



# Le travail en réseau comme créateur de possibles thérapeutiques ? Une analyse sociologique du travail en réseau dans une unité médico-psychopathologique

Nicolas Marquis, Dorothée Hoyos, Amélie Masure, Joost Rademaekers

DANS CAHIERS DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE 2010/1 n° 34 , PAGES 155 À 188  
ÉDITIONS DE BOECK SUPÉRIEUR

ISSN 1370-074X

ISBN 9782804161019

DOI 10.3917/cpc.034.0155

Date de mise en ligne : 29/03/2010

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2010-1-page-155?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# RÉSEAUX

# LE TRAVAIL EN RÉSEAU COMME CRÉATEUR DE POSSIBLES THÉRAPEUTIQUES ? UNE ANALYSE SOCIOLOGIQUE DU TRAVAIL EN RÉSEAU DANS UNE UNITÉ MÉDICO-PSYCHO- PATHOLOGIQUE

Nicolas MARQUIS \*

Dorothee HOYOS \*\*

Amélie MASURE \*\*\*

Joost RADEMAEKERS \*\*\*\*

---

## NETWORKING AS A SOURCE OF THERAPEUTIC POSSIBILITIES ? A SOCIOLOGICAL ANALYSIS OF NETWORKING IN A MEDICO-PSYCHOPATHOLOGICAL UNIT

**ABSTRACT** This article advances a sociological analysis of the relationship between a patient and a group of carers when the latter operate as a network. In the context of psychiatric care,

\* Sociologue, CES/  
FUSL

Adresse de contact :  
Centre d'études  
sociologiques  
Facultés Universitaires  
Saint-Louis  
Boulevard du Jardin  
Botanique, 43  
1000 Bruxelles  
Mail :  
marquis@fusl.ac.be

\*\* Infirmière, hôpital  
Saint-Jean

\*\*\* Infirmière, hôpital  
Saint-Jean

\*\*\*\* Infirmier chef,  
hôpital Saint-Jean

which will be investigated here, the patient is increasingly faced with a large number of carers. Care networking is a particular form of therapeutic relationship, which benefits nowadays from a certain legitimacy while at the same time raising important issues about quality, practical implementation, organization, as well as whether or how long it should be maintained.

**KEY WORDS** network analysis, networking, psychiatric care, transfer of the therapeutic link.

**RÉSUMÉ** L'article propose une analyse sociologique de la relation entre un patient et un groupe de soignants, lorsque ce dernier prend la forme d'un réseau. Dans le contexte du soin en psychiatrie, qui fera l'objet de cet article, l'individu est de plus en plus souvent confronté à une myriade d'intervenants. Le réseau de soin est une forme particulière de relation thérapeutique qui bénéficie aujourd'hui d'une certaine légitimité, mais pose en même temps une série de questions importantes, liées à sa qualité, à sa pratique concrète, à son organisation et à son maintien dans le temps.

**MOTS-CLÉS** analyse en réseau, travail en réseau, soins en psychiatrie, transfert du lien thérapeutique.

## **Introduction : l'individu soigné et le groupe soignant : le réseau de soin**

La sociologie postule que l'individu est pétri de social, avant sa naissance et au-delà de sa mort. Nous nous rapportons aux autres, présents ou absents, réels ou imaginés dans la quasi-totalité de nos manières d'être, de faire, de penser. Autrement dit, la présence d'Autrui et de cette entité au statut bizarre qu'on appelle « société » conditionne notre engagement dans le monde. Cette interaction avec Autrui se marque plus particulièrement lorsque nous sommes vulnérables et dépendants, comme c'est le cas dans une relation de soin. En effet, dans la relation de soins, et singulièrement dans le domaine de la santé mentale, nous nous en remettons à Autrui, nous sommes pris en charge et véhiculés à travers de multiples dispositifs.

Cet Autrui peut prendre la forme d'une personne (le thérapeute, le médecin, etc.), mais aussi – et c'est de plus en plus souvent le cas – d'un groupe de personnes. Dans la relation de soins en psychiatrie, qui fera l'objet de cet article, l'individu est de plus en plus souvent confronté à un groupe de soignants, une myriade d'intervenants dont il est parfois dit qu'ils prennent la forme d'un réseau. Le réseau de soin est une forme particulière de relation thérapeutique. La relation soignant-soigné ne s'y réduit plus à une dyade, mais s'ouvre à la multiplicité des interventions de divers acteurs. Soigner en réseau invite à utiliser une terminologie particulière qui bénéficie aujourd'hui d'une certaine légitimité, mais pose en même temps une série de questions importantes, liées à la qualité et au maintien dans le temps de la relation thérapeutique. Cet article explore les rapports entre le groupe des soignants et l'individu patient dans un contexte de soins psychiatriques, à partir du récit d'une patiente confrontée à cette myriade d'acteurs.

Dans le secteur des soins de santé, l'idée de travail en réseau prend de plus en plus d'ampleur depuis son apparition au début des années 1980 (Pissarro, 2004). C'est également le cas dans les services de soins psychiatriques (Cabanel, Lungeri, 2005). Comme le souligne F.-X. Schweyer (2005), cette notion reste cependant floue pour beaucoup d'acteurs, et il n'est pas aisé de trouver un sens à cette pratique. Notre article prend le prétexte d'une recherche effectuée dans un service psychiatrique d'un hôpital de la région bruxelloise (Belgique) pour investiguer, à l'aide des outils de l'*analyse en réseau*, principalement issue d'une approche sociologique, ce que signifie concrètement *travailler en réseau*. De manière générale, le travail en réseau invite à adopter une conception du soin qui dépasse la médecine clinique (Schweyer, 2005 : 96). De nombreux travaux, parmi lesquels ceux de Gagnon et Saillant (2000) ont insisté sur l'importance des supports, des ressources intermédiaires (bénévoles, amis, entreprises privées, organismes sociaux, etc.), des relations entretenues avec la personne bénéficiaire dans cette nouvelle conception du soin, qui prend alors la forme d'une constellation plutôt que celle d'un rapport unique soignant-soigné. Cette nouvelle configuration conduit au développement nécessaire de nouvelles compétences (relationnelles, organisationnelles, etc.)

qui demandent un important investissement en temps. De plus, le fait de convoquer de nouveaux acteurs dans un réseau de soin, qu'il soit institué ou activé temporairement autour d'un patient fait à la fois émerger de nouvelles possibilités thérapeutiques en même temps qu'il rend plus difficile leur stabilisation, puisque chaque acteur possède une marge de manœuvre et un pouvoir d'inertie qui lui sont propres. Le patient est censé être mis au centre de ce processus, comme le soulignent Grosjean *et al* (2003 : 247) : « en tant qu'outil privilégié de l'adaptation de l'offre de soins et de l'amélioration de leur qualité pour les malades, de leur maintien à domicile, les réseaux ne sont plus centrés sur les structures en place tels les hôpitaux ou sur les professionnels de santé, mais sur l'optimisation de la trajectoire des patients dans une dimension dépassant l'aspect uniquement curatif (suivi, retour à domicile, insertion sociale...) ».

Nous réfléchissons le travail en réseau à l'aide de la théorie qui nous semble la plus appropriée pour ce faire et ce, à partir du cas de Mme Cécile. Cette patiente est arrivée en octobre 2007 à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu (nom d'emprunt), et son parcours a connu un certain nombre de rebondissements qu'il est pertinent d'analyser. Les informations obtenues l'ont été par le truchement d'une analyse en groupe (Van Campenhoudt, Chaumont, Franssen, 2005) au sein du service psychiatrique qui a accueilli Mme Cécile à plusieurs reprises.

Nous commencerons par présenter le récit du processus thérapeutique par lequel est passée Mme Cécile, pour en dégager quelques enjeux majeurs. Puis, nous présenterons quelques éléments de l'analyse en réseau pour ensuite l'appliquer au réseau de soin qui s'est constitué autour de la patiente et à l'initiative du service A de l'hôpital. Enfin, nous concluons en soulignant quelques implications que possède le travail en réseau pour l'équipe hospitalière et les patients.

## Le récit de Mme Cécile

Le service A duquel nous parlerons est un service de soins psychiatriques destiné à recevoir les patients pendant un laps de temps relativement court (3 semaines environ). Après une période intense de soins thérapeutiques, il invite d'autres ins-

titutions ou acteurs à prendre le relais. Ceci pose alors la question de la continuité du processus thérapeutique lors de ce transfert (Bachrach, 1981 in Fortney *et al.*, 2003). Cette désinstitutionnalisation relative du soin (tout ne se passe plus au sein de l'institution hospitalière) pousse le service A à mettre en place un certain nombre de stratégies pour développer un réseau interorganisationnel afin d'éviter une fragmentation de ce processus (Ouwens *et al.*, 2005) et ce, tout en limitant les coûts du système.

