes de leur malaise. Il leur semble difficile de séparer leur propre résistance de celles liées aux exigences d'un engagement thérapeutique relativement peu connu. Effectivement, plusieurs craignent de ne pas être à l'aise avec ce nouveau modèle d'intervention, et cela, en dépit du fait que la pratique de réseaux se réclame de la théorie des systèmes, utilisée sur une base régulière dans la pratique du service.

Les contraintes méthodologiques ajoutent, par ailleurs, à la difficulté pour chacun de développer une compétence à son propre rythme. Le cadre de la recherche impose une limite de temps précise : outre l'évaluation

4. Ce terme n'est pas utilisé de manière péjorative, mais comme manifestation inhérente à tout processus de changement.

initiale, les étapes de négociation, d'invitation et d'intervention doivent toutes se dérouler obligatoirement à l'intérieur d'un délai de trois mois.

Cette contrainte explique une partie des résistances, mais des considérations d'ordre clinique interviennent également, comme par exemple la nécessité d'interroger chaque membre de la famille lors de la première entrevue quant à la définition et à l'attribution du problème. L'obligation de poser avec insistance à chacun des membres de la famille des questions mettant l'accent sur la présence de symptômes et leur causalité représentait pour les intervenants une pratique contraire à l'habitude; l'intervention systémique tend plutôt à se décentrer rapidement du symptôme pour élargir vers une lecture plus globale de la situation. En résumé, le cadre de la recherche a créé des tensions. Cependant, personne n'a remis en question le projet d'étude sur la pratique de réseaux.

Les attritions survenues au cours de l'expérimentation auront, par ailleurs, un impact imprévisible sur la suite du projet. Après analyse, ces attritions sont apparues liées non seulement à la nature de l'intervention proposée, mais aussi à une série d'événements incontrôlables: périodes de vacances estivales, débrayage d'employés, etc. Au départ, l'incidence d'attritions accentue le climat de découragement dans l'équipe, mais par la suite il a un effet mobilisateur, grâce à une pression salutaire exercée par le responsable de la recherche sur les membres du service.

L'adhésion

Le dépassement des anxiétés et des résistances chez les membres du service a permis au projet de prendre un second souffle. Certaines résistances de base (comment, par exemple, être à la fois un clinicien et un intervenant en réseau?) sont maintenant choses du passé et on ressent désormais dans l'équipe une aisance et un sentiment de compétence par rapport à la pratique de réseaux.

L'équipe clinique, au départ sceptique, témoigne au moment du dernier bilan d'étape de l'impact positif du cadre de la recherche sur l'évolution de la pratique. Les avis sont unanimes en ce qui concerne:

- la perception de la pratique de réseaux comme processus dynamique de remise de pouvoir et de revalorisation de la créativité des familles et de leur capacité de se prendre en main;
- la reconnaissance de la contribution, non seulement en théorie mais aussi en pratique, de l'environnement social de soutien de l'enfant dans l'intervention clinique.

Les réunions de mise en commun bimensuelles permettent de constater que l'inventaire du réseau de l'enfant et la négociation des invités ont peu à peu apporté aux intervenants une lecture différente et plus précise du réseau : il peut être thérapeutique et représenter un facteur de changement. En reconnaissant au départ la compétence du réseau, il est plus facile de le percevoir comme un partenaire dans l'intervention.

MODIFICATION DU RÔLE DE L'INTERVENANT

Reconnaître au réseau la capacité de définir un problème et d'y trouver des solutions implique une diminution du pouvoir de l'intervenant. Celui-ci n'est alors plus vu comme le spécialiste qui détient toutes les réponses. Il se place **dans** le réseau, travaille **avec** lui et favorise une participation égalitaire entre les différentes instances engagées dans l'intervention. Ses rapports avec les membres du réseau deviennent plus horizontaux que verticaux. Autrement dit, la pratique de réseau entraîne nécessairement une modification du rôle de l'intervenant, tant dans le rapport personnel de l'intervenant au pouvoir que dans la complexité de son nouveau rôle.

Le pouvoir en question

La pratique de réseaux mise sur le potentiel du réseau pour définir le problème et y apporter des solutions. Elle fait donc appel à un contexte d'exercice du pouvoir très particulier pour l'intervenant ; s'il désire être congruent avec les objectifs de ce modèle, il peut difficilement se cantonner dans une attitude d'expert. Cela l'amène donc à explorer jusqu'où il est possible d'aller dans cette démarche de remise en question du pouvoir.

