

Centre de Référence en Santé Mentale, CRéSaM asbl

# **La fonction sociale en Service de santé mentale Synthèse 2014**

**Groupe de travail  
« Fonction sociale en SSM »**



# La fonction sociale en Service de santé mentale Synthèse 2014

## Groupe de travail « Fonction sociale en SSM »

Travail réalisé à l'initiative de l'Association carolo des SSM,  
par les assistants sociaux des Services de santé mentale de la Plate-Forme de Concertation en Santé  
Mentale des Régions du Centre et de Charleroi,  
sous la coordination du CRéSaM.

Avec la participation de

**Laurie Bodart** - SSM "Le Pichotin" à Lobbes  
**Dominique Dams** - SSM Provincial de Charleroi  
**Chantal Deltour** - SSM "Centre de guidance de Charleroi"  
**Chloé Delmotte** - SSM "La Pioche" à Marchienne-au-Pont  
**Lydvine Di Pietrantonio** - SSM "Ariane" à Morlanwelz  
**Marie-Christine Drion** - SSM "Tramétis" à Charleroi (asbl RMPAC)  
**Francis Garsoux** - SSM "Accueil psychosocial de Châtelet" (asbl RMPAC)  
**Marie Lambert** - CRéSaM  
**Mercedes Maceas** - SSM "Centre de guidance de Charleroi"  
**Michèle Neffe** - SSM "Centre de guidance psychologique de Courcelles"  
**Antonella Sanfilippo** - SSM de Soignies et SSM "Tramétis" à Charleroi (asbl RMPAC)  
**Vanessa Tomassetti** - SSM "Le Dièse" à Mignault  
**Catherine Van Belleghem** - SSM du CPAS de Charleroi - Service de Gosselies  
**Alexis Vanderlinden** - CRéSaM  
**Vanessa Van Duyse** - SSM "Psy Chic" à La Louvière

## Table des matières

<b>1. Introduction.....</b>	<b>5</b>
Le groupe de travail et la méthodologie .....	5
Le travail d'élaboration de la synthèse .....	5
<b>2. Préambule : parler de son travail.....</b>	<b>5</b>
<b>3. Contextualisation : le champ d'intervention .....</b>	<b>7</b>
<b>3.1. L'histoire et les enjeux du social.....</b>	<b>7</b>
De l'aide mutuelle au service social .....	7
L'invention du social.....	7
Des crises et l'évolution du social.....	8
La dimension militante et politique .....	8
Le contrôle social et la confirmation des rapports sociaux établis .....	9
<b>3.2. L'histoire et les enjeux de la santé mentale .....</b>	<b>9</b>
De l'asile à l'hôpital psychiatrique et au SSM.....	9
Vers les réseaux et circuits de soins .....	10
Quantitatif versus qualitatif .....	11
Sémantique .....	11
<b>3.3. L'assistant social en SSM.....</b>	<b>12</b>
L'AS.....	12
Au sein du SSM .....	13
<b>4. Particularités du travail d'AS au sein des SSM.....</b>	<b>13</b>
<b>4.1. La demande.....</b>	<b>13</b>
Origine .....	13
Analyse .....	14
En réponse à la demande, un service adapté à la situation .....	14
Et un intervenant adapté à la situation .....	15
<b>4.2. L'approche globale ancrée sur la réalité sociale de l'individu et son inscription environnementale .....</b>	<b>15</b>
<b>4.3. Le travail relationnel.....</b>	<b>16</b>
<b>4.4. La temporalité .....</b>	<b>17</b>
La société, tout en rapidité.....	17
Au rythme de chacun .....	18
Une certaine souplesse : la disponibilité et le travail à domicile .....	18
L'urgence .....	19
Le temps des services.....	19
<b>4.5. Les pratiques de réseau .....</b>	<b>20</b>
Connaissance clarifiée du réseau .....	20
Positionnement envers le réseau.....	21
Le réseau contraignant.....	21

Sensibilisation des professionnels d'autres secteurs .....	22
<b>4.6. La précarité .....</b>	<b>22</b>
Diversité de publics et de précarités .....	22
Précarité sociale et souffrance sociale .....	23
La clinique du social.....	23
<b>4.7. L'offre sociale à dimension thérapeutique .....</b>	<b>24</b>
Les limites du travail social .....	24
L'AS thérapeutique .....	24
Travail social et psychothérapeutique .....	25
Les formations .....	25
<b>4.8. Le travail en équipe pluridisciplinaire .....</b>	<b>26</b>
<b>5. Interdépendances entre l'AS et les autres membres de l'équipe du SSM.....</b>	<b>26</b>
L'objectif thérapeutique .....	26
Différenciation, articulation et recouvrement .....	26
Œuvrer en collaboration .....	27
Le soutien par le social .....	28
Le soutien du social .....	28
Binôme et co-intervention .....	28
<b>6. Limites et dérapages .....</b>	<b>29</b>
Le sur-portage .....	29
Travail isolé en équipe pluridisciplinaire .....	29
<b>7. Conclusions.....</b>	<b>30</b>
La logique des compétences, un contexte à personnaliser.....	30
L'effet thérapeutique, une spécificité à défendre.....	31
L'accompagnement du citoyen-sujet, un espoir à maintenir .....	31
L'AS au cœur de l'action en santé mentale, une multiplicité d'approches à préserver .....	32
<b>8. Annexes : présentation de 5 situations .....</b>	<b>32</b>
<b>8.1. Situation de madame J.....</b>	<b>32</b>
<b>8.2. Situation de D.....</b>	<b>34</b>
<b>8.3. Situation de madame H. ....</b>	<b>34</b>
<b>8.4. Situation de monsieur E. ....</b>	<b>36</b>
<b>8.5. Situation de L. ....</b>	<b>36</b>

## **1. Introduction**

Ce projet est mis en chantier à la demande de l'Association carolo des SSM, sur base d'un canevas de travail réalisé par le CRéSaM avec le groupe des travailleurs sociaux de Plate-Forme de Concertation en Santé Mentale des Régions du Centre et de Charleroi.

### **Le groupe de travail et la méthodologie**

Le groupe de travail a pour objectif d'identifier le travail de l'assistant social au sein des SSM. Plus concrètement, il vise à rendre compte des pratiques de travail social en SSM et de la manière dont ces pratiques s'inscrivent dans le travail des équipes et dans les orientations du décret du 3 avril 2009. Il s'agit bien d'aborder le caractère pluriel de la fonction sociale en SSM.

Le groupe de travail, composé de 13 AS provenant de SSM des régions de Charleroi et du Centre, s'est réuni bimensuellement durant 2h les 22 mars 2012, 31 mai 2012, 13 septembre 2012, 15 novembre 2012, 17 janvier 2013 et 14 mars 2013. Lors de chacune de ces rencontres, le travail s'est appuyé sur les récits de deux situations cliniques, significatives du travail d'AS en SSM, préparées et présentées par les travailleurs sociaux présents.

S'en sont suivis des échanges et analyses avec l'ensemble du groupe. Le CRéSaM a animé ces réunions et en a réalisé les comptes rendus, validés ensuite par l'ensemble des personnes présentes. Afin de garantir la continuité dans les échanges, l'élaboration d'un travail de réflexion et de respecter ceux qui s'exposent en présentant les situations, chaque AS s'est engagé à participer régulièrement aux séances de travail. Pour ces raisons aussi, le groupe est demeuré fermé durant l'ensemble du processus.

### **Le travail d'élaboration de la synthèse**

La présente synthèse a pour objectif de rendre compte du travail réalisé au sein du groupe. Au départ des différents thèmes abordés lors des réunions du GT, la synthèse vise à dégager les points communs, les caractéristiques, les spécificités et à analyser les enjeux du travail de l'AS en SSM en s'appuyant sur des sources théoriques pour étayer les propos.

Le présent document entend témoigner de la diversité et de la richesse du travail social en SSM ainsi que de la façon dont il s'inscrit dans la visée thérapeutique du SSM. Ce projet dévoilant le travail de l'AS demande cependant une certaine vigilance car le propos n'est évidemment pas de tendre vers la définition d'une norme, mais de donner une vue d'ensemble de la façon dont le décret se traduit dans le quotidien de l'AS de SSM.

## **2. Préambule : parler de son travail**

Exprimer par écrit ou oralement le travail effectué par les assistants sociaux est un projet bien délicat. L'intervention sociale, c'est souvent bien plus que tout ce que l'on pourrait tenter de mettre en mots ou en phrases et il semble moins aisé de parler du travail réalisé au quotidien que de parler de projets spécifiques, originaux, différents.

Comment rendre compte de ce quotidien ? Comment parler de son travail ? Comment faire part des « *micro-traces d'hospitalité* », dont parle David Puaud<sup>1</sup>, *développées par tous les entrainants dans leurs actions* qui sont, continue-t-il, *souvent qualifiées de presque rien au quotidien. Et pourtant, les entrainants en font un véritable « art de l'ordinaire »*. *L'art est entendu comme une activité humaine qui tend à un partage du sensible ; il s'adresse directement au sens, à la perception singulière, aux émotions, à l'intellect des personnes prises en compte. (...) Il est composé d'une matière ordinaire liée au travail quotidien, à des activités conformes à l'ordre normal, habituel des choses ; sans condition particulière (le petit Robert 2012). C'est-à-dire qu'il n'est pas formalisé, caractérisé voire défini. Cet « art de l'ordinaire » reste donc difficile à circonscrire, quantifier et donc au final, à évaluer.*

Le travail commence déjà dans la salle d'attente, en montant l'escalier, en s'adaptant au rythme de chacun, en rebondissant par des petits mots, des petites choses sur ce que l'on observe et perçoit, ou simplement sur ce que l'on vit et ressent,... Il n'est pas évident de partager cette subtilité du travail. Que faisons-nous exactement ? Comment les liens se créent-ils ? Comment s'effectuent les rencontres ? Où s'assied-on à domicile ? Que dit-on ? Et à qui ? Et pourquoi ? ... Il est complexe de mettre en mots la relation, les petites choses, le non verbal, les attitudes, le travail de tissage du lien, etc.