Madame Cécile a 47 ans lorsqu'elle est hospitalisée à St-Jean-de-Dieu (service A, unité médico-psychopathologique) pour la première fois en octobre 2007. Elle y arrive dans le cadre d'une mise en observation, demandée par son administrateur de bien (personne qui gère les ressources financières du patient). La mise en observation consiste en une hospitalisation sous contrainte, imposée par le procureur du Roi et confirmée par le juge de paix, quand une personne atteinte d'une maladie mentale, devient un danger pour elle-même ou pour les autres, et refuse les soins. La patiente présente à l'examen d'entrée une décompensation psychique (délire et déstructuration de la pensée, errance, hermétisme), un manque d'hygiène et une dyskinésie faciale ainsi qu'une pilosité excessive au niveau du visage et des membres inférieurs (effets secondaires des neuroleptiques). L'administrateur de bien de la patiente mettra en avant la rupture avec son compagnon Oscar comme facteur déclencheur de la décompensation. Madame Cécile vivait avec lui depuis 10 ans dans une arrière-maison bruxelloise, et le départ d'Oscar l'avait complètement déstabilisé. La durée de cette première hospitalisation (4 mois, ce qui est long pour un service A) a permis que se tisse un lien important entre Madame Cécile, l'équipe et l'institution. Il y fut construit, notamment avec la patiente et sa personne-référence (une infirmière, Dorothee) au sein de l'équipe, le projet d'un retour à domicile accompagné de la mise en place de différentes aides, et ceci bien que toute l'équipe ne soutenait pas cette piste.

En février 2008, au terme de l'hospitalisation, plusieurs visites à domicile seront organisées pour voir l'état de l'appartement de la patiente, les travaux à envisager et observer comment la patiente investit son appartement. L'administrateur de bien rependra tout l'appartement, achètera armoires, canapé,

lit afin que la réappropriation du lieu se passe au mieux. L'assistante sociale de l'unité mobilisera de nombreux intervenants extérieurs : aide familiale, aide ménagère, infirmière à domicile, soins psychiatriques à domicile et repas chaud à domicile seront invités à prendre en charge le quotidien de Mme Cécile dès qu'elle sera rentrée chez elle. L'état clinique de la patiente à la fin de cette première hospitalisation s'était amélioré : bien que toujours délirante elle entrait plus facilement en contact, recommençait à se laver, etc. Madame Cécile sera finalement accompagnée par un membre de l'équipe pour son retour à domicile le 8 février 2008.

Quelques semaines après ce retour à domicile, l'assistante sociale de l'unité est contactée par les différents services de soins à domicile. La patiente ne leur ouvre pas la porte de son domicile, et aucune des aides prévues ne peut se réaliser. Avant le retour à domicile de la patiente une visite dans un centre de santé mentale et un rendez-vous chez un de leurs psychiatres pour le suivi de la patiente en ambulatoire avait été mis en place mais la patiente ne s'y est jamais rendue non plus. Vu l'absence de collaboration de la part de la patiente, les intervenants diront être dans l'impossibilité de travailler avec elle. Selon eux, la seule chose qui intéressait Madame Cécile était l'obtention de son argent de poche pour s'acheter des cigarettes. Madame Cécile reviendra à St-Jean en juillet 2008 via une nouvelle mesure de mise en observation initiée par le service de soins psychiatriques à domicile qui la suivait. Après son retour à l'hôpital, une demande de mesure de maintien sera lancée par l'assistant psychiatre du service A. En effet, après la mise en observation qui est de 40 jours, le juge de paix peut décider de maintenir l'obligation de soins pendant un maximum de deux ans. Lors de cette deuxième hospitalisation, la patiente présentera selon l'équipe une amélioration clinique en comparaison avec son état à la fin de sa première hospitalisation. Elle retrouvera rapidement ses repères dans le service.

Par ailleurs, toujours lors de cette deuxième hospitalisation, l'ex-compagnon de Mme Cécile réapparaîtra dans la vie de celle-ci. On le trouvait de temps à autre dans le service A, car il y rendait visite à Josiane, sa nouvelle compagne, également hospitalisée dans le service. Oscar se détacha petit à petit de Josiane pour se rapprocher de Mme Cécile, au point de retour-

ner vivre dans l'appartement de cette dernière durant le temps de son hospitalisation. Cette situation, que l'équipe jugeait contreproductive d'un point de vue thérapeutique, fut assez difficile à gérer. L'équipe mandata le psychiatre chef de service pour expliquer à Oscar qu'il ne pouvait plus prendre contact avec Mme Cécile sans passer par eux.

Sous l'impulsion notamment du médecin responsable de Mme Cécile, le service A mettra en place un nouveau projet, qui sera centré sur la recherche d'un autre lieu de vie, type maison de repos ou maison de soins psychiatrique. En effet, au vu de l'attitude de la patiente durant la première tentative de retour à domicile, la solution d'un retour chez elle n'était plus envisageable pour une partie de l'équipe, et ce malgré que l'administrateur de bien de Mme Cécile soutenait cette démarche.

Un premier entretien de candidature eut lieu dans une maison de soins psychiatriques (établissement accueillant des patients sur la durée) de la région bruxelloise. Lors de l'entretien, alors qu'elle était accompagnée par sa personne-référence du service A, Mme Cécile répondra aux questions du directeur de la MSP qui l'interrogeait sur son comportement, en disant qu'elle passait ses journées à demander des cigarettes aux autres patients, que, s'ils refusent d'accéder à sa demande, elle les menace, et qu'elle rentre souvent saoule dans le service au point de devoir être ramassée par le personnel, etc. La personne-référence tentera bien de recadrer les propos de Mme Cécile, mais sans succès : le directeur de la MSP ne retiendra pas sa candidature. Suite à de bons contacts développés par des membres du service A, on réussira à faire accepter Mme Cécile dans une autre MSP bruxelloise. Après sa première nuit dans cette nouvelle MSP, la patiente fuguera et rentrera d'initiative dans son appartement, où son compagnon l'attendait. La patiente étant toujours sous le coup d'une mesure de maintien au service A, la police l'y ramènera quelques jours plus tard.

Lors de ce troisième séjour de Mme Cécile, l'équipe, échaudée par l'expérience du placement en MSP redessinera le projet d'un nouveau retour à domicile, en s'attachant cette fois à sécuriser le lien entre Mme Cécile et les nouveaux services à domicile. Bien que cette perspective ne fût pas soutenue par tous les membres de l'équipe en raison de l'échec de la pre-

mière tentative, plusieurs éléments ont semblé jouer pour que cette décision soit prise. D'abord, Oscar, le compagnon de la patiente avec qui elle s'était débrouillée de nombreuses années à domicile, était de nouveau présent dans son quotidien. Oscar n'oscillant plus entre ses deux relations, il redevenait un facteur de stabilisation qui rassurait l'équipe. Ensuite, un élément extérieur vint modifier la donne : le service ne sera en effet plus agréé pour les mises en observations et les maintiens, et par conséquent l'équipe décidera de lever la mesure qui pesait sur Mme Cécile.

Pour préparer cette nouvelle démarche, de nouveaux intervenants furent invités à entrer en action (centre de santé mentale), et l'équipe passa du temps à expliquer à Mme Cécile pourquoi il était important qu'elle collabore. Par ailleurs, l'équipe soignante et plus particulièrement la personne-référence pour Mme Cécile organiseront deux visites à son domicile. Lors de ces visites, il sera mis en évidence que le compagnon de la patiente invite régulièrement des personnes chez elle et que le ménage n'est plus réalisé. L'appartement était enfumé, rempli de bouteilles d'alcool et de déchets en tout genre. Lors d'une de ses visites, la patiente se rendra à la toilette (sans planche, excessivement sale) devant son compagnon et un ami de celui-ci, visiblement très souvent présent. Cette promiscuité malsaine rendait l'équipe peu encline à prolonger ce projet, avec l'impression que Mme Cécile constituait vraiment un « oiseau pour le chat ». En effet, dès la première hospitalisation, la patiente avait fait état de besoins sexuels pressants, ce qui la rendait d'autant plus vulnérable. Cependant, deux jours après la deuxième visite, Mme Cécile, libre de quitter le service A durant les heures de sortie, sortira à 13 heures pour ne plus revenir. Elle précipita donc elle-même son retour à domicile. Le service de santé mentale qui devait la suivre au domicile sera prévenu de son retour. Il lui sera demandé d'assumer le relais, mais celui-ci ne se présentera pourtant pas au domicile de la patiente.

