

Faculté de santé publique

*La perception du réseau social du patient dans le
domaine de la santé mentale : Étude qualitative dans le
cadre du projet Egonet.*

Mémoire réalisé par
Morgan Botrel

Promoteur(s)
Vincent Lorant
Hélène Garin

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENT

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance envers mon promoteur Vincent Lorant et ma co-promotrice Hélène Garin, qui ont eu les paroles justes pour me guider dans ma réflexion, qui m'ont encouragé et ont montré une grande disponibilité tout au long de ce mémoire. Vous avez trouvé les bons mots pour m'encourager dans cette dernière ligne droite. J'ai apprécié la confiance que vous m'avez accordé jusqu'à la fin.

Je remercie mes collègues et mon institution pour m'avoir laissé l'opportunité d'accomplir cette épreuve mais aussi de m'avoir soutenu tout au long de ce processus.

Enfin, je ne remercierai jamais assez ma famille et mes amis pour leur soutien inconditionnel et si précieux au quotidien.

Et tout particulièrement, à toi Matthieu, élu de mon cœur, tu m'as montré ta patience, tu m'as encouragé, consolé dans les moments les plus difficiles et encouragé pour m'aider à ne pas me décourager. J'ai à plusieurs reprises voulu baisser les bras mais tu as cru en moi. Tu m'as aidé à raisonner ce choix et à terminer ce chapitre. Merci d'avoir lu et relu ce mémoire pour en corriger les imperfections..

Quatre ans de persévérance, quatre ans de sacrifice, je remercie donc toutes les personnes qui ont été de loin ou de près présentes.

LE PLAGIAT

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

LE PLAGIAT.....	3
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX.....	7
INTRODUCTION.....	8
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE.....	9
1. Définition	9
1.1. Réseau	9
1.2. Santé mentale	11
2. Réseau.....	13
2.1 Impact du réseau sur la santé physique et psychique.....	13
2.2 Différence des réseaux entre une population générale et psychiatrique.....	14
2.2.1 Psychose	15
2.2.2 Troubles liés à une dépendance :	16
2.2.3 Troubles de l'humeur :	17
3. Sociogramme	19
3.1 Généralité	19
3.2 Utilité du sociogramme	23
3.3 Bénéfices et limites de la passation du sociogramme	23
3.3.1 Bénéfices :	23
3.3.2 Inconvénients :	24
3.4 Bénéfice d'une intervention du réseau social dans une prise en charge	26
DEUXIÈME PARTIE : CADRE PRATIQUE.....	28
4. Méthodologie.....	28
4.1 Présentation EGONET	28
4.2 Méthode utilisée	29
4.2.1 Terrain de l'étude	29
4.2.2 Population cible et critère de sélection	30
4.2.3 Anonymisation	30
4.2.4 Recueil des données	30
5. Présentation des résultats.....	33
5.1 Question 1 : Le patient a-t-il une perception différente de son réseau avant et après la réalisation de sa carte réseau ?	33
5.1.1 Satisfaction de la qualité du soutien perçu	33
5.1.2 Impression d'être suffisamment entouré	35
5.1.3 Satisfaction de la communication des personnes de soutien	37
5.2 Question 2 : Comment le patient perçoit-il l'exercice de cartographier son réseau ?	39
5.3 Question 3 : Quelle est son expérience dans le processus de passation du sociogramme ?	41
5.3.1 Récit de soi	41
5.3.2 Processus émotionnel	44
5.3.3 Pistes	45

5.4	L'expérience des différentes modalités de passation.	46
6.	<i>Discussion</i>	48
7.	<i>Limites</i>	54
8.	<i>Conclusions et perspectives</i>	55
9.	<i>Bibliographie</i>	57
10.	<i>Annexes</i>	65

RÉSUMÉ

Contexte

Depuis quelques années de nombreux changements se font remarquer dans le secteur de la santé mentale. En effet, l'état Belge, dont le gouvernement tente de réformer l'organisation du système de soins en santé mentale. Dans le cadre du projet 107, ils promeut l'utilisation d'outils pour travailler en réseau. L'hôpital de jour n'y échappe pas, le projet EGONET est un projet de recherche-développement qui a été implémenté depuis deux ans à Epsilon. Le projet EGONET est un outil développé pour cartographier le réseau social personnel du patient, afin d'améliorer la coordination des soins, d'impliquer le patient dans son parcours de soins et de favoriser la personnalisation de ces derniers.

Méthode

Nous avons suivi une méthodologie mixte, en récoltant à la fois des données qualitatives et quantitatives. Les répondants ont d'abord réalisé la carte de leur réseau personnel, puis ont été interviewés sur leur perception de l'exercice. Un questionnaire papier avec des échelles de Likert a été utilisé pour attribuer un score aux différentes questions relatives à la satisfaction ressentie et des questions ouvertes ont été posées pour soutenir la discussion avec les répondants, pendant l'entretien individuel. L'analyse des données quantitatives a été réalisée avec le logiciel Excel, et celles des données qualitatives selon une démarche de thématisation continue.

Résultat

Cartographier et visualiser son sociogramme produit un effet sur le patient, car cela influence la perception qu'il a de son réseau personnel. En effet, voir son réseau social en image permet de prendre conscience de la taille, de la composition et des interconnexions. Avoir une vue d'ensemble de son support social amène le patient à se positionner différemment face à sa perception initiale. Nous remarquons que la perception change quant à la taille du réseau. Le patient se sent plus entouré, mais le soutien qu'il reçoit des membres de son réseau lui semble de moindre qualité. En outre, l'outil permet des échanges spécifiques entre le patient et le professionnel. Le patient parle de lui autrement, et donne accès à des nouvelles informations dans la prise en charge. Ajoutons à cela que tout au long du processus de passation le patient se questionne sur son environnement social et sur son fonctionnement individuel. Il s'avère que l'outil suscite cette réflexivité. De plus, le patient réalise sa place d'acteur dans son entourage. Il découvre qu'il a un pouvoir dans la gestion et la mobilisation de ses ressources. Nous constatons également que cette démarche génère des besoins spécifiques par constat d'un manque dans leur réseau. Notons tout de même, qu'être confronté à son réseau peut générer des émotions, des souvenirs négatifs et peut renvoyer une image négative d'eux-mêmes.

Discussion

Nous observons qu'au vu de la charge émotionnelle liée à l'exercice, il est important qu'un professionnel soit présent lors de la passation du sociogramme afin de permettre un « filet de sécurité ». Pour maximiser la qualité de l'outil, il serait intéressant de séparer en deux temps la passation et la discussion autour du sociogramme. L'outil met en lumière les fragilités et les forces du réseau du patient et permet de mettre en place des solutions concrètes adaptées à la situation.

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

FIGURE 1: SOCIOGRAMME DE MORPHEUS-PROJET EGONET [54]	21
FIGURE 2. : CYNTHIA'S SOCIOGRAM [55]	21
FIGURE 3 : KURDISH COMMUNITY ORGANIZATION IN LONDON [55]	21
FIGURE 4 : ONLINE PERSONAL NETWORKS [56]	21
FIGURE 5: TABLEAU DES SIX DEGRÉS DE SÉPARATION	66
 TABLEAU 1- SATISFACTION DU SOUTIEN REÇU AVANT ET APRÈS LA RÉALISATION DU SOCIOGRAMME (N=10)	 33
TABLEAU 2- SATISFACTION DE LA QUANTITÉ DE SOUTIEN REÇU AVANT ET APRÈS LA RÉALISATION DU SOCIOGRAMME (N=10)	 35
TABLEAU 3- SATISFACTION DE LA COMMUNICATION ENTRE LES PERSONNES QUI LES SOUTIENNENT AVANT ET APRÈS LA RÉALISATION DU SOCIOGRAMME (N=10)	 37

INTRODUCTION

Le thème de ce mémoire est la perception du patient de son réseau social dans le domaine de la santé mentale à travers la réalisation d'une carte réseau. La question de recherche s'inscrit dans le cadre du projet EGONET. C'est un projet qui a été implémenté dans une structure de soins psychiatriques à l'hôpital « Le Quotidien » à Epsylon.

Le travail a été divisé en deux parties. La première, étant la partie théorique, permet d'amener différents concepts de base qui soutiennent la compréhension de la seconde partie, de nature plus empirique.

La partie théorique se compose de trois chapitres. Tout d'abord, nous commencerons par définir quelques concepts liés au réseau et à la santé mentale, ce qui nous permettra d'introduire le sujet. Ensuite, en deuxième chapitre, nous approfondirons la notion de réseau. Nous aborderons l'impact du réseau sur la santé physique et psychique de l'individu. Nous mettrons aussi en lumière la différence des réseaux sociaux entre une population générale et une population psychiatrique.

Le troisième et dernier chapitre théorique abordera la notion du sociogramme. Nous passerons en revue quelques généralités sur le sujet pour ensuite essayer de comprendre l'utilité du sociogramme aussi bien pour le patient que pour le professionnel de santé. Nous verrons par la suite les bénéfices et les inconvénients d'une passation d'un sociogramme. Enfin, nous terminerons sur les avantages de la mise en place d'une intervention de cartographie du réseau social dans une prise en charge.

La deuxième partie de ce travail est consacrée à la partie pratique. Elle se divise en trois chapitres. Nous allons dans un premier temps décrire la méthodologie utilisée afin de répondre à notre question de recherche : « Comment le patient perçoit-il son réseau social lors de la réalisation de son sociogramme ? ». L'objectif étant d'interviewer le patient sur son expérience face à l'outil. Le deuxième chapitre décrira les résultats obtenus par une méthodologie mixte, c'est à dire qui contient à la fois une analyse quantitative et une analyse qualitative. Le dernier point se composera d'une discussion sur les résultats obtenus et inclura les limites de notre étude.

Enfin, la conclusion fera la synthèse de ce travail.

PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE

1. Définition

1.1. Réseau

Dans le cadre de ce mémoire, nous allons aborder la thématique du réseau, plus précisément la notion de réseau de support des patients souffrant de troubles mentaux. Nous allons nous intéresser au processus descriptif du réseau de l'utilisateur en psychiatrie. C'est-à-dire la perception qu'il a de son réseau, autrement dit, la description qu'il en fait. Dans ce premier chapitre intitulé « Réseau », deux points seront abordés. Tout d'abord, nous tentons de définir ce qu'est un « réseau », tout en spécifiant notre cadre de recherche. Puis, dans un second temps, nous allons définir la santé mentale de façon brève en reprenant des données clés.

Le réseau est défini comme un ensemble d'entités connectées entre elles par des relations. Lorsqu'on illustre un réseau, les points symbolisent les entités qui peuvent être des organismes (services psycho-médico-sociaux) ou des personnes (entourage) et, les lignes, les liens qu'entretiennent les membres faisant partie de l'entité. [1] La notion de réseau est large et peut intégrer toutes sortes de disciplines. Nous allons nous focaliser sur le champ médico-social.

Dans un premier temps, il est important de distinguer le réseau social du patient (ego network) et le réseau global (whole network). Ce dernier est défini comme la description de l'ensemble des relations au sein d'un groupe. Chaque membre concerné est interrogé individuellement sur la nature de leurs relations et sur les rapports qu'ils entretiennent entre eux. Ceci amène une vision globale du réseau d'un groupe et met en avant la dynamique groupale. Tandis que le réseau personnel (ego network) est la description subjective de son propre réseau. Il est donc centré sur la personne et permet d'identifier les liens et les relations entretenues avec son entourage. [2] L'approche du réseau personnel est intéressante car elle fait appel à la perception personnelle de son réseau et donne l'occasion de mettre en mot et en image le réseau social perçu. Cette dimension est souvent moins abordée, cependant elle fait l'objet de quelques recherches. [3] Notons, que cela peut amener un biais, car cette lecture du réseau personnel est uniquement basée sur le discours du patient sans prendre en compte l'avis des autres.

Dans le cadre de ce mémoire, nous allons nous centrer sur le réseau social du patient, aussi dénommé le réseau social personnel du patient. Il a été défini comme un ensemble de liens sociaux stables et significatifs qu'entretient un individu. [4, 5] Nous pouvons observer que, dans la littérature, le terme « stable » n'est pas toujours bien défini ou ne fait pas office d'une même définition. La stabilité est évaluée comme un aspect parfois normatif, parfois affectif ou comme une relation d'échange. Ce manque de définition commune peut amener des résultats variables et difficilement généralisables. [5]

Le réseau social est un concept multidimensionnel. Ils existent deux types de caractéristiques, structurelles et interactionnelles. La premièrement, correspond à la taille, la composition, la densité, la réciprocité des liens. La deuxièmement, porte davantage sur la fonction du lien (père, voisin...), la qualité de la relation et le contenu des relations. Ces caractéristiques sont des métriques et servent d'indicateurs pour calculer et analyser le réseau. [6] Dans la littérature, la composition et la taille du réseau vont être davantage utilisées, analysées et font souvent appel à une méthodologie plus quantitative, particulièrement dans les recherches sur le réseau social des patients atteints de schizophrénie.

Il est intéressant d'étudier le réseau social du patient pour comprendre quelles sont les diverses ressources qui l'entourent. Le réseau social influence le support social et le rôle social de l'individu. Durkheim a, par exemple, mis en avant qu'une perte de liens sociaux affectait les ressources disponibles et fragilisait les rôles sociaux. [1, 4, 7]

Le support social, aussi appelé le soutien social est défini comme « une variété de formes d'aides, c'est-à-dire l'utilisation de ressources utilisables pour faire face aux difficultés de la vie ». [4] Toute personne est muni d'un réseau social. Chaque membre de ce réseau est susceptible de lui offrir de l'aide ou du soutien en fonction de ses besoins. Il existe différents types d'aides tels que les ressources émotionnelles (relations intimes, confidentes), instrumentales (aides pratiques et pragmatiques), ou informationnelles. [4, 8]

Cette dimension est fluctuante et évolue avec les interactions des membres ou des groupes du réseau social. Le support social est constitué d'un système de support naturel (amis, famille, voisins) et d'un support formel (professionnel, groupe religieux). [9] Le réseau social fait donc référence aux liens entre les individus tandis que le support social définit la fonction de ces liens. Le soutien social participe et maintient un équilibre chez l'être humain. Un manque de celui-ci peut affecter sa santé mentale, physique et/ou ses comportements. [1, 4] Par ailleurs, la littérature mentionne qu'il est un prédicteur important de la santé mentale et de la qualité de vie d'une personne. [10] Ce point est un élément important de la Santé Publique, il sera abordé plus loin, en point 2, traitant de l'impact du réseau sur la santé physique et psychique. Le soutien social s'analyse au niveau interindividuel. [1] Ceci rentre dans notre recherche car nous ciblons le réseau social personnel (ego networks), donc bien à un niveau individuel.

Ci-avant, nous avons évoqué le fait que le réseau social d'une personne peut influencer ses rôles sociaux. En effet, avoir un réseau permet de développer des rôles sociaux. Ces derniers, favorisent l'intégration sociale mais déploient aussi un sentiment d'utilité sociale, d'appartenance et d'estime de soi. [11] L'intégration sociale se réfère à la participation de l'individu dans les diverses activités de son réseau social. Elle s'objective par le nombre de rôles sociaux reconnus (mère, amis, étudiants...), par la fréquence des activités sociales et par la perception du patient sur son intégration dans la communauté. [4]

Nous pouvons donc imaginer qu'une déficience ou une perturbation dans le réseau social peut affecter les rôles sociaux de la personne et par la même occasion impacter son intégration sociale. Ces derniers touchant à l'équilibre de la santé psychique et/ou physique.

Enfin, notons qu'il y a des facteurs positifs à avoir un réseau social. Les liens sociaux permettent à l'individu de faire face à des facteurs de stress environnementaux, de diminuer l'anxiété mais aussi d'augmenter l'estime de soi. Avoir un réseau social favorise une meilleure qualité de vie de l'individu et maintient une bonne santé mentale. De plus, une personne qui est davantage intégrée dans la communauté a une meilleure santé qu'une personne isolée. [4, 12]

1.2. Santé mentale

De manière plus précise, nous allons étudier le réseau dans une population avec une problématique de santé mentale. Pour cela, il nous semble important d'explorer certaines données concernant cette population.

La santé mentale est définie par l'OMS comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté ». [13]

Les troubles mentaux regroupent plusieurs pathologies très différentes (schizophrénies, dépressions, troubles bipolaires, etc.). Ils se manifestent par de multiples facettes telles qu'un ensemble anormal de pensées, de perceptions d'émotions, de troubles de comportements.... [14]

De manière générale la prévalence des problèmes de santé mentale augmente depuis quelques années. Dans l'Union Européenne, chaque année une personne sur six souffre de problèmes psychiques (troubles anxieux, dépressions, troubles liés à la consommation...). En Belgique, un tiers des adultes ont développé un problème de santé mentale au cours de leur vie. [15] Parmi ce tiers, 18 % ont présenté un risque réel de troubles psychiques, c'est-à-dire ayant reçu un diagnostic psychiatrique. [16] Concernant les troubles dépressifs, il y a selon les sources entre 4 % et 10% de personnes traversant un épisode dépressif sur une période de 12 mois; 15,5 % pour des personnes plus de 15 ans ont eu des idées suicidaires au cours d'une année. [17, 18] Enfin, selon le KCE (2010) 1% de la population générale souffrirait de troubles mentaux sévères (schizophrénie, dépression majeure bipolaire). [19]

Les personnes atteintes de troubles mentaux présentent une espérance de vie plus basse comparée à une population générale, elle est estimée à 20 ans de moins. Ajoutons à cela que la prévalence de maladies somatiques est forte dans cette population. [20] En effet, la mauvaise hygiène de vie, la prise médicamenteuse, le manque de prévention, etc., augmentent la présence de comorbidités. [21, 22]

Les troubles psychiques sont de plus en plus présents et impactent plusieurs aspects de la société tels que le social, l'économie, et les droits de l'homme. Nous parlons de fardeau de la maladie, par ses impacts conséquents et multiples. Cela a un coût financier élevé, on estime que le coût s'élève à plus de 600 milliards d'euros, soit plus de 4 % du PIB des 28 états membres de l'Union Européenne. Les coûts comprennent les coûts directs intégrant à la fois les coûts liés aux systèmes de santé pour fournir des traitements mais aussi les dépenses liées à la sécurité sociale et d'autres part les coûts indirects intégrant l'impact sur le marché du travail. En effet, les 4% mentionnés ci-dessus, peuvent s'expliquer par des « coûts liés aux taux d'emploi et à la productivité moins élevés des personnes atteintes de troubles de la santé mentale (1.6 % du PIB), des dépenses plus importantes consacrées aux programmes de sécurité sociale (1.2 % du PIB) ou encore des dépenses directement allouées aux soins de santé (1.3 % du PIB). » [23]

En Belgique, le coût représente 5,05% du PIB en 2015 des coûts directs et indirects en lien avec les problèmes de santé mentale. En comparaison avec d'autres pays Européens c'est une des parts parmi les plus élevées avec le Danemark, la Finlande et les Pays-Bas. [23]

Outre les différents points mentionnés ci-avant, notre recherche se focalise sur le support social du patient atteint de trouble(s) psychiatrique(s). Nous allons mettre en avant l'importance du réseau social pour cette population.

Tout d'abord, pour rappel, nous savons qu'avoir un réseau social permet d'accéder à des ressources en fonction de nos besoins mais aussi de développer des rôles sociaux. La participation à des activités en lien avec ces rôles amène à une intégration sociale. Une personne avec une fragilité psychique montre un réseau social restreint, diminuant ainsi sa capacité à faire appel à l'aide en cas de besoin, diminue le nombre de rôles qu'il a dans la société et influence sa facilité d'intégration sociale. [4]

Le réseau social est une notion qui commence à être intégré dans la problématique de la santé mentale. Le DSM5 pointe l'importance de prendre en compte cette dimension. À ce jour, le DSM catégorise les pathologies selon des symptômes, écartant la dimension sociale. En effet, seul le rétablissement clinique est visé. Il semble que pour le DSM5, il est important d'évaluer le stade de rétablissement personnel et social et donc d'introduire la notion de rétablissement social. Ce dernier consiste à : « assurer l'inclusion sociale, de façon à ce que l'individu récupère de la force et un statut dans la vie sociale quotidienne et puisse s'insérer dans des réseaux sociaux qui ne sont pas formés exclusivement de personnes atteintes de maladies mentales et de professionnels de la santé mentale. » Le DSM5 nous montre que l'aspect social de l'individu est crucial et il est recommandé d'introduire cet aspect dans la pose du diagnostic. Par ailleurs, nous sommes amenés en tant que soignants à inclure et à considérer cette notion dans la prise en charge. [24]

De plus, certaines études ont montré que le soutien fourni par le réseau social diminue le nombre d'hospitalisation et améliore l'accessibilité aux services de la communauté. Par ailleurs, l'inverse est également valable. Un manque de ce dernier, est corrélé avec une augmentation du phénomène de la porte tournante c'est-à-dire un va-et-vient rapide entre l'hôpital et la communauté. De manière générale, les personnes souffrantes de fragilité psychique, et tout particulièrement de pathologies sévères, ont un réseau et un support social faible. Nous pouvons donc imaginer que cela a un impact sur l'individu, notamment sur la continuité de ses soins mais aussi sur sa qualité de vie. Cela met donc en avant l'importance de prendre en compte le réseau du patient dans une prise en charge, car ce dernier influence son parcours de soin et son bien-être. [25, 26]

2. Réseau

Dans cette section nous allons évoquer l'impact du réseau sur la santé, qu'elle soit physique et/ou psychique. Puis, nous aborderons les différences qui existent entre un réseau d'une population générale et celui d'une population psychiatrique.

2.1 Impact du réseau sur la santé physique et psychique

Plusieurs recherches s'accordent pour dire que le réseau social d'un individu influence sa santé qu'elle soit psychique ou physique. Elles mettent en avant le fait que l'isolement et un réseau social faible augmentent les risques d'accident cardio-vasculaire, la dépression, le suicide et montrent une santé globale plus mauvaise. [12, 27, 28, 29]

En effet, les relations sociales sont des facteurs de risque importants sur la morbidité et la mortalité. [5, 6, 30] Elles peuvent donc être des prédicteurs potentiels. Une étude longitudinale a montré que les personnes avec des contacts sociaux faibles avaient en moyenne 2,6 fois plus de chance de décéder comparé à ceux qui ont des réseaux plus larges. En 2005, Jean Caron a mis en avant le fait que le taux de mortalité et de morbidité est de 2 à 5 fois plus élevé chez les personnes isolées. Et encore en 2010 Holt-Lunstad, confirme en disant qu'un individu avec des relations sociales suffisantes a une probabilité de survie plus importante qu'une personne avec des liens sociaux faibles (le taux est de 50%). Ce facteur de prédisposition dépasse tous les facteurs de risque de mortalité connu par la santé publique (obésité, tabac, inactivité...) (OR=1,50). [4, 27]

De plus, il a été démontré qu'un faible soutien social est lié à un niveau de souffrance psychologique élevé. Les personnes dans cette situation présentent un taux plus important d'idées suicidaires. [10] Le réseau social est influencé par des déterminants individuels et environnementaux. En effet, une personne ayant un environnement défavorable comme un individu isolé dans un système social isolé a moins de chance d'accroître son réseau de soutien social. Il est aussi stipulé dans la littérature que le comportement d'une personne va modifier la nature et la qualité du réseau social. En effet, la capacité d'adaptation de l'individu va lui permettre de faire appel ou non à ses ressources dans son réseau social. [31]

Ajoutons à cela que la taille du réseau va avoir un impact sur la qualité de vie d'une personne et va aussi influencer sa perception de son réseau. Une personne avec un réseau de petite taille est plus susceptible de sentir un sentiment de solitude comparé à une personne qui a un grand réseau. Cette perception d'isolement impacte la qualité de vie.

Par contre, c'est la qualité du lien amical qui va avoir un effet sur sa santé mentale et pas forcément la fréquence ou la quantité. Dans la partie pratique, nous intégrerons cet indicateur de qualité. L'étude a montré que ceux qui avaient trois amis ou plus sur qui s'appuyer étaient moins susceptibles de souffrir de dépression au cours de l'étude. Dans le groupe des personnes entre 35 et 54 ans, c'est aussi la qualité de l'interaction qui va jouer sur la bonne santé. Mais cette fois-ci, ce sont les relations amicales et familiales qui sont concernées. Les personnes de ce groupe qui ne bénéficiaient pas d'aide de type émotionnelle de la famille, ou qui n'ont pas d'amis sur qui s'appuyer, ont deux fois plus de risque de souffrir de dépression.

Enfin, dans le groupe des personnes de plus de 55 ans, c'est la fréquence de contact avec un réseau amical qui semble être le plus important. Le fait d'avoir moins d'une seule interaction par mois avec un ami amène le risque de souffrir de dépression avec un degré élevé. [8]

Ajoutons à cela qu'avoir un cercle amical plus élargi est corrélé avec des symptômes dépressifs moins présents. L'étude l'explique ceci par une plus grande capacité d'intégration sociale et d'un sentiment d'appartenance. [8] Il est aussi important de préciser que la satisfaction du réseau augmente avec l'importance du lien et avec le sentiment d'appartenance à un groupe et non uniquement avec la taille du réseau. Même si nous pouvons imaginer que plus un réseau est grand plus nous avons de chance de créer des liens avec son entourage. [32, 27]

Différents constats ont été mis en évidence par rapport aux réseaux sociaux et les pathologies psychiatriques. En 2006, Pinto met en avant le fait que certaines caractéristiques structurelles du réseau et les fonctions des réseaux sociaux ont un lien avec le bien-être de la personne.