De plus, si ce travail quotidien basé sur la relation très subtile et progressive se met en place de façon parfois spontanée, il est aussi enraciné sur les diverses théories, les réflexions en équipe et donc sur des dispositifs pensés et préétablis. P. Casement<sup>2</sup> propose en ce sens de larges réflexions sur *la conscience de l'autre et des mécanismes transférentiels* et nous éclaire sur *ce qui se passe dans la dynamique de cette interaction intime de la relation thérapeutique. Faire une mise au point plus fine de sa propre technique en fonction des besoins changeants du patient individuel ; apprendre à apprendre quelque chose du patient ; adopter une attitude pour l'écoute qui inclut une prise en compte de la perception qu'a le patient de la réalité du thérapeute, ainsi que certaines réactions à cette réalité ; tenir compte de l'effet exercé sur le patient chaque fois qu'il dit quelque chose ou continue à ne rien dire ; être conscient du contre-transfert ou du fait que le thérapeute est affecté par l'impact du patient sur lui, pouvoir être réceptifs à la communication inconsciente du patient ; reconnaître les résonances inconscientes, etc.* sont autant de techniques ou de notions qu'il propose. La méthodologie du travail social fait en effet partie de la formation et, comme l'explique B. Hengchen<sup>3</sup>, tente de mettre à la disposition de l'AS des concepts, c'est-à-dire des outils théoriques qui vont d'abord permettre de construire une réalité qui ensuite peut avoir des dimensions opératoires.

Et, à cette complexité d'exprimer ce qui se déroule au sein de la relation d'aide, viennent s'ajouter les questions d'éthique et de secret professionnel qui peuvent à leur tour venir faire frein à la description ou à la narration de certaines situations.

Alors, comment rendre visible le travail des AS et tout ce qu'ils réalisent ? Comment faire apparaître le travail réalisé au gré des rencontres privées entre l'AS et l'utilisateur ? Comment raconter la fonction d'AS dans la société actuelle, basée sur l'image et sur le « voir » ? Lorsqu'il est difficile de parler de ce qu'on fait, il est difficile de valoriser le travail, de révéler ses multiples facettes. Là fut pourtant l'enjeu de ce groupe ! Les assistants sociaux sont des professionnels de la relation d'aide. Et pour rendre visible ce qu'ils vivent eux et leurs usagers – et ce qu'ils inventent au quotidien. Il s'agit d'exposer, à travers une juste présentation des faits, la réalité de leur métier<sup>4</sup>. C'est ce que tente de réaliser ce document de synthèse.

---

<sup>1</sup> Puaud D., *Le Travail social ou l' « Art de l'ordinaire »*. Bruxelles, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012, coll. Temps d'Arrêt/Lectures.

<sup>2</sup> Casement P., *A l'écoute du patient*. Paris, PUF, 1988, coll. Voix nouvelles en psychanalyse.

<sup>3</sup> Hengchen B., *Essai sur la méthodologie du travail social*. Gembloux, Travailler le social, 1999.

<sup>4</sup> Sarazin I., *Les Travailleurs sociaux face aux médias : techniciens ou citoyens ?* In : Actualités sociales hebdomadaires, n° 2784, 2012.

### **3. Contextualisation : le champ d'intervention**

Le travail de l'AS tel qu'il est envisagé au sein de la synthèse, est évidemment interdépendant de son environnement, de son histoire, de la société dans laquelle il est mis en place, des enjeux qui s'y développent, et de sa mise en place au sein d'une structure bien spécifique qu'est le SSM.

Afin de situer cette synthèse et les éclairages apportés sur le travail d'AS en SSM, il semble donc pertinent de commencer par les ancrer dans leur contexte.

#### **3.1. L'histoire et les enjeux du social**

Ce bref historique, dont est inévitablement issue la conjoncture actuelle, se base sur les éléments évoqués par J. Lefin<sup>5</sup>.

##### **De l'aide mutuelle au service social**

L'aide mutuelle semble naître du premier bouleversement de la vie sociale des hommes, avec le passage à la vie sédentaire et à l'agriculture. Ce mouvement provoque le surplus, source de la différenciation des hommes ou des groupes et moyen nécessaire à l'aide mutuelle. Celle-ci est, en ses prémices, destinée aux membres du même groupe, la famille élargie, cellule socio-économique de base.

A cette aide mutuelle va succéder l'effort social dans la société plus élaborée, plus organisée. C'est d'abord la religion, par l'organisation de l'Eglise, qui va s'emparer de cette aide et assurer le rôle essentiel de sa distribution. Elle s'attribue le devoir de s'occuper des faibles. Ce rôle permet néanmoins à cette organisation religieuse d'exercer un énorme pouvoir sur les hommes. La bonté naturelle de l'homme est récupérée, canalisée, organisée.

C'est bien plus tard que l'aide commence à être assurée par des laïcs et des associations. Un espagnol installé dans nos régions, Juan Luis Vives, formule les bases de son existence. Il est considéré comme le précurseur du service social avec son ouvrage « Du subventionne pauperum » publié en 1525. Il amène les municipalités à intervenir en organisant la bienfaisance.

##### **L'invention du social**

Le 17<sup>ème</sup> siècle voit naître un mouvement philanthropique (une critique de la charité préconisant l'amour de l'homme), ainsi que la notion du « contrat social » (introduisant la responsabilité collective). Surgit de cette manière la seconde racine de l'aide sociale que la révolution française et ses objectifs « Justice – égalité – fraternité » tente de traduire en lois et en politique.

Avec Karl Marx et les luttes ouvrières apparaissent les notions de responsabilité de la société et de solidarité d'où naît un mouvement législatif du droit social (destiné à réparer les carences de la société et compenser l'effet de misère). Les premiers syndicats sont créés puis légalisés. La révolution industrielle alors en cours va pourtant continuer longtemps d'obtenir que le social proposé par la société puisse redistribuer juste de quoi mettre les hommes en condition suffisante pour travailler, pour produire.

De ces nécessités politiques et économiques vont se forger, au cours du 19<sup>ème</sup> siècle, les grands courants socialistes et les mouvements ouvriers qui vont progressivement jouer un rôle dans la concrétisation du social. Au cours de ce siècle, évoluent aussi les sciences humaines et sociales, permettant de construire une assistance scientifique, des méthodes et des techniques. Des aides familiales, des visites à domicile, des organisations de charité, etc. voient le jour et se créent alors les premières formations en service social.

---

<sup>5</sup> Lefin J., *L'AS : le titre, la fonction et le rôle*. Bruxelles, ULB, 1986. Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de licencié en travail social.

## Des crises et l'évolution du social

Autour des deux guerres mondiales sont votées de nombreuses législations relatives à différentes catégories de population (lois protectrices de l'enfance, lois instaurant le suffrage universel, lois instaurant le fonds national de crise (système d'assurance), etc.) rendant indispensable un nombre croissant d'assistants sociaux et autres professions sociales. Beaucoup d'écoles de service social voient donc le jour (22 en Belgique entre 1920 et 1950).

Le mouvement de mai 1968, en lutte contre l'inertie, le conservatisme, et les réponses institutionnelles données par la société et accusant les services sociaux de contrôle social ou de récupération ; puis la crise économique amorcée en 1973, justifiant la régression et remettant en cause la notion même du « social » sont deux bouleversements supplémentaires qui viennent influencer les fondements du travail social contemporain.

Enfin, la crise économique et sociale actuelle, dont les incidences sont notamment la diminution généralisée de l'allégresse et des moyens, donne au travail social sa nature contemporaine.

Dans ce contexte, de nombreux enjeux demeurent évidemment autour de la mise en action du social. Il s'avère incontournable d'épingler à minima les deux suivants.

### La dimension militante et politique

Comme l'énonce F. Mispelblom<sup>6</sup>, *les relations AS-client ne sont pas des relations « interpersonnelles ». Ce sont des rapports sociaux, déterminés par les positions économiques, politiques et idéologiques occupées par les uns et les autres. Ainsi, constamment et que l'AS le veuille ou non, l'économique, le politique, et l'idéologique se trouvent là, tous les trois, dans la petite permanence de l'AS, où il n'y a pas deux personnes isolées, mais un petit bout de la société toute entière.* Les représentations que l'AS incarne d'un état redistributeur, d'une idée égalitariste du social, d'un certain militantisme, d'un attachement particulier à des valeurs démocratiques et d'un regard particulier sur les malaises sociétaux sont donc des éléments incontournables à la bonne compréhension de son travail.

D. Vrancken<sup>7</sup> affirme que la société tend à ce que les problèmes soient souvent lus et traités sur un mode privé, en tant que problèmes particuliers et individuels alors qu'ils livrent énormément de choses sur les dynamiques de nos sociétés et sur nos formes de souffrance sociale à travers lesquelles les individus s'expriment. En ce sens, C. Burquel<sup>8</sup> prévient que *la tendance à réduire les problèmes à des difficultés affectives individuelles ou éventuellement familiales, à considérer le sujet pris isolément et non dans ses rapports sociaux peut avoir des conséquences de non-changement et de renforcement des rapports sociaux établis.* Et il pointe la question de la coupure et de la jointure entre deux problématiques de changement : *le changement individuel et le changement social. Deux registres qui sont régis par des logiques différentes et spécifiques. Comment saisir alors, en théorie et en pratique, le lien subtil et fuyant qui unit la libération de la psyché et l'action politique sur les structures de l'ordre social ?*

V. De Gaulejac<sup>9</sup> développe en ce sens que *le problème aujourd'hui n'est pas celui de l'insertion sociale mais de la production de la désinsertion sociale. Nous sommes dans une société qui désinsère. On traite souvent de la désinsertion en termes économiques. Il ne faut pas le négliger mais d'autres dimensions sont à prendre en considération comme la dimension sociale, c'est-à-dire le sentiment de ne plus avoir de lien avec les autres et la dimension symbolique c'est-à-dire le sentiment qu'on est*

---

<sup>6</sup> Mispelblom F., *Pistes pour pratiques silencieuses : ébauche d'une méthodologie d'analyse-intervention sociohistorique en travail social individuel.* In : Contradiction, n° 29, 1981.

<sup>7</sup> Vrancken D., *La Santé mentale, champ pertinent de l'action sociale.* In : Confluences, n° 5, 2005.

<sup>8</sup> Burquel Ch., *La Psychiatisation du social, ses dangers et ses enjeux cliniques.* Colloque « Pauvreté et Santé mentale », 1989.

<sup>9</sup> de Gaulejac V., *La Lutte des places.* Conférence du Centre de Ressource Educative pour l'Action sociale (CREAS). In : Les publications du CREAS, 1995.