La situation semblait se stabiliser quand, 15 jours après son départ impromptu du service A, la patiente y sera ramenée par la police, qui l'avait trouvé dans la rue. Son compagnon s'était pendu à son domicile. Elle ne fera appel ni à un médecin, ni à une ambulance, ni à la police et errera dans son quartier pendant

une dizaine de jours. Lors de l'entretien d'accueil préalable à la 4<sup>e</sup> hospitalisation au service A, le psychiatre demandera à la patiente pourquoi elle n'avait pas appelé les secours. Elle lui répondra : « mais il aurait pu le faire lui » (en parlant d'Oscar). Le délire de la patiente et sa vulnérabilité par rapport à son environnement décideront l'équipe à définitivement considérer qu'un retour à domicile n'est plus envisageable : il fallait un placement durable pour Mme Cécile. Après de nombreuses discussions avec des membres de l'équipe, la patiente elle-même, d'abord très réticente à cette idée, acceptera d'aller en MSP. Une place se libéra dans la MSP d'où elle avait préalablement fugué et elle y sera finalement réadmise. La personne-référence de la patiente prit beaucoup de temps pour accompagner Mme Cécile dans son nouveau lieu de vie, et pour aider à ce que les liens se tissent avec ses nouveaux soignants. Madame Cécile sera également aidée par une dame de compagnie, Augusta, engagée par son administrateur de bien. Celle-ci s'était déjà présentée plusieurs fois au service A pour visiter la patiente et continuera son travail auprès d'elle à la MSP, favorisant son transfert. Alors que la solution du placement semblait faire consensus au niveau des intervenants et malgré l'insistance de l'équipe du service A, l'administrateur de bien continuera à militer pour qu'intervienne un retour à domicile, et refusera de rompre le bail de l'appartement dans lequel Oscar s'était pendu, prétextant le garder « au cas où ». Ceci eut pour effet de semer un certain trouble au sein de la patiente, tiraillée entre les deux solutions. Elle dira à son infirmière-référente : "Je vais finalement bientôt rentrer chez moi c'est maître Norbert qui l'a dit."

À ce jour (octobre 2009), la situation de la patiente s'est stabilisée, elle vit toujours à la MSP et l'unité reçoit de temps en temps de ses nouvelles via les différents liens qui unissent les deux institutions.

Le récit de Mme Cécile n'a rien d'exceptionnel au regard d'autres cas évoqués lors des analyses en groupe. Il est cependant exemplatif de la pratique de soins psychiatrique à plusieurs niveaux. Le premier enjeu est celui de la répétition. Sur une période de 15 mois et 19 jours, Mme Cécile a séjourné dans le service A de Saint-Jean-de-Dieu un total de 9 mois et 2 jours en quatre hospitalisations. Selon l'équipe soignante,

ceci témoigne du caractère itératif du soin en psychiatrie, puisque le temps psychique nécessaire pour accepter des changements est un temps lent, souvent plus long que les 3 semaines habituellement dévolues à l'intervention des services A. Le deuxième enjeu est celui du remplacement d'un lien juridique (lorsque Mme Cécile est contrainte de se rendre au service A) par un lien thérapeutique et transférentiel. Ce lien est non seulement à créer, mais aussi et surtout à passer vers d'autres personnes, d'autres groupes, d'autres institutions, ambulatoires ou non. Enfin, le dernier enjeu est celui du degré d'autonomie que l'on peut rendre au patient atteint de troubles mentaux.

## L'analyse en réseau : une introduction

### Qu'est-ce que le réseau?

Comme le signalent Provan *et al.* (2007) dans leur revue de la littérature, le réseau qualifie à la fois une perspective scientifique (l'analyse en réseau) et une forme de gouvernance (le travail en réseau ou « networking »). Dans cet article, nous mobilisons la perspective scientifique pour étudier la forme de gouvernance. L'analyse en réseaux est tantôt décrite comme une théorie ou une méthodologie de recherche qui prend de l'ampleur dans les disciplines de sciences sociales au point que pour certains, « l'analyse structurale des réseaux constitue, ou est en voie de constituer, un véritable paradigme » (Degenne, Forsé, 1994 : 16). Lazega (1997) postule que cette méthode possède une pertinence certaine pour étudier les rapports entre les individus et les groupes, dans la mesure où elle prend en compte les ressources et capitaux dont disposent les acteurs. Dans le même temps, elle tient également compte des structures qui contraignent ces mêmes rapports. Elle invite à considérer la dualité du structurel, pour reprendre les termes de Giddens (1987), en étudiant le social, l'environnement comme ce qui à la fois permet et contraint les actions individuelles ou collectives. Il est important de souligner avec Granovetter (2000 : 34) que la dimension du groupe est fondamentale parce que « l'analyse des réseaux sociaux est fondamentalement sociologique et non pas psychologique ; l'élément central est ici les relations, bien plus que l'individu ; et l'on ne

peut saisir l'importance de la structure générale des réseaux sociaux, si l'on analyse uniquement les motivations individuelles ».

De ce point de vue, l'analyse en réseau semble pertinente pour étudier le parcours de Madame Cécile puisqu'on a affaire à un entrelacs de relations, dont plusieurs personnes ou groupes de personnes (que nous appellerons des sommets) sont les protagonistes, et au cours desquelles s'échangent plusieurs types de ressources. Ces échanges sont permis et contraints par des intérêts (un but), des marges de manœuvre, des possibilités structurelles. L'analyse en réseau convient alors pour décrire et tenter de formaliser une situation complexe et dynamique.

Tel que nous l'entendons ici, le réseau n'a donc rien d'une connotation négative, que l'on peut par exemple entendre lorsque l'on parle de réseau politique, signifiant par là des systèmes de copinage et de cooptation qui court-circuitent les lignes hiérarchiques normales. Les réseaux peuvent être compris comme des systèmes d'acteurs sociaux qui s'échangent des ressources de plusieurs sortes (économiques, relationnelles, informationnelles). Selon le systémicien Lemoigne, un système doit être compris comme quelque chose qui *dans* quelque chose (un environnement), *pour* quelque chose (finalité ou projet), *fait* quelque chose (activité, fonctionnement), *par* quelque chose (structure, forme stable), qui se *transforme* dans le temps (évolution). (in Lemieux, 1999 : 7). On déclina chacune de ces dimensions par la suite.

### Les limites de l'analyse en réseau

Avant d'avancer une définition plus précise de ce que l'on doit entendre ici par réseau, nous voudrions mentionner les limites de cette approche, auxquelles répondent certaines limites de notre recherche. Une première question épineuse que pose l'analyse en réseau est celle de la définition du terrain. Idéalement, pour étudier un réseau, le chercheur devrait avoir connaissance de *toutes* les relations qui existent entre *tous* les sommets du réseau. Autrement dit, la saturation des données n'advient que lorsque la situation a été totalement explorée. « La méthode structurale est très sensible aux valeurs

manquantes qui limitent drastiquement l'application de ses modèles » (Lazega, 1997 : 5). En effet, pour en arriver à cette saturation idéale, le chercheur est totalement dépendant de son terrain, à la fois de la bonne volonté des acteurs, de la mémoire de ceux qui relatent le cas (n'a-t-on pas oublié de mentionner l'un des acteurs ?), etc. Dans notre étude, nous avons convoqué dans l'analyse tous les sommets qui, dans le cas de Mme Cécile tel qu'il est relaté, ont joué un rôle important dans le processus thérapeutique, mais cette analyse ne prétend pas être exhaustive.

Un deuxième problème, lié au premier, que certains auteurs évoquent, est le degré de formalisation auquel pousse l'analyse en réseau. Il s'agirait non seulement de reconstruire schématiquement le tissu relationnel, mais également d'en analyser la teneur, notamment à travers les idées de densité du réseau et de connexité. Ce faisant, on pousse l'analyse en réseau du côté d'une perspective quantitative, ainsi que le souligne Mercklé (2004 : 25-27). Quel que soit l'intérêt de cette formalisation poussée à l'extrême par ailleurs, il nous semble que dans le cas qui nous occupe, elle risque de passer à côté d'une importante dimension phénoménologique des relations, irréductible à des formulations algébriques. On ne cherchera donc pas à « quantifier » les relations, ni la connexité du réseau <sup>1</sup>.

Au final, si nous prétendons utiliser ici l'analyse en réseau, c'est surtout dans une perspective heuristique. Son but n'est pas de « rendre mesurable » les rapports entre groupe et individu ou autrement dit le tissu relationnel autour d'un sommet, mais bien d'utiliser les ressources de formalisation que celle-ci offre pour comprendre le mécanisme du travail en réseau pour un service A de soins psychiatrique.

### **Le réseau présent dans le récit de Mme Cécile : définition des concepts**

Ces précautions prises, on peut avancer dans la définition des concepts que nous mobiliserons. Jusqu'à présent, nous avons utilisé de manière générale le mot réseau pour qualifier un ensemble de relations. La théorie des graphes offre des concepts plus précis qui nous permettront de préciser à quel type

1 Pour un exemple de recherche dans cette perspective sur un réseau de soin psychiatrique, voir Britton Milward et Provan (1998).

de « réseau » nous avons ici affaire. On peut reprendre deux distinctions opérées par Lemieux (1999).