Plusieurs études ont montré qu'une personne qui a un faible réseau social est corrélée avec un passage par un épisode dépressif majeur. Un manque de support social émotionnel est un facteur favorisant la chronicité de la pathologie. Une méta-analyse a mentionné que le soutien émotionnel est davantage associé à une dépression que le soutien dit instrumental. [8]

2.2 Différence des réseaux entre une population générale et psychiatrique

Une approche de certains auteurs suggère qu'au cours des deux dernières décennies, une diminution de la quantité et de la qualité des relations sociales est constatée dans les pays industrialisés. [27, 33] Cela pourrait s'expliquer par une modification du contexte de vie, on compte de plus en plus de divorce, une vie intergénérationnelle plus faible, des familles à double carrières, une augmentation des ménages unifamiliaux, une plus grande mobilité sociale, etc. [33, 34, 35]

En Belgique, 7 % des personnes de 15 ans et plus sont totalement insatisfaites de leurs contacts sociaux. De la même population, un tiers des personnes déclarent n'avoir jamais participé à des activités de type associatives (groupe d'entraide, jeux collectifs, associations parents...). Mais encore, 16% de la population rapportent qu'ils ne peuvent pas s'appuyer sur un support social, 49% déclarent qu'ils bénéficient moyennement de ce soutien et 35% disent pouvoir compter fortement sur leur réseau social. [36] Nous pouvons mettre en avant que plus de la moitié à une satisfaction moyenne de l'aide perçue

De manière globale, nous pouvons observer que les réseaux sociaux sont influencés par l'âge, le sexe, le revenu, la participation sociale, l'environnement de vie et la mobilité. Il est donc intéressant de mentionner que le réseau d'une personne va varier en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

Tout d'abord, nous pouvons mettre en avant une variation du réseau social en fonction de l'âge. Les adultes plus âgés montrent un réseau plus petit et avec moins d'interaction comparé à une population jeune. Ceci est expliqué par les facteurs de vie tels que la retraite, la perte de membres proches (voisins, amis, famille ...) mais aussi par une diminution à la participation d'activités. Une autre recherche a mis en avant l'évolution du support social en fonction de la catégorie d'âge. En effet, les besoins en termes de soutien varient. Chez les jeunes, âgés entre 16 et 34 ans, nous remarquons qu'il y a un plus grand nombre et une plus grande fréquence de liens sociaux

Le réseau social va aussi être différent en fonction du genre. Une étude a montré que, comparé aux hommes, les femmes ont un support social comprenant des relations plus intimes sur le plan émotionnel et mobilisent plus leurs réseaux en cas de détresse psychologique ou de stress. [11] Les hommes, eux, montrent un niveau faible de l'indice de soutien social. Ils considèrent le soutien comme une aide utile pour accomplir une tâche. [4]

Enfin, un individu ayant un revenu bas verra la perception de son réseau influencée. Il se sentira davantage seul et donc avec peu de liens sociaux. [37] Au-delà de la perception du réseau, une personne à faible revenu va bénéficier d'un manque au niveau du soutien social disponible. [4]

À travers ces différents auteurs nous pouvons constater que la littérature révèle parfois une terminologie floue sur les notions de la taille du réseau. Il est difficile de savoir ce qu'ils entendent par des petits réseaux et par des réseaux larges. Il est rarement spécifié en terme de chiffres, cela nous renvoie donc à nos propres perceptions. Nous pouvons observer à quel point le réseau d'une personne « saine » impact son état général de santé. Nous pouvons imaginer que pour une personne avec une pathologie mentale le réseau social peut être un facteur aggravant sa situation. En effet, la construction du réseau social personnel du patient a un impact sur la diminution de l'utilisation des services de santé mentale et sur une augmentation du nombre d'hospitalisations. [38] Nous allons explorer comment le réseau social se présente en fonction des différentes pathologies psychiatriques. Nous allons cibler les personnes atteintes de psychose, de troubles liés à la consommation et les patients souffrant de troubles de l'humeur. Ce choix est en lien avec la population de l'hôpital de jour « Le Quotidien », où les patients seront interviewés. Mais aussi, parce que nous remarquons que la littérature procède ainsi. De manière générale, la perception du réseau par les patients psychiatriques est assez négative. Ils s'en méfient et écartent souvent cette aide. [31]

2.2.1 Psychose

Plusieurs études s'accordent sur le fait qu'une personne souffrant d'une maladie mentale sévère, telle que la schizophrénie ou la psychose, a un réseau social de petite taille comparé à la population générale et une qualité du réseau plus faible. Une personne psychotique comprend en moyenne entre 4 et 5 personnes dans leur réseau alors que la population générale compte entre 25 et 40 personnes. [30]

Précisons, que les patients souffrant de schizophrénie admis à l'hôpital pour une première décompensation, a un réseau social plus grand comparé à une personne dites chroniques, faisant face à plusieurs hospitalisations. [39] De plus, il a été démontré qu'il est difficile pour cette population de maintenir un lien durable mais aussi d'initier de nouvelles relations. [5, 39] La diversité de leur réseau est souvent pauvre. Cela signifie, que leur entourage se compose principalement de membre de la famille, surtout des parents. Une moyenne de 43,1% pour les membres de la famille, contre 26,5 % du cercle amical. [38, 39] Ce manque de diversité, diminue la possibilité pour l'individu de répondre à ses différents besoins, réduit la possibilité de faire un choix autre que celui envisagé par la famille et peut augmenter le stress. [5, 6] De même, par rapport à la multiplexité du réseau, c'est à dire qu'une même personne réponde à plusieurs besoins différents. Enfin, nous pouvons mentionner le fait que les personnes souffrantes de maladie mentale sévère, ont un niveau faible de réciprocité dans le lien. Ce qui a pour impact de diminuer le support social déjà existant, car ce dernier est manquant. Les patients reçoivent donc plus d'aide par rapport à ce qu'ils donnent. [38] Une étude a montré qu'une personne schizophrène qui avait un petit réseau, une densité forte et avec des liens non réciproques avait plus de risque de se faire hospitaliser. [31, 38]

Plusieurs explications sont données pour décrire ce phénomène. Certains auteurs parlent de la première décompensation comme élément détériorant le réseau. Cependant, des recherches plus récentes ont montré que les personnes souffrantes de psychose avaient un réseau relativement stable après la première hospitalisation et que le réseau social du patient se dégraderait avant même l'apparition des symptômes. Le repli social commencerait très tôt dans l'enfance. Ceci peut s'expliquer par des troubles neurocognitifs qui mettent en difficulté l'enfant dans son fonctionnement social avant qu'un diagnostic soit posé. Puis, le réseau social serait affecté lors de la chronicité de la pathologie. Donc, le réseau est modulé avant la maladie et après la maladie. [5]

D'autres arguments sont évoqués comme la symptomatologie. En effet, l'anhédonie, l'apathie peuvent être des obstacles à avoir un réseau social large. Cet isolement peut aussi être expliqué par des facteurs de stress que subit l'individu l'empêchant d'établir des liens sociaux. D'autres expliquent ce phénomène par un mécanisme psychologique, utilisant des défenses de protection en se coupant de la communication avec autrui.

Un autre argument est plus sociétal. La stigmatisation de la pathologie influence nettement la capacité de la personne à pouvoir créer du lien. Enfin, des explications liées à son statut peuvent aussi amener la personne à s'isoler. En effet la perte d'emploi et un faible revenu sont des facteurs qui favorisent l'isolement de l'individu. [5, 6]

En termes de composition, le réseau social du patient se constitue majoritairement de membres familiaux et peu de relations amicales. Le réseau social d'un patient souffrant de maladie mentale sévère montre une densité dans ses supports familiaux, et donc une interconnexion importante entre les membres. En effet, plusieurs études montrent que lorsque le réseau du patient est trop dense, et peu diversifié dans les types de liens, il est difficile d'apporter de l'aide extérieure car il y a des ressources et supports limités. Ce phénomène favorise les hospitalisations et augmente le nombre de jour passé à l'hôpital. [38]

Nous remarquons aussi que le réseau de cette population est davantage constitué de corps médicaux. De plus, celle-ci passe plus de temps à la maison et a peu d'intégration dans la communauté (connexion et de participation à des activités). [32] Nous remarquons aussi qu'une personne qui vit dans la communauté à davantage de réseau social autour de lui. [5]

2.2.2 Troubles liés à une dépendance :

Les études par rapport à cette population sont plus controversées. Certains auteurs disent que les réseaux sociaux (amis, collègues, famille...) se présentent comme des réseaux solides et de tailles satisfaisantes. [40] En opposition à d'autres études qui mentionnent que la taille et la diversité du réseau diminuent en fonction de la sévérité de la dépendance. Or lorsqu'il y a une faible diversité des groupes, les personnes montrent des consommations plus fortes. Et au fur-et-à mesure que les groupes deviennent petits, les consommations augmentent aussi. [40, 41] Cependant, beaucoup s'accordent sur le fait que les personnes avec des consommations d'alcool reconnues comme pathologique ont un réseau social plus petit comparé à une population sans antécédent de dépendance. En termes de chiffres, le réseau social d'une personne ayant des dépendances à l'alcool est en moyenne de 19,96 personnes en comparaison à 24,09 personnes pour une personne sans dépendance. [41] Cependant en comparant avec les autres pathologies psychiatriques, le réseau social reste moins affecté.

Par contre 30 à 40 % des personnes souffrant d'alcoolisme vivent seules et plus de la moitié sont isolées de leurs proches. [40]

Nous constatons dans la littérature que le réseau social des personnes qui consomment (drogue, alcool) est souvent composé de d'autres personnes consommatrices. Or, il a été montré que cette particularité favorisait le risque de rechute pour les consommateurs désireux d'arrêter . [40]

2.2.3 Troubles de l'humeur :

La dépression chronique montre un réseau social souvent de taille plus petit et une satisfaction moins élevée comparé à une population « saine ». La taille de réseau social évolue en fonction de l'apparition de la maladie. En effet, la taille du réseau diminue lors de l'apparition de la maladie. [12, 42] Une autre étude a comparé le réseau de personne schizophrène et de personne dépressive chronique. Il a été mis en avant que, malgré un réseau social faible, la population de « dépression » avait un réseau social plus favorable comparé à la population « schizophrénique ».

D'autres auteurs ont montré qu'un individu atteint de dépression a des interactions sociales négatives ainsi qu'une faible intégration sociale. Ces derniers, mettent en avant que la taille du réseau, donc les caractéristiques structurelles, n'est pas l'unique élément à prendre en compte dans la dépression. Ceci montre que la qualité des liens est aussi à prendre en compte, c'est à dire les caractéristiques interactionnelles du réseau. Par rapport à la composition du réseau, il y a une propension plus grand de statut « célibataire », sans enfants, sans emploi et vivant de prestations sociales. [43]

Une étude a montré qu'une personne dépressive a moins d'amis au cours du temps. En effet, la personne souffrant de dépression a tendance à avoir moins de possibilités de créer des liens et à avoir moins de propositions d'amitié mais aussi elle fait moins facilement appel à son réseau. De plus, il a été démontré dans une étude que l'entièreté du réseau de l'échantillon a 93% plus de risque d'être déprimé si il y a une connectivité directe avec une personne ayant des troubles dépressifs. Autrement dit, il y a une tendance qu'une personne dépressive entretient dans son environnement social des liens avec d'autres personnes avec les mêmes symptômes. Ajoutons à cela, que Rosenquist, en 2011, met en avant le fait qu'à chaque nouvelle personne dépressive dans le réseau, ceci augmente le nombre de jours de dépression et inversement. C'est à dire que pour chaque nouvelle personne « saine » dans le réseau, il y a une diminution du nombre de jours avec des symptômes dépressifs. [3] Ceci tente à prouver que la maladie peut modifier le réseau de la personne mais aussi que le réseau en lui-même façonne la personne dépressive.

Les personnes souffrantes de troubles bipolaires montrent un réseau social plus diversifié que dans la psychose. La composition du réseau est davantage formée de membre de la famille mais aussi d'amis. Ils ont un support social plus stable et des relations plus intimes. De plus, les personnes ayant ces troubles montrent un investissement plus important dans la communauté et dans les activités proposées comparé à une population atteinte de psychose.

À travers ces différentes pathologies nous pouvons déjà constater que la taille du réseau est souvent analysée. Ce dernier est significativement plus petit comparé à des personnes en bonne santé, allant jusqu'à une réduction de moitié. Les personnes souffrantes de santé mentale montrent aussi un dysfonctionnement dans les liens qui les entourent. [3] Ajoutons à cela que pour les structures psychotiques, leurs relations sont souvent asymétriques donc non réciproques, qu'il y a peu de relations proches, qu'ils ont souvent des relations dépendantes et enfin qu'ils ont davantage de scores faibles sur les indices de perception du réseau. De plus, il a été montré que les personnes avec une fragilité psychique avaient moins tendance à utiliser son réseau en temps de crise [44] et montrent un niveau d'intégration sociale bas. [45]

La maladie mentale est connue pour être complexe mais aussi parce qu'elle nécessite des besoins multiples. La notion de réseau semble importante à prendre en compte dans une prise en charge en santé mentale. Ce, afin d'améliorer le tableau clinique du patient, mais aussi parce qu'il s'agit d'une ressource fondamentale. Celui-ci offre aux patients un support social qu'ils peuvent utiliser en cas de besoins. De plus, c'est grâce à son réseau que la personne peut accomplir des rôles sociaux (parents, professionnel). Les rôles permettent à l'individu de s'investir et de s'intégrer dans la communauté, ce qui a pour effet de procurer un sentiment d'utilité mais qui permet aussi d'améliorer l'estime de soi.

Nous avons pu mettre en avant différents arguments sur l'état des réseaux des personnes avec une fragilité mentale. Nous avons pu aussi voir, l'impact du réseau social sur l'individu. Nous allons désormais débiter notre deuxième partie théorique, sur le sociogramme, la carte réseau personnel du patient.

3. Sociogramme

Dans cette deuxième partie théorique nous allons évoquer différents aspects du sociogramme. Nous allons dans un premier temps comprendre le contexte dans lequel le sociogramme a été pensé, passant par un bref historique, ses objectifs, ses designs multiples. Puis, nous allons essayer de mettre en avant les différentes utilités que peut apporter l'outil. Enfin, nous allons nous centrer sur le processus de passation en explorant les bénéfices et les inconvénients lors de la passation du sociogramme.

3.1 Généralité

L'apparition des sociogrammes n'est pas nouvelle. Déjà au 18^{ième} siècle, le mathématicien Leonhard Euler a utilisé une représentation d'un réseau de ponts pour élucider une équation : partir de n'importe quel point de départ et traverser les 7 ponts différents une seule fois et arriver au point d'arrivée. C'est ainsi qu'Euler a inventé la théorie des graphes. Par la suite, les sciences sociales se questionnent et développent des concepts pour décrire des liens sociaux et leurs structures. Certains sociologues comme Simmel, Comte, s'y intéressent de près et fournissent les prémisses pour analyser les réseaux sociaux. Au 19^{ième} siècle, l'écrivain Frigyes Karinthy inventa la théorie des six degrés de séparation. Il affirma qu'il pouvait être lié avec n'importe qui dans le monde à travers une chaîne de relation individuelle ne comprenant pas plus de cinq connaissances/intermédiaires.(figure 1 annexe). [1] Cette théorie est actuellement reprise, notamment par Windows, Facebook, LinkedIn... Ces différentes compagnies sont connues pour leurs services de réseautage. Leur but étant d'offrir aux utilisateurs l'occasion d'élargir leurs réseaux professionnels et/ou personnels à travers la théorie des six degrés de séparation. [46]

C'est en 1934 que le psychiatre Moreno, développe une nouvelle façon de représenter les relations sur papier. Il est devenu le pionnier de la sociométrie, inventant la terminologie « sociogramme ». [1, 46, 47] Le sociogramme est défini comme une cartographie du réseau, sous forme de dessin, qui sert à récolter des informations basées sur la perception de la personne mais aussi sur ses représentations. C'est une carte qui représente le réseau social et le support social d'un individu. Il indique les personnes ressources (entourages et professionnels). Cette cartographie du réseau permet aussi d'identifier les liens qu'il y a entre les individus ainsi que la circulation des informations. Moreno, innove en développant le premier outil spécifique pour analyser les réseaux. Son étude clé portait sur une analyse d'un système de maison de redressement, où vivait des adolescentes délinquantes. Des jeunes adolescentes incarcérées dans des cottages séparés. Faisant le constat que les conflits augmentaient, Moreno a proposé en utilisant un sociogramme, que chaque fille soit placée avec une jeune qu'elle aimait bien, et ce, dans un même cottage. Le constat fut qu'il y eut davantage de cohésion et cela eut pour effet d'amener moins d'insolence. Moreno à travers son sociogramme et son analyse met en avant que les liens forts (personne avec une bonne connexion) se substituent au manque de leur famille. Cette recherche a pu aussi mettre en avant différents concepts comme le leadership, la place dans un groupe... [46, 47]

Grannovetter fut aussi un sociologue de référence dans le modèle des réseaux et de son analyse. Il se questionne sur la manière dont les personnes trouvent un emploi et constate, grâce à l'analyse des réseaux, que les personnes trouvent plus facilement un emploi via son réseau de connaissances que via son réseau proche (famille, amis...)

Sa théorie découle de cette expérience où il stipula que tout individu possède un réseau comprenant des liens solides tels que la famille, les collègues, les voisins, mais aussi des liens faibles tels que les connaissances. Il affirma que ce sont ces liens faibles qui maintiennent le réseau ensemble. Ça lui a aussi permis de comprendre comment l'information circule dans un grand réseau social. Ce sociologue a joué un rôle clé dans l'intégration de ses théories dans le secteur de la Santé Publique. [48]

En effet, face à l'épidémie du VIH dans les années 70, la Santé Publique cherche à comprendre comment le virus se propage et comment ralentir ce fléau. L'utilisation des sociogrammes fut un outil intéressant pour ce cas. Il a pu mettre en avant une nouvelle manière de voir la transmission de la maladie notamment en relevant les facteurs de risques de transmission du VIH (partage de seringues, rapports sexuels) en lien avec les caractéristiques du réseau. [49]

Ils ont mis en avant que les réseaux avec des cliques (boucles fermées) sont souvent des éléments favorisant l'épidémie d'une maladie. [50] De même que, plus le réseau d'une personne consommatrice de substances était dense et grand, plus il était probable qu'ils se partagent des seringues, augmentant ainsi le risque de transmettre le VIH. Mais encore, il y avait un risque plus important de contracter la maladie lorsque l'individu avait des liens fortement connectés comparé à des liens avec des amis faiblement connectés (connaissances). [51] Cet exemple nous montre bien que le sociogramme et son analyse a permis de voir autrement la situation qu'à travers une récolte de données statistiques. Cette méthode permet de répondre à des questions d'ordres médico-sociaux.

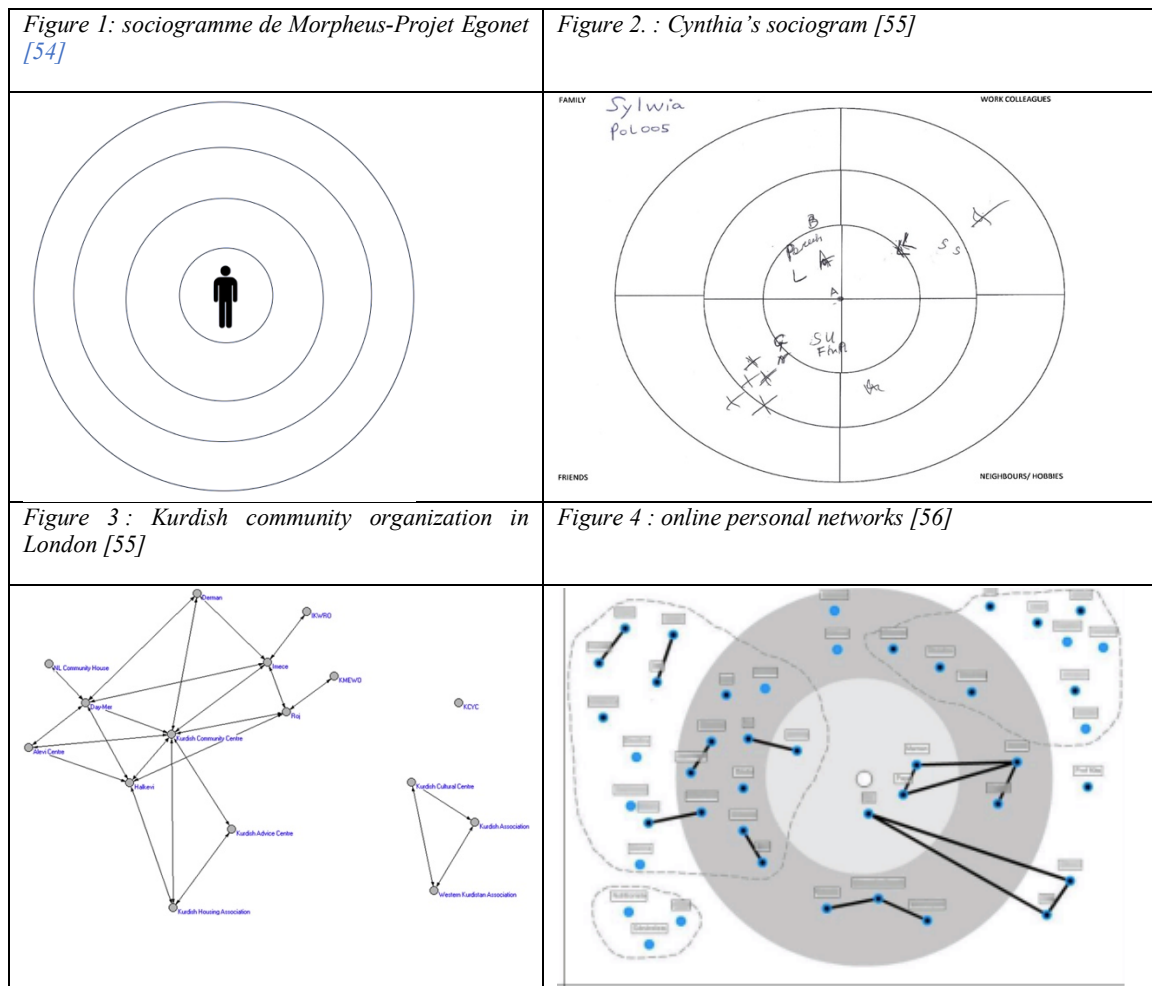
Un autre exemple parlant a été la construction d'une carte réseau terroriste pour retrouver Saddam Hussein. Sa captivité a été possible en autre grâce à ce travail. [52] A l'heure actuelle le sociogramme est utilisé dans de nombreux domaines, comme le secteur de la psychologie, des sciences politiques, du business, de la communication, des mathématiques, de l'épidémiologie, de la santé publique...Chacun de ces domaines auront une utilisation différente des sociogrammes et de leur analyse. En effet, l'analyse de réseau peut se faire de manière différente et utiliser à des fins différentes. [1] Nous pouvons retenir trois grandes approches utilisées :

1. la visualisation du sociogramme qui permet aux publics et aux chercheurs de comprendre les représentations graphiques du réseau étudié. Ceci permet aussi d'apporter des réponses à des questionnements autrement que par les statistiques.
2. l'analyse descriptive du réseau tant structurelle qu'interactionnelle (position des acteurs, caractéristiques des sous-groupes et du réseau global). L'analyse des liens entre les personnes, des nœuds et de la connectivité, peut aider à comprendre le comportement des individus dans un groupe et ainsi pouvoir agir en planifiant des interventions.
3. le développement de modèles de prévisions plus précis [1]

Nous pouvons observer que le sociogramme a divers objectifs, pouvant servir à la recherche ou à une mise en place d'intervention.

La santé publique va utiliser ce type d'outil pour faciliter la diffusion de l'information pour les praticiens, les communautés, les consommateurs, et ce, dans l'objectif de promouvoir la santé et de diminuer les risques de maladie. Elle va aussi l'utiliser pour influencer les comportements de santé ou encore pour la prédiction et la mise en place de mesures préventives afin d'empêcher la propagation d'une maladie. L'étude du réseau social a permis de comprendre l'influence du soutien social sur la mortalité et la morbidité ainsi que sur le bien-être dans différentes populations (générale, maladie chronique, sans abri...). L'analyse de réseau est donc un modèle basé sur une approche relationnelle qui semble être complémentaire aux approches épidémiologiques, qui se base davantage sur une approche plus statistique. [1, 53]

Il existe différentes approches et méthodologies. Certaines passent par l'informatique, d'autres par le graphique. Certaines catégorisent d'autres laissent libre cours à ce qui vient lors de l'entretien. Certaines utilisent des cercles concentriques pour déterminer le niveau de proximité en terme d'aide, d'autres se limitent à citer les personnes présentes. Nous pouvons une fois de plus observer qu'il y a différentes manières de procéder. Il existe aussi différents modèles graphiques, autrement dit design, amenant des lectures différentes.



Dans le cadre de ce mémoire nous utiliserons dans notre méthodologie le sociogramme illustré par la figure 1. Se référant à l'outil EGONET, dont nous parlerons davantage dans la méthodologie.

Depuis quelques années, la politique de santé publique, pousse à introduire ce type d'outil. Nous pouvons faire le lien avec un contexte socio-politique actuel propice à développer ce type d'outil. En effet, des changements ont commencé à apparaître dans le secteur psychiatrique, entre autre, par la réforme du projet 107. Cette dernière se structure sous forme de réseaux régionaux. Elle vise, entre autre, la fermeture de lits psychiatriques (gel), pour libérer des ressources pour d'autres services. Le but recherché étant d'améliorer les soins de santé mentale, d'investir la psychiatrie dans la communauté et de favoriser un travail en réseau. Cette réforme vise plusieurs objectifs tels que la dé-catégorisation, l'inclusion sociale, la consolidation et la désinstitutionalisation.[38] Cette dernière, vise la réintégration des personnes souffrantes de troubles mentaux, tentant de les faire passer d'un service principalement hospitalier à des services orientés dans la communauté.[39] Avoir une vision du réseau du patient peut être un atout pour visualiser son réseau et être au plus proche de ses besoins comme le veut la réforme.[57] Enfin, l'intégration de l'étude du réseau personnel du patient dans les soins de santé mentale est devenue une question cruciale dans sa prise en charge. Le développement de l'outil du sociogramme est probablement une piste pour s'intéresser à cette question.