*renvoyé à une identité négative, qu'on n'a pas d'utilité sociale. L'économie doit être un moyen de progrès social. Or, elle est devenue une finalité en soi alors que la finalité est que l'on puisse produire une société où chacun puisse avoir une place, quels que soient sa condition, son niveau de revenus ou la couleur de sa peau et que chacun dans cette place-là, puisse accéder à la dignité, c'est-à-dire qu'il ne soit pas stigmatisé par une identité négative ; et à la citoyenneté, c'est-à-dire qu'il puisse participer effectivement à la production de la société.*

Ainsi, comme l'explique de manière optimiste A. Guichaoua<sup>10</sup>, *au lieu de continuer, comme par le passé, à concevoir le développement en termes de croissance et de progrès technologique, tant bien que mal accompagnés de mesures sociales et culturelles, on découvre aujourd'hui qu'il est d'abord un travail des sociétés sur elles-mêmes. Elles ont à assurer, dans un environnement mondial défavorable, les fonctions politiques, économiques et socioculturelles qui leur reviennent dans la conception de leur avenir. (...) Le social n'est donc plus l'envers, plus ou moins traumatisé d'une croissance et d'une modernisation imposée. Il est au contraire le mouvement de réaction, de réinvention et de réactualisation à travers lequel la personnalité et l'identité des sociétés et groupes sociaux s'affirment face à ces modèles.*

### **Le contrôle social et la confirmation des rapports sociaux établis**

Dans de nombreux textes P. Bourdieu aborde les AS comme agents de socialisation et la notion importante qu'est l'habitus. Il explique que nous intégrons des façons d'être et d'agir selon la fonction que nous occupons, que nous transposons dans nos relations professionnelles. Ainsi, il existe une certaine hiérarchie implicite entre l'AS (dominant) et l'utilisateur (dominé).

En effet, le travailleur social, comme le décrit F. Mispelblom<sup>11</sup>, *est un travailleur intellectuel, investi de pouvoir et de savoir. Sa pratique porte sur le rapport imaginaire des clients. Dans celle-ci, interviennent les idéologies dont il est lui-même porteur. Idéologies de l'ordre familial ou des rapports de production que l'AS, s'il n'y est pas attentif peut contribuer à reproduire, à inculquer. Il explique que cette idéologie personnalisante, soutenue par des approches psychologiques ne s'occupe donc jamais seulement du « psychique ». La psychologie est elle-même une idéologie sociale, qui intervient sur celles du client. Elle leur apprend à se vivre de nouveau comme « personne autonome », dans l'illusion qui veut que chacun est responsable de son propre destin dans la société.*

Que fait-on lorsqu'on fait du social ? Aide-t-on à devenir des assistés ? Et à confirmer l'idéologie dominante ? C'est là tout un enjeu de l'intervention sociale : soit elle confirme le statut et son interprétation édictée par les classes dominantes et bienpensantes, soit elle peut aboutir à la production d'un autre regard sur la situation *qui peut se transformer en revendication d'autres rapports sociaux.*<sup>12</sup>

### **3.2. L'histoire et les enjeux de la santé mentale**

Il semble utile de témoigner du caractère évolutif du secteur de la santé mentale et de ses pratiques en constante ébullition. Ce bref historique se base sur les éléments retracés par S. Thunus, G. Cerfontaine et F. Schoenaers<sup>13</sup> s'appuyant eux-mêmes sur les écrits de J. De Munck.

#### **De l'asile à l'hôpital psychiatrique et au SSM**

L'asile traduit institutionnellement l'appréhension de la folie qui prévaut au 19<sup>ème</sup> siècle. Celle-ci passe essentiellement par le prisme judiciaire. Le rôle de l'état est alors de protéger la société de

---

<sup>10</sup> Guichaoua A. et Goussault Y., *Sciences sociales et développement*. Paris, Armand Colin, 1993, coll. Cursus.

<sup>11</sup> Mispelblom F., *Pistes pour pratiques silencieuses : ébauche d'une méthodologie d'analyse-intervention « socio-historique » en Travail Social individuel*. In : *Contradiction*, n° 29, 1981.

<sup>12</sup> *Ibidem*.

<sup>13</sup> Thunus S., Cerfontaine G. et Schoenaers F., *Evolution du champ de la santé mentale en Belgique : de l'asile vers les réseaux et circuits de soins*. In : *L'Observatoire* n° 72, 2011-12.

tous les éléments susceptibles de perturber son fonctionnement normal. (Le fou constitue le grain de sable qui vient perturber l'engrenage).

En 1948, la responsabilité des asiles passe du ministère de la justice au ministère de la santé. Ce transfert de compétences marque un tournant dans l'action publique en matière de santé mentale. Le subventionnement des hôpitaux et le remboursement des prestations s'organisent. La diversification des professionnels du champ (neuropsychiatres, psychologues, infirmiers, éducateurs, assistants sociaux, etc.) s'épanouit dans une diversification des types de prise en charge.

Les années 1960 voient naître une critique de la psychiatrie et de nouvelles conceptions de la folie et de la maladie mentale. Les réponses que réservent les pays européens à cette critique sont variables : *L'Europe bouge : l'Angleterre avec l'antipsychiatrie de David Cooper et Ronald Laing, l'Italie avec Franco Basaglia, acteur de la Réforme sanitaire promulguant la fermeture des instituts psychiatriques, la France et l'ouverture du Secteur du 13ème arrondissement de Paris vers la psychiatrie sociale.*<sup>14</sup> En Belgique, les services de santé mentale sont institués en 1975 et représentent un compromis entre deux expressions de la psychiatrie alternative, celle des dispensaires qui se sont développés sous la coupe de la Ligue belge d'Hygiène Mentale créée en 1923, et celle du « référentiel psychologique et subjectivant » porté par la contre-culture des années 1960.

### **Vers les réseaux et circuits de soins**

Le contexte de crise budgétaire surgissant dès 1980 est l'occasion pour l'Etat de s'interroger sur une politique généreuse qui lui a permis de financer le développement parallèle des secteurs résidentiel et ambulatoire. Cette logique économique s'allie au développement d'une autre conception de la santé mentale, ainsi, les projets de réorganisation du champ visent à améliorer la qualité des soins en dépassant les clivages et en organisant des services alternatifs à l'hôpital. Dans cette perspective, sont notamment instituées en 1990 les maisons de soins psychiatriques et les initiatives d'habitations protégées, ainsi que les plateformes de concertation en santé mentale ayant pour mission de favoriser les complémentarités entre les structures de soins d'un même territoire.

*Le mouvement de reconversion auquel nous assistons aujourd'hui peut être perçu comme la résultante d'une série de dynamiques qui, à force, ont pu converger. (...) Le modèle de soins proposé pour l'actuelle réforme, ainsi que la conception de la santé mentale qu'il véhicule, reposent sur des éléments internationaux autant que nationaux, qui sont de natures diverses mais qui se soutiennent mutuellement*<sup>15</sup> (émanant de l'OMS, du CNEH, etc.).

En 2009, la Conférence Interministérielle Santé Publique décide *la mise en application de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux et autres institutions de soins puis s'accorde sur un ensemble de tâches à réaliser pour entamer une réforme que nous connaissons actuellement sous le nom de « psy 107 ». La finalité du projet est « Le maintien des personnes au sein de leur environnement et de leur tissu social par la mise en place de parcours thérapeutiques individualisés »*<sup>16</sup>. *L'opérationnalisation de ces circuits de soins suppose un « réseau de collaboration entre des structures et des ressources qui vont (...) définir un fonctionnement et des objectifs communs »*<sup>17,18</sup>

Les enjeux s'entrechoquant au sein du secteur et de ce modèle encore en évolution sont innombrables. Peuvent être pointés notamment : les enjeux de type démocratique (*interactions entre les usagers, les professionnels et les politiques*), les enjeux liés à la diversité des acteurs (*les*

---

<sup>14</sup> Versporten C., *Du dispensaire d'hygiène mentale aux services de santé mentale... La reconnaissance d'un secteur*. In : Confluences, n° 14, 2006.

<sup>15</sup> Thunus S., Cerfontaine G. et Schoenaers F., *Evolution du champ de la santé mentale en Belgique : de l'asile vers les réseaux et circuits de soins*. In : L'Observatoire n° 72, 2011-12.

<sup>16</sup> *Guide vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation des réseaux et circuits de soins*. Wallonie, 2010 - [www.psy107.be](http://www.psy107.be)

<sup>17</sup> *Ibidem*.

<sup>18</sup> Thunus S., Cerfontaine G. et Schoenaers F., *op.cit.*

professionnels sont invités à interagir au-delà des frontières matérielles de leurs services et des frontières cognitives de leurs spécialités<sup>19</sup>), les enjeux liés à la liberté et la diversité thérapeutique, etc.

Ici encore, il est impossible d'aborder ces multiples enjeux mais il semble essentiel de s'attarder sur deux d'entre eux.

### **Quantitatif versus qualitatif**

Comme le met en évidence G. Cerfontaine<sup>20</sup>, *bien implantés dans certains domaines de la médecine, les modèles standardisés de qualité des soins le sont considérablement moins en santé mentale où leur développement est encore balbutiant.*

*La généralisation de modèles standardisés suppose le partage d'un langage commun. (...) Un prérequis de taille est donc de s'entendre sur l'existence d'une pathologie, son nom et ses dimensions. Or, continue-t-il, les psychanalyses, les thérapies cognitivo-comportementales ou encore humanistes se sont chacune bien implantées mais ne partagent pas les mêmes définitions de ce qu'est un malade, une pathologie, ses causes, et les manières d'y remédier. La définition d'une maladie peut varier considérablement selon les lieux et les époques. (...) En santé mentale, la définition d'une pathologie dépend donc de la culture mais aussi du courant psychothérapeutique. (...) In fine, selon les différents points de vue théoriques, les conceptions différentes de ce que sont l'être humain et son développement normal amèneront à des conclusions différentes sur ce qui est pathologique ou ne l'est pas.*<sup>21</sup> Et donc forcément sur la multiplicité des manières d'y répondre.

Un enjeu important, et d'actualité, est celui confrontant la logique quantitative et l'objectivation des critères qualitatifs à la promotion de la diversité des modes de prises en charge. Il existe un réel risque de déshumanisation si l'on tente de bureaucratiser les interventions, sociales ou autres, pour pouvoir mieux les quantifier ou les contrôler. En effet, conclut G. Cerfontaine, certains peuvent éprouver des difficultés à faire reconnaître la qualité de leurs soins par *l'intermédiaire de modèles quantifiables. Si les mesures standardisées possèdent l'avantage d'offrir une vue d'ensemble et des possibilités d'action globale, elles risquent aussi de rétrécir l'étendue des choix possibles. La qualité des soins de santé mentale est un enjeu, la manière de la définir en est donc un autre.*

### **Sémantique**

Car la santé est encore plus difficile à définir que la maladie, la définition de la notion de santé mentale est, elle aussi, un enjeu important. Cette définition a évolué au fil du temps et n'a sans doute pas fini d'engendrer autour d'elle de nombreuses discussions.