### **Réseaux et appareils**

La première concerne la structure de l'entrelacs de relations qu'on essaye de qualifier et différencie les réseaux des appareils. Les réseaux sont « des systèmes d'acteurs sociaux qui, pour des fins de mise en commun de la variété (faite des relations d'acteurs et de ressources) dans l'environnement interne, propagent la transmission de ressources en des structures fortement connexes » (Lemieux, 1999 : 11). De l'autre côté, les appareils sont « des systèmes d'acteurs sociaux qui, pour des fins de mise en ordre de la variété dans leur environnement externe, contraignent la transmission de ressources en des structures faiblement connexes » (*Ibid.*). On peut définir la variété comme le taux de connexions présentes dans le réseau. Si toutes les connexions entre les sommets sont réalisées, la variété est de 1. Si aucune connexion n'est présente, la variété est de 0. Par la mise en commun de la variété (transmission de relations et de capitaux) qu'ils effectuent, les réseaux sont des systèmes qui visent à maximiser l'usage des ressources (informationnelles, statutaires, etc.) pour l'entièreté du groupe concerné (tout le monde doit en profiter). Au contraire, les appareils ont pour conséquence de contraindre fortement la transmission des ressources, afin de maintenir une inégalité de capitaux (comme lorsque je refuse de partager une information importante pour garder un avantage). Entre ces deux situations idéal-typiques, Lemieux ajoute les cas intermédiaires de quasi-réseaux et de quasi-appareils.

Comme on le verra dans les schémas (cf. infra), le système représenté dans le récit ne possède ni les caractéristiques d'un réseau intégral, ni celle d'un appareil intégral, puisque beaucoup de connexions existent entre les sommets (Mme Cécile, le service A, les MSP, Oscar, etc.), mais que toutes ne sont pas réalisées. Par exemple, Oscar n'est jamais entré en contact avec les MSP. Cependant, ce système est caractérisé par une connexité importante. La connexité existe quand le graphe contient au moins une racine, c'est-à-dire un point à partir duquel on peut relier tous les autres (le(s) « centre(s) » du réseau). Le service A joue ici ce rôle. Ces caractéristiques rapprochent plutôt le graphe du quasi-réseau tel que l'entend

Lemieux<sup>2</sup>. Chaque fois que nous parlerons à présent du réseau de soin, c'est cette définition-là du quasi-réseau qu'il faudra entendre.

### *Réseaux de soutien et réseaux de mobilisation*

La deuxième distinction effectuée par Lemieux et qui nous est utile ici concerne le type de réseau « thématique » auquel on a affaire. Sans prétention à l'exhaustivité, Lemieux en distingue plusieurs, parmi lesquels nous pouvons en retenir deux que l'on peut rapprocher du cas qui nous occupe. De toutes les formes de réseau relevées par Lemieux (1999), celle qui correspond au mieux à la situation actuelle est celle qu'il dénomme « réseau de soutien » : « ... Le propre de ces réseaux ne réside pas principalement dans l'attribution de ressources relationnelles ou statutaires d'un acteur à l'autre. Il s'agit plutôt de transmettre des ressources relationnelles, au bénéfice de personnes qui en ont besoin. C'est la propagation de ces ressources, en direction des personnes à soutenir, qui caractérise les réseaux de soutien » (1999 : 57). Ces réseaux sont déterminés par l'importance de liens forts, de confiance, où se jouent une importante transmission d'information et de ressources d'aide. Le réseau que l'on peut déjà intuitivement décanter ici possède certaines caractéristiques de ce système. L'idée d'une mise en commun de la variété pour le bien d'une personne est évidemment centrale au réseau de soin. On peut en effet supposer que la totalité des sommets travaillent ensemble à un même but : trouver une solution thérapeutique pour Mme Cécile, tenter de rendre une partie de son autonomie à la patiente. Tout est dirigé vers une cible à laquelle on apporte du soutien (Cabanel, Lungeri, 2005 : 68).

Cependant, il paraît clair que subsumés sous ce même but général, les motivations des individus n'en sont pas moins hétéroclites. Autrement dit, quand bien même on voudrait tous qu'une solution soit trouvée pour Mme Cécile, rien n'indique que nous soyons du même avis quant à ce que « rendre son autonomie à la patiente » signifie. Comme on le verra ici dans le cas de Mme Cécile, deux pistes ont été suivies : a) un projet de retour à domicile, et b) un projet de placement dans une maison de soins psychiatriques (MSP). La légitimité de ces deux solutions et le nombre d'acteurs du réseau qui les soutiennent varient avec les temps. En effet, chaque acteur ou

2 Précisément, il précise que la condition pour qu'il existe un quasi-réseau est qu'il y ait une biconnexion (échange mutuel de ressources) directe ou indirecte (qui passe par un autre acteur) entre chacun des sommets (1999 : 21).

groupe d'acteurs peut avoir un ordonnancement différent des perspectives auxquelles il donne sa prédilection, même s'il est peut-être possible que certains pôles avouent les mêmes préférences.

Du fait de ce relatif désaccord, le système endosse une caractéristique d'un autre type de réseau étudié par Lemieux, les réseaux de « mobilisation ». Ces derniers sont des réseaux où les acteurs tentent de mobiliser les ressources détenues par d'autres acteurs à leur avantage. La question du pouvoir, des marges de manœuvre et des pressions est ici réintroduite. Puisque tout le monde n'est pas du même avis, il va falloir démarcher pour que mes intérêts (c'est-à-dire la solution que je promeus) puissent passer, quand bien même cela serait au détriment d'autrui (autrement dit, quitte à ce que les plans d'autrui s'en trouvent compromis).

Au final, si le réseau de soin auquel nous avons affaire ici garde la caractéristique fondamentale de transmettre des ressources pour soutenir un des sommets (Mme Cécile), « les réseaux de mobilisation [...] montrent [...] comment, dans un quasi-réseau, les finalités de mise en ordre de la variété peuvent se mêler aux finalités de mise en commun de la variété. » (Lemieux, 1999 : 87). Autrement dit, la poursuite d'un but commun défini de manière lâche n'empêche pas que des relations de pouvoir et de pression interviennent pour contraindre la transmission des ressources. Pour mieux formaliser le réseau décrit dans le récit de Mme Cécile, nous abordons à présent les questions a) des acteurs et des ressources, b) de l'activité du réseau et c) de son évolution dans le temps.

## **Les acteurs et les ressources en présence dans le récit de Mme Cécile**

### ***Les acteurs***

Le réseau de soin s'organise d'abord autour de son instigateur, à savoir le service A qui prend en main le début du processus thérapeutique dans lequel est engagé la patiente, mais ensuite et surtout autour d'une relation fondamentale : le lien entre l'équipe soignante et le patient, ou plus précisément entre le patient et son référent au sein de cette équipe soignante. Du fait de son caractère de « première ligne », le service et plus

particulièrement le référent du patient occupent la place de point de passage obligé (Callon, 1986), dont le rôle est en partie celui de répartir les informations, de dispatcher les tâches et les responsabilités, de stabiliser des situations avec le concours d'autres acteurs. Plusieurs participants à l'analyse en groupe ont insisté sur l'importance de cette relation entre l'utilisateur et son référent, parce qu'elle est riche en information, à la fois pour le patient et pour le soignant, et qu'elle permettrait donc de donner certains indices quant à la piste à suivre pour le projet thérapeutique. Cette relation est présentée comme biconnexionnelle : le soignant prodigue des soins et des pistes de solutions, et il « reçoit » principalement de l'information de la part du soigné, à côté d'autres éléments de l'ordre de l'affect. La référente de Mme Cécile dit :

On a travaillé avec Mme Cécile presque un an, et j'ai appris à ses côtés en termes professionnels. C'était ma première patiente référence. En tant qu'infirmier, on est référent de patients. J'ai découvert beaucoup de choses. Elle m'a beaucoup touchée, quelque chose de fort s'est passé avec elle.

L'équipe soignante joue véritablement le rôle d'articulateur ou de transconnecteur (Lemieux, 2004), c'est-à-dire qu'elle est virtuellement en contact avec tous les autres sommets du réseau.

Quels sont les différents acteurs qui gravitent autour de la relation de soin ? Il y a d'abord ceux qui sont issus du réseau du patient : amis, conjoint, etc. Ensuite, certains acteurs ont contribué à amener le patient à entrer en contact avec le service de psychiatrie (juge, assistant social, administrateur de biens, etc.). Enfin, il y a tous les acteurs convoqués par le service lui-même pour compléter la relation de soin (MSP, service de soins psychiatriques à domicile, etc.).

Dès lors, il semble qu'on puisse distinguer deux sous-réseaux dans le réseau de soin pris dans sa totalité. Il y a d'un côté le réseau autour du patient, dont le patient est lui-même le point central, et de l'autre côté le réseau de soin, instigué et activé par l'équipe soignante du service A. Les acteurs qui émanent du monde du patient peuvent jouer un rôle important dans l'orientation donnée à la relation thérapeutique et à l'éventuel projet dans lequel elle s'inscrit, notamment par le biais d'une influence sur la prise de décision. En effet, si la

relation centrale se joue entre le patient et son référent, aucun des deux n'est en position de force pour imposer à l'autre sa perspective. Dès lors le projet thérapeutique qui sera mis en place est sensible aux pressions et à la légitimité des sommets qui portent l'une ou l'autre de ses formes (retour à domicile ou placement en MSP). De son côté, le service est amené à convoquer de nouveaux sommets, à (ré)activer des liens rihomatiques afin de construire un projet thérapeutique à long terme.