3.2 Utilité du sociogramme

Nous allons énoncer dans quelle mesure le sociogramme peut-être utile pour le patient et pour le professionnel. Nous allons le présenter sous forme de tableau, comme vous pouvez le voir ci-dessous.

Patient	Professionnel
Aider le patient à construire son réseau pour mieux gérer et faire face à sa maladie [38].	Augmenter et encourager le recours aux services de prévention et de stabilisation de la maladie [38]
Modifier son réseau en fonction de ses besoins [38]	Diminuer le nombre d'hospitalisations. [38]
Améliorer son bien-être + réduire les facteurs de stress + diminuer l'isolement social + diminuer le nombre d'hospitalisations. [38]	Améliorer la continuité des soins entre le patient, son entourage et les professionnels psycho-socio-médicaux [58]
Recevoir un type d'aide différent (variété des ressources) [38]	Visualiser les différents acteurs et déterminer les acteurs ayant une position stratégique pour répondre aux besoins du patient + coordonner + identifier les personnes ressources [58]
Développer un réseau spécifique et adapté à la personne [38]	Optimiser une organisation adéquate du suivi en fonction des besoins [58]
Faciliter l'utilisation des services de santé mental [38]	Favoriser une rencontre avec le patient [58]
Développer un support social et donc augmenter les rôles sociaux et donc augmenter l'intégration dans la société [58]	Compréhension du milieu de vie du patient [31]
Permettre une implication du patient : être acteur [58]	Inclure un outil supplémentaire dans la prise en charge + médiateur de soutien social [31]
Améliorer l'accessibilité aux services [58]	Améliorer la coordination entre les services [45]

3.3 Bénéfices et limites de la passation du sociogramme

Dans cette partie nous allons examiner les forces et les limites lors de la réalisation du sociogramme sur le patient. Ces éléments ont été identifiés dans la littérature.

3.3.1 Bénéfices :

Faire un sociogramme avec le patient, puis le visualiser apporte des résultats inattendus et très enrichissants car il y a une contextualisation des personnes présentes dans le sociogramme. Nous allons dans un premier temps aborder les avantages de l'outil.

La visualisation du sociogramme est une plus-value en termes de collectes des données, car elle permet de récolter des données qualitatives (le récit) et des données quantitatives. Cet outil offre un contexte idéal aux méthodes mixtes. Ayant lui-même l'avantage d'être complet. La combinaison de l'aspect visuel et de l'analyse du récit du patient permettent de comprendre les caractéristiques structurelles du réseau social mais aussi le contenu des liens. La passation de ce sociogramme va mettre en avant le dynamisme social, c'est-à-dire la relation dans son contexte social en prenant en compte les fluctuations des liens dans le temps. Nous pouvons donc évaluer le processus social réel de la personne. C'est à travers la narration, les opinions, les souvenirs que le dynamisme social va se révéler. De plus, l'analyse de l'aspect visuel et du récit du patient offrent une approche plus systématique, avec une méthodologie plus facile à respecter et permet une vision plus globale. [59] Ajoutons à cela que le côté visuel stimule, renforce le dialogue et amène le patient à donner davantage d'explication ou à approfondir les discussions. [56] Elle permet une certaine intimité dans l'interview, ce qui facilite le partage de l'information. [60] L'aspect sensoriel donne un autre point de vue au patient, en offrant une vue globale de son réseau et en matérialisant des données « normalement » abstraites. [56] La formalisation du lien et la visualisation offrent à la personne une nouvelle lecture des leurs relations. [60] Un autre avantage de l'aspect visuel, est que cela active la mémoire pour se souvenir des membres de son entourage et de son contexte, et permet de rajouter des personnes oubliées lors de la première phase (génériques des noms). [56, 61]

Un autre aspect positif dans la passation du sociogramme est la position du participant. En effet, le patient participe pleinement à la réalisation de cette dernière. Il est acteur dans ce processus d'évaluation. Il passe donc d'un statut d'observé à un statut d'observateur. [62] En adoptant ce processus, nous nous centrons sur la personne et non sur la maladie. Une démarche clé du rétablissement de la personne. Nous redonnons une capacité de choisir et d'agir, renvoyant au concept de l'empowerment. Cette notion est une condition au rétablissement de la personne. Il a été montré qu'être acteur dans ses soins amène à un meilleur rétablissement.[45]

Enfin, il a été démontré que la perception du patient sur son sociogramme a déjà un effet sur lui, notamment sur son intérêt, sa motivation, sur l'évaluation des rôles de son réseau social ainsi que sur sa perception globale de son réseau. Le fait de réaliser un sociogramme en faisant une représentation, n'agit pas seulement sur le comportement de la personne mais aussi sur la manière dont le participant va présenter son réseau social. [63, 55]

3.3.2 Inconvénients :

Dans cette partie nous allons aborder les risques et les inconvénients de l'outil. Cependant, peu d'études abordent l'impact de la passation du sociogramme sur le patient. Mais, quelques chercheurs commencent et demandent à approfondir cette question. Les premiers constats et les premières réflexions portent sur des considérations éthiques. Plusieurs éléments sont à relever tels que le consentement éclairé, l'anonymat, la sous-estimation des risques de la participation, l'utilisation des données « réelles » et les données « perçues ». [55, 46]

Tout d'abord le consentement éclairé et l'anonymat sont remis en cause. Malgré que les différents accords institutionnels ou autres soient validés, il est difficile d'anticiper l'impact psychologique sur le patient lors de la passation du sociogramme. En effet, c'est un travail descriptif, de narration où le chercheur ne peut pas prédire les informations divulguées et ne peut donc pas anticiper celles qui vont être manipulées. Donc le patient s'engage dans un travail où il y a des inconnues dans ce qui va être utilisées par le chercheur. Ajoutons à cela que le chercheur ne peut pas mentionner la globalité de la méthode au risque d'influencer le résultat du sociogramme. Ceci amène un flou pour le patient qui ne sait pas comment ses données vont être analysées, interprétées. Le consentement éclairé est donc un premier élément qui peut faire obstacle dans la passation du sociogramme. Par rapport à l'anonymat, malgré que les noms soient retirés, les rôles et les places donnés aux membres dans le sociogramme pourraient être reconnus par une personne externe ou par une personne proche. Donc l'anonymat peut-être aussi mis à mal. [56, 55, 64]

Le rôle du sociogramme n'est pas seulement de collecter des données, c'est aussi de matérialiser la perception du patient dans ses relations réelles. Réaliser un sociogramme rend les relations sociales visibles, « matériels », le participant a donc une visualisation de ses relations interpersonnelles et est confronté à son propre contexte social, chose qui est normalement une représentation plus abstraite et mentale. Ce qui nous amène à la sous-estimation des risques, le participant n'est pas préparé et peut-être surpris par la visualisation de son réseau. Étant donné que cette méthode est inhabituelle, il peut être confronté à des sentiments désagréables (gênant, décevant...), inconfortables et avoir un effet surprise. Cet aspect négatif est irréversible dans le sens où le chercheur ne peut pas revenir en arrière une fois que le participant a visualisé son réseau. [60, 55, 64, 65] Ceci peut donc avoir un impact non contrôlable sur son bien-être. C'est aussi un impact lors de la passation du sociogramme qu'il faut garder en tête. [55]

Réaliser le sociogramme n'est pas seulement nommer des personnes et les relations entre elles, c'est aussi la présentation d'une image, d'une représentation de lui-même, à des tiers (chercheurs/soignants). Visualiser son sociogramme est une pratique inhabituelle, le patient est surpris et ne va pas anticiper l'effet visuel du sociogramme, ce qui va permettre d'être au plus proche de sa « représentation sociale interne ». Attention toutefois au fait qu'il s'agit d'un exercice de narration, cela peut influencer le participant, car il souhaiterait représenter son réseau social comme « normal » et rejette donc toute image « anormale » de son réseau. Ceci est encore plus vrai à l'heure actuelle, où les réseaux virtuels modélisent comment notre réseau doit être en fonction du contexte. De plus, la présence du chercheur peut aussi modifier le comportement du participant. En effet, si le patient connaît le chercheur, par exemple un intervenant de soins qui passe le sociogramme au patient, ce dernier peut influencer les réponses données, ce qui amène un biais dans la recherche. [46, 55]

Un autre élément de controverse est l'analyse subjective des données. Beaucoup d'articles mentionnent la variabilité des méthodes, le manque de définitions communes, rendant le travail de comparaison difficile. À ce jour, pour les analyses de réseaux sociaux par le sociogramme, il est recommandé d'utiliser des méthodes mixtes (quantitatives et qualitatives). [60] Enfin, concernant ces données subjectives, n'oublions pas qu'elles font appel au réseau social perçu, ce qui met uniquement en avant le point de vue du patient et ne confronte pas la vision de ses alters. Cela, nous permet donc pas d'identifier la notion de réciprocité dans le lien. [60]

3.4 Bénéfice d'une intervention du réseau social dans une prise en charge

Développer et construire un réseau social pour des personnes souffrant de maladie mentale peut être bénéfique à différents niveaux, notamment, au niveau du bien-être du patient, du fonctionnement social, de la gestion de sa maladie et de l'utilisation des services en santé mentale. [6, 38] Nous entendons dans ce paragraphe « traitement » comme une intervention visant l'amélioration du soutien social du patient. Le sociogramme répondant en partie à cette démarche.

Tout d'abord, inclure le sociogramme dans une prise en charge permet dans un premier temps d'attirer l'attention et comprendre le contexte interpersonnel et social du patient. Il a un rôle heuristique et holistique. [31] Dans un deuxième temps la littérature nous montre que proposer d'intervenir sur le réseau social amène le patient à développer son réseau, comme par exemple des groupes d'entraides. Ceci est un bénéfice pour le participant qui reçoit et fournit un soutien souvent de type émotionnel. Participer à ces groupes permettent de construire des nouveaux liens et donc de tisser des nouvelles amitiés durables dans le temps, de diminuer le stress, de diminuer les symptômes, d'avoir un soutien social plus grand, et enfin d'avoir plus de facilité à faire appel à un professionnel en cas de difficultés. Tous ces effets à l'avantage de favoriser le bien-être du patient et sa qualité de vie. [9] Nous allons mettre en avant quelques recherches soutenant l'amélioration du tableau clinique du patient.

Certaines études ont montré que travailler sur le réseau personnel du patient avait un impact sur ce dernier. En effet, Stone et al (2017) constate une diminution du pourcentage des troubles liés à l'utilisation de substance. Lorsque le réseau personnel du patient est inclus dans la prise en charge on observe une augmentation de l'abstinence et une diminution des consommations psychoactives avec d'autres personnes consommatrices. Après le traitement (travail sur le réseau du patient), on observe une diminution de la fréquentation des personnes dépendantes. L'étude conclut que le traitement favorise la restructuration du réseau et du support social du patient. Donc intervenir sur l'entourage auprès de cette population améliore la situation du patient. [2] Ceci met en avant le fait qu'intégrer et comprendre le réseau dans le traitement du patient peut amener des éléments favorables par rapport à la gestion de leur maladie.

Litt et al (2016) vont aussi soutenir cette hypothèse. Intervenir sur le réseau du patient en augmentant la taille du réseau, en favorisant des groupes de soutien avec des personnes non dépendantes est efficace pour réduire les consommations, diminuer les rechutes et augmenter les jours d'abstinences. L'étude a montré qu'en modifiant la structure du réseau personnel il y avait un effet sur 2 ans après le traitement (travail sur le réseau). Le support social est une stratégie efficace pour changer l'environnement et les comportements défavorables de l'individu. Ce, en exposant la personne à des liens sociaux favorables à l'abstinence et en stimulant l'expérience de ne pas boire, comme normale. [66]

Mais encore, ajouter des nouveaux groupes autour de la personne telles que des groupes de soutien (AA) sont des facteurs favorables au rétablissement, ce, en modifiant les processus sociaux comme l'amélioration du réseau amical, la diversité des liens et des groupes, l'accroissement du réseau personnel, etc. [66, 67] Cependant, les AA ont davantage d'effets sur les groupes amicaux que sur les relations familiales. [68]

Enfin, travailler sur le soutien social permet de diminuer les va-et-vient entre les hôpitaux et le milieu de vie de la personne. [58]

L'intervention par le professionnel a un effet positif sur le participant. Notons qu'il y a une augmentation de la taille de son réseau, du soutien social perçu, une diminution des soins hospitaliers, plus de participation et plus d'activités de type loisirs. Par contre, nous pouvons souligner que certains auteurs soulignent une controverse en pointant l'augmentation du nombre de professionnel. [9]

Inclure des travailleurs sociaux dans le réseau du patient est aussi une aide supplémentaire car ils peuvent détecter les prémices d'une décompensation, cela permet aussi de diminuer le stress et l'isolation de la personne. Mais pour cela, il est fondamental que l'intervenant comprenne la relation entre le réseau, le support social mis à sa disposition et l'utilisation faite par les services médico-sociaux que ce dernier occupe. [38] Ceci a été soutenu par Degnan et al (2018), avoir un réseau social suffisant est lié à un meilleur fonctionnement global, le patient aura moins de symptômes négatifs et aura une plus grande satisfaction de sa qualité de vie. [6] La littérature nous suggère de travailler sur la taille, la flexibilité, la stabilité, la réciprocité et la multiplicité du réseau du patient.

Pinto, en 2016, propose plusieurs objectifs dans une intervention dans le réseau de patient avec une maladie mentale sévère, nous pouvons citer :

- « Effectuer des évaluations du réseau
- Proposer un case management et des liens entre les services
- Informer et trouver des groupes d'entraides et des solutions alternatives aux logements
- Construire de nouveaux liens et renforcer les liens existants
- Favoriser une prise en charge individualisée et spécifique à la personne
- Utiliser la psychoéducation. » [38]

De même, l'inclusion des membres de la famille ou d'amis dans la réalisation de cet exercice s'avère être efficace car il utilise le système de soutien naturel du patient, il est source d'un renforcement positif et aussi développe la notion de réciprocité. Le traitement se montre plus complet. [9]

Travailler sur les dimensions du réseau du patient a déjà un effet sur ce dernier. Le patient est plus à même de développer des stratégies pour améliorer l'exploitation des ressources extérieures. Pour cela, Degnan et al (2018) précisent qu'il est important qu'il y ait un protocole systématique et que les objectifs soient réalisés avec le patient. Vous trouverez dans le tableau (annexe 1) des lignes directrices de prise en charge en fonction des caractéristiques du réseau. Agir sur le réseau social en développant les objectifs cités ci-dessus permet d'augmenter le bien-être du patient et de limiter les solutions actuelles d'hospitalisations répétées. [6]

Enfin, développer le réseau social du patient est un pari. Il peut se faire à travers le sociogramme. Malheureusement, les débats restent nombreux. Ils n'existent pas encore un consensus clair sur une méthode d'intervention précise et efficace pour une population cible. Les définitions étant très variables d'une étude à l'autre, le type de soutien sélectionné, l'échantillonnage souvent très réduit, des outils de mesures peu spécifiques ou sensibles, des populations très variables font que les données sont à évaluer avec prudence. Nous avons mis en avant ci-dessus les grandes lignes, des résultats qui se répétaient dans divers études. Bien qu'il y ait différente façon d'intervenir sur le réseau social du patient, les chercheurs s'accordent pour dire que les résultats sont encourageants. [9]

Désormais, nous allons débiter la deuxième partie de ce mémoire. Cette séquence correspond à la mise en pratique. Nous allons analyser avec une méthode mixte (qualitative et quantitative) le réseau de 10 patients souffrant d'une fragilité mentale.

DEUXIÈME PARTIE : CADRE PRATIQUE

4. Méthodologie

Dans cette section nous allons expliquer en quoi consiste le projet EGONET, afin de comprendre le contexte de l'étude. Puis, nous allons détailler la méthodologie utilisée.

Pour rappel, l'objectif de ce mémoire est d'explorer l'expérience de la passation du sociogramme par les patients psychiatriques. Nous chercherons à comprendre comment le patient perçoit cette démarche, quel effet l'exercice de cartographie de son réseau social a sur lui. Cette démarche s'avère-elle bénéfique pour lui ?

En outre, ce travail a également pour objectif d'analyser la manière dont le patient perçoit son réseau. Nous voulions, dans ce projet de recherche, mettre en lumière la parole du patient car peu d'études ont montré l'impact du travail du réseau de support social sur le patient. Nos objectifs se subdivisent en plusieurs questions :

- QR1 : Le patient a-t-il une perception différente de son réseau avant et après la réalisation de sa carte réseau ? (questions 1 et 2)
- QR2 : Comment perçoit-il l'exercice de cartographier son réseau ? (question 3) ;
- QR3 : Quelle est son expérience dans le processus de passation du sociogramme ? (question 4)

Enfin, le contexte de cette recherche ayant été perturbé par la crise sanitaire, Covid-19, les modalités de passation de ce mémoire ont été modifiées (voir point 4.2.1 ci-dessous). Nous analyserons donc la question de recherche supplémentaire suivante : Quelles expériences tirons-nous des différents modes de passations ?

4.1 Présentation EGONET

EGONET est un projet de recherche-développement qui a été implémenté depuis deux ans à Epsilon. C'est un outil qui a été développé pour cartographier le réseau social personnel du patient dans le but d'améliorer la coordination des soins, d'impliquer le patient dans son parcours de soins et de favoriser des soins personnalisés. [40] Cette cartographie, réalisée par le patient en collaboration avec les intervenants, met en avant les personnes ressources (soutenantes) et les liens qu'ils entretiennent entre eux. Ce projet, permet entre autres d'étudier l'entourage actif du patient, qui peut être constitué de membres proches et de professionnel, ainsi que les différents types de soutiens sociaux. Le fait que le patient soit pris en compte et réalise lui-même le sociogramme permet de construire avec lui son projet hospitalier, de s'assurer que son réseau soit suffisant et de vérifier s'il est bien coordonné. Cet outil va aider les intervenants à mobiliser ou non des outils supplémentaires de coordination, tels que des concertations, des directives anticipées... Cela en vue d'une amélioration de la prise en charge du patient et de se rapprocher d'une vue globale de sa situation.

En effet, comprendre le réseau et le soutien social du patient sont maintenant un facteur essentiel dans la prise en charge de ce dernier. C'est une piste précieuse pour l'intervenant afin d'améliorer la prise en charge et la continuité des soins. [60] Je travaille actuellement à l'hôpital de jour « Le quotidien ». Nous avons rejoint ce projet Egonet en septembre 2018. Cependant, dans le cadre de ce mémoire, nous allons utiliser uniquement le sociogramme en lui-même pour comprendre l'effet de la passation du sociogramme sur le patient.

4.2 Méthode utilisée

Nous avons choisi de suivre une démarche qualitative, selon une méthode mixte, dite design d'inclusion. En d'autres termes, il n'y a qu'une seule phase de recueil de données, qu'elles soient qualitatives ou quantitatives. En effet, dans le design d'inclusion, la méthode qualitative est dominante, les données quantitatives sont quant-à-elles en support. Une méthode qualitative se définit comme une façon d'investiguer les phénomènes sociaux et humains. Ceci passe par la question du « comment » ou du « pourquoi ». De plus, elle se centre sur le point de vue de la personne impliquée, elle vise donc la subjectivité. Pour cela, elle navigue avec des données linguistiques (récits, mots) plutôt que des chiffres. Cette démarche qualitative est particulièrement bien adaptée pour des thématiques complexes, sensibles, pour la compréhension de détails ou de processus, etc... [69] La partie quantitative se base sur un questionnaire de satisfaction de son réseau. Les données quantitatives ont été traitées à l'aide du logiciel Excel. Ceci nous paraissait adéquat au vu de la taille de notre échantillon (n=10). La partie qualitative, quant à elle, est construite sur des questions ouvertes. L'analyse des données qualitatives a été faite en plusieurs étapes. Tout d'abord, une synthèse des propos fut réalisée (annexe 7). Ensuite, nous avons procédé à une démarche de thématisation continue, c'est à dire que nous avons tenté de catégoriser par thématique les éléments émergents tout au long du processus, afin d'en retirer plusieurs concepts. Ces derniers ont été surlignés et mis en gras dans les verbatims. Ceci semble bien correspondre à notre recherche car nous voulons explorer et comprendre comment le patient perçoit la passation du sociogramme. De plus, nous sommes face à une population dite complexe par la présence de difficultés psychiques mais aussi physiques avec, souvent, des problèmes externes tels que le revenu, le logement, ainsi que des besoins multiples. C'est pour ces raisons que nous avons utilisé une démarche qualitative pour explorer la question du support social du patient souffrant de santé mentale.

4.2.1 Terrain de l'étude

Notre étude est réalisée à l'hôpital de jour « Le quotidien ». En tant qu'ergothérapeute y travaillant, il me semblait intéressant de venir explorer la perception des patients face à ce nouveau projet. De plus, comme mentionné plus haut nous avons rejoint la recherche EGONET depuis bientôt deux ans. La population choisie est adéquate, car elle répond au critère de la recherche. De plus, l'hôpital de jour offre une structure de soutien pour le patient. Nous avons un filet de sécurité pour le patient. En effet, si le patient se sent mal suite à l'entretien, nous avons l'occasion de reprendre les choses avec lui et de lui donner un espace de parole. Les patients sont interrogés dans un bureau mis à disposition par l'hôpital de jour. Cette étude a été évaluée et validée par le comité éthique. Un avis favorable a été prononcé le 4 avril 2020. Les premiers entretiens ont débuté le 9 mars 2020. Ce mémoire s'inscrit dans un contexte où le COVID-19 a fait son apparition au moment de la récolte des données. Cette dimension est importante à prendre en compte car elle a influencé la manière de récolter les données et a probablement modifié les résultats. Nous tenterons dans l'analyse, d'intégrer cet aspect.

4.2.2 Population cible et critère de sélection

Nous avons sélectionné un échantillon intentionnel. C'est à dire avec des critères d'inclusions précis et diversifiés. En effet, nous avons sélectionné quinze adultes de plus de dix-huit ans qui fréquentent l'hôpital de jour. Un autre critère d'inclusion retenu a été de sélectionner des patients avec une capacité d'élaboration et/ou une capacité à exprimer son point de vue face à une question ouverte. Nous n'avons pas utilisé de critère d'exclusion, c'est-à-dire que nous n'avons pas utilisé le critère d'âge, de sexe, de nationalité, de pathologie ou de culture. Nous avons tout de même été vigilants à sélectionner des patients avec des pathologies et des situations différentes. Ce, en vue d'avoir un échantillon le plus diversifié possible.

Notre stratégie de sélection initiale était de faire connaître le projet à l'ensemble de nos patients. Cela en vue de permettre aux patients intéressés de prendre part à la recherche. Nous avons, toutefois, souhaité faire participer des patients qui n'étaient pas forcément preneurs du projet. Nous avons donc obtenu un échantillon de 15 patients comprenant à la fois des personnes volontaires et des personnes désignées.

Une fois les patients sélectionnés, nous avons pris le temps de réexpliquer clairement le projet afin qu'ils sachent en quoi ils s'engageaient. D'ailleurs, ils pouvaient à tout moment arrêter le processus de passation du sociogramme.

Malgré notre première stratégie d'établissement de l'échantillonnage, nous avons dû nous adapter à cause du contexte dans lequel nous nous sommes retrouvés. En effet, avec la crise sanitaire du Covid-19, nous avons dû réduire notre échantillon et changer une partie de celui-ci. Au final, seuls deux patients ont été sélectionnés comme mentionné ci-dessus. Les autres ont été choisis sur base d'un seul critère : avoir passé le sociogramme. En analysant notre base de données seulement neuf personnes avaient passé le sociogramme, huit ont acceptés de répondre au questionnaire.

Voilà pourquoi, nous avons finalement eu l'échantillon que vous retrouvez dans ce travail.

4.2.3 Anonymisation

Les données sont anonymes. Toutes les notes et observations supplémentaires seront supprimées. Le questionnaire est mis en annexe. Les résultats ont été anonymisés en utilisant le code E1, E2, E3, (...), pour représenter le questionnaire 1, le questionnaire 2, le questionnaire 3 (...).

4.2.4 Recueil des données

Nous réalisons une rencontre avec le patient, en individuel. Lors de cet échange nous procédons à un entretien semi-directif. Ce type d'entretien a été pensé pour laisser une place au discours et au récit donnant ainsi l'avantage de ne pas enfermer la parole du patient. En effet, le patient a l'occasion d'expliquer et d'argumenter ses affirmations, et ce, tout au long de l'entretien et en maintenant un cadre fixé par le chercheur. Le questionnaire est composé de questions fermées et de questions ouvertes. Ce dernier, comporte 5 parties :

Questions fermées $\Rightarrow$ Réalisation du sociogramme $\Rightarrow$ Questions fermées $\Rightarrow$ Questions fermées $\Rightarrow$ Questions ouvertes (annexe 3)

L'entretien débute par l'explication de ce projet et une demande de consentement éclairé. Après l'accord du patient, nous commençons par **l'étape 1**. Cette première question, (question 1) est basée sur une échelle de Likert, allant de 1 (totalement insatisfait) à 7 (totalement satisfait). Ce qui permet de quantifier les résultats. (annexe 3) Les réponses à cette échelle de Likert ont été recodées en 3 groupes : de 0-3 = détérioration. 4 = aucun effet. De 5 à 7 = amélioration. Cette dernière évalue la satisfaction du soutien social que le patient reçoit.