Il est fécond de citer premièrement S. Freud qui, en définissant la santé mentale comme *la capacité d'aimer, de travailler et de jouer* fut probablement, comme l'explique l'Association des facultés de médecine du Canada, *l'un des premiers à passer d'une définition absolue à une définition relative de la santé, en la rapprochant des notions de liberté et de qualité de vie subjective.*<sup>22</sup>

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé mentale est *un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté.*

De son côté, J. Furtos<sup>23</sup> pointe d'une part que *nous avons besoin de laisser de côté une santé absolument bonne et son ambition d'un « bien-être complet », en fait stigmatisante et de l'ordre du*

---

<sup>19</sup> Thunus S., Cerfontaine G. et Schoenaers F., *Evolution du champ de la santé mentale en Belgique : de l'asile vers les réseaux et circuits de soins*. In : L'Observatoire n° 72, 2011-12.

<sup>20</sup> Cerfontaine G., *La Santé mentale à l'épreuve de la qualité*. In : L'Observatoire, n° 72, 2011-12.

<sup>21</sup> *Ibidem*.

<sup>22</sup> *Notions de santé des populations : un cyber manuel sur les concepts de santé publique à l'usage des cliniciens*. Ottawa, Association des facultés de médecine du Canada, s.d. - <http://phprimer.afmc.ca/inner/ContenuGuide>

<sup>23</sup> Furtos J., *Les Effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale*. In : Mental'Idées, n° 11, 2007.

*faux self ; cela suppose d'inclure la capacité de souffrir sans disparaître ; la notion d'un environnement donné et transformable signifie que l'on n'est pas exactement dans le meilleur des mondes, ou, en tout cas, que le meilleur des mondes est toujours la possibilité de le construire ; la destructivité est à différencier de la révolte, c'est-à-dire de la capacité de dire non, qui fait partie d'une bonne santé mentale. Et d'autre part, que le conflit constitutif de notre modernité se situe entre les droits de l'homme et le néolibéralisme non régulé, avec le risque de l'impossibilité de vivre ensemble autrement que branchés sur des flux d'argent et de produits. C'est pourquoi, continue-t-il, il est pertinent et urgent de promouvoir une nouvelle définition de la santé mentale dans la mesure où elle influence des pratiques : « Une santé mentale suffisamment bonne est définie par la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte. Cela revient à insister sur la capacité de vivre avec autrui et de rester en lien avec soi-même, et de pouvoir investir et créer dans cet environnement, y compris des productions atypiques et non normatives ».*

### **3.3. L'assistant social en SSM**

#### **L'AS**

La notion de travail social diffère forcément d'un endroit à l'autre, en fonction de l'institution ou du service au sein duquel il s'exerce, de l'équipe dans laquelle il s'inscrit, de la région dans laquelle il se pratique, du type de population à laquelle il s'adresse, etc.

Il est observé un processus de mutation dans la fonction sociale qui semble la faire passer, dans diverses proportions, de la relation d'aide à la relation administrative. Ainsi, comme le met en évidence D. Vrancken<sup>24</sup>, *avec la multiplication croissante des services et des interventions, on assiste à une véritable fragmentation tant des réponses que des métiers. La profession de travailleur social en tant que métier reconnu, portée par des techniques, des savoirs et des codes normatifs communs est en perpétuel questionnement. Le travailleur social ne se définit plus par ses avoirs acquis et dûment certifiés par un diplôme attestant d'une formation reçue. La quête de définition de son travail ne s'opère donc plus en amont mais bien en aval de la pratique. Les travailleurs doivent désormais apprendre à se débrouiller à travers les dédales juridiques et légaux, la quête de financements, la coordination, la connaissance du champ institutionnel local.*

Mais dans ce contexte en transformation, il semble important que l'AS puisse continuer à être agent de la relation d'aide et de changements sociaux. La définition du ministère de l'Education communautaire citée par B. Hengchen<sup>25</sup> semble aller en ce sens : *L'assistant social est un agent d'action sociale visant à l'organisation et au fonctionnement d'une société propre à faciliter le progrès humain. C'est un agent d'aide personnelle visant à permettre à l'homme de mieux se réaliser par une meilleure utilisation de ses propres ressources et celles de la société, favorisant ainsi l'épanouissement de ses propres potentialités, individuellement ou en groupe, en vue d'une plus grande autonomie et d'une prise en charge responsable. Professionnel de l'aide individuelle et collective, il fait de la relation humaine son outil privilégié. (...), l'assistant social est agent de développement personnel et social. (...) La formation le prépare à participer avec les personnes et les pouvoirs – économique, politique et social – aux luttes qui témoignent des nouvelles sensibilités.*

En ce sens, *le but de l'action sociale n'est plus d'exercer une pression sur l'individu pour le faire rentrer dans des normes préétablies. Il s'agit bien plus de produire du social là où précisément le lien apparaît comme pris à défaut. Produire du social, c'est, dans cette optique, mobiliser l'individu, ses relations, ses ressources, ses aspirations, ses affects, ses désirs pour l'insérer socialement quand la solidarité devient problématique.*<sup>26</sup>

<sup>24</sup> Vrancken D., *La Santé mentale, champ pertinent de l'action sociale*. In : Confluences n° 5, 2005.

<sup>25</sup> Hengchen B., *Essai sur la méthodologie du travail social*. Gembloux, Travailler le social, 1999.

<sup>26</sup> Vrancken D., op.cit.

## **Au sein du SSM**

Comme cela a été abordé ci-dessus, et comme le souligne C. Leclercq<sup>27</sup>, pour raconter les SSM, *Il est intéressant de noter qu'ils ont été créés dans le courant d'un premier mouvement de réforme de la santé mentale visant à la désinstitutionnalisation et à l'humanisation de la psychiatrie. Elle précise aussi que, depuis 1975, date de leur création, les services de santé mentale ont acquis une maturité qui leur vient de la rencontre quotidienne avec le mal-être, la souffrance psychique, la folie et la précarisation psychosociale.*

Cette maturité se concrétise par certaines particularités communes à l'ensemble des SSM mais aussi, parce que, comme le souligne J. De Munck *Chaque diagnostic, chaque pratique, chaque public-cible, mérite son organisation, sa culture, ses professionnels*<sup>28</sup>, par une multiplicité de dispositifs et de spécificités propres à chacun des services.

Leurs caractéristiques communes sont notamment d'être définis, en Wallonie, par le Décret du 3 avril 2009 relatif aux services de santé mentale et aux centres de référence en santé mentale, de travailler en équipes pluridisciplinaires, de s'inscrire dans un réseau et de travailler en collaboration avec divers partenaires ; de se destiner aux usagers dans le cadre de leurs souffrances psychiques et environnementales. Au sein des SSM, cette population est on ne peut plus hétérogène : à côté des personnes qui présentent des problématiques psychiatriques, se rencontrent celles en souffrance affective, relationnelle, existentielle, etc.

En fonction de leur situation géographique, de leur historique, de leur taille, de leur réseau, de leur pouvoir organisateur et d'une série d'autres facteurs, chacun des SSM s'est développé d'une manière particulière. Le fonctionnement pratique, les rôles de chacun au sein de l'équipe, les références théoriques, l'organisation de la réponse à la demande s'assemblent et se mettent en œuvre, dotés de multiples nuances.

C'est donc en tentant de respecter celles-ci que sont développées ci-dessous, les spécificités et les diverses facettes de la fonction sociale en SSM.

### **4. Particularités du travail d'AS au sein des SSM**

Le travail en SSM étant un travail d'équipe, il est à noter que les points évoqués ci-après ne sont pas exclusivement propres à l'AS. La tentative est de dégager les particularités de la fonction sociale et ses spécificités mais il va de soi qu'elles sont indissociables des particularités propres aux SSM et donc aussi aux autres fonctions y travaillant.

#### **4.1. La demande**

Lorsqu'une demande arrive au SSM, dès sa réception ou sa présentation, dès la réflexion autour de la possibilité de démarrer un travail en réponse à la demande, se pose d'emblée la question de la prise en charge et donc de la place éventuelle d'un AS.

L'appréhension du travail de l'AS passe donc par une meilleure compréhension de ce processus initial et de ses conséquences sur l'intervention à effectuer, ou non, par l'AS et par l'équipe.

#### **Origine**

La demande qui parvient au SSM peut être d'origines multiples : personnes en souffrance, familles, collègues, autres professionnels tels les médecins traitants, les hôpitaux et les multiples autres

---

<sup>27</sup> Leclercq C., *Les Services de santé mentale : spécificité, articulation & questionnements avec la réforme*. In : L'Observatoire, n° 72, 2011-12.

<sup>28</sup> De Munck J., Delgoffe D., Donnay J.-Y. et coll., *Santé mentale et Citoyenneté : les mutations d'un champ de l'action publique*. Gent, Academia Press, 2003.

services. La demande peut aussi être déposée, ou perçue dans le cadre d'un suivi déjà en cours au sein du SSM même et donc être amenée par un membre de l'équipe.

Lorsque la demande est externe au service, les raisons de sa prise en charge par l'AS sont elles aussi diverses : elle est nominative ; c'est l'AS qui la réceptionne (lors d'une permanence) ; c'est une décision prise en réunion d'équipe, etc.

### **Analyse**

La demande fait l'objet d'une analyse. Au cours de cette étape, la fonction d'AS prend, en fonction des services, des rôles différents.

Cette analyse et la réflexion en équipe sur la meilleure orientation à donner sont souvent réalisées suite au premier entretien, même si elles peuvent exiger 3, 4, 5 entretiens ou plus, avec toute la technicité que requièrent ces premiers entretiens, qui vont souvent au-delà d'une anamnèse sociale.

Ce(s) premier(s) entretien(s) est (sont) réalisé(s) en fonction des SSM soit par un membre de l'équipe fixe pour chaque première demande, soit par un membre de l'équipe déterminé en fonction de la situation évoquée.

Dans le premier cas de figure, le membre fixe de l'équipe qui effectue ces premiers entretiens est, dans la plupart des SSM, l'AS. Il recueille alors les éléments nécessaires à l'analyse de la demande (origine de la demande, objet de la demande, etc.) et tente de situer la personne dans son environnement familial et sociétal. Il transmet ensuite les informations à l'équipe pour continuer l'analyse de la situation. Ce mode de fonctionnement, où un assistant social est aligné systématiquement sans être nécessairement celui qui va continuer le suivi, apparaît aux yeux de certains comme une perte au niveau de la relation transférentielle. Le fait que la personne doive éventuellement se déposer à deux endroits, ainsi que le passage d'un premier intervenant vers un autre ne sont pas toujours simples pour le consultant. Ce mode de fonctionnement passant par l'AS prend cependant tout son sens lorsque la demande initiale doit être éclaircie.