Les décisions prises par rapport à l'allure des projets existent donc dans un univers des possibles où finalement rien n'est certain, qu'influencent non seulement les soignants, mais également les personnes proches du patient (Provan *et al.*, 2002). Les soignants ne se trouvent pas en situation de « marché informé » (J. Rémy *et al.* 1973), où ils auraient connaissance de toutes les possibilités à leur disposition. Dès lors, toute information qui émanerait de membres du réseau du patient est bonne à prendre. On en vient alors à la question des ressources.

### **Les ressources**

On peut distinguer trois types de ressources qui sont mobilisées dans pareil réseau :

- Les ressources actionnelles (celles qui permettent de mettre en place un projet thérapeutique au bénéfice du patient), qui vont des visites à domicile du CPAS au traitement chimique que peut proposer un psychiatre en passant par le soutien moral que peuvent offrir des proches ;
- Les ressources connexionnelles (celles qui permettent d'activer un réseau) constituées par toutes les relations dont dispose un sommet ;
- Les ressources de légitimité (celles qui justifient le fait de prendre part à la situation et d'avoir un avis sur les questions traitées) parmi lesquelles on peut distinguer a) les ressources informationnelles (celles qui permettent d'être « bien placé pour savoir » ce qu'il faudrait faire) obtenues par la proximité avec le patient et, b) les ressources statutaires (qui permettent, à travers des compétences acquises, de poser un diagnostic (médical ou non) sur la situation).

Tous les acteurs du réseau disposent, dans des proportions variables, de ces trois types de ressources et peuvent décider

d'en faire usage ou non. Le patient, par exemple, dispose d'un capital de légitimité via des ressources informationnelles : il « sait » (plus ou moins) ce qui est bon pour lui. Il dispose également de ressources connexionnelles, qui lui permettent d'activer le réseau des proches par exemple. Enfin, il dispose également de ressources actionnelles en ce qu'il peut contribuer ou non à la bonne marche du projet thérapeutique. Les membres du sous-réseau du patient comptent avant tout sur leurs ressources de légitimité pour avoir voix au chapitre, en insistant sur la connaissance qu'ils ont du cas de Mme Cécile. Ils comptent également sur leurs ressources actionnelles pour justifier de prendre part au processus thérapeutique, en insistant (dans le cas qui nous occupe) sur l'aide qu'ils peuvent fournir, la sécurité et la familiarité qu'ils offrent. Enfin, l'équipe soignante (et, partant le réseau de soin qu'elle active) compte évidemment sur les trois types de ressources. Ses membres disposent d'un capital actionnel important, puisqu'ils sont les instigateurs et les moteurs du processus thérapeutique. Ils mobilisent des ressources connexionnelles en « faisant appel à l'équipe », c'est-à-dire en activant des liens qui peuvent servir le projet thérapeutique mis en place. Enfin, ils font usage de leur capital de légitimité, composé de ressources statutaires (ils ont l'expertise reconnue pour poser un diagnostic médical, psychologique ou social), mais aussi de ressources informationnelles (particulièrement dans le chef du référent, du fait de la relation serrée qu'il entretient avec le patient).

### **L'activité du réseau**

L'activité formelle et officielle du réseau est la construction et le suivi d'un projet thérapeutique au bénéfice du patient qui constitue un des sommets de ce réseau. Concrètement, cela passe d'abord par l'échange et l'usage des trois types de ressources par les différents sommets. Ensuite et surtout, le projet thérapeutique se met en place à travers la construction d'un lien thérapeutique fort entre le patient et un (ou une constellation de) soignant(s) qui peuvent faire usage de ressources actionnelles. Ce lien thérapeutique changera de protagoniste, comme on l'analysera au point suivant. Le dernier rôle du réseau est donc de (se) passer ce lien. Dans les dires de l'équipe soignante, contrairement à ce qui est parfois entendu, ce n'est

pas un patient que l'on transfère d'une institution à l'autre, mais bien plutôt ce lien fort qui s'est constitué avec le référent et plus largement service A, mais que ce dernier, vu son statut, n'a pas pour mission de prolonger. Il doit se trouver un substitut. Dès lors, il est important de mobiliser ses ressources connexionnelles, pour que le relais ne prenne pas l'allure d'une cassure, d'une nouvelle situation où il faut tout recommencer à zéro pour le patient.

Construire ce lien n'est pas chose aisée. Mais passer ce lien n'est pas plus facile, d'où la nécessité soulignée par plusieurs intervenants d'un investissement dans ce travail de transfert. En effet, cette relation forte entre le patient et le référent se déroule en partie sous l'égide de ce que L. Thévenot appelle « régime de familiarité » (1999). Par le lien thérapeutique qu'on construit en remplacement du lien juridique qui avait amené Mme Cécile à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, on entre dans une certaine familiarité spécifique avec le patient. Le travail de transfert du lien permettrait à la fois au patient de s'accoutumer à sa nouvelle situation, mais permettrait également la transmission d'informations parfois difficilement dicibles à la nouvelle équipe soignante, mais déjà comprises, traduites et rassemblées par la personne référence au sein du service. Ces informations peuvent s'avérer précieuses (aussi parce que difficiles à obtenir), ce qui renforce le capital de légitimité dont dispose l'équipe soignante.

### La temporalité

La formalisation que permet l'analyse en réseau ne prend réellement tout son intérêt que lorsque celle-ci intègre une dimension diachronique qui permet d'en comprendre la dynamique et ne contraint pas à une appréhension statique. En effet, le récit nous montre bien que le réseau de soin autour de la relation soignant-patient évolue constamment. Quatre temps peuvent être distingués dans le récit de Mme Cécile :

- Une première hospitalisation suivie d'un retour à domicile
- Une deuxième hospitalisation avec une tentative de placement
- Une troisième hospitalisation suivie d'un nouveau retour à domicile
- Une quatrième hospitalisation avec un placement en MSP

Au cours de ces quatre moments, les choses évoluent à deux niveaux. À un niveau « objectif » tout d'abord, avec des modifications au niveau du nombre de sommets présents dans le réseau, et des liens entre eux. À un niveau « symbolique » ensuite, puisque la légitimité des deux solutions possibles (retour à domicile ou placement en MSP) ainsi que le nombre de leurs supports évoluera au fil du temps (Suchman, 1995 *in* Provan *et al.*, 2002).

### *1<sup>er</sup> temps : retour à domicile*

Quand Mme Cécile arrive pour la première fois au service A, c'est suite à une relation problématique avec son compagnon (Oscar), ce dernier l'ayant quittée après plus de 10 années de vie commune. La soudaine absence de cette relation déséquilibrée Mme Cécile, dont l'administrateur de bien demande la mise en observation. Une fois la patiente arrivée, la connexion centrale avec le référent se met en place, le récit raconte comment un lien « important » s'est tissé entre Mme Cécile et l'institution, pour devenir ensuite la relation thérapeutique patient-soignant. La relation thérapeutique ne coupe pas Mme Cécile de ses anciens liens : elle reste au centre de son sous-réseau, principalement constitué par Oscar (qui donne des coups de fil de temps en temps) ainsi que par l'administrateur de bien. Ce sous-réseau, en ce compris Mme Cécile, milite pour que le projet thérapeutique prenne la forme d'un retour à domicile. L'administrateur de bien mobilisera ses ressources actionnelles par exemple en s'occupant de la rénovation de l'appartement afin que celui-ci puisse constituer un lieu de vie agréable. Au sein de l'équipe soignante, les avis sont partagés quant à la posture à adopter, mais c'est finalement la solution du retour à domicile qui l'emporte. Pour faciliter ce retour à domicile, l'équipe soignante peut à son tour mobiliser des ressources de son propre sous-réseau. En effet, l'assistante sociale du service A, qui par ailleurs n'était pas convaincue de la pertinence du retour à domicile, mobilisera des aide-familiales, des aide-ménagères, des infirmières, des soins psychiatriques à domicile, des repas chauds à domicile, un suivi médical extérieur (ces différents pôles sont regroupés dans ce schéma sous l'appellation « services sociaux » pour ne pas l'alourdir inutilement).