Puis, nous entamons **l'étape 2**. Nous demandons au patient de lister les personnes qui le soutiennent, actuellement, dans sa vie quotidienne en précisant que tous les types d'aides peuvent être considérés. Nous encourageons le répondant à prendre en compte les membres de la famille, les amis ainsi que toutes les ressources informelles telles que les collègues, les voisins, un prêtre... Chaque personne est notée sur un post-it, en référant le nom, la fonction et, s'il s'agit d'un professionnel, le lieu. Nous différencions les post-its avec deux couleurs distinctes. Couleur jaune pour les professionnels et couleur verte pour les personnes de l'entourage. Une fois, tous les noms énumérés, nous demandons au patient de placer chaque post-it sur un plateau (annexe 4), sachant que le patient est représenté au centre de la carte réseau. La carte réseau est constituée de 3 cercles concentriques allant du plus proche de lui vers le plus éloigné. Nous demandons ainsi au patient de placer les personnes de soutien sur la carte en fonction de l'importance du soutien qu'il reçoit. Ensuite, nous suggérons au patient de relier par une ligne les acteurs entre eux, en posant la question : « Quelles sont les personnes qui échangent de l'information à votre propos dans le cadre de l'organisation de soutien qu'elles vous offrent ? » [54] Une fois terminé, nous lui demandons de prendre un temps, et d'observer son sociogramme.

Après, nous demandons au patient de répondre à **l'étape 3**. Ceci dans le but d'évaluer s'il perçoit différemment son réseau après avoir réalisé le sociogramme.

Ensuite, nous invitons le patient à répondre à **l'étape 4** (annexe 3). À la fin de chaque question nous demandons d'expliquer son choix (pourquoi avez-vous répondu cela ?). Nous avons pris la position que le chercheur inscrive les réponses et que celles-ci soient lues, corrigées et validées par le patient. Par souci d'être au plus proche de son discours.

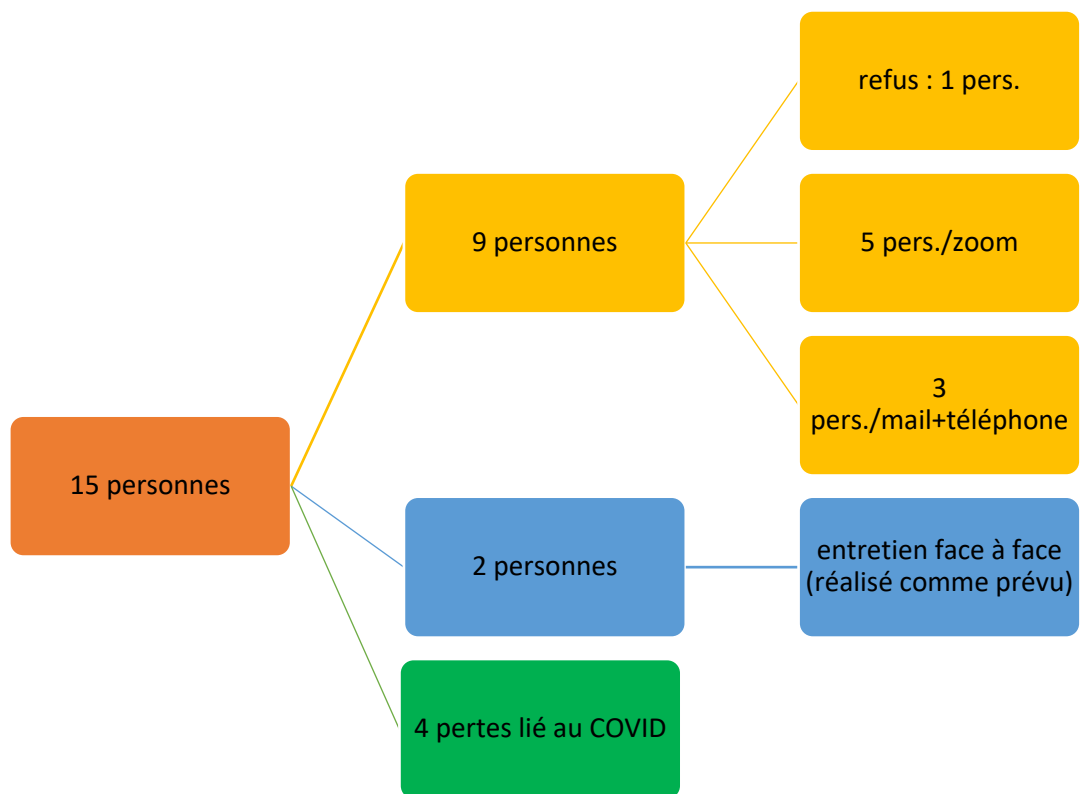
Enfin, **l'étape 5**, nous passons à la dernière partie, avec des questions ouvertes (annexe 3). Elles ont pour but d'explorer le vécu du patient par rapport à la passation du sociogramme et à ce qu'il y voit. Mais aussi, d'investiguer autour de la représentation qu'il se fait de son réseau.

Nous évaluons à plus ou moins une heure la durée de l'entretien, ceci comprend le temps de passation du sociogramme et le temps pour remplir le questionnaire.

Le contexte lié à la crise sanitaire (COVID- 19), a modifié certaines modalités de recherche. En effet, sur les quinze patients nous avons pu passer deux entretiens comme il a été pensé initialement. Par manque de moyen, nous ne pouvions pas passer le sociogramme à distance. Nous avons donc sélectionné des patients ayant passé le sociogramme dans un temps ultérieur. Ceci ayant pour conséquence de diminuer notre échantillon. L'échantillon a été ramené de quinze à dix personnes.

Pour les autres patients nous leur avons suggéré deux modalités au choix. Soit de réaliser un entretien par vidéo (Zoom) soit de répondre dans un premier temps par mail, puis, avoir un entretien téléphonique.

Parmi cette proposition, cinq patients ont souhaité réaliser le questionnaire via Zoom, les trois autres ont préféré réaliser l'exercice chez eux et nous envoyer par mail leur réponse et une personne a refusé de passer le questionnaire car la réalisation de son sociogramme remontait à trop longtemps. Ce patient ne se souvenait plus du tout de son sociogramme. De plus, cette personne n'était pas d'accord d'utiliser l'outil zoom, par crainte de la protection des données.



Dans ce contexte, nous tenons à préciser un point de vigilance. Les résultats seront influencés par leur mémoire. En effet, ils devront faire appel à leur mémoire à long terme, puisque certains d'entre eux ont passé le sociogramme il y a un an. De plus, ils devront aussi faire appel à leur mémoire sensorielle, en essayant de se reconnecter à leur ressenti dans un moment ultérieur. Certains ont demandé de revoir leur sociogramme pour revivre ce moment.

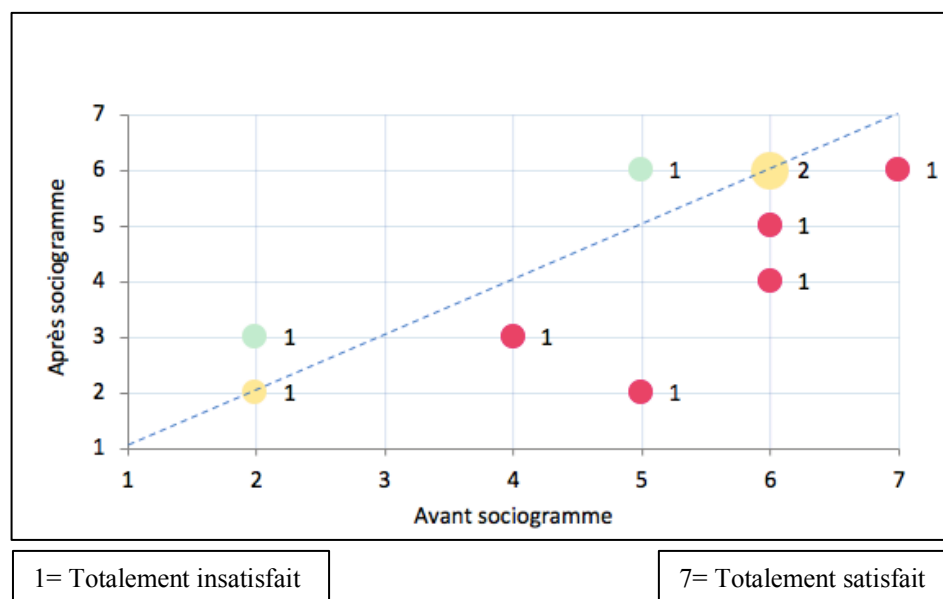
5. Présentation des résultats

5.1 Question 1 : Le patient a-t-il une perception différente de son réseau avant et après la réalisation de sa carte réseau ?

Pour répondre à cette première question, nous avons récolté des données à travers l'étape 1 et l'étape 3. Elles ont pour but d'évaluer la satisfaction du réseau du patient avant et après avoir réalisé le sociogramme. Nous allons parcourir la satisfaction du soutien reçu, la perception d'être suffisamment entouré et la perception de la communication entre les personnes qui soutiennent le patient. Certaines catégories sont argumentées par une analyse des entretiens qualitatifs.

5.1.1 Satisfaction de la qualité du soutien perçu

Tableau 1- Satisfaction de la qualité soutien perçu avant et après la réalisation du sociogramme (n=10)



Légende: Les points représentent le nombre de répondants pour le score donné

Les points rouges représentent une détérioration de la satisfaction du soutien reçu.

Les points verts représentent une amélioration de la satisfaction du soutien reçu

1= un individu ; 2= deux individus

Avant la réalisation du sociogramme 7 personnes sur 10 des participants interrogés se disent satisfaites de la qualité du soutien qu'elles reçoivent. La satisfaction atteint une moyenne de 4,90 sur une échelle allant de 1 à 7.

En ce qui concerne les autres patients, il y a 1 personne sur 10 qui a un avis neutre et 2 personnes sur 10 qui sont insatisfaites

Après avoir réalisé le sociogramme, il n'y a plus que 5 personnes sur 10 des participants interrogés qui sont satisfaites du soutien reçu. La moyenne est descendue à 4,3/7. Elle a donc diminué.

En ce qui concerne les autres patients, il y a toujours 1 personne sur 10 qui a un avis neutre et 4 personnes sur 10 qui sont insatisfaites.

Le graphique ci-dessus nous montre que la majorité des personnes sont en dessous de la diagonale. Ceci indique qu'elles ont donné un score inférieur après la réalisation du sociogramme comparé au score donné avant la réalisation de celui-ci. Il y a donc une détérioration des résultats après avoir visualisé la carte réseau.

Suite aux entretiens semi-directifs, les patients ont pu évoquer certains points justifiant cette baisse de satisfaction lors de la visualisation du sociogramme. En effet, **voir son sociogramme en image** induit un effet partagé. Certains sont surpris et s'aperçoivent d'une représentation différente de leur réseau par rapport à ce qu'ils en percevaient. Il y a **une prise de conscience de leur environnement social**. La composition et la vision holistique de son réseau sont des éléments pouvant amener à une baisse de satisfaction. D'autres n'ont pas d'effet surprise.

Certains patients font le constat de la **composition** de leur réseau. Ils prennent conscience du nombre de professionnels de la santé comparé aux personnes appartenant à la sphère familiale et aux amis (...). En effet, certains d'entre eux, constatent que la proportion d'acteurs médico-sociaux est plus grande que celle des proches. « *Il y a trop de médical.* » (E9) « *J'ai remarqué que mon réseau était principalement constitué de soignants. J'ai pris davantage conscience du nombre d'intervenant autour de moi. (...) Je suis mal à l'aise car il y a plus de professionnels que d'autres (amis, famille)* » (E3). Les patients peuvent aussi être surpris des ressources qui les entourent ou de l'absence de ces dernières. « *J'ai pas mis mes enfants, ça me surprend.* » (E1) « *Ma compagne n'y est pas, elle ne me comprend pas que je suis malade.* » (E2). Par ailleurs, certains patients, mais pas la majorité, souhaiteraient avoir plus de personnes de soutien dans leur entourage.

D'autres patients n'ont pas cet effet de surprise. Ils expriment clairement qu'ils sont conscients de leur environnement social. « *J'étais assez consciente de tout, même si le mettre en dessin et à l'écrit me faisais voire mes relations autrement, mais, pas surprenant.* » (E6). Malgré ce constat, le sociogramme permet de faire le point en ayant **une vue d'ensemble** sur leur réseau de manière claire, concrète. « *Ça concentre toutes les infos ensemble. Je fais partie d'un système, je suis au centre d'un réseau.* » (E10) « *Visualise qui j'ai autour de moi. J'ai une vue d'ensemble. (...) D'habitude, c'est des morceaux d'images, là c'est tout ensemble.* » (E9) « *Cela permet d'avoir une vue d'ensemble de mes relations.* » (E3) Visualiser sa carte réseau amène donc une vue d'ensemble et permet de voir l'équilibre ou le déséquilibre entre les différentes sphères (bio-médico-sociale et privée). L'absence d'équilibre amène la personne à un mouvement, une volonté de changer des aspects de son sociogramme. Cela lui permet aussi de réaliser les points négatifs et positifs de son réseau. Cependant, ils évoquent plus facilement les éléments négatifs et ont plus de difficultés à observer les points positifs. En effet, ils ont tous évoqué les points négatifs en premier lieu, lorsque la question a été : « *Quels sont les points que vous jugez positifs et négatifs dans votre réseau?* » Leurs réponses étaient aussi plus rapides pour les points négatifs que pour les aspects positifs de leur réseau.

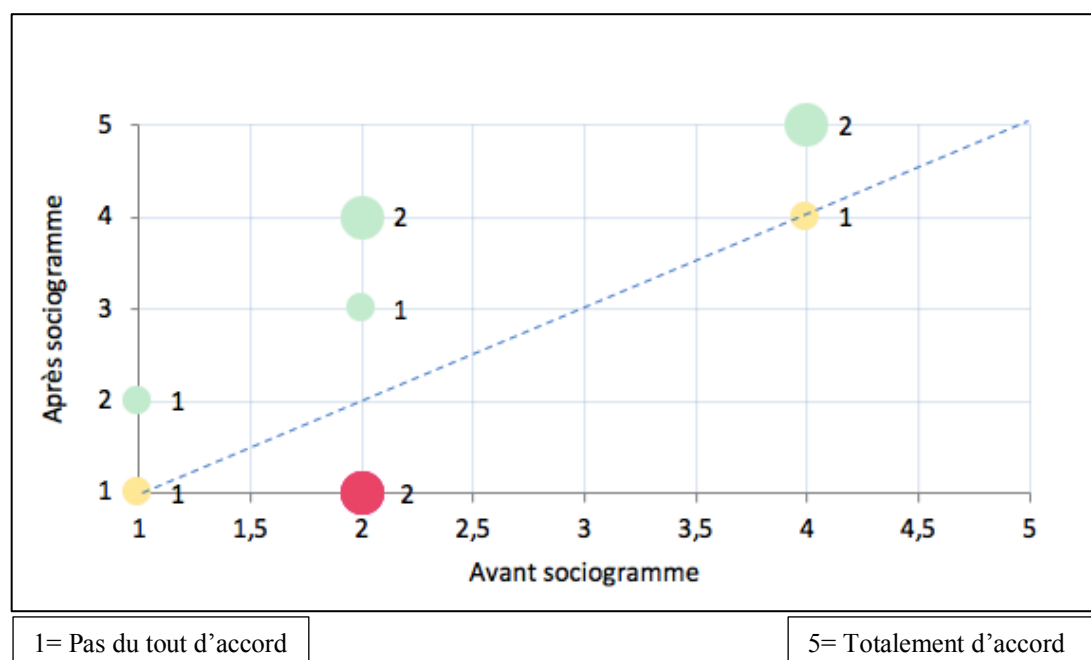
Nous pouvons donc constater que la moitié des répondants se disent moins satisfaits du soutien offert par leur réseau, une fois celui-ci concrétisé sous leurs yeux. Deux personnes ont, au

contraire, vu augmenter leur sentiment de satisfaction. Deux éléments peuvent expliquer cette augmentation. Deux éléments sont pointés qui pourraient changer leur point de vue. L'un est la prise de conscience de la diversité de leur réseau. Ceci rejoint la notion de **composition**. Le patient réalise qu'il a plusieurs ressources à sa disposition. « *Je découvre des personnes que je m'imaginais pas comme la femme de ménage, le médecin généraliste.* » (E2) L'autre élément est la mise en avant de **la position des acteurs** dans son réseau. En effet, le participant réalise la proximité et la place des membres par rapport à lui. Se rendant compte de l'importance du lien. En voyant son réseau, il se sent soutenu et proche de son réseau social.

Pour conclure, prendre conscience de la réalité de son réseau social amène le patient à réaliser l'état actuel de son entourage et des ressources à sa disposition. La majorité des patients constate que ces différents éléments sont défavorables par rapport ce qu'ils imaginaient. La vue d'ensemble et de la composition de leur réseau donne une explication sur la raison pour laquelle il y a une diminution de leur satisfaction quant à la qualité du soutien reçu. Pour d'autres, une dimension plus positive transparait. Une amélioration de la satisfaction du soutien reçu est à noter. Voir son réseau en image peut donc aussi apporter des effets bénéfiques.

5.1.2 Impression d'être suffisamment entouré

Tableau 2- Sentiment de satisfaction quant à la taille du réseau avant et après la réalisation du sociogramme (n=10)



Légende : les points représentent le nombre répondants pour le score donné.

Les points rouges représentent une détérioration de leur satisfaction.

Les points verts représentent une amélioration de leur satisfaction.

1= un individu ; 2= deux individus

Avant la réalisation du sociogramme 7 personnes sur 10 des participants interrogés se disent insatisfaites par rapport à la taille de leur réseau. La satisfaction atteint une moyenne de 2,4 sur une échelle allant de 1 à 5.

En ce qui concerne les autres patients, il y a aucune personne ayant un avis neutre et 3 personnes sur 10 qui sont satisfaites de la taille de leur réseau.

Après avoir réalisé leur sociogramme, il n'y a plus que 4 personnes sur 10 des participants interrogés qui sont insatisfaites quant à la taille de leur réseau. La moyenne est passée à 3/5. Elle a donc augmenté.

En ce qui concerne les autres patients, 5 répondants sur 10 sont satisfaits par le nombre de personnes qui les entoure. La dernière personne a un avis neutre.

Le graphique ci-dessus nous montre que la majorité des personnes sont au-dessus de la diagonale. Ceci révèle qu'elles ont donné un score supérieur après la réalisation du sociogramme, comparé au score donné avant la réalisation de celui-ci. Il y a donc une amélioration des résultats suite à la visualisation de sa carte réseau.

En effet, beaucoup de patients mettaient en avant l'isolation sociale générée par la maladie mentale qui isole, disent-ils, des contacts sociaux. « *Quand on est pas bien, on est extrait du réseau social. La maladie isole.* » (E10) « *J'ai un sentiment de solitude qui est commun dans la psychiatrie (...) Je me sentais complètement seule. Je ne savais pas réfléchir aux personnes qui m'entouraient, c'était le vide. J'étais mal à ce moment-là.* » (E7)

À nouveau, en voyant leur sociogramme, ils ont **une prise de conscience de leur environnement social**. Les patients prennent conscience que **la taille** de leur réseau est souvent différente de celle qu'ils se représentait.

Certains observent qu'ils ont un réseau plus grand de ce qu'ils s'imaginaient. « *Rassurée et étonnée car j'observe qu'il y a du monde autour de moi. Dans ma tête j'étais seule.* » (E7) « *J'ai quand même des gens pour qui je compte. Je réalise cela car je vois qu'il y a du monde.* » (E2). Mais l'inverse est possible. Faire cet exercice et visualiser sa carte réseau rend visible leur isolement social et va parfois à l'encontre de l'image qu'ils avaient de leur réseau. « *Ça c'est fort appauvri quand je compare avec la représentation que j'avais dans ma tête.* » (E4) « *J'avais le sentiment que j'avais un réseau plus grand. Mais je me rends compte que c'était quand je consommais. (...) Maintenant, je réalise que je n'ai pas autant que ce que j'imaginais.* » (E8) « *Je constate qu'il n'y a pas grand monde. Je suis triste, j'ai une vie triste.* » (E1)

Cependant, une plus grande partie des patients constatent, suite à la visualisation de leur réseau, un plus grand nombre de personnes dans leur entourage que ce qu'ils s'imaginaient. Il y a donc un effet de surprise positif qui améliore la représentation de leur réseau social.

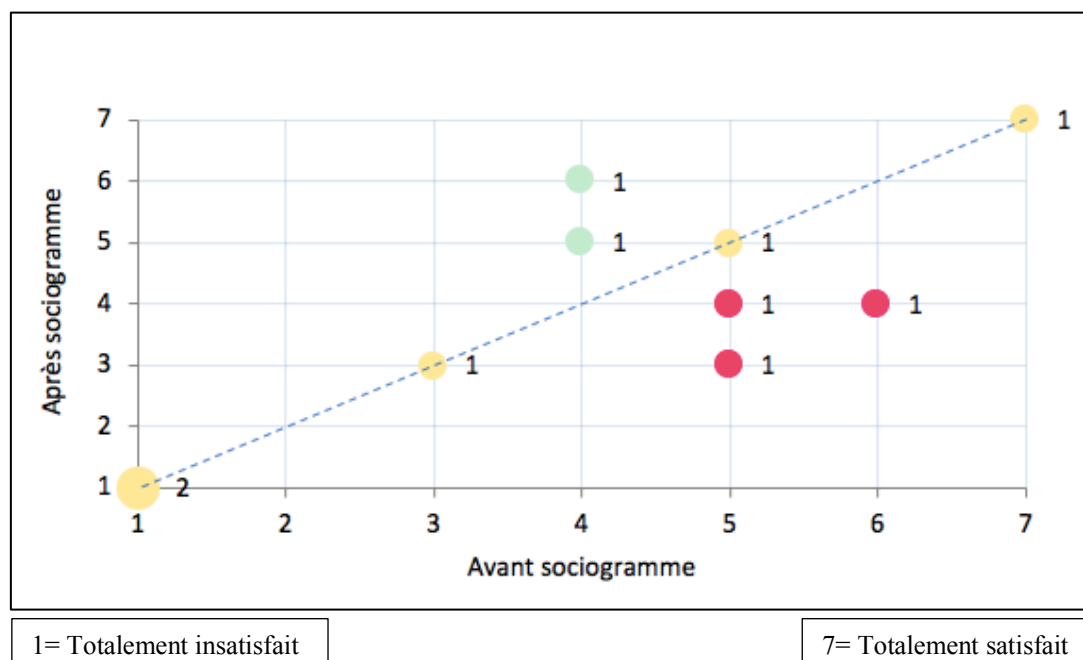
Nous pouvons donc conclure en disant que la moitié des participants a un sentiment de solitude important avant la réalisation du sociogramme. Mais qu'une fois le sociogramme visualisé, certains patients se perçoivent comme moins isolé que ce qu'ils imaginaient, puisqu'ils constatent un nombre supérieur d'acteurs qui les entourent.

La visualisation de la **taille** du réseau, quelle qu'elle soit, a souvent un effet bénéfique car elle permet de prendre conscience de celle-ci.

« J'ai quand même des gens pour qui je compte. Je réalise cela car je vois qu'il y a du monde. (...) Au début, je pensais que j'étais seul, mais ce n'est pas vrai. » (E2) « Quand je ne vais pas bien, je reprends mon sociogramme, ça me rappelle que je ne suis pas seule. » (E10).

5.1.3 Satisfaction de la communication des personnes de soutien

Tableau 3- Satisfaction de la communication entre les personnes qui les soutiennent avant et après la réalisation du sociogramme (n=10)



Légende : les points représentent le nombre répondants pour le score donné.

Les points rouges représentent une détérioration de leur satisfaction.

Les points verts représentent une amélioration de leur satisfaction.

1= un individu ; 2= deux individus

Avant la réalisation du sociogramme 5 personnes sur 10 des participants interrogés se disent satisfaites de la communication entre les personnes qui les soutiennent, avec une moyenne de 4,1/7 sur l'échelle de satisfaction.

En ce qui concerne les autres patients, il y a 2 personnes sur 10 qui ont un avis neutre et 3 personnes sur 10 qui sont insatisfaites

Après avoir réalisé leur sociogramme, il n'y a plus que 4 personnes sur 10 des participants interrogés qui sont satisfaites de la communication entre les personnes de soutien, ainsi que 4 personnes sur 10 des participants qui sont insatisfaites de la communication des personnes qui les soutiennent. Et il y a 2 répondants sur 10 avec un avis neutre. La moyenne n'a pratiquement pas bougé. Elle est passée à 3,9/7.

Le graphique ci-dessus nous montre que la majorité des personnes sont sur la diagonale. Ceci indique qu'elles ont donné un score identique avant et après la réalisation du sociogramme. La visualisation de la carte réseau n'a donc qu'un faible effet sur leur réponse.