Dans le second cas de figure, les facteurs qui déterminent si ce premier entretien est réalisé par un AS ou un psy sont alors, notamment, la nature de la demande (connue à ce moment de manière plutôt superficielle, souvent suite à sa réception par téléphone), les disponibilités horaires, la complexité de la situation,...

Se pose donc d'emblée la question du temps nécessaire pour analyser la demande, et pour définir le cadre, avant de s'engager dans un travail quel qu'il soit. Faut-il prendre un temps conséquent afin de bien cerner la situation avant sa prise en charge complète, ou au contraire, ne pas trop en savoir afin que les choses émergent durant les premières rencontres ? Il semble que les consultants peuvent accepter les propositions de l'équipe, comme par exemple les passages nécessaires vers d'autres intervenants, dès lors que le cadre est nommé. Il n'est, de toute manière, pas toujours possible d'anticiper les choses : parfois les difficultés apparaissent en cours de route, s'amplifient ou s'atténuent. L'ampleur d'une situation n'est pas nécessairement perceptible lorsqu'elle arrive au SSM.

### **En réponse à la demande, un service adapté à la situation**

Comme le définit le Code wallon<sup>29</sup>, les SSM ont pour missions premières « *l'accueil de la demande relative aux difficultés psychiques ou psychologiques* » et « *l'organisation d'une réponse, selon les ressources disponibles et les particularités de la demande, (...)* ».

Plusieurs facteurs abordés plus en avant, peuvent faire du SSM le service adéquat pour intervenir dans une situation. Cela n'est évidemment pas toujours le cas et, lorsque le SSM estime ne pas avoir les compétences nécessaires pour réaliser le travail, des réorientations vers d'autres services sont

---

<sup>29</sup> Art. 539 et suiv. du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé du 29 septembre 2011, M.B., 21 décembre 2011, p. 79394.

alors envisagées. Lorsqu'elles concernent davantage une problématique sociale, ces orientations se font généralement vers des services sociaux plus spécifiques comme ceux de CPAS, de mutuelles, de services de médiation de dettes, de PMS, etc. Ces différents services connaissent de nombreux « filons » administratifs et sont souvent plus compétents en matière de démarches administratives ou de législations sociales. Ils sont aussi mieux placés pour octroyer une aide financière, l'aide médicale urgente ou pour gérer le surendettement. Certaines démarches s'avèrent parfois plus efficaces si c'est un service compétent en la matière qui met les choses en place.

Lorsque le SSM n'est pas le service qui peut répondre à la demande de la personne, Il semble intéressant de lui laisser la porte ouverte : « *n'hésitez pas à me rappeler* », « *on peut se revoir, pour faire le point ou envisager d'autres solutions* », ...

#### **Et un intervenant adapté à la situation**

En fonction des hypothèses, élaborées par l'intervenant qui a reçu la communication téléphonique ou participé au premier entretien, et de celles qui s'élaborent ensemble durant la réunion d'équipe, les demandes vont plutôt être prises en charge par telle ou telle personne de l'équipe, selon les fonctions de chacun mais aussi selon ce que chacun a développé comme formation particulière ou comme spécificité (observation à l'école, travail avec des familles,...).

Les critères permettant de déterminer qui dans l'équipe prendra en charge une situation sont variés : cela peut dépendre des disponibilités, mais surtout de la problématique soulevée, des personnalités et des compétences des intervenants, de la nécessité ou non d'un travail en co-intervention... Cette posture éthique est intéressante : la volonté de comprendre la situation est centrale, et se fait à travers une élaboration collégiale, en équipe.

La prise en charge des situations par l'AS ou par un autre professionnel de l'équipe peut donc se baser sur un questionnement conséquent : comment articuler les rôles de chacun dès le départ ? Va-t-on s'engager dans un travail à visée thérapeutique avec l'AS ou oriente-t-on vers le psy de l'équipe pour cet aspect afin de préserver la fonction d'AS ? Anticipe-t-on avant de s'engager dans un processus thérapeutique que, peut-être, à un moment donné, des démarches vers l'extérieur, des démarches sociales vont devoir être effectuées ? Mais il est juste de signaler que le contexte empêche parfois de se donner le temps de penser suffisamment l'intervention avant son démarrage.

Par ailleurs, il n'est pas nécessairement pertinent de distinguer une porte d'entrée sociale ou psy, ou autre. Aux yeux de certains, un SSM ne reçoit pas de demande sociale pure, même si la porte d'entrée est celle-là. Le rôle joué par l'AS est donc variable : certains AS ne reçoivent pas en première ligne et interviennent pour soutenir une autre fonction dans son suivi ; au contraire, au sein d'autres SSM, comme expliqué ci-dessus, les AS font ce travail de première ligne par exemple en réalisant les premiers entretiens. Parfois aussi, l'AS prend très rapidement en charge une situation (par exemple, lorsque la secrétaire n'est pas là, lorsque la demande arrive durant les permanences assurées par l'AS...).

#### **4.2.L'approche globale ancrée sur la réalité sociale de l'individu et son inscription environnementale**

En SSM, le patient est abordé davantage dans sa globalité et dans son contexte environnemental. Dans d'autres services sociaux, la demande est souvent plus ciblée sur un problème, sans nécessairement tenir compte du contexte (famille, pression des autres services, etc.)

Le côté généraliste du SSM prend ici tout son sens : le PMS a un rôle précis par rapport à l'école, il ne peut pas s'intéresser aux plus petits ; l'ONE est là pour les petits et ne peut pas s'intéresser aux plus grands ; le CPAS ne peut intervenir que quand il y a une aide sociale, etc. L'AS généraliste peut effectuer des démarches que d'autres services ne feront peut-être pas parce qu'elles ne correspondent pas à leurs missions. A ce titre, il arrive d'ailleurs à l'AS d'interpeller les autres services

sociaux afin d'attirer l'attention sur cette globalité de la personne suivie et de lui permettre d'être considérée avec ses difficultés vécues.

En lien avec cette approche globale que peut offrir le SSM, plus particulièrement *le travail social intervient au point de rencontre entre les personnes et leur environnement*<sup>30</sup>. En effet, un élément commun aux AS, est que leur travail est ancré dans la réalité des personnes. Ils partent de ce que vivent concrètement les gens, dans l'ici et maintenant (dimension d'autant plus présente lorsque les rencontres s'effectuent au domicile).

Ainsi, citons à nouveau N. Gérard et N. Mahieu, *il est garant du principe de réalité à travers l'éclairage social qu'il apporte pour appréhender et comprendre le vécu et la demande des usagers. Il est là pour rappeler qu'un sujet en souffrance est aussi un être social qui s'inscrit dans un réseau socio-familial plus ou moins développé, qui a un niveau de vie plus ou moins satisfaisant, qui est détenteur ou non d'un emploi,...*<sup>31</sup>. Et P. Bivort complète en notant que *de cette place, il aidera ses collègues à contextualiser les interactions qui animent les différents systèmes en présence. Nous pouvons alors dire que l'intervention sociale possède cette spécificité de s'attacher aux relations qu'entretient le sujet avec son environnement social et qu'elle est appelée à en mobiliser les ressources.*<sup>32</sup>

#### **4.3. Le travail relationnel**

De nombreuses situations paraissent éclatées, morcelées. Ce travail qui consiste à rassembler, à tisser autour de la personne pour en avoir une vision globale, la situer dans sa famille, dans son contexte environnemental, mettre à jour les difficultés sociales rencontrées, etc. est un préalable nécessaire. De manière générale, au sein du SSM, l'AS a la possibilité d'effectuer ce travail de construction, de tissage du lien. C'est par la suite, grâce à ce lien, à ce fil psychique édifié que quelque chose se passe. En cela, l'épithète « social » prend toute sa dimension multiple, culturelle, historique, contextuelle, environnementale : apprendre à connaître la personne, se familiariser avec son univers, etc.

J. Rouzel<sup>33</sup> explique en ce sens que *toute action sociale relève d'une rencontre entre humains. Cette rencontre, balisée par les impératifs des politiques sociales, l'accomplissement d'une mission confiée à un établissement, n'en relève pas moins d'une relation engagée avec les usagers, au-delà du service rendu et des prestations sociales exigibles. Il semblerait qu'on n'ait plus à prendre en compte dans ces métiers de la relation qui composent le travail social, cette dimension relationnelle, faite avant tout de paroles échangées. Dimension clinique s'il en est.*

L'AS est à même de travailler le relationnel, cela fait partie de sa formation de base : il est formé à la relation d'aide, c'est le premier point de la définition de l'AS, le volet administratif n'y figurant qu'après le volet relationnel. Avec cet outil-là, il lui est possible d'aller à la rencontre des besoins de l'utilisateur.

Il est donc important d'établir une relation de confiance, d'humaniser les contacts face à une personne. Au sein de cette relation petit à petit établie, comme le souligne Didier Vrancken<sup>34</sup>, *Il s'agit alors souvent d'aider la personne à produire du récit pour tenter de rapiécer les éléments épars d'un parcours de vie qui apparaît souvent complexe, éclaté, voire même évanescents aux yeux de l'intervenant souvent confronté à la trame continue de récits de désaffiliation, de perte de liens, de repères et de sens. Bénéficier d'un lieu de parole semble souvent être la première nécessité des*

---

<sup>30</sup> *Le Rôle du service social dans le champ de la santé mentale.* Texte en ligne - <http://www.casw-acts.ca/fr/le-r%C3%B4le-du-service-social-dans-le-champ-de-la-sant%C3%A9-mentale>

<sup>31</sup> Mahieu N. et Gérard N., *Comment en dire assez sans en dire trop !* In : Confluences, n° 5, 2005.

<sup>32</sup> Meynckens-Fourez M., Vander Borghet Ch. et Kinoo Ph. (sous la dir.), *Éduquer et soigner en équipe : manuel de pratiques institutionnelles.* Bruxelles, De Boeck, 2011.

<sup>33</sup> Rouzel J., *Sauvons la clinique.* Texte paru dans une version modifiée dans les ASH du 27 juin 2008 - [www.psychasoc.com](http://www.psychasoc.com)

<sup>34</sup> Vrancken D., *La Santé mentale, champ pertinent de l'action sociale.* In : Confluences, n° 5, 2005.

usagers. Ce temps d'écoute et d'élaboration permet aussi de travailler avec la demande ou la « non demande » des gens, sans qu'il ne soit nécessaire de faire appel à un psychologue ou un psychiatre. Ces outils constituent un préalable indispensable à une réponse aux besoins de la personne.