On avait vu que la faiblesse de la relation entre Mme Cécile et Oscar avait amené à la mobilisation du réseau de soin. La



## ***2<sup>e</sup> temps : tentative de placement en MSP***

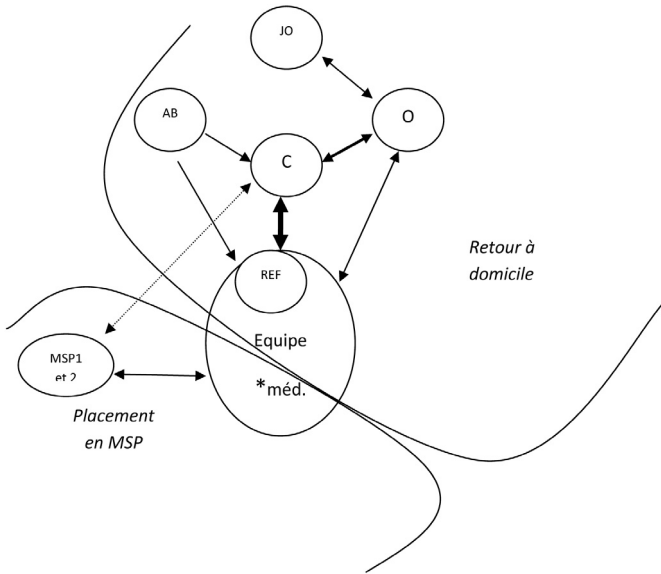
Suite à l'échec de la première formule, une réorganisation se met en place. Des acteurs disparaissent (services sociaux), d'autres apparaissent. Il y a d'abord Oscar, déjà présent dans la configuration précédente, mais qui tend à revenir dans la vie de la patiente. Oscar se rend également au service A pour voir sa petite amie du moment, Josiane, qui est également soignée dans ce service. Elle constituera le prétexte au renforcement des liens entre Oscar et Mme Cécile. Cependant, l'équipe soignante du service A jugera problématique la situation structurale que les relations d'Oscar avec les deux patientes créait, considérant qu'elle ne rentrait pas dans le cadre du processus thérapeutique. L'équipe, qui avait mandaté son chef de service pour intervenir, va tenter d'affaiblir la connexion entre Oscar et les deux patientes, en renforçant en même temps la position de trou structural (Burt, 1992) du service : pour entretenir des contacts avec ces patients à l'intérieur du service, Oscar devra obtenir l'accord de l'équipe.

La perspective d'un placement en MSP a gagné en légitimité (même si le sous-réseau de Mme Cécile milite toujours pour le retour à domicile), et c'est vers elle qu'on se tournera. L'équipe mobilisera successivement deux maisons de soins psychiatriques pour tenter d'y transférer le lien thérapeutique qu'ils avaient construit avec la patiente. Une première MSP (MSP) sera jugée non pertinente du fait de son refus, et donc non exploitée. Ici encore, c'est le lien entre Mme R et la MSP qui a causé l'échec de cette forme. Comme c'était le cas avec les services sociaux qui accompagnaient son retour à domicile, la patiente a ici utilisé sa marge de manœuvre pour faire échouer (volontairement ou non) le processus thérapeutique, en procédant à une présentation de soi qui a refroidi la MSP qui proposait de l'accueillir. Le processus sera identique avec une deuxième MSP contactée par l'équipe qui pourtant acceptera la patiente. En effet, Mme Cécile, utilisant encore une fois sa marge de manœuvre, empêchera la MSP de mobiliser ses ressources actionnelles en prenant la fuite.

L'abandon de ce sommet (MSP) causera une réduction de la « surface » de légitimité et de faisabilité de la solution du placement en MSP, et, parce que la police y ramènera Madame Cécile, le service A se voit à nouveau adjoint une centralité dont il cherche à se débarrasser par le truchement

d'un projet thérapeutique à long terme. La relation thérapeutique principale ne change pas : Mme Cécile est ramenée au service A.

**Schéma 2 : premier placement en institution de Mme Cécile**



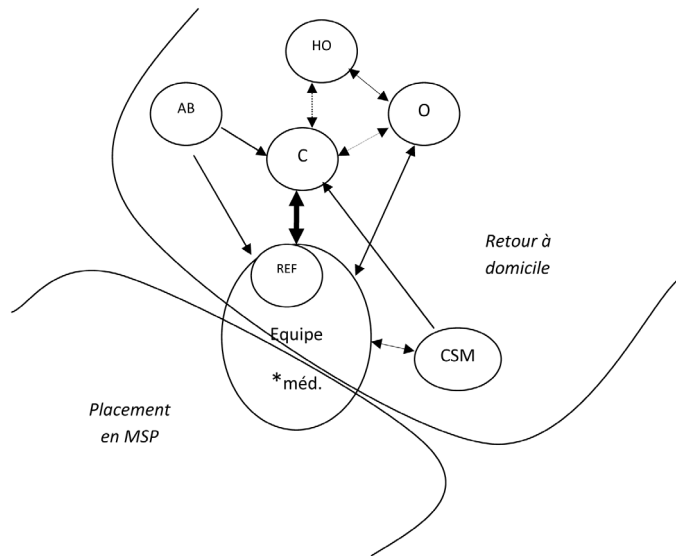
**3<sup>e</sup> temps : deuxième retour à domicile**

L'équipe, et le réseau tout entier cherchent à nouveau une possibilité de stabilisation de la situation. Après l'échec du placement, la solution de retour à domicile va de nouveau être envisagée. En effet, cette solution était toujours hardiment promue par Mme Cécile et par son administrateur de biens. Du point de vue de l'équipe, Oscar a joué le rôle facilitateur dans ce retour à domicile en tant qu'élément qui stabilisait Mme Cécile. Les intervenants extérieurs ont été remplacés par un centre de santé mentale bruxellois (CSM). Suite à l'échec de la première configuration, l'équipe a cette fois pris le soin de sécuriser la relation CSM/C en obligeant Mme Cécile à accueillir l'aide des intervenants.

Après deux visites de la part du référent et d'un autre infirmier au domicile de Mme Cécile – qu'elle partageait avec Oscar et un autre homme (HO) – qui ont permis de percevoir l'insalubrité des lieux et de la promiscuité qui y régnait, l'équipe

a pu se rendre compte du potentiel menaçant que le sous-réseau de Mme Cécile représentait pour cette dernière. Dès lors, la solution qu'ils promouvaient (le retour à domicile) n'aura plus de légitimité aux yeux de l'équipe. Cependant, c'est encore une fois la patiente qui décidera de l'issue de cette nouvelle configuration, en quittant abruptement le service A et en précipitant donc son retour à domicile.

**Schéma 3 : 2<sup>e</sup> retour à domicile de Mme Cécile**

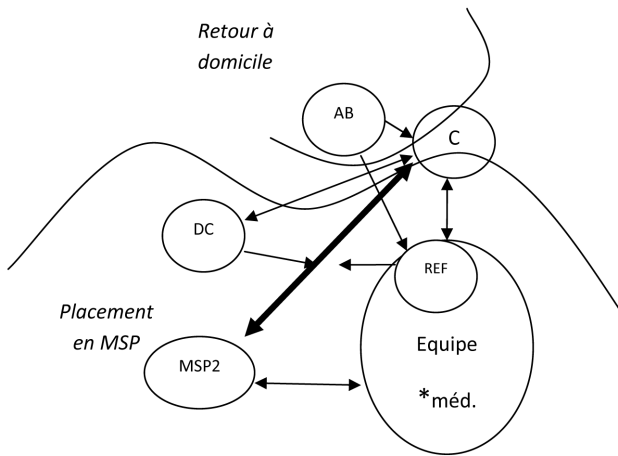


#### **4<sup>e</sup> temps : deuxième placement en MSP**

Cette situation aurait peut-être pu se décanter si un événement dramatique n'avait pas surgi dans la configuration du réseau, à savoir le suicide d'Oscar. Puisque celui-ci jouait un rôle central dans la promotion de la solution « retour à domicile », sa disparition change complètement la donne. En effet, elle fait basculer le centre de gravité de la légitimité définitivement vers l'issue du placement en MSP, même aux yeux de Mme Cécile, et bien que son administrateur de bien continue à montrer un soutien indéfectible à la solution du retour à domicile. La MSP2 sera à nouveau convoquée dans le réseau (MSP2), et l'équipe s'attachera à sécuriser le lien entre Mme Cécile et la nouvelle équipe soignante (C/MSP2) en accompagnant la passation de témoin dans la durée, notamment via des visites du

réfèrent. Un nouveau sommet dans le graphe facilitera le transfert du lien, il s'agit de la dame de compagnie de Mme Cécile (DC), qui lui rendra plusieurs fois visites sur place. On voit clairement que la solution « retour à domicile » a « perdu du terrain », tant au niveau de la légitimité qu'au niveau de ses supports. Seuls l'administrateur de biens et Mme Cécile (en partie) continuent à militer pour qu'on prenne cette voie. On voit également que la dame de compagnie et le réfèrent ont joué un rôle dans la mise en place et l'entretien de la relation C/MSP2.