La traversée de la phase de résistance a conduit les membres de l'équipe à redéfinir leur rôle. Ce qui a abouti à la conclusion suivante : pour arriver à développer une pratique de réseaux, les intervenants doivent franchir une étape de dédogmatisation de leur compétence. La croyance au potentiel thérapeutique du réseau ne va pas sans une certaine démystification du pouvoir et du savoir rattachés aux professionnels de la santé, et une relativisation de la valeur des divers modèles d'intervention ; tous visent certes la réappropriation du pouvoir par les gens, mais les chemins qu'ils empruntent pour y parvenir sont cependant fort différents.

Il ne s'agit pas pour l'intervenant de faire fi de ce qu'il sait et de ce qu'il est, mais plutôt d'être à l'aise avec la notion de complémentarité des interventions, quels que soient, par ailleurs, ses systèmes de références théoriques et sa compréhension des indications cliniques.

L'intervenant en réseau conserve néanmoins un certain pouvoir, en raison notamment de ses connaissances, du mandat qui lui est dévolu et du statut que lui confère la société. Au cours des rencontres, c'est l'intervenant qui fixe les règles du jeu en favorisant l'engagement graduel du réseau dans la démarche de résolution de problèmes. C'est lui toujours qui remet aux gens ce qui leur appartient et tente de leur redonner du même coup la responsabilité de leur devenir. Cependant, en reconnaissant la compétence du réseau, l'intervenant en fait son partenaire, son allié dans l'intervention et, en fin de compte, son successeur éventuel.

Le double rôle de l'intervenant en réseau

Plusieurs questions ont en outre surgi quant au rôle de l'intervenant, dès la phase d'expérimentation de cette nouvelle pratique. L'intervenant peut-il demeurer un psychothérapeute? Devient-il un animateur de groupe? Est-ce là son véritable champ de compétence? Perd-il son sens clinique? Existe-t-il des contre-indications cliniques à pratiquer ce genre d'intervention? Etc.

Ces premières appréhensions se sont ensuite atténuées pour faire place à une intégration progressive des deux fonctions les plus importantes à être dévolues à l'intervenant lors des rencontres de réseaux : animateur et thérapeute. Le terme intervenant en réseau semble mieux convenir pour cette raison : il chapeaute différents rôles et réfère peu à la notion de spécialiste.

L'intervenant en réseau est animateur quand il guide les rencontres de la façon la plus horizontale possible, en favorisant la libre expression des diverses perceptions du problème et en cherchant à « déverticaliser » les rapports entre lui et l'enfant, sa famille et le réseau de l'enfant. Il devient ainsi un catalyseur qui active les processus présents dans la famille, stimule l'émergence des forces et des ressources positives des différents participants et fait en sorte que la réaction se produise. Il permet au réseau de modifier son fonctionnement, à la famille de trouver ses propres solutions.

L'intervenant en réseau est thérapeute quand il écoute, regarde, interpelle, reflète ou interprète, quand il examine les relations entre les gens sur le mode « ici et maintenant », sans nier l'intériorité et en se centrant sur les lois qui prévalent dans le système familial ou microsocioal.

L'intervenant est d'autant plus à l'aise dans ce double rôle que le travail en réseau se fait dans un cadre de cointervention. Il devient ainsi plus aisé de dissocier la dimension animation de la dimension psychothérapie. Pendant que l'un des intervenants fait davantage office d'animateur, l'autre

se centre sur le déroulement du processus en cours, ou encore soutient un membre du réseau qui s'exprime difficilement, etc. Les deux intervenants peuvent être à la fois animateur et thérapeute ou endosser ces rôles en alternance. Ces rôles sont donc interchangeable et, généralement, ils ne sont pas déterminés à l'avance. Le tout s'articule dans un contexte de complémentarité dynamique.

CONCLUSION

La pratique de réseaux ne néglige pas l'aspect clinique ; elle y fait constamment appel. En ce sens, cette forme d'intervention, une fois surmontées les anxiétés du début, est praticable par un large éventail d'intervenants du domaine de la santé et des services sociaux. Les expériences, les apprentissages et les formations cliniques accumulées précédemment constituent un atout ; la pratique de réseaux fait précisément appel aux compétences acquises des intervenants.