Ainsi, comme l'écrivaient N. Gérard et N. Mahieu<sup>35</sup> dans le dossier que la revue Confluences consacrait au travail social en santé mentale, *à la différence de ses collègues « psy », ce que l'utilisateur dépose comme parole ici et maintenant n'est pas objet des interventions de l'AS mais son support. Il ne s'agit pas de « mettre au travail » une parole et ce qu'elle révèle mais plutôt de l'entendre et de la prendre en compte comme une ressource indispensable, fil conducteur du projet de l'utilisateur.* Ici, le projet de l'utilisateur ne doit pas être entendu comme étant forcément un projet pratique, concret ou administratif, mais peut aussi signifier un projet de mieux vivre, de mieux se sentir, part subjective de l'individu aussi abordée par l'AS, comme il le sera développé plus loin au sein de cette synthèse.

La relation est non seulement primordiale en amont, pour rendre le travail possible, mais elle l'est aussi en aval, pour l'organisation des réponses. A ce niveau aussi, *la pratique du service social met particulièrement l'accent sur les réseaux de relations entre les individus, leurs ressources en soutien naturel, les structures formelles dans leur collectivité et les normes et attentes sociétales qui façonnent les relations. Cette démarche axée sur la relation est un des traits caractéristiques de la profession*<sup>36</sup>. Bref, *l'essentiel du travail social reposera sur la relation, moteur d'une perspective d'intervention possible, d'un changement potentiel pour ceux qu'il rencontre.*<sup>37</sup>

Et comme en témoigne D. Puaud<sup>38</sup>, *les conditions d'une relation de travail social s'inscrivent dans une position asymétrique garante de la capacité de prendre en compte l'autre. L'asymétrie de la relation d'aide garantit l'intérêt porté à la personne et la gestion des émotions en présence. Un cadre de travail rigoureux et non rigide, guidé par l'attention portée à l'autre, par la prise en compte de ses intérêts, permet la permanence de la relation qui favorise l'individuation et l'autonomisation.*

#### **4.4. La temporalité**

*La façon dont nous vivons le temps et dont nous le percevons est bien différente selon les sujets, selon les lieux, selon les circonstances.*<sup>39</sup> Un travail sur la temporalité, les aléas, les incertitudes, la complexité et l'impossible est donc tout à fait fondamental. Les individualités de l'utilisateur et du professionnel, le SSM, le réseau, le socio-économique représentent autant de temporalités qui s'entrechoquent et viennent titiller les facultés d'adaptation des AS.

#### **La société, tout en rapidité**

Ainsi que le pointe G. Marchand<sup>40</sup>, *le vécu des travailleurs sociaux traduit des tensions entre leurs missions et les réalités du terrain, et il leur est difficile de concrétiser les principes d'action qui, selon Saül Karsz, doivent définir l'action sociale : le principe de charité ; la prise en charge, basée sur la considération éthique que chacun peut jouir des mêmes droits (au logement, à la scolarité, etc.) ; la prise en compte, qui considère que l'utilisateur doit participer à l'accompagnement qui lui est proposé. Le traitement actuel des situations, qui privilégie l'action ponctuelle et néglige le long terme au profit de l'urgence, semble en décalage avec ces trois principes d'action.*

Et en effet, O. Douville<sup>41</sup> renforce cette vision lorsqu'il explique que *les volontés de réparation immédiate de la personne lésée, de la personne démunie tenue à ce niveau très pauvrement élaboré*

---

<sup>35</sup> Mahieu N. et Gérard N., *Comment en dire assez sans en dire trop !* In : Confluences, n° 5, 2005.

<sup>36</sup> *Le Rôle du service social dans le champ de la santé mentale.* Texte en ligne - <http://www.casw-acts.ca/fr/le-r%C3%B4le-du-service-social-dans-le-champ-de-la-sant%C3%A9-mentale>

<sup>37</sup> Mahieu N. et Gérard N., *op.cit.*

<sup>38</sup> Puaud D., *Le Travail social ou l'« Art de l'ordinaire ».* Bruxelles, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012, coll. Temps d'Arrêt/Lectures.

<sup>39</sup> Ausloos G., *La Compétence des familles : temps, chaos, processus.* Toulouse, Erès, 1995, coll. Relations.

<sup>40</sup> Marchand G., *Le Travail social, entre urgence et souffrance.* In : Sciences humaines, n° 159, 2005.

<sup>41</sup> Douville O., *Le Temps d'éprouver la densité du temps.* In : Rhizome, n° 15, 2004.

*de la réflexion et de l'action pour une « victime », font mettre en œuvre une machinerie temporelle simple, pour ne pas dire simpliste. Et il précise que l'on mesure encore mal l'aspect peu réaliste de cette volonté de remise en état, et l'on se rend encore plus malaisément compte de l'énormité de la demande que fait peser sur autrui la hâte à faire son bien.*

*Et il en conclut que, avant toute imposition de préconisation, il convient d'accueillir la temporalité psychique qui se déploie dans un passage par des affects et des logiques de transfert. Cet accueil de l'affect permet au sujet de repérer des espaces et des seuils. Nul ne peut perdre de vue que c'est bien avec de l'espace que le sujet s'approprie le temps et que notre premier travail n'est pas d'assigner l'exclu à la flèche du temps mais bien de l'aider à s'arraisonner à des spatialités, des lieux, des contenants et des seuils. Après, et seulement après, peut venir le temps du projet qui suppose un passage de la fixation à la répétition, de l'excitation et de l'apathie à la rythmicité.*

### **Au rythme de chacun**

Les AS travaillent avec la réalité et ses contraintes. Certaines personnes, avec leur propre rythme, ne sont pas toujours prêtes à faire face aux situations d'urgence auxquelles elles sont confrontées. La société impose des décisions rapides mais les personnes expriment leurs besoins d'une pause et inversement la société se montre trop lente lorsque certaines personnes nécessitent par exemple une aide ou une décision rapide. La perception du temps est très subjective : le rythme personnel et celui de la société incarnent deux temporalités qui parfois s'entrechoquent.

L'AS peut vivre ce même type de pression de la part de membres du réseau ou même de collègues. Or, si l'AS temporise, ou accélère, c'est bien souvent par respect du rythme de la personne.

Ainsi, G. Ausloos<sup>42</sup> explique que l'intervenant peut se positionner comme l'*activateur d'un processus* dont les personnes (usagers, familles,...) conservent *la responsabilité*. Pour lui, le temps est un allié précieux parce qu'il permet aux usagers d'évoluer, *c'est-à-dire d'expérimenter de nouvelles solutions*. (...) *Encore faut-il que nous activions ce processus dans lequel émergeront de nouvelles solutions. Jouer avec le temps, c'est accepter l'imprévisibilité. Accepter l'imprévisibilité, c'est se méfier de nos hypothèses de changement pour privilégier leurs innovations. Temps, hasard, chaos, imprévisibilité sont des dimensions irréductibles que nous devons cesser de refuser, de tenter de réduire ou d'immobiliser pour leur laisser révéler leur richesse de créativité, de spontanéité, d'innovations vitales.*

L'adaptation au temps de l'utilisateur est particulièrement nécessaire lors des démarrages et des fins de suivi : l'accroche et la confiance, ou inversement la séparation avec un usager sont des phénomènes qui demandent du temps, il s'agit d'un travail de longue haleine.

Et dans tous les cas, la temporalité psychique et la temporalité usuelle sont à bien différencier. Il semble que l'AS soit constamment à l'intersection de ces 2 temps. Le travail s'effectue au cas par cas, tout dépend de la logique que cela a pour telle personne, dans telle situation. C'est là aussi la dimension propre au travail en SSM, où l'on pose la question du sens de ce que l'on fait et de ce que fait ou non le consultant.

### **Une certaine souplesse : la disponibilité et le travail à domicile**

Une certaine flexibilité des équipes, plus particulièrement concrétisée du côté des AS, apparaît donc comme précieuse pour les consultants, même si elle n'est pas toujours possible. Un fonctionnement au « cas par cas », en fonction des particularités de chaque situation est souvent ce qui permet le travail. Ces facteurs favorisent la continuité de la relation d'aide.

Au sein de cette souplesse temporelle parfois possible et spécifique au travail d'un AS en SSM, se retrouvent spécialement deux éléments.

---

<sup>42</sup> Ausloos G., *La Compétence des familles : temps, chaos, processus*. Toulouse, Erès, 1995, coll. Relations.

Premièrement, la possibilité d'effectuer du travail à domicile pour diverses raisons (pour instaurer du lien, parce que l'utilisateur ne peut se déplacer...) et selon des modalités diverses (à deux intervenants, en s'appuyant sur un cadre clair...). Malgré les risques, par exemple de paraître intrusifs, de devoir composer avec une ambiance quelque peu chaotique (bruit, télé qui fonctionne, gens qui entrent, sortent ou s'installent...), une fois le cadre structurant et sécurisant négocié et le lien établi, ce sont souvent des moments précieux.

Deuxièmement, la disponibilité ou l'accessibilité de l'AS et le temps qu'il lui est possible d'accorder au patient : l'AS peut avoir la possibilité d'aller avec les gens, de les accompagner vers d'autres services, ... Il est généralement plus facilement joignable par téléphone et son agenda souvent plus souple permet de proposer plus rapidement un rendez-vous. Il a aussi parfois l'occasion de s'accorder au rythme des usagers, à leur inaction et au *temps long*, *ressenti parfois comme immobile et peu changeant*.<sup>43</sup> Il tente de pouvoir faire le deuil d'une régularité du suivi et de comprendre le sens des irrégularités ou des absences.

### **L'urgence**

M. Autès<sup>44</sup> explique que les professionnels de l'urgence affirment deux choses : *d'abord que pour approcher un sujet en grande difficulté, il faut prendre son temps, il faut de la délicatesse pour approcher ceux dont la subjectivité mise à mal fait qu'ils ont perdu toute confiance non seulement en eux-mêmes, mais aussi en autrui. Ils nous disent ensuite que les situations qualifiées d'urgentes, ou réclamant une intervention dans l'urgence, sont des situations qui se sont installées depuis longtemps. Ce qui fait l'urgence d'une situation, souvent une urgence vitale, c'est un long processus de désagrégation qui s'est installé de longue date. C'est donc la défaillance de nos systèmes de prise en charge que met en exergue l'urgence. C'est le défaut de fraternité en amont qui crée la situation où c'est la vie de l'autre qui est en danger.*

Le travail sur le terrain, la confrontation à des contextes qui suscitent des inquiétudes, les impératifs en lien avec des éléments sociaux (logement, finances,...) et la disponibilité des agendas sont notamment des raisons qui peuvent mener l'AS à être confronté, et donc à répondre, aux urgences.