**Schéma 4 : deuxième placement en MSP de Mme Cécile**



## Enseignements : ce que l'analyse en réseau apprend sur le travail en réseau

### Agir sur les relations

En indiquant, par exemple dans le dernier graphe des flèches qui n'unissent pas deux sommets, nous nous inscrivons en faux par rapport à l'analyse classique en réseau. Mais cela nous semblait indispensable pour comprendre la spécificité d'un réseau thérapeutique organisé autour d'un service de courte durée tel que nous pouvons l'observer dans le récit de Mme Cécile. On avait souligné qu'il n'y avait pas que des ressources qui s'échangeaient, et que le travail du réseau ne se limitait pas à « balader » un usager dans différentes institutions (même si factuellement, c'est bien lui qui bouge). Le

réseau thérapeutique se caractérise par l'élaboration d'une relation de soin, qu'il convient ensuite d'essayer de transférer vers d'autres sommets, en tentant de stabiliser la situation. Travailler sur le passage du lien avait été décrit plus haut comme l'activité principale du réseau.

### Un pouvoir distribué

Le récit de Mme Cécile et sa formalisation à l'aide de la théorie des graphes confirment rétrospectivement la pertinence de l'application d'une analyse en réseau. En effet, on a bien vu que si la configuration du réseau évoluait, si le centre de gravité de la légitimité des solutions balançait, c'est parce que très peu (voir pas) de relations de contrainte sont exercées, ce qui laisse une marge de manœuvre très importante à tous les sommets. Notons que Goffman (*Asiles*, 1968) et Crozier et Friedberg (*L'acteur et le système*, 1977) avaient montré que même dans des relations hiérarchiques, les contre-pouvoirs, même des acteurs en position de faiblesse, n'étaient jamais totalement abolis. À plus forte raison, on peut dire qu'ici, chacun, et particulièrement le patient, a son mot à dire, dispose de ressources qu'il choisit ou non de mobiliser à son avantage. Ceci renvoie à la question posée par Perron (2005) de savoir si l'inscription des pratiques thérapeutiques dans un réseau de soin favorise l'autonomie du patient. On pourrait faire l'hypothèse que d'un point de vue structural, la réponse serait affirmative, puisque l'augmentation du nombre de sommets présents tend à morceler le pouvoir et à multiplier le nombre des ressources.

Dès lors qu'aucun sommet ne peut imposer quoi que ce soit aux autres, un nécessaire travail d'explicitation de son argumentaire se fait jour : il faut discuter, s'expliquer pour faire passer son avis. Pour reprendre les termes de M. Callon (1986, 1999), un processus d'intéressement des autres acteurs doit se mettre en place. C'est particulièrement le cas par rapport au patient. Puisque celui-ci – comme on l'a vu – a la possibilité de faire capoter les solutions thérapeutiques mises en place par l'équipe, il est important de s'assurer de son (relatif) assentiment, de faire en sorte que lui aussi trouve un intérêt dans la configuration qu'on lui propose. Bref, dire que « c'est pour son bien » ne semble pas constituer un facteur de stabilisation

suffisant : il faut que les patients soient un minimum convaincus de la pertinence des propositions qui leur sont faites. Ainsi que le dit l'assistante sociale du service A :

On pensait que la MSP, c'était le mieux pour Mme Cécile. Quand elle a accepté après le décès d'Oscar, elle parlait du docteur de cette MSP, qu'elle avait d'ailleurs rencontré ici dans le service, elle avait dit « il est beau, je suis amoureuse de lui ». Si elle a finalement accepté d'y aller, c'est pas parce qu'elle estime que ça lui convient mais parce qu'il y a quelque chose auquel elle accroche, qui lui plaît.

### Le rôle et la place du service

Malgré tout, le service A occupe une place très particulière dans le réseau. On l'avait qualifié plus haut de transconnecteur, c'est-à-dire du point à partir duquel on peut rejoindre tous les autres sommets. Qui plus est, il est dans les trois premiers graphes l'acteur central de la relation thérapeutique, par le truchement du référent. On aura compris qu'en tant que service A, il faut tenter pour l'équipe de se débarrasser de la centralité qu'elle occupe, ce qui a échoué. Après chaque nouvelle configuration, Mme Cécile revenait au service, renforçant encore le pouvoir du lien qui l'unissait à l'équipe des soignants (à travers le référent). Durant tout ce temps, l'équipe « gardait la main ». Le but du processus est donc pour l'équipe de se dégager de cette centralité en essayant d'instaurer un lien thérapeutique fort entre Mme Cécile et un ou des autres pôles. Dans les tentatives précédentes, ces nouveaux liens ont échoué (C/SS, C/MSP1 et 2, C/O/HO). Il semble que la dernière configuration (C/MSP2) se soit stabilisée (jusqu'à nouvel ordre).

Au niveau de la structure, le service A a joué deux rôles distincts et complémentaires que l'on peut qualifier de « faiseur » et de « mailleur », pour reprendre les termes de Boltanski et Chiapello (1999), utilisés dans un autre contexte. Le faiseur peut être compris comme un personnage qui cherche à tourner le réseau à son avantage, par exemple en tentant de s'octroyer une position centrale ou, comme le dit Burt (1992), une position de trou structural. Un acteur est en position de trou structural quand il est le point de passage obligé entre deux autres acteurs, qui n'ont par ailleurs pas de contact entre eux. La position de passage obligé est très fragile car l'acteur doit garder

étanches les deux zones qu'il met en communication de telle manière qu'il n'y ait qu'à l'intérieur de lui-même que celles-ci puissent se rencontrer. Le faiseur est donc en quelque sorte un tueur de réseau, et un créateur d'appareil au sens de Lemieux, au contraire du mailleur, qui, lui, mettra en commun toute nouvelle ressource et connexion. Le mailleur fait du lien au bénéfice du réseau tout entier.

Bien sûr, dans le cas qui nous occupe, il est clair que le service de soin psychiatrique agit dans (ce qu'il pense être) l'intérêt du patient, et joue le plus souvent le rôle de mailleur. Mais l'intérêt du patient requiert parfois des actions de faiseur. En effet, l'équipe soignante peut tenter d'obtenir une position de prééminence, ou, dans les termes du réseau, une position de trou structural. Dans le cas de Mme Cécile, cette situation s'est manifestée lorsque l'équipe a demandé à leur chef de service d'intervenir dans la relation jugée comme problématique entre Mme Cécile, Oscar, et une autre patiente du service.

**Chef de service (psychiatre) :** Le truc d'Oscar, pour moi c'était pas évident. On m'avait demandé de dire à Oscar de ne pas venir, puisqu'il oscillait entre deux compagnes-patientes. J'étais d'accord, mais je trouvais que c'était difficile d'intervenir dans cet amour à 3. C'est l'équipe qui m'avait demandé d'interdire ça. Moi j'étais pas très chaud, j'étais mal à l'aise. Et Oscar a très mal vécu ça, malgré le fait qu'on ait été très soft et qu'on n'ait pas fait des critiques.

La perception de Mme Cécile comme un potentiel « oiseau pour le chat » a poussé l'équipe à construire le lien thérapeutique en tentant de tirer la patiente hors de ses autres attaches, à la fois jugées comme potentiellement destructrices, mais comme des éléments qu'il faut aussi respecter. En effet, il ne s'agit nullement pour l'équipe de remplacer les relations que la patiente entretenait avec les proches « hors soins ».

### **L'importance du temps et de la dynamique essai/erreur**

La temporalité constitue une dimension extrêmement importante du réseau thérapeutique au cours de laquelle s'installe une dynamique essai-erreur. Dans les soins psychiatriques, le parcours et le projet du patient sont rarement linéaires, les progrès sont le plus souvent minimes, obtenus dans la longue

durée. C'est pourquoi de nombreuses interventions lors des analyses en groupe ont insisté sur le fait que le processus de « revolving door » (c'est-à-dire, le fait que les patients reviennent à plusieurs reprises) n'était pas d'office un échec. Le fait qu'un patient revienne au service de psychiatrie après une phase de son parcours n'est pas spécialement vécu comme un retour en arrière, mais peut être intégré dans un récit au temps long. Du fait de la distribution des ressources et de l'absence d'imposition de préférence, le hasard et la contingence prennent d'autant plus de place, chacun disposant d'une marge de manœuvre pour infléchir la marche des choses. Comme le signalent Provan *et al.* (2002), les services de soins de santé mentale ne peuvent se baser sur une gestion probabiliste de leurs ressources, tant le déroulement des processus thérapeutiques (et donc les coûts impliqués) est imprédictible. Il apparaît ici que c'est encore plus le cas lorsque les différentes entités fonctionnent en réseau.

Au final, on voit bien que la solution (temporaire) n'a nullement été imposée, que ce soit par la force, par autorité ou autre. On pourrait bien plutôt dire qu'elle a « fini par s'imposer ». En effet, c'est parce qu'un équilibre a été trouvé entre de nombreux facteurs que celle-ci a pu émerger. La définition du travail en réseau par l'équipe telle qu'évoquée précédemment correspond à cette idée : le travail en réseau permet, en modifiant la configuration du graphe – convocation de nouveaux acteurs, suppression de pôles, création de relations, création de trous structuraux – de multiplier les possibilités pour qu'une solution, à un moment donné, se révèle fonctionnelle.