Pour l'équipe du Service enfance-famille, l'étude sur la pratique de réseaux a mis en évidence à maintes reprises la valeur des approches collectivisantes. Qu'on pense ici à la solidarité d'un groupe face à un problème donné, aux manifestations de soutien auprès d'une personne en difficulté, à la pertinence de travailler non pas **sur** les enfants et leur famille mais **avec** eux et leurs proches réunis. Lors du dernier bilan d'étape, on a posé la question de l'applicabilité de ce modèle d'intervention dans le contexte de la pratique courante d'une clinique externe de psychiatrie infantile. À la lumière de leur expérience récente, la réponse des intervenants a été claire : « La pratique de réseaux est applicable à la majorité des problèmes cliniques rencontrés dans un tel contexte. »

L'équipe du service a donc cheminé à travers cette étude et la réflexion se poursuit. Un consensus semble cependant s'être clairement établi selon lequel une intervention faisant appel à l'environnement social de soutien d'un enfant qui présente des problèmes d'ordre clinique constitue un modèle d'intervention alternatif d'un intérêt certain, étant donné les changements psychosociaux qu'il peut susciter dans cet environnement. En somme, la pratique de réseaux est devenue pour les membres de l'équipe non pas une technique mais une ressource de plus pour intervenir. Si elle s'implantait à plus long terme dans une collectivité, sans doute pourrait-elle produire des effets non négligeables de prévention et de promotion de la santé mentale grâce, notamment, à l'émergence et au renforcement du soutien social qu'elle favoriserait dans cette collectivité.

Bibliographie

- BLANCHET, L., DRAPEAU, S., CORBEIL, L., DAUMAS-SAAB, C., DEVAULT, A., EDISBURY, L. et L. PETITCLERC (1992). *Évaluation d'un programme d'intervention en réseau offert à des enfants présentant des problèmes d'ajustement psychologique*, Rapport de recherche pour le CQRS, 282 pages.
- BLANCHET, L., LAVIGUEUR, H. et R. DAUPHINAIS (1981). «L'intervention en réseau, un modèle alternatif de prise en charge communautaire», *Santé mentale au Québec*, vol. 6, n° 2, 126-132.
- BOUCHARD, C et S. DRAPEAU (1991). «The Psychological Adjustment of Children from Separated Families: The Role of Selected Social Support Variables», *Journal of Primary Prevention*, vol. 12.
- BRODEUR, C. et R. ROUSSEAU (1984). *L'intervention de réseaux, une pratique nouvelle*, Montréal, Éditions France-Amérique, 223 pages.
- BRYANT, B.K. (1985). «The Neighborhood Walk: Sources of Support in Middle Childhood», dans *Monograph of the Society for Research in Child Development*, vol. 50, n° 3, 122 pages.
- COCHRAN, M. et J.A. BRASSARD (1979). «Child Development and Personal Social Networks», *Child Development*, vol. 50, 601-616.
- COCHRAN, M. et D. RILEY (1988). «Mother Reports of Children's Personal Network: Antecedents, Concomitants and Consequences», dans SALZINGER, S., ANTROBUS, J.S. et M. HAMMER (sous la direction de), *Social Network of Children, Adolescent, and College Students*, Lawrence Erlbaum Ass., Hillsdale (N.J.), 113-147.
- DESMARAIS, D., BLANCHET, L. et R. MAYER (1982). «Un modèle d'intervention en réseau au Québec», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseau*, 4-5.
- FEIRING, C. et M. LEWIS (1978). «The Child as a Member of the Family System», *Behavioral Science*, vol. 23, 225-233.
- SANDLER, N.I., WOLCHIK, S.A. et L.S. BRAVER (1984). «Social Support and Children of Divorce», dans SARASON, I.G. et B.R. SARASON (sous la direction de), *Social Support: Theory, Research and Application*, The Hague, Netherlands, Martinus Nijhoff.
- SPECK, R.V. et C.L. ATTNEAVE (1973). *Family Network*, New York, Pantheon Books, 163 pages.
- WOLCHIK, S.A., SANDLER, N.I. et L.S. BRAVER (1984). *The Social Support Networks of Children of Divorce*, Communication présentée au congrès de l'APA, Toronto, 8 pages.