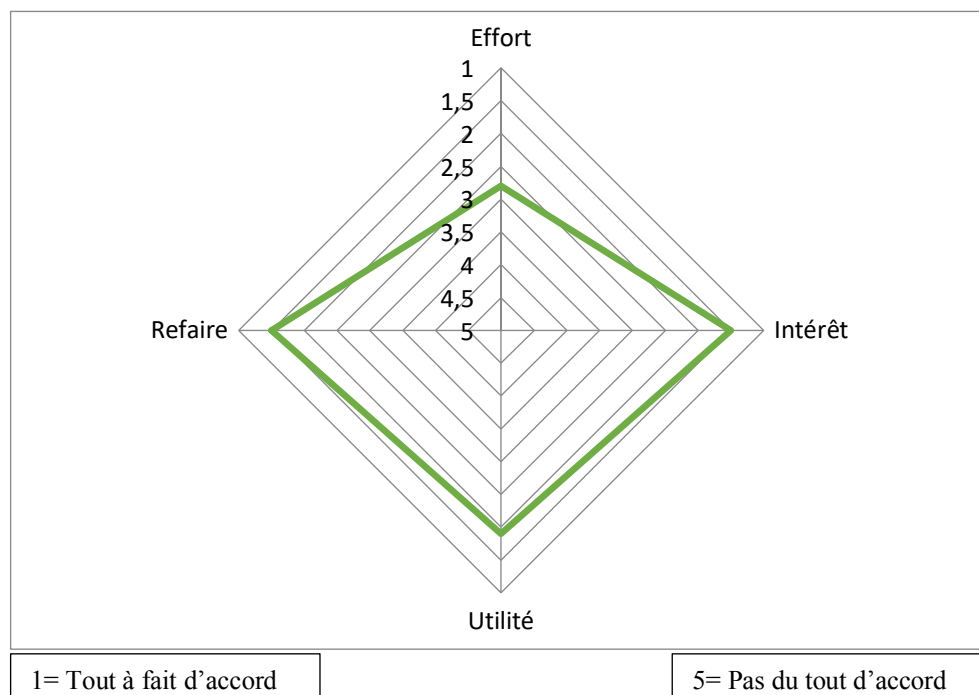
Les patients prennent tant conscience de l'absence ou de la présence **des interconnexions** entre les personnes. Les liens entre les personnes issues de la sphère privée (famille, amis...) sont souvent perçus comme positifs. Ils sont souvent surpris de la présence de ces échanges « *Je réalise que certains proches sont reliés entre eux.* » (E5) « *Je me rends compte que mon réseau est très interconnecté, avant je n'y pensais pas.* » (E10) « *J'observe qu'il y a des connexions entre les personnes, or, dans mon imaginaire tout le monde était dans sa bulle (séparé).*» (E7) Par contre, sur le plan des soins reçus, les patients mettent souvent en avant un manque d'interconnexions entre les professionnels. « *Depuis que je n'ai plus de MG, il n'y a plus de communication entre les spécialistes, j'ai plus personnes pour centraliser mes problèmes de santé.*» (E9) « *Les intervenants parlent pas entre eux. Je suis obligé de faire le facteur, j'aimerais qu'ils s'accordent tous ensemble.*» (E3)

En conclusion, nous constatons que le patient perçoit son réseau de soutien différemment après l'avoir cartographié. Cependant, ce changement de perception diffère d'un patient à l'autre et d'un aspect du réseau à l'autre. En effet, il semblerait que l'exercice de cartographie ait un impact négatif sur le sentiment de satisfaction par rapport au soutien reçu, ait un impact positif sur la perception de la taille du réseau et n'a pas ou peu d'impact sur le sentiment de satisfaction à propos de la communication entre les membres du réseau. En d'autres termes, lorsque son réseau se matérialise sous ses yeux, le patient a, le plus souvent, l'impression qu'il reçoit une plus grande quantité de soutien qu'imaginé mais moins qualitatif qu'imaginé.

5.2 Question 2 : Comment le patient perçoit-il l'exercice de cartographier son réseau ?

Au travers de cette deuxième question, nous avons mis en avant le ressenti du patient sur l'exercice en lui-même. Nous allons ici évoquer l'effort fourni par l'exercice de cartographie, l'intérêt et l'utilité que le patient a de faire ce type d'exercice et sa volonté de refaire ce travail dans le temps.

Tableau 4 : Perception du patient sur l'exercice de cartographier son réseau



Les résultats présentés ci-dessus, sont à analyser en considérant que plus le score se rapproche de un plus le patient est d'accord avec la question posée (Étape 4).

Les résultats montrent qu'il y a un avis partagé quant à **l'effort** à fournir afin de réaliser le sociogramme. Certains ont trouvé cet exercice intense, d'autres moins. La moyenne est de 2,8/5.

Lors de la passation du sociogramme, une partie des patients témoignent que l'exercice demande de l'effort. À travers les entretiens semi-directifs, nous avons distingué différents types d'efforts. Nous avons relevé un effort cognitif, un effort émotionnel ainsi qu'un effort lié à la nouveauté.

La réflexion demandée en vue de la réalisation du sociogramme demande un **effort cognitif**, notamment celui de faire appel à sa mémoire, de sélectionner, de se concentrer et d'organiser. La mémoire est sollicitée par le fait de rechercher les personnes dans son esprit. Le fait de trouver des personnes à mettre dans son réseau est une étape qui mobilise le patient. Ensuite, cela nécessite de sélectionner et de se concentrer sur cette tâche. L'ensemble du processus (réalisation de la carte réseau + questionnaire) est vécu comme un effort cognitif intensif.

Ensuite, la réflexion demandée en vue de la réalisation du sociogramme demande un **effort émotionnel**. « *C'est une charge émotive, car en faisant l'exercice on fait de l'ordre dans sa tête.* » (E3) La première réaction est l'impression qu'il n'y aura personne à citer. « *(...) je devais chercher après la relation, parce que j'ai rien.* » (E1) Malgré le constat qu'il y a, après coup, toujours un entourage présent.

La deuxième étape engendrant un effort émotionnel est de placer les personnes plus ou moins proche de soi. Déterminer la proximité du lien est cité comme une pratique difficile, car le lien est représenté comme une dimension affective, non-matérialisable. « *Le fait de définir les personnes plus ou moins proche de moi et des autres est fait de façon mécanique.(...) Les frontières ne sont pas si nettes.* » (E5)

De plus, il est souvent évoqué que le fait de donner une position des acteurs sur la cible est difficile car les patients semblent être pris par des enjeux relationnels. « *Mon père, je ne savais pas où le mettre. Le doute est survenu quand je devais placer ma mère. Je voulais la mettre à un niveau différent de celui de mon père. Mais finalement, je les ai mis au même niveau. Cela a généré beaucoup de questionnements. Je reprochais beaucoup de choses à mon père mais j'étais incapable de le mettre plus loin que ma mère. Peut-être par principe de loyauté.* » (E8)

Un autre élément qui semble susciter un effort émotionnel est la difficulté pour le patient de hiérarchiser les personnes de son entourage. « *Ça m'a demandé un effort émotionnel et un effort de trouver les personnes et de les mettre à la bonne place.* » (E7)

« *C'est pas facile de placer les personnes. Certaines personnes que je pensais proche de moi sont, après réflexion, finalement, plus loin que je ne le pensais et vice versa.* » (E8) Monsieur est étonné de la position qu'il a attribué aux membres qui l'entourent.

« *[...] Difficile de déterminer la place que chacun peut avoir. Faire une hiérarchie entre elles me semble bizarre et difficile. Cela vient me confronter dans la place que je donne aux personnes. (...) Par exemple, je place cette personne parce qu'elle m'aide, mais je me rends compte qu'elle n'est pas si importante en termes de proximité et d'importance, or dans ma tête, elle était capitale, très importante. Finalement on les remet à leur place...* » (E3)

Enfin, les patients rapportent le fait que l'outil génère un **effort lié à la nouveauté**. C'est aussi un exercice peu naturel, réfléchir sur son réseau n'est pas une réflexion habituelle « *Ça n'a pas influencé car je n'avais pas d'idée de mon réseau. Est-ce normal de réfléchir à son réseau? Pourquoi je me suis jamais posée la question ?* » (E4).

Mais, aussi les patients semblent désarçonnés car ce n'est pas un exercice qu'ils sont amenés à faire dans leur parcours de soins. « *[...] Un peu d'étonnement au départ, car c'était une démarche nouvelle pour moi.* » (E5) « *[...] Peur au début, face à l'inconnu et à la nouveauté.* » (E7) « *[...] Perdue car je ne savais pas quoi mettre. C'est un exercice nouveau.* » (E3)

L'intérêt pour cet outil est présent chez tous les participants. Ils sont tous intéressés par la réalisation de leur carte réseau. Ils relèvent souvent lors des entretiens qu'ils n'en voient le sens que dans un deuxième temps, une fois que l'on a repris ensemble le sociogramme et son contenu. L'intérêt est souligné par le fait d'avoir la possibilité de faire le point en ayant une vue d'ensemble. La mise en image du réseau permet de faire le bilan et de susciter des questionnements. Le score moyen est de 1,5/5. Il y a donc un intérêt important. Pour rappel, le chiffre se rapprochant de 1 signifie qu'il est tout à fait d'accord sur la question suivante : « Est-ce que le fait de réaliser le sociogramme vous a demandé un effort ? ». Dans le cas échéant, la majorité des patients tendent vers une affirmation.

La majorité des personnes trouve cet outil **utile**. La moyenne est de 1,9/5. Il y a donc une utilité importante pour les patients concernant l'outil. La seule personne qui avait marqué son désaccord quant à l'utilité de celui-ci au moment de la passation du questionnaire est revenue sur sa décision après en avoir débriéfé. Cette personne a souligné le fait qu'elle ne voyait pas le sens de cet exercice et ce qu'elle pourrait faire avec les informations reçues. « *Je ne vois pas le sens de cet exercice. J'ai ouvert une porte puis elle s'est refermée. Je l'ai fait et plus rien, je ne comprends pas le pourquoi...* » (E3)

La majorité souhaiterait le **refaire**, dans le but de voir s'il y a eu une évolution de leur carte réseau. Un autre argument revenu à plusieurs reprises est le besoin de faire le point. Le sociogramme permet de s'arrêter sur la sphère du social. « *Intéressant de rentrer par cette porte-là, la sphère sociale est importante.* » (E1) « *Ça permet de voir l'évolution, les changements, et faire le point.* » (E4) Notons que la plupart des patients veulent le refaire pour soi et non pour les intervenants. Seul un patient spécifie vouloir le refaire pour les professionnels.

Le score moyen est de 1,5/5. Il y a donc un avis favorable à le refaire. Seule une personne ne s'est pas positionnée mais est revenue dans un second temps pour évoquer le fait qu'elle trouverait cela intéressant de le refaire. « *Après notre discussion, je le referais de temps en temps, pour voir l'évolution. En revoyant mon sociogramme, il y a pleins de choses qui ont changé.* » (E3). Ajoutons à cela, que beaucoup des patients estiment nécessaire de le refaire avec un écart temporel. En effet, ils souhaitent qu'il y ait suffisamment de temps écoulé pour le refaire, ce, dans l'espoir de constater un changement dans leur réseau. Certains évoquent le besoin de l'espace en le faisant au début du séjour et à la fin de la prise en charge.

Quant au fait de garder une copie de sa carte réseau, 6 personnes sur 10 souhaitent avoir une **photocopie** ou une copie de cette dernière. La plupart demandent de mettre ce document dans leur dossier médical.

5.3 Question 3 : Quelle est son expérience dans le processus de passation du sociogramme ?

Dans cette partie des résultats nous allons étudier le vécu du patient sur l'expérience qu'induit la réalisation du sociogramme. En effet, durant le processus de passation plusieurs concepts se dessinent, notamment la capacité du patient à faire un récit de soi, l'aspect émotionnel variable durant l'exercice et enfin les pistes amenées par les patients lors de ce processus de passation. Ceci met en lumière différents éléments émergeant durant ce temps de passation.

5.3.1 Récit de soi

Au début du processus, les patients sont amenés à faire une **description de leur réseau**. Faire l'exercice de citer les personnes qui les soutiennent permet aux patients de **parler de leur histoire autrement**. En effet, ils amènent des **nouveaux éléments** dans la prise en charge. De plus, ils en parlent comme un travail sur soi. Le sociogramme permet donc une **réflexivité**. Enfin, à travers cette exercice, nous constatons que l'outil permet de prendre conscience de la **place du patient** au sein de son réseau.

- Description de son réseau

Nous pouvons constater que les patients spontanément commencent spontanément par décrire leur réseau psycho-médico-social. Décrire leurs liens et leurs soutiens dans le domaine de santé est réalisé avec facilité. La sphère familiale et amicale est évoquée dans un deuxième temps et est réalisée avec plus de difficultés. Notons un temps plus long pour rechercher les personnes dans la sphère privée. Par contre, nous pouvons observer lors des entretiens qu'une partie des domaines de soutien est oubliée. En effet, les soutiens qui concernent le 'Lieu de vie' et les 'Activités et Relations' sont rarement mentionnés. Poser des questions de relance sur les différents types d'aides permet au patient de continuer à élaborer son sociogramme et à y intégrer différents type de soutiens. Cette démarche de suggestions est nécessaire pour les faire compléter leur carte réseau. Les participants constatent un entourage plus varié en termes de ressources disponibles, comparé à ce qu'ils pensaient. Cela permet aussi une vue holistique. « *Découvre des personnes que je ne m'imaginais pas (femme de ménage, médecin généraliste).* » (E2)

- Parler de soi autrement :

Les patients évoquent de nouveaux éléments de leur vie ou d'une manière différente par rapport à leurs entretiens individuels (psychologue, psychiatre). « *Je vous ai dit des choses dont je n'arrivais pas à parler avec mes référents.* » (E1) En citant les personnes, les patients sont naturellement amenés à parler d'eux. Les participants justifient spontanément pourquoi ils mettent telle ou telle personne comme ressource. De plus, ils font aussi des liens entre les personnes citées et leurs histoires personnelles. Ce qui permet aux professionnels de l'hôpital de jour, de mieux comprendre les relations entretenues avec leur entourage. Le professionnel peut donc faire des liens entre le récit du patient et ses problématiques. « *J'ai eu des problèmes dans mon travail, j'étais proche de certaines personnes et ça m'a joué des mauvais tours, ça s'est retourné contre moi. J'ai mélangé ma vie privée et ma vie professionnelle, je le regrette maintenant. (...) Je suis soit trop proche soit trop éloignée.* » (E7) « *Mes meilleurs amis ne sont pas assez proches. C'est depuis que j'ai eu mes soucis de santé et que mon meilleur ami vit avec mon ex. En plus, ma compagne n'y est pas, elle ne comprend pas que je suis malade, que j'ai besoin d'être égoïste.* » (E2) « *Je suis dépendant de mes parents, je suis un parasite, je suis coincé.* » (E1)

Nous constatons que les patients utilisent l'outil pour **s'expriment différemment**. « *C'est une manière de parler de moi, c'est le média qui m'a permis ça. Je suis tout à fait conscient de la situation. Ça me permet juste de parler.* (...) » (E1)

Enfin, à la fin du processus, les patients sont face à une vision globale de leur réseau. Ceci a déjà été abordé, mais ce que nous pouvons ajouter c'est l'apport de **nouveaux éléments** pour les professionnels dans la prise en charge. Par exemple, l'entretien 5 montre un réseau de grande taille, avec un support social important, ceci ne correspondait pas à la représentation de l'équipe. L'équipe pensait que c'était un patient isolé et avec peu de ressources mobilisables. « *J'ai eu au contraire d'une personne isolée, au cours de mes études ou pendant mon expérience professionnelle beaucoup de contact, (...) je garde et j'ai gardé contact avec pas mal de personnes, dont les plus importantes sont dans mon sociogramme.* » (E5) Cet exemple montre que le sociogramme peut modifier la représentation qu'à le professionnel sur la situation du patient. Le récit que le patient fait pendant le sociogramme, sont aussi, des nouveaux éléments pour les professionnels de la santé.

- Réflexivité :

La réalisation de sa carte réseau suscite souvent des **questionnements** personnels mais aussi sur leur manière de fonctionner dans leur réseau social. « *J'ai beaucoup de personnes âgées (plus âgée que moi) dans mon entourage, pourquoi? Est-ce le lien que j'ai avec mon père ? Je me pose des questions.* » (E4) « *J'ai pris conscience que les liens mis sur cette carte sont des liens ressources basés sur le même critère, liens émotionnels. J'ai besoin d'un lien affectif pour accepter de l'aide.* » (E7) « *J'ai pris le temps de réfléchir à l'importance et aux rôles des gens qui m'entourent. On ne se pose pas cette question tout seul ou naturellement.* » (E8)

Il est aussi souligné par notre échantillon que la visualisation de leur réseau les amène à réfléchir sur des questions traitant de leur séjour à l'hôpital de jour. Faisant le constat que les intervenants de l'hôpital de jour ont une place importante dans leurs ressources de soins, ils questionnent donc l'après. C'est à dire sur que faut-il faire lorsqu'ils partiront de l'hôpital de jour et qu'ils n'auront plus accès à ces ressources. Cela suscite une projection vers l'avenir et le devenir. « *Si je suis mal après 17h, j'ai personne qui pourrait m'aider, car les professionnelles travaillent plus à cette heure-ci. (...) Si le (service du) quotidien disparaît qui me reste-t-il?* » (E3) « *Permet de poser des questions différentes lors de notre séjour.* » (E7)

Voir son réseau en image leur renvoie une image d'eux-même. Ils associent cela comme un indicateur de leur état de santé. « *Pour l'instant, il y a beaucoup de gens comme les NA, Hospitalisation, psy, psychiatre. Ils sont fort présents (...) S'il y a moins de personnel médical c'est que je vais mieux.* » (E8) Le fait de voir son réseau en image vient aussi donner un reflet de leur réseau actuel. « *Quand je vais pas bien, je reprends le sociogramme, ça me rappelle que je ne suis pas seule. La maladie isole, il y a un repli sur soi, on s'extrait de la vie et de son réseau social.* » (E10)

- S'occuper de son réseau

Il est arrivé à plusieurs reprises que lorsque le patient élabore la réalisation de son sociogramme, celui-ci comprenne qu'il est en fait **acteur** de son réseau. C'est-à-dire qu'il peut par lui-même faire appel à son réseau, avoir davantage de contrôle sur celui-ci, et construire son réseau «idéal». Les patients sont donc acteur dans la création de leur réseau. Ils prennent conscience qu'ils ont davantage le pouvoir de changer et/ou d'entretenir leur réseau.

« *Je réalise que je suis actrice dans le fait d'avoir un réseau.* » (E4) « *J'ai pris conscience que je peux faire le point, avoir un contrôle et 'm'update' sur comment mon réseau a évolué.* » (E5) « *Je suis actrice de ce qu'il s'y passe. C'est à moi de recontacter les personnes, parce que quand je ne vais pas bien, je m'isole.* » (E10)

Un élément rapporté est le constat que les patients peuvent mobiliser leur réseau en cas de difficultés. Ceci rejoint l'idée qu'il est davantage acteur dans la mobilisation de ses ressources. « *J'ai quand même peu de 'mobilisation en cas de crise'. J'aurais deux personnes mais je ne le savais pas (...) là aussi ça a fort changé, maintenant j'ose demander, et ma famille est beaucoup plus présente. C'est grâce au sociogramme que je me suis rendu compte de ça et que ça a évolué.* » (E6) « *Je suis aussi surprise car je me rends compte que je peux être plus actrice dans mon réseau, je peux mobiliser des personnes, aller vers telle ou telle personne.* » (E7)

5.3.2 Processus émotionnel

Durant le processus de passation nous pouvons constater que les participants passent par différents états émotionnels. Identifier les personnes de son réseau est vécu comme une étape **désagréable** car les patients s'imaginent être isolés. À la vue de l'ensemble du réseau, il y a un **effet de surprise** qui crée parfois des sentiments négatifs et fait émerger des souvenirs négatifs.

- Souvenirs négatifs :

Identifier les personnes ressources, malgré l'aspect positif, est souvent perçu comme un exercice difficile. En effet, faire appel à des personnes peut faire jaillir des **souvenirs négatifs** lié à leur histoire. *« Plusieurs personnes n'y figurent pas, alors que je l'aurais voulu aujourd'hui. Il y a une personne, une ancienne relation amoureuse qui n'est plus là, la relation a pris fin à cause de mes problèmes liés à la consommation, (...) Son absence me renvoie à des souvenirs et des sentiments négatifs comme le regret, la honte... »* (E8)

- Émotions fluctuantes :

À la première étape du processus, des **émotions négatives** sont générées. Les patients sont déstabilisés, perdus, ils ont peur. L'explication qui revient régulièrement est la crainte de n'avoir aucun entourage et de n'avoir personne à placer sur sa carte réseau. Nommer les personnes de soutien les confronte à la perception interne qu'ils ont de leur réseau. *« J'étais paniquée à l'idée de trouver des noms. »* (E4) *« J'étais perdue dans qui inclure ou non, telle ou telle personne. »* (E8)

Notons aussi, qu'il a été souligné que ce n'est pas forcément les personnes présentes sur son sociogramme qui peuvent générer des émotions positives ou négatives, cela peut aussi l'être par l'absence de personnes dans son réseau. *« J'aimerais avoir ma famille, ma femme. (...) Il me manque un travail, c'est vide, y a rien. »* (E9) *« L'absence d'une personne sur mon sociogramme me fait de la peine. »*(E8)

À la fin du processus, donc l'étape où le patient voit le sociogramme en image, il y a aussi des sentiments principalement négatifs. Nous avons repris deux sentiments qui correspondent à la récurrence de l'émotion vécus par les participants : la tristesse et l'angoisse. L'aspect visuel les amène à prendre conscience d'une nouvelle réalité de leur réseau. *« Je constate qu'il n'y a pas grand monde. Je suis triste, j'ai une vie triste. »* (E1) *« Ça m'a attristé de voir que j'ai rien construit (...) Ça me renvoie que je n'ai pas d'espoir et que rien n'a changé. »* (E9)

Il ressort aussi que voir son réseau en image a un impact négatif car leurs représentations du réseau idéal ou des normes sociales ne collent pas avec ce qu'ils voient dans leur réseau, générant ainsi une **mauvaise image de soi**. *« Le fait d'avoir peu de personnes autour de moi, me renvoie le cliché du 'looser'. » « Avoir beaucoup de personnes me donnerait l'image du gars 'populaire', qu'on aime. (...) Je ne suis pas assez bien pour personne. »* (E8)

Cependant, nous pouvons constater que la majorité des personnes souhaitent refaire leur carte réseau dans un second temps. À travers nos questionnaires, ils mentionnent qu'après coup, ils sont satisfaits face à l'outil. *« Pas agréable mais content de l'avoir fait »* (E2). Une fois le sociogramme terminé, il y a donc une dimension positive qui transparait. *« Quand je suis sortie après avoir fait le sociogramme, j'étais contente. »* (E10)

Nous pouvons aussi constater que les personnes qui revoient leur sociogramme après quelques mois ont une satisfaction plus élevée à la vue de ce dernier. *« En revoyant mon sociogramme,*

il y a plusieurs choses qui ont changé. Je suis contente de voir ça, ça me donne de l'espoir. » (E3)

5.3.3 Pistes

- Appropriation de l'outil

Une fois les sociogrammes passés, nombreux sont les patients qui demandent que l'évolution de leur réseau soit **suivie**, ils exposent la possibilité de refaire le sociogramme à un autre moment de leur vie. Beaucoup évoquent le souhait de faire un sociogramme au début et à la fin de leur séjour. Ceci dans un but de comparer et de voir l'évolution entre le début de la prise en charge et la fin de celle-ci. *« Je referai plus de suivi en référence après pour comprendre la place de ces personnes dans ma vie, explorer mes liens avec eux. »* (E7).

La demande de suivi se formule aussi par la reprise du sociogramme au cours de leur prise en charge, notamment en l'utilisant comme **support** à la discussion et aux questionnements. *« Je rajouterai un deuxième temps pour parler de ça, dans un entretien, par exemple.(...) Entretien pour faire un travail avec mes référents »* (E4) L'outil est utilisé comme média et semble aider le patient dans son travail effectué à l'hôpital de jour.

- Émergence des besoins

Les patients prennent consciences et mettent en avant des **besoins** spécifiques. En effet, ils se rendent compte de certains besoins qu'ils ont. Il est souvent mentionné l'envie de modifier un aspect spécifique dans leur réseau en fonction de ce dont ils ont besoin au moment de la passation du sociogramme. La carte réseau permet de mettre en avant les relations existantes autour du patient, cela leur permet de voir s'ils sont entourés de plus de soignants que d'amis ou de membres de la famille. Lorsqu'ils observent leur sociogramme, beaucoup souhaitent diminuer la composition de leur réseau (équilibre entre les professionnels et les non-professionnels) en diminuant la sphère professionnelle pour augmenter la sphère privée. Ils demandent donc une **amélioration de leur réseau social**. *« J'ai besoin d'un contexte journalier pour avoir des amis (travail, sport, foot....) (...) »* (E9) *« En voyant mon réseau je souhaite plus de relations sociales. »* (E8) Un autre aspect que les patients veulent moduler est la proximité des membres. Ils souhaitent rapprocher ou éloigner des personnes les entourant. Ils disent qu'une fois que la sphère non-médical s'agrandira ils seront dans un état de mieux-être.

Un autre besoin formulé par certain participant, est le besoin d'une sphère liée au **travail**. *« (...)Il me manque un travail. »* (E9). *« J'ai pleins de formations, mais il me manque le travail.(...) Je veux un travail mais je ne sais pas comment m'y prendre. »* (E3). *« Je réalise en voyant mon sociogramme que je peux reprendre mon travail. Le travail m'a soutenu pendant des années, ça me rassure de voir mon réseau. »* (E10)

- Continuité de l'outil

Le sociogramme peut être apporté vers l'extérieur de l'hôpital afin d'optimiser la prise en charge par des intervenants externes à l'hôpital de jour. Certains patients l'ont utilisé pour continuer le travail réalisé. L'outil a permis une forme de **continuité** dans la prise en charge. *« J'étais moins bien après le sociogramme, j'ai été fort pris par des questions sur la relation avec mes parents, et pourquoi je n'ai pas beaucoup d'amis. J'ai repris le sociogramme avec ma psychologue extérieur, et j'ai repris ces questions avec elle. »* (E8) *« J'ai pris une photo de*

mon travail pour la montrer à ma psychologue extérieure, ça sera utile dans le travail que je fais avec elle.» (E5)

5.4 L'expérience des différentes modalités de passation.

Au vue du contexte spécifique et particulier, nous accordons une petite partie sur les observations faites dans cette situation. Dans ce dernier chapitre, nous allons donc analyser les différentes modalités utilisées. Nous allons comparer les entretiens en face à face, les entretiens par Zoom (vidéoconférence) et les entretiens via mails et téléphones.

Face à face : Les entretiens passés avec les deux patients ont duré plus ou moins 1h30 tout compris (questionnaire + sociogramme). Lorsque nous sommes passés aux questionnaires, les patients semblaient plus fatigués, et moins attentifs. Il a fallu répéter plusieurs fois certaines questions avant qu'ils puissent répondre. Les patients décrivent que c'était long, et éprouvant. Ils parlent d'intensité de faire tout en une fois.