Déjà au niveau de sa formation est abordée la capacité de pouvoir gérer des situations sur le vif. Dans certaines équipes, l'AS est plus particulièrement appelé lorsqu'il y a une urgence (le psy cherche parfois une position plus neutre). Le risque est évidemment de dépasser le cadre de travail, c'est pourquoi il est important de définir des balises. Le travail en équipe autour des situations en est déjà une.

Il est important que le SSM puisse poser des limites et un cadre qui permette aussi de décaler, de pouvoir attendre et de se poser la question suivante soulevée aussi par C. Laval<sup>45</sup> : *comment résister et se réapproprier du temps à partir de la tyrannie de l'urgence ? Cela n'est pas simple. L'injonction publique et une certaine demande sociale exigent une réparation immédiate et ne laissent que peu de temps au temps réflexif. Pour tous les praticiens du social ou du soin, il convient dans le même temps de dénoncer le mouvement d'urgence généralisé d'une société où « la dette est désormais mise au compte des sujets » et non plus de l'Etat social, mais aussi de faire comprendre que seul le temps passé et soi-disant « perdu » à écouter des histoires permet de relancer et de repenser des projets fondateurs du soin ou de l'action sociale.*

### **Le temps des services**

C. Leclercq<sup>46</sup> affirme que *si les SSM semblent aujourd'hui parfois dépassés, ce n'est pas parce que le modèle qu'ils proposent est inadéquat mais parce qu'il est saturé de demandes dans un contexte de*

---

<sup>43</sup> Mahieu N. et Gérard N., *Comment en dire assez sans en dire trop !* In : Confluences, n° 5, 2005.

<sup>44</sup> Autès M., *Intégration ou insertion : deux régimes de subjectivation dans le soin psychique.* In : Rhizome, n° 15, 2004.

<sup>45</sup> Laval C., *Dépasser l'urgence.* In : Rhizome, n° 15, 2004.

<sup>46</sup> Leclercq C., *Les Services de santé mentale : spécificité, articulation & questionnements avec la réforme.* In : L'Observatoire, n° 72, 2011-12.

*limites budgétaires et qu'il ne peut plus croître comme il le devrait.* Cela nécessite une gestion du temps, des agendas, de l'administratif, des nouvelles demandes particulièrement subtil.

L'une des spécificités du SSM est pourtant bien que le travail avec les usagers puisse s'étaler dans la durée que ce soit au sein même du SSM ou en relais avec le réseau. Le SSM peut, en effet, avoir cette fonction de « continuité » même lorsque le suivi s'arrête : le SSM demeure et reste présent comme possibilité de retour.

Et les SSM ne sont évidemment pas les seuls types de service à afficher complets ou débordés. Cette situation permanente à laquelle vient s'ajouter le fait que, comme le décrit O. Douville<sup>47</sup>, *la réalité des temps qui passent et des temps que l'on anticipe dans les dispositifs d'accueil, d'orientation, ou même de soin, est fort complexe et obéit à des logiques plurielles qui entrent parfois en contradiction les unes avec les autres.* Ce qui engendre une mise au travail particulière lorsque l'AS est confronté au réseau. Les passages de relais et les collaborations demandent une adaptation complexe aux agendas et aux us des uns et des autres lorsqu'il s'agit d'organiser une rencontre avec plusieurs services ou aux délais d'attente lorsqu'il est nécessaire de trouver une structure adaptée.

Envers les services du réseau, l'AS peut être amené à devenir médiateur de cette temporalité. Par exemple lorsque ce réseau, poussé par divers enjeux, n'est pas à même de respecter le temps nécessaire à l'utilisateur.

#### **4.5. Les pratiques de réseau**

Comme l'explique Marcel Jaeger<sup>48</sup>, les AS, tout comme d'ailleurs les autres fonctions, sont de plus en plus confrontés à *des personnes aux besoins complexes et fluctuants.* Ils ne peuvent donc, seuls, gérer des situations qui relèvent, dans de nombreux cas, d'une pluralité d'actions. Outre la collaboration avec les collègues, les situations nécessitent donc souvent de nombreux intervenants externes au service : justice, SPAD, équipes mobiles, famille, service d'aide familiale, infirmière, ONE, médiation de dette ...

Les différentes facettes de l'AS mises en évidence au sein des chapitres précédents permettent de comprendre facilement pourquoi l'AS est amené à occuper une place privilégiée dans les rapports avec le réseau du patient et du SSM en général. L'accompagnement et le soutien effectués davantage sur le terrain, la volonté d'appuyer son travail sur une vision large de la réalité de vie des personnes, la recherche de réponses pratiques, la fragilité et la précarité des personnes rencontrées, les situations éclatées et morcelées, mais aussi sa survie professionnelle lorsqu'il est démuni ou débordé de travail, etc. sont autant de causes qui poussent l'AS à construire son travail en s'appuyant sur le réseau.

Le réseau est utile mais peut aussi, de par sa densité et le nombre d'intervenants qui le compose, rendre les choses confuses et empiéter sur la qualité du travail. Cette alliance avec l'extérieur, ou cette utilisation de l'extérieur, est complexe et spécifique.

#### **Connaissance clarifiée du réseau**

Il va de soi, et cela lui est fort utile, que l'AS tente d'avoir la meilleure connaissance possible du champ social, de ses infrastructures, de ses services, des spécificités et des législations en cours. Au-delà de ces connaissances théoriques ou officielles, si nous l'abordons dans le sens de Philippe Bivort<sup>49</sup>, qui cite lui-même Martine Lamour, le réseau est *comme un maillage relationnel vivant qu'une équipe tisse au fil des années avec les professionnels concernés.* Il est un tissu relationnel, résultat d'une construction patiente. Les affinités, les sympathies entre professionnels peuvent aider à

---

<sup>47</sup> Douville O., *Le Temps d'éprouver la densité du temps.* In : Rhizome, n° 15, 2004.

<sup>48</sup> Jaeger M., *Psychiatrie et travail social : de la confrontation à la coopération.* In : Confluence, n° 5, 2005.

<sup>49</sup> Meynckens-Fourez M., Vander Borghet Ch. et Kinoo Ph. (sous la dir.), *Éduquer et soigner en équipe : manuel de pratiques institutionnelles.* Bruxelles, De Boeck, 2011.

*rendre les collaborations plus aisées mais les logiques institutionnelles qui relèvent tant de l'histoire que des politiques sociales viennent parfois compliquer les relations entre intervenants. Et dans notre système institutionnel belge, le constat est patent : organisation et chevauchement des compétences donnent du paysage institutionnel une image labyrinthique où les intervenants en présence obéissent chacun à des logiques et des politiques parfois très éloignées les unes des autres. Travailler en réseau demande donc un certain effort pour essayer de comprendre les logiques institutionnelles en présence, les différents cadres légaux qui les fondent et accepter parfois de devoir composer avec ces contraintes-là en recherchant les complémentarités tout en respectant les différences. En ce sens, parce que les situations rencontrées portent la confusion, bousculent nos représentations et nos idéaux, il revient aux professionnels de s'être suffisamment définis les uns les autres pour composer avec les phénomènes de résonance sans en subir les effets dévastateurs.<sup>50</sup>*

*Les rencontres de différentes catégories professionnelles ou les passages de l'une à l'autre doivent se faire sur fond d'identités claires.<sup>51</sup>*

### **Positionnement envers le réseau**

Sur ces bases, dans de nombreuses situations, l'AS va être amené à occuper des positions diverses au sein du travail en réseau. Bien souvent, il active, mobilise, interpelle le réseau de l'utilisateur. Son objectif est alors d'éviter que chacun ne travaille dans son coin, d'entraîner une collaboration des acteurs du réseau déjà en présence afin d'agir ensemble, de recentrer le travail, de pallier à l'épuisement des services, d'y voir plus clair et même d'ouvrir les yeux (par exemple dans certains cas de maltraitance).

Parfois, il en devient une sorte de coordinateur, organisant des rencontres, tentant d'amener de la cohérence. Par exemple, lorsque les différents discours ne correspondent pas ou face à la radicalité de certains propos.

Au sein du réseau, il peut aussi devenir un professionnel de référence pour la personne ; son traducteur ou son porte-parole auprès des autres intervenants. Ce qui peut permettre à ces derniers de dédramatiser et aux usagers de ne pas se sentir jugés ou dévalorisés, et d'adhérer au projet mis en place.

Ou encore, il peut conserver une position de tiers et permettre à l'utilisateur de venir déposer ce qu'il pense, ressent, face au réseau dans lequel il est plongé : les regards des différents intervenants sur lui, les contradictions... Cela peut avoir du sens et constituer une richesse pour la situation d'être le lieu où les choses peuvent se dire, sans qu'un jugement ne soit porté.

Notons que la fonction de liaison est amenée à effectuer des tâches similaires.

### **Le réseau contraignant**

Un cas particulier auquel l'AS est fréquemment confronté est le travail en collaboration avec un membre du réseau contraignant ou perçu comme tel (justice, aide à la jeunesse,...). Ce mode d'intervention, à la fois, oblige des choses et en permet.

En effet, l'AS est amené à produire des rapports, à informer de l'évolution du suivi ; il est tenu de se conformer aux indications ou y est fortement encouragé. Il doit répondre à ces contraintes, parfois même lorsqu'il pense ou exprime que les choix ne sont pas adéquats.

Pourtant, ce type de travail possède ses bons côtés. Il peut clarifier les mesures mises en place, les objectifs à fixer, les dangers potentiels et, en cela, permettre à l'intervention de s'appuyer sur la demande, sur l'injonction. Tout cela, à condition que la personne connaisse les exigences, que le service soit consulté, que la demande soit compatible avec ce que le SSM peut apporter et que celui-

---

<sup>50</sup> Meynckens-Fourez M., Vander Borghet Ch. et Kinoo Ph. (sous la dir.), *Éduquer et soigner en équipe : manuel de pratiques institutionnelles*. Bruxelles, De Boeck, 2011.