### **Le cout en investissement et le peu de formalisation**

L'analyse présentée ici n'a pas permis de rendre compte d'un point important qui a surgi à de multiples reprises lors des séances d'analyse en groupe, et que la littérature sur la question relève également. De manière générale, il semble que le travail en réseau et plus particulièrement le travail de passage du lien constitue une zone très peu définie de la pratique de soins psychiatriques. Il s'agit d'une compétence peu professionnalisée et fortement liée aux situations particulières, ce que note également Schweyer (2005 : 103).

Ceci n'est pas sans lien avec le fait que l'investissement dans le travail de transfert, outre qu'il est lié aux spécificités

du patient, se déroule sous l'égide du régime de familiarité, ainsi qu'on l'a présenté plus haut. Créer une relation thérapeutique nécessite de l'investissement, mais transférer cette relation thérapeutique en nécessite peut-être tout autant. Cependant, les débats autour de la forme de cet investissement montrent bien que le rôle de l'institution et des membres qui la composent n'est pas quelque chose de défini. Hughes (1983) traitait de cette problématique en mobilisant le concept de « sale boulot », non pas tellement en tant qu'il s'agirait d'activités dévalorisantes (même si cela peut souvent être le cas), mais bien en tant qu'il s'agit d'activités dont la responsabilité n'est pas clairement attribuée. Est-ce ou non au service et/ou à certains membres particuliers à assumer cette charge ? S'agit-il d'une activité qui fait partie intégrante du processus thérapeutique ? Peut-on laisser sa réalisation au bon vouloir des membres de l'équipe ? Faut-il aller vers une professionnalisation de cet aspect de la relation de soin ? Doit-on détacher un délégué aux relations extérieures ? Est-ce à chaque référent de terminer la relation de soin qu'il a développée avec le patient lors de la passation de témoin ? Peut-on apprendre à terminer les relations ? De manière corollaire, il faut souligner que selon l'équipe, de tels processus sont très coûteux en temps et en énergie.

### **Conclusion : à quoi sert le travail en réseau ? À faire émerger des possibles**

Quel est le but de cette organisation en réseau ? Quels sont les avantages perçus par les membres de l'équipe ? Il est frappant de noter qu'alors que généralement, le fait que des usagers « tournent » dans des réseaux est généralement perçu comme un effet pervers de ce type d'organisation (on se refile la patate chaude), cet élément est plutôt perçu par les membres de l'équipe comme quelque chose de positif, ou à tout le moins de nécessaire dans la trajectoire des patients psychiatriques avec des pathologies « lourdes » telles que les psychoses. Au vu de la non-linéarité de l'évolution de l'état des patients, il est tout à fait normal et courant que se mette en place un processus de « revolving door ». Cependant, on l'a dit et répété, le service A est un service première ligne, qui n'a pas vocation à assurer des soins dans la longue durée. Son but est de se rendre inutile à moyen-terme. Dès lors, le fonction-

nement en réseau – dont on a montré qu’il était justiciable d’une analyse en réseau – offre une opportunité de multiplier les chances que la situation se stabilise pour le patient. Le travail en réseau, même s’il est coûteux en investissement et mal défini au niveau de la pratique, ouvre les possibles, permet de convoquer de nouvelles entités, de créer de nouvelles relations, en espérant qu’au final ceci permette à l’équipe soignante de déposer « ailleurs » le lien thérapeutique créé avec le patient. Puisque, on l’a montré, la contingence est très importante dans ce fonctionnement, il est tout à fait attendu que les solutions ne marchent pas du premier coup, qu’il faille fonctionner par essais.

En ce sens, le rôle du soignant ne serait pas d’abord celui d’assurer le transfert du transfert, mais bien celui d’assurer la possibilité du transfert du transfert, de mettre en place les conditions pour que ce processus se réalise éventuellement. En tout état de cause, passer le témoin signifie avant tout mobiliser ses ressources pour jouer le rôle de lubrifiant dans les nouvelles relations sociales que le patient aura à développer avec les membres de sa nouvelle équipe soignante.

- BACHRACH, L. (1981) “Continuity of care for chronic mental patients : a conceptual analysis”, *American Journal of psychiatry*, vol. 138, n°11, pp.1449-1456.
- BLONDEAU, H., FRANKARD, A.-C., PIRARD, E. (2001). “Le réseau, partenaire et ressource de la thérapie”, *Thérapie familiale*, vol.22, n°4, pp. 371-382.
- BOLTANSKI, L., CHIAPELLO, E. (1999)., *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris : Gallimard.
- BOURDIEU, P. (1997). *Méditations pascaliennes*, Paris : Seuil.
- BRINTON MILWARD, H., PROVAN, K. (1998). “Measuring network structure”, *Public administration*, vol. 76, pp. 387-407.
- BURT, R. (1992), *Structural holes*, Cambridge : Harvard University Press.
- CABANEL, F., LUNGERI, P. (2005). "Psychiatrie-social, quelques réflexions en guise d'idées", *Empan*, n°58, pp. 64-70.
- CALLON, M. (1999) *Réseau et coordination*, Paris : Economica.
- CALLON, M., (1986) «Éléments pour une sociologie de la traduction : la domestication des coquilles St-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de St. Brieuc», *L'Année Sociologique*., n°36, p.169-208.
- CROZIER, M., FRIEDBERG, E. (1977/2001), *L'acteur et le système*, Paris : Seuil.
- DEGENNE, A., FORSÉ, M. (1994) *Les réseaux d'acteurs sociaux*, Paris : Armand Colin.

## Bibliographie

- FORTNEY, J., SULLIVAN, G., WILLIAMS, K., JACKSON, C., MORTON, S., KOEGEL, P. (2003). « Measuring continuity of care for clients of public mental health systems », *Health service research*, vol.38, n°4, pp.1157-1176.
- GAGNON, E., SAILLANT, F. (2000). *De la dépendance et de l'accompagnement : soins à domicile et lien sociaux*, Paris : L'harmattan
- GIDDENS, A. (1987), *La constitution de la société*, Paris : PUF.
- GOFFMAN, E. (1968), *Asiles*, Paris : Minuit.
- GRANOVETTER, M. (2000), *Le marché autrement*, Paris : Desclée de Brouwer.
- GROSJEAN, M., BARCET, B., BONAMY, J. (2003). "Travail en réseau de soins et reconfigurations des territoires", *Géocarrefour*, vol.78, n°3, pp.247-254.
- HUGHES, E. (1983) *Le regard sociologique. Essais choisis* (textes rassemblés et présentés par J.-M. Chapoulie), Paris : Editions de l'EHESS.
- LAZEGA, E. (1997) *Réseaux sociaux et structures relationnelles*, Paris : PUF.
- LEMIEUX, V. (1999), *Les Réseaux d'acteurs sociaux*, Paris : PUF.
- LEMIEUX, V. (2004), *L'analyse structurale des réseaux sociaux*, Bruxelles : De Boeck.
- MERCKLÉ, P. (2004). *Sociologie des réseaux sociaux*, Paris : La découverte.
- Ouwens, M., WOLLERSHEIM, H., HERMENS, R., HULSCHER, M., GROL, R. (2005) "Integrated care programmes for chronically ill patients : a review of systematic reviews", *International journal of quality of health care*, vol. 17, n°2, pp.141-146.
- PARROCHIA, D. (1993). *Philosophie des réseaux*, Paris : PUF.
- PERRON, N. (2005) « Réseaux intégrés de services en santé mentale et enjeux des pratiques », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 18, n°1, pp.162-175.
- PISSARRO, B. (2004). "Réseaux en santé et approches communautaires", *V.S.T.*, n°81, pp. 49-56.
- PROVAN, K., BRINTON MILWARD, H., ROUSSIN ISETT, K. (2002). "Collaboration and integration of community-based health and human services in a nonprofit managed care system", *Health care management review*, vol 27, n°1, pp. 21-32.
- PROVAN, K., FISH, A., SYDOW, J. (2007). "Interorganizational networks at the network level. A review of the empirical literature on whole networks", *Journal of management*, vol.33, n°3, pp 479-516.
- REMY, J., VOYE, L., SERVAIS, E. (1978). *Produire et reproduire. Une sociologie de la vie quotidienne*, Bruxelles : De Boeck.
- SCHWEYER, F.-X. (2005). "Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils", *Sociologies pratiques*, n°11, pp.89-104.
- SUCHMAN, M. (1995) "Managing legitimacy : strategic and institutional approaches" *Academy of management review*, vol. 20., pp.571-610.
- THÉVENOT, L. (1999), « L'action comme engagement » in BARBIER, J.-M. (ed.), *L'analyse de la singularité de l'action*, Paris : PUF.
- VAN CAMPENHOUDT, L., CHAUMONT, J.-M., FRANSSSEN, A. (2005). *La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux*, Paris : Dunod.