Les entretiens en face à face provoquaient plus d'échange que les mails. En effet, les patients parlaient davantage d'eux et des liens qu'ils avaient avec les personnes citées comparé aux mails. Un autre avantage comparé aux deux autres médias utilisés était qu'ils utilisaient le plateau pour illustrer leur propos. En effet, ils pointaient et m'indiquaient les noms sur leur carte réseau. Ce qui me permettait de comprendre qui est la personne citée par rapport au patient, mais aussi de visualiser l'importance de cette personne dans son réseau. Ceci rendait leur exemple ou histoire plus facile à suivre et les liens se faisaient plus facilement contrairement aux deux autres solutions.

Zoom : Dans le contexte de la crise sanitaire COVID-19 cet outil a été utilisé dans divers contextes à l'hôpital de jour. Ce moyen utilisé semblait se rapprocher le plus de l'entretien individuel. Les cinq patients élaboraient davantage comparé au média du mail. Ils développaient plus les questions et amenaient plus de détails comparé aux mails + téléphones. Ils réagissaient aussi à mon non-verbal. Par exemple, lorsque j'étais septique, ou intriguée par un propos (posture non verbale : froncer des sourcils), ils précisaient ou développaient spontanément leurs dires. Les entretiens étaient plus long +/- 1h00 de discussion comparé au face à face ou les entretiens duraient +/-1h30 avec le sociogramme à faire. Ceci peut s'expliquer par le fait que la réalisation de sa carte réseau et la discussion sont différenciés dans le temps. En passant par la vidéoconférence les patients avaient déjà réalisé leur sociogramme auparavant. Ce qui a permis, lors de la discussion, de pouvoir dédier tout le temps à cette tâche. Le côté plus négatif, c'est l'aspect technique. Souvent les patients avaient une connexion internet de faible qualité. Ce qui avait comme impact des problèmes de connexions et parfois des blocages d'images lors de nos échanges. Nous perdions en qualité, car lors d'un moment plus émotionnel ou lors d'un propos intéressant, leur faire répéter leurs propos amenait une rupture dans le dialogue, et/ou une manière d'amener leurs idées différemment.

Mail + Téléphone : J'ai pu constater que les personnes qui ont choisi cette voie de communication sont les personnes qui n'ont pas fait appel à l'outil ZOOM pendant le confinement. Cet outil a été utilisé à l'hôpital de jour pour diverses activités telles que les entretiens individuels et les activités de groupe. Les raisons évoquées qui revenaient souvent étaient la crainte de la violation de la préservation de la confidentialité de leurs données, le fait d'être filmé (peur d'être enregistré ou de se voir en vidéo), ne se sentaient pas à l'aise avec l'outils et/ou n'arrivaient pas à utiliser l'outil (soit n'arrivaient pas à télécharger soit n'avaient pas le matériel nécessaire). Malgré l'aide apportée et les avoir rassuré dans leurs craintes ils ont maintenus cette voie de communication.

Les patients ont été moins enclins à raconter des anecdotes, des histoires autour des personnes nommées. Elles s'en tenaient davantage à répondre aux questions de façon laconique. Les entretiens étaient plus courts (+/- 30 minutes). De plus, nous avons pu constater que cela demandait une charge de travail plus élevée. Il a fallu relancer plusieurs fois les personnes pour qu'ils répondent aux questionnaires. Ajoutons à cela, les nombreux mails échangés pour fixer un moment téléphonique... Cela a donc pris davantage de temps pour récolter les données.

Un autre aspect plus contraignant, a été la difficulté de percevoir le non-verbal donnant accès à moins d'informations. Par exemple lorsqu'il y avait un blanc, il était compliqué de savoir si c'était un moment d'arrêt pour penser, si c'était lié à une déstabilisation, un moment de panique, etc... En tant que professionnel, j'étais préoccupée par ce qu'il allait ressortir de cet échange téléphonique. Malgré, que je me sois assurée qu'ils quittent la conversation de façon « sereine », je ne pouvais pas m'assurer qu'il n'y ait pas un débordement, il était aussi plus compliqué de contenir un patient par téléphone. Cependant, personne n'a exprimé ou manifesté de difficultés particulières dans les jours qui ont suivi.

6. Discussion

Nous avons, à travers ce mémoire, exploré le vécu des patients psychiatriques autour de la passation du sociogramme. Ceci nous a amené à comprendre comment le patient perçoit cette démarche de cartographie de son réseau personnel et quels sont les effets de cet exercice sur lui. Nous nous sommes pour cela posés trois questions. Nous avons tout d'abord cherché à répondre à la question suivante : « Le patient a-t-il une perception différente de son réseau avant et après la réalisation de sa carte réseau ? ». Ensuite, nous avons exploré la deuxième question : « Comment perçoit-il l'exercice de cartographie de son réseau ? ». Pour enfin terminer en répondant à la question : « Quelle est son expérience dans le processus de passation du sociogramme ? »

Au vu du contexte de crise sanitaire qui a impacté la collecte des données, nous avons également comparé les différents modes de passation entre les entretiens en face à face, les entretiens via Zoom et les entretiens via des mails et téléphone.

A travers notre pratique, nous avons pu observer que lorsque nous réalisons les sociogrammes, plusieurs éléments transparaissent. En effet, voir le sociogramme nous a permis de constater la taille, la composition du réseau et/ou les interconnexions existantes entre les membres du réseau du patient, mais aussi la place accordée aux personnes ressources. Ajoutons à cela, que l'aspect visuel nous a amené de la clarté, une prise de conscience et une vue globale quant à la situation du patient. C'est au départ de ces observations que le thème de notre recherche s'est précisé.

Le premier constat est le fait que le patient a une perception différente de son réseau après avoir visualisé son sociogramme. En effet, l'exercice de cartographie semble avoir un impact négatif sur le sentiment de satisfaction par rapport au soutien reçu, a tendance à avoir un impact positif sur la perception de la taille du réseau et a peu d'impact sur le sentiment de satisfaction à propos de la communication entre les membres du réseau. Nous notons donc qu'une fois le sociogramme visualisé, les patients ont l'impression de recevoir une plus grande quantité de soutien mais de moins bonne qualité.

Certains éléments observés par ma pratique d'intervenante ont été mis en avant par les résultats obtenus. A travers les résultats de notre recherche, nous avons constaté que l'aspect visuel est un élément central de l'outil et a un impact sur l'avis du participant. La mise en image amène une vue holistique du réseau social, mettant en avant les caractéristiques structurelles et interactionnelles. Ces dimensions ont un effet de surprise, pouvant être négatif pour le patient car il constate une nouvelle réalité de son environnement. Le patient prend souvent conscience d'un déséquilibre existant entre la sphère des professionnels de la santé et la sphère privée, cette dernière, étant plus petite que le corps médical. Ceci est un résultat souvent observé par les professionnels et par la littérature. La mise en place d'un réseau social pour les patients demandeur est un axe de notre prise en charge. Cependant, nous faisons souvent le constat d'une difficulté au niveau des patients et au niveau de l'environnement extérieur. En effet, les patients semblent être vite stigmatisés dans les lieux hors psychiatrie et ont des difficultés à s'intégrer dans des lieux communautaires. Les patients sont aussi dans une volonté de changer et d'améliorer leur réseau mais nous sommes face à une inertie et une passivité dans leur projet. Il serait intéressant d'explorer davantage cette dimension. Qu'est qui fait qu'un patient veut améliorer son réseau mais n'y arrive pas.

Certains des participants décrivent dans un premier temps que leur isolement social est provoqué par la maladie. La visualisation de leur réseau leur permet d'avoir un avis plus optimiste sur la question. Cependant, malgré le constat qu'ils ne sont pas aussi isolés qu'imaginé, ils évoquent tout de même la pauvreté de leur réseau en termes de taille et de diversité. Ceci est davantage marqué chez les personnes atteintes de psychose. Ces éléments rejoignent les constats fait par la littérature évoquant la fragilité du réseau de la population psychiatrique, surtout pour les personnes atteintes de psychose.

Concernant les interconnexions entre les personnes, les patients découvrent sur le plan privé une meilleure communication entre les membres de leur réseau, par contre sur le plan professionnel, ils pointent le manque de liens entre les intervenants, qui altère sa prise en charge, en affectant la continuité des soins, mais aussi en induisant un manque de coordination entre les différents prestataires. Le patient ne se sent pas capable d'assurer ce rôle de centralisation des soins. Dans ce cas échéant, il est important d'intervenir sur cette dimension pointée par les patients. Une manière d'y remédier est tout d'abord d'évaluer avec le patient quelle personne ou quelle stratégie mettre en place pour palier à ce déficit. Avec l'accord de ce dernier, nous pourrions réfléchir ensemble à mettre en place un type de case management. C'est-à-dire choisir une personne référente du réseau du patient. Ce, dans le but de favoriser la centralisation et la coordination des informations. L'hôpital de jour, peut travailler sur la mise en place de cette fonction en créant des concertations avec le patient, les services et/ou les personnes clés de l'entourage du patient. Mais, la proposition d'un case management, doit être externe à l'hôpital de jour, car ce lieu doit rester une offre de soins transitoire. Ceci, va dans le sens de Pinto (2016) sur l'importance de créer du lien entre les services et renforcer les liens existants pour améliorer la mise en place d'une intervention dans le réseau.

Toutes ces prises de conscience confrontent le patient à son contexte social, altérant ainsi sa satisfaction du soutien reçu. Ceci renforce le même constat fait par la littérature, le sociogramme peut avoir un impact non-contrôlable et davantage négatif sur la perception de son réseau social. C'est pour cela que la passation dans un hôpital de jour peut être intéressante, car il y a un cadre qui permet de soutenir le patient après la réalisation du sociogramme. On peut donc aider le patient à verbaliser sur ce qu'il a vécu et l'aider à gérer ses prises de conscience.

Cependant, lors de notre recherche nous avons été confrontés à un paradoxe. Nous sommes face à une proportion supérieure de personnes avec une insatisfaction du soutien reçu et une majorité de ces mêmes personnes à vouloir refaire le sociogramme. Cela nous permet de nuancer l'insatisfaction constatée. Nous remarquons que ce n'est pas parce que la prise de conscience est négative que cela signifie que le patient n'en tire pas profit. En effet, nous pouvons peut-être davantage faire confiance au patient dans leur capacité à intégrer et s'approprier l'information. La majorité des patients ont l'envie de refaire leur sociogramme dans l'attente d'une modification, de comparer l'évolution de ce dernier. Malgré l'aspect négatif de leur réseau, ils manifestent une envie de faire le point sur leur sphère médico-social et souhaitent travailler sur cette dimension qui les mettent en difficulté dans leur vie de tous les jours. Un espoir est généré vers un mieux-être par leur réseau, en travaillant sur leur réseau. Ceci est une indication que les participants sont dans une dynamique de changement, et une volonté d'agir sur leur réseau. Pour cela, il nous semble important de reprendre davantage les demandes et les questionnements formulés par les patients lors de la réalisation de leur sociogramme. Un suivi plus soutenu avec un référent semble d'application.

Par rapport à la taille du réseau, il y a une légère amélioration après avoir visualisé le sociogramme. En effet, voir son réseau en image a augmenté le sentiment de satisfaction quant au nombre de personnes de soutien comptées dans le réseau. Ceci peut aussi s'expliquer par la prise de conscience de leur environnement. Le sociogramme a l'avantage de renvoyer une image claire du nombre de personnes soutenant le patient. Voir qu'ils ne sont pas seuls permet aux patients d'objectiver le fait d'être entourés. Ceci est l'explication donnée au changement d'opinion vers un avis plus favorable. Nous avons pu remarquer que les patients évoquent davantage le nombre de personnes qui les entourent plutôt que la qualité du lien. Or nous avons pu voir que la satisfaction de son réseau augmente non seulement par la taille de ce dernier mais aussi par la qualité des liens créés. Nous pouvons peut-être expliquer ce phénomène par le fait que les patients en psychiatrie ont un sentiment de solitude élevé et que le premier regard se porte sur la quantité afin de les reconforter dans ce sentiment d'appartenance. Nous pouvons aussi faire l'hypothèse qu'une fois rassurés qu'ils ne sont pas isolés, ils pourront peut-être y voir plus de satisfaction s'il existe des relations de qualité.

Par rapport à la satisfaction de la communication des personnes qui soutiennent, l'aspect visuel ne modifie la réponse des patients. Les réponses des participants sont partagées entre la satisfaction et l'insatisfaction de ce dernier. Il n'y a pas eu d'éléments explicatifs approfondis sur cette question. Par contre, nous pouvons constater que c'est une question qui était mal comprise par les patients lors de la passation du questionnaire. Ils demandaient la plupart du temps de reformuler et à avoir davantage de précision sur cette question. Ils semblaient surpris de la question.

Un aspect important à souligner est cette fluctuation positive ou négative dans la réponse des participants. En effet, la perception de son réseau avant et après la réalisation du sociogramme était différente. Ceci met en avant que l'outil amène le patient à changer d'avis et à revoir les choses autrement. L'aspect sensoriel de l'outil, la vue globale de leur situation et la nouveauté de l'exercice surprend certains patients. Cet effet de surprise permet de voir son réseau social sous un autre angle.

Bien que ces prises de conscience puissent amener une insatisfaction plus importante sur la perception de soutien reçu, cette démarche nous semble être un levier important. Il amène un état des lieux de leur situation sociale, pouvant ainsi servir comme média pour évoquer leur réseau dans leur prise en charge. Ceci donne l'avantage de pouvoir souligner ensemble ce que le patient souhaiterait réaliser en y apportant des lignes conductrices dans la mise en place de son projet thérapeutique. Il nous semble cependant important de garder un point de vigilance sur cette confrontation vécue. La mise en place d'un suivi avec des professionnels nous semble nécessaire. Par ailleurs, c'est une demande qui a été évoqué à plusieurs reprises par les participants. Il nous semble important que l'outil soit utilisé dans un cadre défini et accompagné par un professionnel. De plus, cet outil pourrait être un moyen à utiliser pour redynamiser la prise en charge entre le patient et l'intervenant. En effet, l'hôpital de jour propose une offre de soins de longue durée (2 ans maximum). L'outil peut amener un nouveau souffle dans l'encadrement, en générant un nouvel angle, un nouveau regard et de nouvelles questions. De plus, il serait tout à fait adapté à l'accompagnement les patients qui formule un projet clair de réinsertion socio-professionnelle.

Concernant la perception de l'exercice de cartographie, le patient le considère comme intéressant. Il permet de concrétiser en image leur réseau et d'avoir une vue d'ensemble. Ils évoquent tous, les bénéfices de voir leur entourage sous cet angle-là. Le côté visuel de l'outil augmente l'intérêt que porte les participants. De plus, les participants évoquent l'utilité de l'outil. En effet, prendre conscience de son entourage, visualiser la position des acteurs par rapport à soi, les amènent à vouloir changer leur réseau.

Par contre, la plupart déclarent que l'outil demande un effort important. Ils expliquent cela par un effort cognitif intensif durant l'exercice, un effort émotionnel généré lors de la passation et enfin un effort lié à la nouveauté de l'exercice. Nous pouvons dire que le fait qu'un effort soit engendré peut être considéré comme normal, puisque tout exercice ou travail demande un effort. Cependant, une piste pour prendre en compte cette surcharge mentale, serait de diviser le processus en deux étapes. La première en passant uniquement le sociogramme (identifier et positionner les personnes) et dans un deuxième temps élaborer autour de sa carte réseau. Il est intéressant de laisser du temps entre chaque intervention. En effet, nous avons pu constater avec les entretiens Zoom que les patients arrivent à mieux conceptualiser, réfléchir sur leur réseau lorsqu'ils ont pris le recul nécessaire entre la réalisation du sociogramme et la discussion de celui-ci.

Enfin, l'expérience dans le processus de passation a pu mettre en lumière plusieurs spécificités de l'outil. Tout d'abord, le patient est amené sans difficultés à décrire son réseau psychomédico-social. Un premier élément surprenant est que le patient débute toujours par la description de son réseau médical, ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'ils sont dans une structure de soins, mais aussi que la description de la sphère privée est plus difficile à décrire. La plupart du temps, ils évoquent les personnes associées au soutien de type émotionnel. Ils font souvent abstractions aux aides liées aux activités et aux lieux de vie. Une explication à cela peut être qu'ils sont centrés sur leur maladie, et s'imaginent que l'écoute et la gestion de leur maladie est l'unique aide nécessaire à leur rétablissement. Un autre aspect qui pourrait justifier cela pourrait être l'absence ou une proportion inférieure à pratiquer ces domaines-là.

Tout au long de l'exercice, les patients sont amenés à faire un récit de soi, ils parlent d'eux autrement, amenant des nouveaux éléments dans leur prise en charge. L'aspect sensoriel et ouvert de l'outil permet d'ouvrir la discussion. Les participants évoquent des histoires en lien avec les personnes ressources citées. Naturellement, ils justifient la présence de la personne dans leur réseau sans que des relances soient nécessaires. Cet élément se corrèle bien avec les bénéfices soulignés dans la littérature. Un impact positif et indirect à cela, c'est l'apport de données concrètes aux intervenants. En effet, à travers le récit et la mise en image du réseau, j'ai rencontré le patient sous un autre angle, j'ai découvert des nouvelles informations tant sur sa vie privée que sur ses relations entretenues. J'ai pu constater aussi dans l'après coup qu'un lien de confiance c'est créé entre le patient et moi.

Par contre, il y a un aspect négatif, en effet nous avons constaté que l'outil peut générer des souvenirs et émotions négatifs. Nous devons être vigilants lors de la réalisation du sociogramme à ce sujet. Cet aspect est évoqué dans la littérature. C'est à dire la difficulté de savoir ce qui va émerger lors des entretiens et l'impossibilité d'anticiper ce qui va être généré émotionnellement.

Un autre élément négatif est l'impact du visuel sur le patient. En effet, voir son sociogramme renvoie parfois à une mauvaise image de soi, car le patient fait le constat d'un réseau pauvre et déséquilibré par rapport à leur réseau imaginé. Cette image figée de leur réseau a un effet douloureux et touche leur estime de soi, renforçant peut-être une mauvaise perception qu'ils ont d'eux-mêmes.

Ceci sont des arguments supplémentaires que l'outil ne doit pas être manipulé seul, mais bien accompagné par des professionnels, pouvant guider et soutenir le patient dans ce qu'il y voit dans sa carte réseau. Ce, dans le but de garantir un filet de sécurité.

A la fin du processus, lors de la visualisation de leur carte réseau, l'outil permet de solliciter une réflexivité. Les patients se questionnent sur leur position dans leur cercle social, sur la composition de leur réseau et sur leur taille. Malgré que les patients se découvrent plus entouré qu'ils ne le pensaient, ils expriment le besoin d'améliorer leur réseau. En effet, ils évoquent le besoin de modifier leur réseau en augmentant la sphère privée. La notion du travail est aussi apparue comme élément manquant et nécessaire à développer. Cela est un levier dans la prise en charge du patient. Nous pouvons utiliser toutes ces réflexions et ces besoins pour construire leur projet thérapeutique.

L'outil a l'avantage de mettre le patient dans une position d'acteur, plutôt qu'observateur. Il participe pleinement à l'entièreté du processus. Faisant aussi le constat qu'il est acteur dans son réseau. Ils constatent son pouvoir à gérer et modifier son réseau. Cette dimension est un réel atout de l'outil car il donne à la personne l'occasion de s'approprier son réseau et devenir acteur de ses soins. La littérature a aussi mis en évidence cette position d'être acteur dans le processus de passation, c'est à dire construire avec l'intervenant sa propre carte. C'est un élément favorable au rétablissement de la personne. Notre recherche a pu aller un peu plus loin en mettant en avant que le patient prend conscience qu'il est acteur dans la mobilisation et la gestion des ressources de son entourage. Nous recommandons de renforcer cette notion d'empowerment. C'est-à-dire de renforcer la capacité du patient à agir sur son réseau. L'outil favorise des soins centrés sur le patient, permet une décision partagée entre le patient et l'intervenant et développe une réelle participation du patient. Il joue un rôle actif dans sa propre prise en charge.

Pour finir, nous avons été surpris que l'outil ait été utilisé dans un autre contexte que l'hôpital de jour. En effet, certains patients ont réutilisé l'outil avec des intervenants extérieurs, ceci peut s'expliquer par le fait que la visualisation du sociogramme génère beaucoup de questionnements sur leur fonctionnement social et personnel. Cela peut aussi se justifier par un manque de suivi à l'hôpital de jour. Plusieurs patients ont évoqué le souhait de reprendre ces prises de consciences et questionnements dans un deuxième temps.

Nous pouvons mettre en avant que l'outil permet une continuité des soins en externalisant l'outil dans d'autres lieux de soins. Ce point est un nouvel élément qui n'a pas été mentionné, ou repéré dans la littérature.

La crise sanitaire Covid-19 a probablement influencé certains résultats. Mais cette situation nous a permis de comparer différentes modalités de passation. Il en ressort que les entretiens en face à face soient indiqués et recommandés. La vidéoconférence montre une approche se rapprochant au face à face. Malgré les aspects techniques désavantageux, cette modalité reste efficace et adaptée à ce type d'exercice. L'aspect visuel des deux personnes amène le professionnel à davantage rebondir et approfondir la récolte d'informations. Mais cela nécessite que le chercheur trouve un moyen de faire passer le sociogramme au préalable. L'alternative par mail et téléphone reste le moyen le moins adapté. Avec cette dernière modalité, nous avons été confronté à beaucoup de perte de temps, de contenu et d'énergie.

Pour conclure, la réalisation du sociogramme n'est pas un exercice simple. Beaucoup de mes résultats convergent avec ceux trouvés dans la littérature. La passation du sociogramme nous donne accès à des données qualitatives et quantitatives sur le réseau du patient, et ce, à travers un récit et le dialogue. La visualisation amène une vision globale du support social et permet

d'y apporter une autre lecture de son réseau social. L'outil à l'avantage de mettre le patient au centre et le placer en tant qu'acteur dans le processus. D'autres éléments négatifs apparaissent au patient à la vue du sociogramme. Par exemple, le fait de voir son réseau en image confronte le patient à son contexte social. Ce qui a pour inconvénient de générer des émotions désagréables et a pour conséquence de diminuer la sensation de bien-être.

Il est important de prendre en compte les différents aspects mentionnés ci-avant, ce dans un but d'améliorer l'approche du sociogramme. Les éléments négatifs pointés plus haut sont des informations essentielles à prendre en compte dans cette démarche. Nous considérons que l'outil doit être utilisé et manipulé avec un intervenant, et non seul, ce pour aider le patient à gérer les impacts négatifs générés par le sociogramme. Nous recommandons aussi de distinguer les temps en faisant un temps pour la réalisation de sa carte réseau et un temps pour réfléchir et construire son réseau, ce dans l'intention de diminuer la charge mentale et d'avoir un certain recul sur leur situation. Enfin, nous recommandons d'accorder plus de suivi après la réalisation de son sociogramme, pour reprendre les réflexions et travailler sur leur réseau. Ajoutons que le sociogramme peut être utilisé comme un réel média pour découvrir le patient, obtenir des informations nouvelles.

Il est peut-être intéressant de faire le sociogramme deux fois lors de son séjour, pour permettre une évaluation de l'évolution de leur carte réseau. Cela donne l'occasion de faire le point dans son séjour mais permet aussi de donner un nouveau souffle dans une prise en charge hospitalière.

L'outil nous semble être un atout dans la prise en charge car il aide le patient à prendre conscience et à construire son réseau afin de mieux gérer sa maladie. Il permet une prise de conscience de leur réalité sociale, il amène un nouveau regard sur leur situation et permet de se questionner au cours de son parcours de soins. Il favorise une intervention ciblée et adaptée au patient et enfin lui donne une place centrale dans sa prise en charge en étant acteur de ce dernier.

7. Limites

Plusieurs limites ont été identifiées dans ce mémoire. Citons dans un premier temps, le fait que je travaille en tant qu'ergothérapeute à l'hôpital de jour « Le Quotidien », là où la collecte des données de ce travail a eu lieu. Le projet EGONET étant un projet institutionnalisé au sein de mon unité, j'avais donc déjà réalisé plusieurs sociogrammes avec des patients, avant de collecter les données pour ce mémoire. Ceci peut induire une part de subjectivité et de parti pris dans mes analyses, bien que cela ne résulte pas de ma volonté.

Ma place d'intervenante à l'hôpital de jour a pu aussi engendrer de la subjectivité dans les entretiens menés. En effet, je rencontre les patients répondants dans d'autres activités du centre et ma relation avec eux a diminué la neutralité nécessaire à la réalisation des entretiens. Ceci pourrait avoir comme impact que les patients ne se sentent pas totalement libre d'exprimer leur point de vue, par honte, par peur du jugement ou encore par crainte que cela change le lien établi avec moi ou les soins reçus dans le cadre des autres activités. Cependant, certains répondants ont déclaré que le fait d'avoir réalisé l'exercice avec un intervenant qu'il connaissait les avaient aidé. Un autre impact généré par le fait que je connaisse les patients est la possibilité de faire des raccourcis en faisant des conclusions précipitées, malgré le point de vigilance préétabli.

La situation actuelle (COVID-19) a également beaucoup influencé les modalités de la recherche. En effet, il a fallu trouver des solutions pour passer les entretiens, en dépit du confinement. Le contexte a eu un impact sur la quantité des données à récolter. D'une part, parce que le mode de passation n'a pas été identique entre tous les répondants, mais aussi, parce que certains médias étaient plus appropriés que d'autres. La crise sanitaire Covid-19 a beaucoup influencé la perception du patient. En effet, j'ai pu remarquer que la perception de solitude était exacerbée par le confinement. Ceci a donc pu renforcer le point de vue et les propos négatifs des répondants.

De plus, la crise sanitaire Covid-19 a modifié mon échantillon initial. Bien que le critère eut été que l'entretien qualitatif avait lieu directement après la réalisation du sociogramme, seul deux répondants ont réalisé le processus de cette manière. Les autres répondants ont eu une période de temps plus ou moins longue entre la réalisation du sociogramme et l'entretien qualitatif avec moi. Ceci peut induire aussi une limite : les personnes qui ont eu un laps de temps plus long entre la réalisation de la carte réseau et la discussion autour du réseau, ont eu l'occasion de développer une réflexion plus nuancée et/ou avoir un regard avec un peu plus de recul sur la démarche.

Un autre élément pouvant induire une limite est la taille de l'échantillon. Le nombre de personnes interrogées s'est limité à 10. Ceci marque un échantillon de taille petite et est à prendre en compte dans ce mémoire. Une généralisation des résultats ne peut être appliquée. Cependant, cela donne des pistes pour approfondir certaines réflexions.

Enfin, ma question de recherche s'inscrit dans une démarche exploratoire, ceci a comme limite de peut-être passer à côté de certains résultats significatifs, ou encore de mettre l'accent sur certains aspects plutôt que d'autres.

8. Conclusions et perspectives

Dans ce travail de recherche, nous nous sommes intéressés à la perception que le patient a de son réseau. Ce mémoire s'inscrit dans un contexte où la réalisation de sa carte réseau par le patient comme outil (nommé « sociogramme ») s'est implémenté à l'hôpital de jour « Le quotidien » dans le cadre du projet EGONET.

Ce travail a pu mettre en avant l'expérience du patient lors de la passation du sociogramme. Trois principaux points en sont ressortis : la satisfaction du réseau du patient, la perception qu'il a de l'outil et l'expérience vécue durant le processus de passation du sociogramme. Nous avons donc, d'une part, exploré le réseau médico-social du patient et, d'autre part, analysé l'exercice, l'outil, lui-même.

Nous avons pu répondre à la question : « Le patient a-t-il une perception différente de son réseau avant et après la réalisation de sa carte réseau ? ». En effet, nous avons observé qu'il y avait une perception différente de la carte réseau avant et après avoir visualisé celle-ci. Le fait de voir son sociogramme en image a un effet sur la perception du patient par rapport à son propre réseau. Nous avons constaté, une diminution de la satisfaction du soutien perçu et une augmentation de la quantité de soutien reçu. Le patient a donc l'impression qu'il reçoit une plus grande quantité de soutien mais moins qualitative qu'il ne l'imaginait avant la passation. En ce qui concerne la communication entre les personnes qui le soutiennent, l'avis est partagé et n'est pas influencé par la mise en image. L'aspect visuel de l'outil est un levier intéressant car il permet d'amener un changement dans la perception et la représentation que le patient a de son réseau. Ces changements sont provoqués par une prise de conscience des caractéristiques structurelles et interactionnelles de leurs réseaux sociaux.

Nous avons ensuite répondu à la question : « Comment perçoit-il l'exercice de cartographier son réseau ? ». Nous avons pu voir que les patients ont jugé l'exercice comme utile et intéressant. Notamment par le fait qu'il amène pour certains, une vue d'ensemble et une prise de conscience de leur environnement. De plus, il permet de faire le point, et donne l'occasion d'approfondir son projet thérapeutique. L'effort sollicité est important par sa charge émotionnelle et la nouveauté de l'exercice. Pour cela, il est recommandé de différencier les temps de passation du sociogramme et les temps d'échanges autour de sa carte réseau. Malgré l'effort que cela demande, certains patients souhaitent refaire l'exercice à un autre moment pour pouvoir comparer leur évolution.

Enfin, afin de répondre à la question : « Quelle est son expérience dans le processus de passation du sociogramme ? ». Nous nous sommes rendu compte que la sensorialité de l'outil ouvre un réel dialogue avec le professionnel et permet une nouvelle rencontre. Durant le processus de passation le patient fait un récit de soi, parle de lui autrement. Les professionnels découvrent non seulement la réalité sociale du patient mais aussi des nouveaux éléments de son histoire. L'outil permet donc une rencontre sous un autre angle. Il est cependant important de pouvoir l'accompagner afin de l'aider à gérer ses émotions négatives qui pourraient émerger lors de l'exercice. En effet, l'outil est un média puissant par sa visualisation car il reflète tant les aspects négatifs que positifs du réseau du patient. Cela ayant pour impact d'activer celui-ci dans des réflexions sur son fonctionnement personnel et social. Ceci est un point de vigilance que le corps médical doit pouvoir prendre en compte.

L'outil est un média réellement pertinent à utiliser à l'hôpital de jour. Le patient prend conscience de sa réalité sociale, ce qui peut l'amener à vouloir modifier son réseau. Peut-être

parce que cet outil a l'avantage d'aborder le réseau sous un autre angle. Le patient se rend compte de sa position d'acteur dans son entourage. Il est tout de même important de connaître les limites de l'outil et d'être vigilant à l'impact que peut générer ce dernier sur le patient, notamment sur cette prise de conscience très réaliste de son réseau actuel.

Enfin, nous avons pu observer que, la taille de notre échantillon s'avérant petite, il serait intéressant de mener la même démarche à une plus grande échelle pour permettre de tirer des conclusions transposables, généralisables, ou simplement de dégager des tendances de réactions.

De plus, nous nous interrogeons quant à la spécificité des résultats obtenus à la population psychiatrique : pourrions-nous observer des réactions similaires au sein d'un autre type de population ?

9. Bibliographie

- [1] Douglas A. Luke and Jenine K. Harris, (2007). Network Analysis in Public Health: History, Methods, and Applications. Annual Review of Public Health 28(1), 69-93. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15955397>.
Doi : 10.1016/j.socscimed.2004.12.025
- [2] Stone, A, et al. (2017). The role of Ego Networks in studies of substance use disorder recovery. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5004735/>
Doi: 10.1080/07347324.2016.1182818
- [3] Rosenquist, JN et al. (2011). Social network determinants of depression Molecular Psychiatry, 16, 273–281. En ligne: <https://www.nature.com/articles/mp201013>
Doi:10.1038/mp.2010.13
- [4] Caron, J et Guay,S (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. Santé mentale au Québec, 30(2), 15–41. En ligne: <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2005-v30-n2-smq1031/012137ar/>
Doi : <https://doi.org/10.7202/012137ar>
- [5] Palumbo,C & al (2015). Social networks of patients with psychosis: a systematic. BMC Res Notes, 8. En ligne :
<https://bmresnotes.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13104-015-1528-7>
- [6] Degnan, A., Berry, K., Sweet, D., Abel, K., Crossley, N., & Edge, D. (2018). Social networks and symptomatic and functional outcomes in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 53(9), 873–888. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29951929/>
Doi:10.1007/s00127-018-1552-8
- [7] Durkheim E. (1951) Suicide. New York: Free Press
- [8] Werner-Seidler, A et al (2017). The relationship between social support networks and depression in the 2007 National Survey of Mental Health and Well-being. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (52), 1463–1473 En ligne :
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28889230/> Doi: 10.1007 / s00127-017-1440-7
- [9] Hogan,B, Linden, W, Najarian,B (2002). Social support interventions: Do they work?, Clinical Psychology Review, Volume 22(3), 381-440, [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00102-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00102-7)
- [10] Caron, J. & Guay, S. (2005). Le soutien social peut-il reprendre sa juste place dans la problématique de la santé mentale ? Santé mentale au Québec, 30 (2), 7–13. En ligne :
<https://id.erudit.org/iderudit/012136ar>. Doi : <https://doi.org/10.7202/012136ar>
- [11] Kawachi I, Berkman LF. (2017). Social ties and mental health, J Urban Health,78(3),458-67. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11564849/>
Doi:10.1093/jurban/78.3.458

- [12] Visentini, C et al, (2018). Social networks of patients with chronic depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 241, 571–578. En ligne : <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.022>
- [13] OMS, (2018). La santé mentale: renforcer notre action. En ligne : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- [14] OMS (2019). Troubles menatux. En ligne : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- [15] KCE (2019). Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique. En ligne : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_318B_Soins_de_sante_mentale_synthese.pdf
- [16] Detollenaere J, Gisle L, Mistiaen P. (2014). Pour une description complète des méthodes et des résultats de la prévalence des problèmes de santé mentale. En ligne : <https://kce.fgov.be/fr/organisation-des-soins-de-sant%C3%A9-mentale-pour-les-adultes-en-belgique>
- [17] AVIQ. (2016). Indicateur de la santé mentale en Wallonie. Wallonie Santé, 6. En ligne : <https://www.aviq.be/>
- [18] KCE. (2014). Dépression majeure (de l'adulte) : efficacité à long terme de la psychothérapie, seule ou en combinaison avec des antidépresseurs
En ligne : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_230Bs_Depression_Synthese.pdf
- [19] Eyssen, M; Leys M; Desomer A et al (2010). KCE reports, Organisation des soins de santé mentale pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante. Y a-t-il des données probantes? Health Services Research (HSR). En ligne : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/kce_144b_organisation_des_soins_de_sant%C3%A9_mentale.pdf
- [20] Gervaix, J et Haour G et Michel M, et al. (2017). Troubles mentaux et comorbidités somatiques : retard à la prise en charge, sévérité et coûts associés. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 65,79. En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0398762017302389?via%3Dihub> Doi : <https://doi.org/10.1016/j.respe.2017.03.068>
- [21] Lambert M, Ruppelt, F, Siem, A-K, et al. (2018). Comorbidity of chronic somatic diseases in patients with psychotic disorders and their influence on 4-year outcomes of integrated care treatment (ACCESS II study), *Schizophrenia Research*, (193), 377-383, En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0920996417304474> Doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.07.036>
- [22] Arlotto, E; Felicé, M-P et Favre, C et al (2008). Interest of admission blood sampling for the detection of somatic comorbidity in hospitalized psychiatric patients. *L'Encéphale*, 34(1),61-65. En ligne :

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700607000322?via%3Dihub>
b Doi : <https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.01.003>

- [23] OCDE (2018). Les troubles de la santé mentale représentent un lourd fardeau économique pour les pays européens. <https://www.oecd.org/fr/presse/les-troubles-de-la-sante-mentale-representent-un-lourd-fardeau-economique-pour-les-pays-europeens.htm>
- [24] Conseil supérieur de la Santé (2019). DSM(5) : Utilisation et statut du diagnostic et des classifications des problèmes de santé mentale. En ligne : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/cs_s_9360_dsm5.pdf
- [25] Wong, Y. L., Matejkowski, J., & Lee, S. (2011). Social integration of people with serious mental illness: network transactions and satisfaction. *The journal of behavioral health services & research*, 38(1), 51–67. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3538837/>
Doi : <https://doi.org/10.1007/s11414-009-9203-1>
- [26] Wyngaerden, F., Nicaise, P., Dubois, V. et al. (2019). Social support network and continuity of care: an ego-network study of psychiatric service users. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 54, 725–735. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30758541/>
- [27] Holt-Lunstad J; Smith, T et al (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med* 7(7). En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2910600/>
Doi : [10.1371/journal.pmed.1000316](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316)
- [28] Cuffee, Y et al, (2014). Psychosocial risk factors for hypertension: an update of the literature. *Curr. Hypertens. Rep.* 16, 483 En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4163921/>
Doi : [10.1007/s11906-014-0483-3](https://doi.org/10.1007/s11906-014-0483-3)
- [29] Santini, Z.I. et al, (2015) . The association between social relationships and depression: a systematic review. *J. Affect. Disord.* 175, 53–65. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25594512>. Doi: [10.1016/j.jad.2014.12.049](https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.049).
- [30] Tousignant Michel (1988). Soutien social et santé mentale : une revue de la littérature. In: *Sciences sociales et santé*, 6, (1), 77-106. En ligne : www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1988_num_6_1_1087. Doi: <https://doi.org/10.3406/sosan.1988.1087>
- [31] Mitchell,R; Trickett, E, (1980).Task force report: Social networks as mediators of social support.*Community Mental Health Journal*, Volume 16(1), 27. En ligne : <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00780665>
Doi : <https://doi.org/10.1007/BF00780665>

- [32] Sweet, D et al (2018). Personal well-being networks, social capital and severe mental illness: exploratory study. *Br J Psychiatry*. 212(5), 308-317. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28982657>. Doi: 10.1192/bjp.bp.117.203950.
- [33] McPherson, M., Smith-Lovin, L., & Brashears, M. E. (2006). Social Isolation in America: Changes in Core Discussion Networks over Two Decades. *American Sociological Review*, 71(3), 353–375. En ligne : <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/000312240607100301> Doi:10.1177/000312240607100301
- [34] Thiébault, J. (2003). Les travaux de Robert D. Putnam sur la confiance, le capital social, l'engagement civique et la politique comparée. *Revue internationale de politique comparée*, vol. 10(3), 341-355. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-internationale-de-politique-comparee-2003-3-page-341.htm> Doi:10.3917/ripc.103.0341.
- [35] Robert D. Putnam, P, et Malkin, I et al. *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. A Touchstone book. 541 (2000) En ligne : https://books.google.be/books?hl=fr&lr=&id=rd2ibodep7UC&oi=fnd&pg=PA13&dq=bowling+alone,+Putnam&ots=G5Lbn-tiZ2&sig=dCIJB5iROqkh7uBAbuIytjkkfu8&redir_esc=y#v=onepage&q=bowling%20alone%2C%20Putnam&f=false
- [36] HIS (2008). Enquête de santé par interview, Belgique En ligne : <https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Accueil.aspx>
- [37] Kemperman, A et al.,(2019). Loneliness of Older Adults: Social Network and the Living Environment, 16(3). En ligne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30708985/> Doi:10.3390/ijerph16030406
- [38] Pinto R. M. (2006). Using social network interventions to improve mentally ill clients' well-being. *Clinical social work journal*, 34(1), 83. En ligne: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2808640/> Doi:10.1007/s10615-005-0005-5
- [39] Lipton FR, Cohen CI, Fisher E, Katz SE. (1981). Schizophrenia: a network crisis. *Schizophr Bull*. 7:144–51 En ligne : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.621.3872&rep=rep1&type=pdf>

- [40] McCrady BS (2004). To have but one true friend: implications for practice of research on alcohol use disorders and social network. *Psychol Addict Behav.* ;18(2):113-21. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15238053/> Doi:10.1037/0893-164X.18.2.113.
- [41] Mowbray, O., Quinn, A., & Cranford, J. A. (2014). Social networks and alcohol use disorders: findings from a nationally representative sample. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 40(3), 181–186.
Doi : <https://doi.org/10.3109/00952990.2013.860984>
- [42] Cornelis C.M. et al (1989). events and social network in relation to the onset of depression. A controlled study *Acta Psychiatr. Scand.*, 80 (2), 174-179 En ligne : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1600-0447.1989.tb01323.x>
Doi : <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1989.tb01323.x>
- [43] Angst, J (2009). Long-term depression versus episodic major depression: Results from the prospective Zurich study of a community sample. *J. Affect. Disord.*, 115,112-12. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18973954/>
Doi : <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.09.023>
- [44] Roger E-M, Edison J. Trickett (1980).Task force report: Social networks as mediators of social support *Community Mental Health Journal*, Volume 16(1), 27. En ligne : <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00780665>
Doi: <https://doi.org/10.1007/BF00780665>
- [45] Lorant, V; Nazroo,J, Nicaise, P, (2017) Optimal network for patients with severe mental illness: a social network analysis. *Admin Policy Ment Health*. En ligne: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10488-017-0800-7> Doi: 10.1007/s10488-017-0800-7
- [46] Kadushin, C. (2005).Who benefits from network analysis: ethics of social network research. *Social Networks*, Volume 27, Issue 2, 139-153. En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S037887330500016X>.
Doi : <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2005.01.005>
- [47] Moreno, J-L (1953). Who shall survive? *Foundation of Sociometry*, Group Psychotherapy and Sociodrama. Beacon House, New-York. En ligne : file:///Users/Phakelatti/Downloads/Who_Shall_Survive-J_L_Moreno-1978-879pgs-PSY.sml.pdf
- [48] Granovetter, M. (1973). The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*, 78(6), 1360-1380. En ligne : www.jstor.org/stable/2776392
- [49] Morris M, Zavisca J, Dean L.(1995). Social and sexual networks: their role in the spread of HIV/AIDS among young gay men. *AIDS Educ Prev.*;7(5 Suppl):24-35. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8664095/>

- [50] Potterat, J. J., Muth, S. Q., Rothenberg, R. B., Zimmerman-Rogers, H., Green, D. L., Taylor, J. E., Bonney, M. S., & White, H. A. (2002). Sexual network structure as an indicator of epidemic phase. *Sexually transmitted infections*, 78 (Suppl 1), 52–58. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765821/>
Doi : https://doi.org/10.1136/sti.78.suppl_1.i152
- [51] Valente, T. W., & Vlahov, D. (2001). Selective risk taking among needle exchange participants: implications for supplemental interventions. *American journal of public health*, 91(3), 406–411. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446573/>
Doi: <https://doi.org/10.2105/ajph.91.3.406>
- [52] Fassihi, f., (2003). Two novice gumshoes chartered the capture of Saddam Hussein. *Wall Street Journal*, En ligne : http://online.wsj.com/article_email/0,SB107170894237083800-H9jeoNolaN2opymbICHa62Cm4,00.html.
- [53] Chapuis, S. & de Bovis-Vlahovic, C. (2016). VII. Everett Mitchell Rogers. Cultiver la diffusion des innovations. Thierry Burger-Helmchen éd., *Les Grands Auteurs en Management de l'innovation et de la créativité* (pp. 133-155). Caen, France: EMS Editions. En ligne : https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/les-grands-auteurs-en-management-de-l-innovation--9782847698121-page-133.htm#xd_co_f=MGIwZGQ3MTctMmEwZS00YjUzLWE3ZWtOGJjNDZmYzVmZTIz~ Doi 10.3917/ems.burge.2016.01.0133
- [55] D'Angelo, A, Ryan,L (2019). The presentation of the networked self: Ethics and epistemology in social network analysis. *Social Networks* En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378873319300425?via%3Dihub> Doi: <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2019.06.002>
- [56] Tubaro, P., Ryan, L., & D'angelo, A. (2016). The Visual Sociogram in Qualitative and Mixed-Methods Research. *Sociological Research Online*, 21(2), 1–18. En ligne : <https://journals.sagepub.com/doi/10.5153/sro.3864>
Doi: <https://doi.org/10.5153/sro.3864>
- [57] Bruxelles (2020). Guide vers de meilleurs soins en santé mentale En ligne : <http://www.psy107.be/files/Bruxelles.pdf>
- [58] Wyngaerden, F., Nicaise, P., Dubois, V. et al. (2019) Réseau de soutien social et continuité des soins : une étude du ego-network des utilisateurs de services psychiatriques. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 54. 725. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30758541/> Doi : 10.1007 / s00127-019-01660-7
- [59] Conway, S. (2012). A Cautionary Note on Data Inputs and Visual Outputs in Social Network Analysis. *British Journal of Management*, 25(1), 102–117. En ligne : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8551.2012.00835.x>
Doi:10.1111/j.1467-8551.2012.00835.x

- [60] Bellotti, E. (2016). Qualitative Methods and Visualizations in the Study of Friendship Networks. *Sociological Research Online*, 21(2), 1–19. En ligne : <https://journals.sagepub.com/doi/10.5153/sro.3936> Doi : <https://doi.org/10.5153/sro.3936>
- [61] Hogan, B., Carrasco, J. A., & Wellman, B. (2007). Visualizing Personal Networks: Working with Participant-aided Sociograms. *Field Methods*, 19(2), 116–144. En ligne : <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1525822X06298589> Doi : <https://doi.org/10.1177/1525822X06298589>
- [62] Molina, JL; Maya Jariego, I & McCarty, C (2014). Giving Meaning to Social Networks: Methodology for Conducting and Analyzing Interviews based on Personal Network Visualizations, In Silvia Dominguez & Bettina Hollstein (eds.), *Mixing methods in social network research*, Cambridge University Press. En ligne : <https://grupsderecerca.uab.cat/egolab/en/content/giving-meaning-social-networks-methodology-conducting-and-analyzing-interviews-based-persona>
- [63] Pachoud, B. (2018). La perspective du rétablissement : un tournant paradigmatique en santé mentale. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 7(1), 165-180. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-du-centre-georges-canguilhem-2018-1-page-165.html> Doi : [10.3917/ccgc.007.0165](https://doi.org/10.3917/ccgc.007.0165).
- [64] Borgatti, S. P., & Molina, J. L. (2003). Ethical and Strategic Issues in Organizational Social Network Analysis. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 39(3), 337–349. En ligne : <https://www.semanticscholar.org/paper/Ethical-and-Strategic-Issues-in-Organizational-Borgatti-Molina/4a6ca0268edbce8a7779393d9b842a5ceb9c781c> Doi: [10.1177/0021886303258111](https://doi.org/10.1177/0021886303258111)
- [65] Ryan, L., Mulholland, J., & Agoston, A. (2014). Talking Ties: Reflecting on Network Visualisation and Qualitative Interviewing. *Sociological Research Online*, 19(2), 1–12. En ligne : <https://journals.sagepub.com/doi/10.5153/sro.3404> Doi: [10.5153/sro.3404](https://doi.org/10.5153/sro.3404)
- [66] Litt MD, Kadden RM, Tennen H, Kabela-Cormier E. (2016); Network Support II: Randomized controlled trial of Network Support treatment and cognitive behavioral therapy for alcohol use disorder. *Drug Alcohol Depend.* 165:203–212. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4948060/> Doi: [10.1016/j.drugalcdep.2016.06.010](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.06.010)
- [67] Kelly JF, Stout RL, Magill M, Tonigan JS. (2011). The role of Alcoholics Anonymous in mobilizing adaptive social network changes: a prospective lagged mediational analysis. *Drug Alcohol Depend.*;114(2-3):119–126. doi: [10.1016/j.drugalcdep.2010.09.009](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.09.009)
- [68] Groh DR, Jason LA, Keys CB. Social network variables in alcoholics anonymous: a literature review. *Clin Psychol Rev.* 2008;28(3):430–450. doi: [10.1016/j.cpr.2007.07.014](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.014)
- [69] Britten, N (2011). Qualitative research on health communication: What can it contribute? *Patient education and Counselling* 82, 384-388. En ligne :

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399110007937?via%3Dihub#!> Doi : <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.12.021>
- [70] Lin, N (1999). Building a network theory of social capital. *Connections*, 22(1) :28-51. En ligne : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.96.3792&rep=rep1&type=pdf>
- [71] Murayama, H., Fujiwara, Y., & Kawachi, I. (2012). Social capital and health: a review of prospective multilevel studies. *Journal of epidemiology*, 22(3), 179–187. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3798618/>
Doi : <https://doi.org/10.2188/jea.je20110128>

10. Annexes

Annexe 1

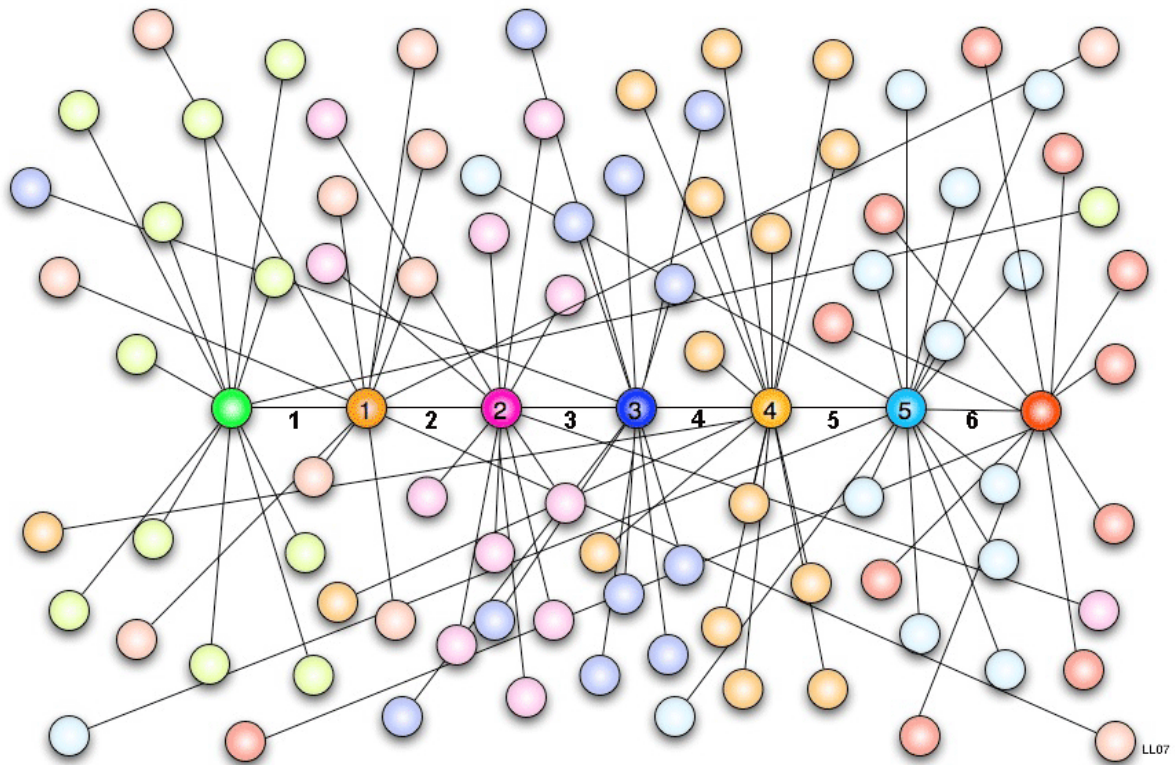
TABLE 2

Matching Network Dimension, Outcomes, and Interventions

Initial Network Dimensions	Expected Network Outcomes	Network Intervention Types and Strategies
Small Size	Increase network size to help the flow of services/tasks and information from network to focal person. [Becker et al. (1997), found that the addition of 10 members is associated with one additional type of formal service use.]	(1) <i>Develop new social network ties</i> - comprehensive network assessments - opportunities to meet new people - organize community resources - build new ties, and strengthen existing ones - bonding with other networks
High or Low Density	Moderate density: Retain and preserve close ties, while increasing the number of weaker ties in the community	(2) <i>Enhance existing network ties</i> - comprehensive network assessments - referrals to community programs - medication groups - opportunities for family bonding
Low Reciprocity	Preserve existing reciprocal relationships and develop new ones, in order to increase network supportive characteristics and longevity of relationships.	(3) <i>Enhance network using natural community helpers</i> comprehensive network assessments
Low Reciprocity	Preserve existing reciprocal relationships and develop new ones, in order to increase network supportive characteristics and longevity of relationships.	(3) <i>Enhance network using natural community helpers</i> - comprehensive network assessments - case management - linkages to social and religious services - self-help groups - mobilization of community resources
Few strong ties in family and weak ties in the community	- Preserve strong reciprocal ties. - Develop multiplex ties in the immediate network. - Develop ways for the support coming from weak ties to reach the focal person. - Increase clients' ability to mobilize weak ties.	(4) <i>Enhance network through problem-solving process</i> - comprehensive network assessments - case management - self-help groups - opportunities for family bonding - case consultation
Heavily dependent relationships and few multiplex relationships	Preserve close ties, while increasing network permeability, so that focal person may receive support from both stronger as well as weaker ties	

Annexe 2

Figure 5: tableau des six degrés de séparation



Annexe 3

Questionnaire :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Genre : F - M

Diagnostic médical :

1er contact en psychiatrie :

Étape 1

Donner son avis avant de réaliser son sociogramme personnel

Êtes-vous satisfait(e) du soutien que vous recevez de votre entourage ?						
1	2	3	4	5	6	7
Totalement insatisfait	Très insatisfait	Insatisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait	Totalement satisfait

Êtes-vous d'accord avec l'affirmation suivante : « Il y a suffisamment de personnes qui me soutiennent dans mon entourage » ?				
1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Totalement d'accord

Êtes-vous satisfait(e) de la communication entre les personnes qui vous soutiennent ?						
1	2	3	4	5	6	7
Totalement insatisfait	Très insatisfait	Insatisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait	Totalement satisfait

Étape 2

Faire le sociogramme avec la patient :

- ◆ Lister les personnes qui soutiennent le patient
- ◆ Dans un second temps les placer sur la carte réseau
- ◆ Visualiser le sociogramme

Étape 3

Donner son avis après avoir réalisé son sociogramme personnel

Êtes-vous satisfait(e) du soutien que vous recevez de votre entourage ?						
1	2	3	4	5	6	7
Totalement insatisfait	Très insatisfait	Insatisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait	Totalement satisfait

Êtes-vous d'accord avec l'affirmation suivante : « Il y a suffisamment de personnes qui me soutiennent dans mon entourage » ?				
1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Totalement d'accord

Êtes-vous satisfait(e) de la communication entre les personnes qui vous soutiennent ?						
1	2	3	4	5	6	7
Totalement insatisfait	Très insatisfait	Insatisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait	Totalement satisfait

Étape 4

Répondre aux questions suivantes en entourant votre choix

a) Est-ce que le fait de réaliser le sociogramme vous a demandé un effort ?

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Sans opinion	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
-------------------------	--------------------	-----------------	------------------------	-------------------------

Commentaire :

b) Est-ce que la réalisation de votre sociogramme vous a semblé être une démarche intéressante ?

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Sans opinion	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
-------------------------	--------------------	-----------------	------------------------	-------------------------

Commentaire :

c) Est-ce que la carte de votre réseau social pourrait vous être utile ?

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Sans opinion	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
-------------------------	--------------------	-----------------	------------------------	-------------------------

Commentaire :

d) Est-ce-que si vous pouviez le refaire, vous le referiez ?

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Sans opinion	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
-------------------------	--------------------	-----------------	------------------------	-------------------------

Commentaire :

◆ Si oui, le referiez-vous de la même manière?

◆ Le referiez-vous souvent ?

e) Voulez-vous une copie ou une photographie de votre sociogramme ?

1 Oui	2 Pas d'avis	3 non
-----------------	------------------------	-----------------

Commentaire :

Étape 5

Répondre aux questions suivantes

◆ Quels sont les aspects que vous jugez positifs dans votre sociogramme ?

.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- ◆ Quels sont les aspects que vous jugez négatifs dans votre sociogramme ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- ◆ Est-ce que ça a influencé la manière de voir votre réseau?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- ◆ Qu'avez-vous ressenti lors de la réalisation de votre réseau?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....

- ◆ Comment vivez-vous le fait de voir votre réseau en image ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- ◆ Êtes-vous surpris du résultat ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 4



Annexe 5

Consentement éclairé pour le patient

Bonjour,

Je suis étudiante en 2ème année de master de Santé Publique à l'Université Catholique de Louvain et cette année, je réalise mon mémoire.

L'étude à laquelle je vous propose de participer porte sur la réalisation de votre carte réseau (sociogramme) et votre avis sur cette expérience. Le but étant de mettre en avant votre opinion, qui est important à prendre en compte ainsi que l'impact sur votre santé.

Si vous acceptez de participer, je vais vous proposer de réaliser votre carte réseau et ensuite je vais vous poser des questions sur ce que vous voyez. L'entretien durera environ 1 heure. Vous pourrez me dire tout ce qu'il vous paraît utile sur le sujet. Vous n'êtes pas obligé de répondre aux questions auxquelles vous ne voulez pas répondre. La retranscription de nos échanges seront anonyme, et confidentiel. Je prendrais des notes pour ensuite retranscrire mes observations. Si vous le désirez, la retranscription vous sera envoyée. Les notes prises ne seront pas conservées après l'étude. Si vous participez à cette étude, vous devez savoir qu'elle ne modifiera pas les soins que vous recevrez et que votre participation est volontaire et doit rester libre de toute contrainte. Vous pouvez arrêter de participer à tout moment.

Cette étude est approuvée par le Comité d'Éthique de l'hôpital.

Pour toute question, voici les coordonnées des personnes responsables de l'étude :

Étudiante : Morgan Botrel - morgan.botrel@student.uclouvain.be - tél : 02/431.77.00

Promoteur de l'étudiante : Vincent Lorant - vincent.lorant@uclouvain.be - tél : 02/764.32.63

Co-promotrice : Hélène Garin - helene.garin@uclouvain.be - tél : 02/764.34.69

Je vous remercie d'avance,
Morgan Botrel

Annexe 6

Les apports de la passation du sociogramme selon le patient.

1. Le sociogramme, l'outil en lui-même

a) En image

Une fois le sociogramme réalisé les patients sont confrontés à la visualisation de leur réseau. Cela a comme impact le fait qu'ils puissent voir leur réseau autrement, notamment en réalisant les caractéristiques structurelles et interactionnelles de ce dernier. En effet, cela permet de mettre en avant la taille, la composition du réseau et/ou les interconnexions existantes dans celui-ci, mais aussi la place accordées aux personnes ressources. Ajoutons à cela, que l'aspect visuel amène de la clarté, une prise de conscience et une vue globale de la situation du patient.

Voir son sociogramme en image a un effet partagé. Certains sont surpris et font le constat d'une représentation différente de leur réseau par rapport à ce qu'ils imaginaient. D'autres non aucune surprise de ce qu'ils voient.

Les patients prennent conscience que **la taille** de leur réseau est souvent différente que ce qu'ils se représentaient. La plupart du temps, ils constatent un réseau plus grand. *« Rassurée et étonnée car j'observe qu'il y a du monde autour de moi. Dans ma tête j'étais seule. »* (E7) Mais l'inverse est possible. *« Ça c'est fort appauvrit quand je compare avec la représentation que j'avais dans ma tête. »* (E4)

« J'avais le sentiment que j'avais un réseau plus grand. Mais je me rend compte que c'était quand je consommais. (...) Maintenant je réalise que je n'ai pas autant que ce que j'imaginai. » (E8)

D'autres font le constat sur la **composition** de leur réseau. Ils prennent conscience du nombre de professionnels de la santé comparé aux personnes appartenant à la sphère familiale et aux amis (...). En effet, les patients constatent qu'il y a une proportion du réseau socio-médical supérieure. *« Il y a trop de médical. »* (E9) *« J'ai remarqué que mon réseau était principalement constitué de soignants. J'ai pris davantage conscience du nombre d'intervenant autour de moi. (...) Je suis mal à l'aise car il y a plus de professionnels que d'autres (amis, famille) »* (E3). Les patients peuvent aussi être surpris des ressources qui les entourent ou de l'absence de ces dernières. *« J'ai pas mis mes enfants, ça me surprend. »* (E1) *« Ma compagne n'y est pas, elle ne me comprend pas que je suis malade. »* (E2)

Les patients prennent aussi conscience de l'absence ou de la présence **des interconnexions** entre les personnes. *« Je réalise que certains proches sont reliés entre eux. »* (E5) *« J'observe qu'il y a des connexions entre les personnes, or, dans mon imaginaire tout le monde était dans sa bulle (séparé). »* (E7) *« Depuis que je n'ai plus de MG, il n'y a plus de communication entre les spécialistes, j'ai plus personnes pour centraliser mes problèmes de santé. »* (E9) *« Les intervenants parlent pas entre eux. Je suis obligé de faire le facteur, j'aimerais qu'ils s'accordent tous ensemble. »* (E3) *« Je me rend compte que mon réseau est très interconnecté, avant je n'y pensais pas. »* (E10)

Certains patients sont conscients de la situation. Malgré ces constats, le sociogramme permet de faire le point en ayant **une vue d'ensemble** sur leur réseau de manière claire, concrète. « *Ça concentre toutes les infos ensemble. Je fais partie d'un système, je suis au centre d'un réseau.* » (E10)

« *Visualise qui j'ai autour de moi. J'ai une vue d'ensemble. (...) D'habitude c'est des morceaux d'images, là c'est tout ensemble.* » (E9) « *Cela permet d'avoir une vue d'ensemble de ses relations.* » (E3)

Visualiser sa carte réseau amène donc une vue d'ensemble et permet de voir l'équilibre entre les différentes sphères (bio-médico-sociale et privée). L'absence d'équilibre amène la personne à un mouvement, une volonté de changer des aspects de leur sociogramme.

Cela leur permet aussi de réaliser les points négatifs et positifs de leur réseau. Cependant, ils évoquent plus facilement les éléments négatifs et ont plus de difficultés à observer les points positifs. En effet, ils ont tous évoqué les points négatifs en premier lieu, lorsque la question a été : « Quels sont les points que vous jugez positifs et négatifs dans votre réseau ? » Leurs réponses étaient aussi plus rapides pour les points négatifs que pour les aspects positifs de leur réseau.

Nous pouvons constater que les patients spontanément commencent par décrire leur réseau psycho-médico-social. Décrire leurs liens et leurs soutiens dans le domaine de santé est réalisé avec facilité. La sphère familiale et amicale est évoquée dans un deuxième temps et est aussi réalisée avec facilité. Par contre, nous pouvons observer lors des entretiens qu'une partie des domaines de soutien est oubliée. En effet, le soutien qui concerne le 'Lieu de vie' et les 'Activités et Relations' sont rarement mentionnés. Poser des questions de relance sur les différents types d'aide permet au patient de continuer à élaborer son sociogramme et à y intégrer différents types de soutiens. Cette démarche de suggestions est nécessaire pour les faire compléter leur carte réseau. Les participants constatent un entourage plus varié en termes de ressources disponibles, comparé à ce qu'ils pensaient. Cela permet aussi une vue holistique. « *Découvre des personnes que je m'y imaginai pas (femme de ménage, médecin généraliste).* » (E2)

De plus, la visualisation du sociogramme amène à **s'exprimer différemment**. « *C'est une manière de parler de moi, c'est le média qui m'a permis ça. Je suis tout à fait conscient de la situation. Ça me permet juste de parler. (...).* » (E1)

b) Processus émotionnel

Durant le processus de passation nous pouvons constater que les participants passent par différents états émotionnels. Identifier les personnes de son réseau est vécu comme une étape **désagréable**. À la vue de l'ensemble du réseau, il y a un **effet de surprise** qui crée parfois des sentiments négatifs.

- Souvenirs négatifs :

Identifier les personnes ressources, malgré l'aspect positif, est souvent perçu comme un exercice difficile. En effet, faire appel à des personnes peut faire jaillir des **souvenirs négatifs** liés à leur histoire. « *Plusieurs personnes n'y figurent pas, alors que je l'aurais voulu aujourd'hui. Il y a une personne, une ancienne relation amoureuse qui n'est plus là, la relation*

a pris fin à cause de mes problèmes liés à la consommation, (...) Son absence me renvoie à des souvenirs et des sentiments négatifs comme le regret, la honte... » (E8)

- Émotions fluctuantes :

À la première étape du processus, des **émotions négatives** sont générées. Les patients sont déstabilisés, perdus, ils ont peur. L'explication qui revient régulièrement est la crainte de n'avoir aucun entourage, citer les personnes soutenant les confrontent à la perception interne qu'ils ont de leur réseau. « *J'étais paniquée à l'idée de trouver des noms.* » (E4) « *J'étais perdu dans qui inclure ou non, telle ou telle personne.* » (E8)

Notons aussi, qu'il a été souligné que ce n'est pas forcément les personnes présentes sur son sociogramme qui peuvent générer des émotions positives ou négatives, cela peut aussi l'être par l'absence de personnes dans son réseau. « *J'aimerais avoir ma famille, ma femme. (...) Il me manque un travail, c'est vide, y a rien.* » (E9) « *L'absence d'une personne sur mon sociogramme me fait de la peine.* » (E8)

À la fin du processus, donc l'étape où le patient voit le sociogramme en image, il y a aussi des sentiments principalement négatifs. Nous avons repris deux sentiments qui correspondent à la récurrence de l'émotion vécus par les participants : la tristesse et l'angoisse. L'aspect visuel les amènent à prendre conscience d'une nouvelle réalité de leur réseau. « *Je constate qu'il n'y a pas grand monde. Je suis triste, j'ai une vie triste.* » (E1) « *Ça m'a attristé de voir que j'ai rien construit (...) Ça me renvoie que j'ai pas d'espoir et que rien n'a changé.* » (E9)

Il ressort aussi que voir son réseau en image est confrontant car leurs représentations du réseau idéal ou des normes sociales ne collent pas avec ce qu'ils voient dans leur réseau, générant ainsi une **mauvaise image de soi**. « *Le fait d'avoir peu de personnes autour de moi, me renvoie le cliché du 'looser'.* » « *Avoir beaucoup de personnes me donnerait l'image du gars 'populaire', qu'on aime. (...) Je ne suis pas assez bien pour personne.* » (E8)

Cependant, nous pouvons constater que la majorité des personnes souhaitent refaire leur carte réseau dans un second temps. À travers nos questionnaires, ils mentionnent qu'après coup, ils sont satisfaits face à l'outil. « *Pas agréable mais content de l'avoir fait* » (E2). Une fois le sociogramme terminé, il y a donc une dimension positive qui transparait. « *Quand je suis sortie après avoir fait le sociogramme, j'étais contente.* » (E10)

Nous pouvons aussi constater que les personnes qui revoient leur sociogramme après quelques mois ont une satisfaction plus élevée à la vue de ce dernier. « *En revoyant mon sociogramme, il y a plusieurs choses qui ont changé. Je suis contente de voir ça, ça me donne de l'espoir.* » (E3)

c) Transport du sociogramme vers l'extérieur

Le sociogramme peut être apporté vers l'extérieur de l'hôpital afin d'optimiser la prise en charge par des intervenants externes à l'hôpital de jour. Certains patients l'ont utilisé pour continuer le travail réalisé. L'outil a permis une forme de **continuité** dans la prise en charge. « *J'étais moins bien après le sociogramme, j'ai été fort pris par des questions sur la relation avec mes parents, et pourquoi j'ai pas beaucoup d'amis. J'ai repris le sociogramme avec ma psychologue extérieure, et j'ai repris ces questions avec elle.* » (E8) « *J'ai pris une photo de mon travail pour la montrer à ma psychologue extérieure, ça sera utile dans le travail que je fais avec elle.* » (E5)

2. Le patient

1. Efforts

Lors de la passation du sociogramme nous avons constaté que plusieurs type d'effort étaient sollicités. Nous avons relevé un effort mental, un effort émotionnel et enfin un effort lié à la nouveauté.

- Effort mental

La réflexion demandée en vue de la réalisation du sociogramme demande un **effort mental**, notamment celui de faire appel à sa mémoire, de sélectionner, de se concentrer et d'organiser.

La mémoire est sollicitée par le fait de rechercher les personnes dans son esprit. Ensuite, cela nécessite de sélectionner et de se concentrer sur cette tâche. Le fait de trouver des personnes à mettre dans son réseau est une étape qui mobilise le patient. « (...) *je devais chercher après la relation, parce que j'ai rien.* » (E1)

La première réaction est l'impression qu'il n'y aura personne à citer. La deuxième étape difficile est de placer les personnes plus ou moins proche de soi. Déterminer la proximité du lien est cité comme une pratique difficile, car le lien est représenté comme une dimension affective, non-matérialisable. « *Le fait de définir les personnes plus ou moins proche de moi et des autres est fait de façon mécanique. (...) Les frontières ne sont pas si nettes.* » (E5)

De plus, il est souvent évoqué que le fait de donner une place ou une proximité dans le lien par rapport à soi est difficile car les patients semblent être pris par des enjeux relationnels. « *Mon père, je ne savais pas où le mettre. Le doute est survenu quand je devais placer ma mère. Je voulais la mettre à un niveau différent que celui de mon père. Mais finalement, je les ai mis au même niveau.* » (E8)

- Effort émotionnel

La réflexion demandée en vue de la réalisation du sociogramme demande aussi un **effort émotionnel**. « *C'est une charge émotive, car en faisant l'exercice on fait de l'ordre dans sa tête.* » (E3)

Cet effort est émotionnel car l'exercice nécessite de hiérarchiser les personnes de son entourage. « *Ça m'a demandé un effort émotionnel et un effort de trouver les personnes et de les mettre à la bonne place. Je me sentais complètement seule. Je ne savais pas réfléchir aux personnes qui m'entouraient, c'était le vide. J'étais mal à ce moment-là.* » (E7)

« *C'est pas facile de placer les personnes. Certaines personnes que je pensais proche de moi sont, après réflexion, finalement, plus loin que je ne le pensais et vice versa.* » (E8)

« [...] *Difficile de déterminer la place que chacun peut avoir. Faire une hiérarchie entre elles me semble bizarre et difficile. Cela vient me confronter dans la place que je donne aux personnes. (...) Par exemple, je place cette personne parce qu'elle m'aide, mais je me rend compte qu'elle n'est pas si importante en terme de proximité et d'importance, or dans ma tête, elle était capitale, très importante. Finalement on les remet à leur place...* » (E3)

- Effort lié à la nouveauté :

C'est aussi un exercice **peu naturel**, réfléchir sur son réseau n'est pas une réflexion habituelle « *Ça n'a pas influencé car je n'avais pas d'idée de mon réseau. Est-ce normal de réfléchir à son réseau? Pourquoi je me suis jamais posée la question ?* » (E4).

Mais, aussi les patients semblent désarçonnés car ce n'est pas un exercice qu'ils sont amenés à faire dans leur parcours de soins. « [...] *Un peu d'étonnement au départ, car c'était une démarche nouvelle pour moi.* » (E5) « [...] *Peur au début, face à l'inconnu et à la nouveauté.* » (E7) « [...] *Perdue car je ne savais pas quoi mettre. C'est un exercice nouveau.* » (E3)

2. Récit de soi

En faisant l'exercice de citer les personnes qui les soutiennent, cela permet aux patients de **parler de leur histoire autrement**. En effet, ils amènent des nouveaux éléments dans la prise en charge. De plus, ils en parlent comme un travail sur soi. Ce, en se posant des questions personnelles, au risque de faire revenir à la surface des souvenirs négatifs.

- Parler de soi autrement :

Les patients évoquent des nouveaux éléments de leur vie ou d'une manière différentes par rapport à leurs entretiens individuels (psychologue, psychiatre). « *Je vous ai dit des choses dont je n'arrivais pas à parler avec mes référents.* » (E1)

En citant les personnes, les patients sont naturellement amenés à parler d'eux. Les participants justifient spontanément pourquoi ils mettent telle ou telle personne comme ressource. De plus, ils font aussi des liens entre les personnes citées et leur histoires personnelles. Ce qui permet aux professionnels, de mieux comprendre les relations entretenues avec leur entourage. Le professionnel peut donc faire des liens entre le récit du patient et ses problématiques. « *J'ai eu des problèmes dans mon travail, j'étais proche de certaines personnes et ça m'a joué des mauvais tours, ça s'est retourné contre moi. J'ai mélangé ma vie privée et ma vie professionnelle, je le regrette maintenant. (...) Je suis soit trop proche soit trop éloignée.* » (E7) « *Mes meilleurs amis ne sont pas assez proches. C'est depuis que j'ai eu mes soucis de santé et que mon meilleur amis vit avec mon ex. En plus, ma compagne n'y est pas, elle ne comprend pas que je suis malade, que j'ai besoin d'être égoïste.* » (E2) « *Je suis dépendant de mes parents, je suis un parasite, je suis coincé.* » (E1)

Le récit est spontané, il permet d'amener de nouveaux éléments pour les professionnels dans la prise en charge. Par exemple, l'entretien 5 montre un réseau de grande taille, avec un support social important, ceci ne correspondait pas à la représentation de l'équipe. L'équipe pensait que c'était un patient isolé et avec peu de ressources mobilisables.

« *J'ai eu au contraire d'une personne isolée, au cours de mes études ou pendant mon expérience professionnel beaucoup de contact, (...) je garde et j'ai gardé contact avec pas mal de personne, dont les plus importantes sont dans mon sociogramme.* » (E5)

- Réflexions sur soi/ questionnement :

La réalisation de sa carte réseau suscite des **questionnements** personnels mais aussi sur leur manière de fonctionner dans leur réseau social. « *J'ai beaucoup de personnes âgées (plus âgée que moi) dans mon entourage, pourquoi? Est-ce le lien que j'ai avec mon père ? Je me pose*

des questions.» (E4) « J'ai pris conscience que les liens mis sur cette carte sont des liens ressources basés sur le même critère, liens émotionnels. J'ai besoin d'un lien affectif pour accepter de l'aide.» (E7) « J'ai pris le temps de réfléchir à l'importance et aux rôles des gens qui m'entourent. On ne se pose pas cette question tout seul ou naturellement.» (E8)

Il est aussi souligné par notre échantillon que cela amène une manière différente de se questionner par rapport à la prise en charge habituel de l'hôpital de jour et que c'est un exercice peu habituel. Il est arrivé que certains patients amènent la question de l'après, se questionnant sur ce qui se passera quand il ne seront plus à l'hôpital de jour... Cela suscite une projection vers l'avenir et le devenir. *«Si je suis mal après 17h, j'ai personne qui pourrait m'aider, car les professionnelles travaillent plus à cette heure-ci. (...) Si le quotidien disparaît qui me reste-t-il?» (E3) « Permet de poser des questions différentes lors de notre séjour. » (E7)*

Voir son réseau en image a un **effet miroir**. En effet, ça leur renvoie une image d'eux même. Ils associent cela comme un indicateur de leur état de santé. *« Pour l'instant, il y a beaucoup de gens comme les NA, Hospitalisation, psy, psychiatre. Ils sont fort présents (...) S'il y a moins de personnel médical c'est que je vais mieux. » (E8)* Le fait de voir son réseau en image vient aussi donner un reflet de leur réseau actuel. *« Quand je vais pas bien, je reprends le sociogramme, ça me rappelle que je ne suis pas seule. La maladie isole, il y a un repli sur soi, on s'extrait de la vie et de son réseau social. » (E10)*

3. Prise de conscience

Il est arrivé à plusieurs reprises que lorsque le patient élabore en vue de la réalisation du sociogramme, celui-ci comprenne qu'il était en fait **acteur** de son réseau. C'est-à-dire qu'ils peuvent par eux-mêmes faire appel à leur réseau, avoir davantage de contrôle sur celui-ci, et construire leur réseau «idéal». Ils sont donc acteur dans la création de leur réseau.

« Je réalise que je suis actrice dans le fait d'avoir un réseau.» (E4) « J'ai pris conscience que je peux faire le point, avoir un contrôle et 'm'update' sur comment mon réseau a évolué. » (E5) « Je suis actrice de ce qu'il s'y passe. C'est à moi de recontacter les personnes, parce que quand je ne vais pas bien, je m'isole. » (E10)

De plus, ils prennent conscience et mettent en avant des **besoins** spécifiques. En effet, ils se rendent compte de certains besoins qu'ils ont. Il est souvent mentionné l'envie de modifier un aspect spécifique dans leur réseau en fonction de ce dont ils ont besoin au moment de la passation du sociogramme. *« J'ai besoin d'un contexte journalier pour avoir des amis (travail, sport....) (...) Il me manque un travail. (E9) En voyant mon réseau je souhaite plus de relation sociale. » (E8) « Les soignants sont très proche de moi (cercle), j'ai des contacts réguliers et je me rend compte que j'en ai besoin. » (E3) « Pour faire changer les paliers, c'est-à-dire rapprocher les personnes de moi. » (E2)*

4. Vers l'autonomie

Une fois les sociogrammes passés, nombreux sont les patients qui demandent que l'évolution de leur réseau soit **suivie**, ils exposent la possibilité de refaire le sociogramme à un autre moment de leur vie. Beaucoup évoquent le souhait de faire un sociogramme au début et à la fin de leur séjour. Ceci dans un but de comparer et de voir l'évolution entre le début de la prise en charge et la fin de celle-ci.

« Je referai plus de suivi en référence après pour comprendre la place de ces personnes dans ma vie, explorer mes liens avec eux.» (E7)

La carte réseau permet de mettre en avant les relations existantes autour du patient, cela leur permet de voir s'ils sont entourés de plus de soignants que d'amis ou de membres de la famille. Lorsqu'ils observent leur sociogramme, beaucoup souhaitent diminuer la sphère professionnelle pour augmenter la sphère privée. Ils disent qu'une fois que cette dernière aura pris le dessus, ils seront en route vers plus d'autonomie. Un autre aspect que les patients veulent moduler est la proximité des membres. Ils souhaitent rapprocher ou éloigner des personnes les entourant.