<sup>51</sup> Jaeger M., *Psychiatrie et travail social : de la confrontation à la coopération*. In : Confluences, n° 5, 2005.

ci consente au rôle qu'il est sensé jouer. Il peut alors accompagner clairement la personne, sans prendre position, sans prendre parti.

Une demande portée par l'utilisateur, même orientée et imposée par un pouvoir quelconque, semble néanmoins être une base de travail quasiment incontournable.

### **Sensibilisation des professionnels d'autres secteurs**

Les AS peuvent aussi jouer un rôle de sensibilisation vis-à-vis des autres professionnels car la réalité des usagers, parfois très particulière, n'est pas toujours compréhensible par les autres services.

Certains services (CPAS, communes, ...) n'ont pas la possibilité de prendre le temps ou exercent par exemple des pressions sur l'utilisateur, alors que son état psychique ne lui permet pas de se mettre en marche. Il est important que l'AS du SSM puisse attirer l'attention sur ce genre d'éléments.

## **4.6. La précarité**

### **Diversité de publics et de précarités**

Même si, comme développé ci-dessous, il semble évident que la précarité engendre des difficultés psychiques amenant un certain nombre de personnes à faire appel au SSM, il est important de commencer par énoncer que les SSM n'ont pas uniquement un public précaire. Il y vient aussi des personnes ordinaires se sentant traverser un moment de vie difficile ainsi qu'une variété illimitée d'utilisateurs. La porte d'entrée qu'est le psychique permet à tous les types de publics de parvenir aux SSM.

Par ailleurs, la précarité n'est pas uniquement matérielle ou financière. Comme l'explique J. Furtos<sup>52</sup>, *La précarité sociale ne doit pas être confondue avec la pauvreté, laquelle est une question de seuil dans une culture donnée.* La précarité signifie le caractère, l'état de quelque chose qui n'offre nulle garantie de durée, de stabilité, qui peut toujours être remis en cause, qui est d'une sécurité douteuse. Elle peut donc se présenter aussi par exemple sous forme de précarité du lien, de la communication, etc. J. Furtos précise néanmoins que, *du point de vue épistémologique, il convient de différencier la précarité sociale, portée par la question des statuts sociaux précaires, de la précarité psychologique et existentielle. Il y a certes une corrélation entre la précarité sociale (précarité statutaire et monétaire, délocalisation, etc...) et la précarité psychique, mais d'une façon non mécanique. Il convient de distinguer, la précarité psychique « normale », qui se situe sur le versant de la vulnérabilité ordinaire de l'être (la précarité « normale » est constitutive de l'être humain), et qui signifie que personne ne peut vivre seul, et la précarité exacerbée que nous rencontrons aujourd'hui.*

Cependant, il est évident que cette précarité matérielle et financière frappe vigoureusement aux portes des SSM : la réalité matérielle dégradée des usagers (confort, hygiène, etc.), les gens vivant sous le seuil de pauvreté, les personnes épuisées par leurs situations matérielles, etc. *Si le travail des assistants sociaux couvre des domaines relativement variés et que l'étendue du champ social leur fait rencontrer une population dans ses composantes les plus diverses, il est un terrain particulier qui mérite spécialement notre attention, à savoir celui de la précarité sociale.*<sup>53</sup> En effet, il est constaté qu'une bonne partie des situations abordées au sein du groupe concernent des personnes en situation de précarité sociale. Il est aussi observé qu'au sein des SSM, ces situations parviennent par nature plus particulièrement aux AS des services. Ces situations souvent complexes, parfois inquiétantes, sont particulièrement mobilisantes pour les équipes (elles requièrent généralement plusieurs intervenants, dont toujours les AS), et entraînent souvent un travail particulier, une réflexion spécifique.

---

<sup>52</sup> Furtos J., *Les Effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale*. In : Mental'Idées, n° 11, 2007.

<sup>53</sup> Furtos J., *Les Cliniques de la précarité : contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Issy les Moulineaux, Elsevier Masson, 2008.

## Précarité sociale et souffrance sociale

Dans cette optique, il semble utile de continuer à s'appuyer des écrits de J. Furtos pour apporter une contribution sur les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale.<sup>54 55</sup>

*Il n'y a pas de clinique hors contexte social. En l'occurrence, les cliniques de la précarité se comprennent dans une perspective dont le risque majeur réside dans la perte de confiance en l'autre, en soi-même et en l'avenir, avec des effets psychiques précis.*

J. Furtos aborde le concept d'objet social. *L'objet social, c'est quelque chose de concret comme l'emploi, l'argent, le logement, la formation, les diplômes, etc. On en a ou on n'en a pas. On peut aussi avoir peur de les perdre en les possédant encore, ou de perdre les avantages qu'ils sont susceptibles de procurer. Un objet social, c'est aussi quelque chose d'idéalisé dans une société donnée, en rapport avec un système de valeurs et qui fait lien : il donne un statut, une reconnaissance d'existence, il autorise les relations, etc.*

Et il précise encore que lorsqu'il évoque la perte de l'objet, il n'évoque pas la perte (...) en termes d'avoir, Mais parle de l'horizon le plus grave, celui de la perte de la capacité à jouer pour de vrai à l'humain, à travers des médiations, en un lieu et avec d'autres humains ; cet horizon est celui de l'exclusion.

Il établit que les effets de la souffrance psychique d'origine sociale chez l'individu en contexte de précarité se matérialisent schématiquement selon trois modalités possibles :

- La souffrance peut stimuler, aider à vivre : souffrance non pathologique, c'est celle qui permet d'agir, de penser, de parler, d'aimer et de se situer dans la suite des générations.
- Elle peut commencer d'empêcher de vivre : mélancolie sociale sans morbidité psychiatrique même avec des effets invalidants. Le malaise peut aussi s'exprimer par de l'amertume sur le plan psychologique, de l'agressivité ou de la violence, des affections psychosomatiques diverses. Le lien social est à l'évidence en difficulté.
- Le troisième type de souffrance est le plus térébrant<sup>56</sup>, il s'accompagne des effets psychiques les plus invalidants. Il s'agit d'une souffrance qui empêche de souffrir sa souffrance : des signes essentiellement déficitaires sont observés mais pas exclusivement. On observe des processus d'exclusion, une attaque du lien, un renoncement à la demande, et une capacité de deuil atténuée. Le tout allant jusqu'au syndrome d'auto-exclusion.

## La clinique du social

Parallèlement aux observations décrites par P. Bivort<sup>57</sup>, il est observable que la perte d'un emploi, l'éclatement d'une famille, le décès d'un proche, un séjour en hôpital (...), le déracinement par l'exil etc., sont autant d'événements susceptibles de provoquer des traumatismes ou d'aggraver l'état de santé mentale (...). Celui-ci s'appuie, lui aussi, sur J. Furtos pour établir que les pathologies psychiatriques favorisent la désocialisation tout comme la précarité excessive peut avoir des effets pathogènes : la pathologie produit une certaine détérioration, voire une perte des objets sociaux et la perte des objets sociaux produit une dégradation de la santé mentale.

J. Furtos<sup>58</sup> exprime que le rôle des pratiques de santé mentale est d'abord d'éviter l'installation d'un syndrome d'auto-exclusion ou d'en permettre la sortie, ce qui préserve la possibilité d'avenir. Il prône

---

<sup>54</sup> Furtos J., *Les Effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale*. In : Mental'Idées, n° 11, 2007.

<sup>55</sup> Furtos J., *Les Cliniques de la précarité : contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Issy les Moulineaux, Elsevier Masson, 2008.

<sup>56</sup> Adj. Qui perce, qui perfore. Il se dit, en termes de Médecine, d'une Lésion qui tend à pénétrer en profondeur. Il se dit figurément d'une Douleur vive et poignante. Douleurs térébrantes.

<sup>57</sup> Meynckens-Fourez M., Vander Borghet Ch. et Kinoo Ph. (sous la dir.), *Éduquer et soigner en équipe : manuel de pratiques institutionnelles*. Bruxelles, De Boeck, 2011.

<sup>58</sup> Furtos J., *op.cit.*

les dispositifs qui essaient de tisser des liens, de relier des gens, des territoires auparavant séparés ou exclus. Et P. Bivort, de son côté, conclut que *le travail social, (...) peut dès lors consister à renouer une relation de confiance entre le patient et la cité (dont le patient est souvent devenu exclu), d'accompagner, de façon à chaque fois particulière, le processus de recréation ou de réappropriation des objets sociaux, de réinvestissement dans la cité parce que, comme le dit Furtos, ces objets sont à la fois terriblement concrets et médiateurs de relation et de sens. Le travail social devient alors une forme de soin qui participe à (re)donner une sécurité de base nécessaire.*<sup>59</sup>

Il est donc essentiel de maintenir un lieu pour penser ; pour accueillir les vécus, les difficultés quotidiennes, les fantasmes et les émotions émanant de difficultés matérielles ; pour reconnaître l'ampleur de la pénibilité face au budget ; pour aider à faire émerger les ressources ; pour faire « trait d'union » par exemple par la mobilisation du réseau et par un travail de soutien de la personne auprès des autres services.

#### **4.7. L'offre sociale à dimension thérapeutique**

##### **Les limites du travail social**

*La multiplication des métiers dans le champ de la santé mentale est telle qu'elle laisse à penser que chacun, quel que soit son cursus scolaire, peut, à un moment, se consacrer un peu plus ou un peu moins à l'écoute et à l'aide. Quelles sont, en la matière, les limites à ne pas franchir ? Où s'arrête la fonction de l'un, où commence celle de l'autre ? Faut-il « saucissonner » les interventions de chaque professionnel par peur de faire tous un peu la même chose ou mal certaines choses ? Pour être acceptés, certains se spécialisent et se font « plus psy ». Certains y voient le témoignage d'un malaise, d'autres, un excellent moyen de se doter d'outils nécessaires pour répondre à la spécificité du travail en santé mentale.*<sup>60</sup>

En effet, la fonction sociale, tout comme les autres d'ailleurs, ne saurait être limitée par une frontière stricte représentée par exemple par la réalisation de démarches sociales, de tâches administratives, de tâches en liens avec la situation pratique ou sociale de l'usager, par la relation d'écoute établie, etc. Les AS, que ce soit par obligation, par nécessité, par choix ou même par revendication sont souvent investis d'une place trop élargie que pour pouvoir rester cantonnés complètement dans l'une ou l'autre des facettes de leur travail. C'est ce qui fait probablement leur identité, ils sont un peu tout à la fois ! Et c'est parfois ce qui permet le travail. Mais ce « tout à la fois » ne signifie pas chaos et confusion. Il signifie plutôt, comme cela a déjà été abordé, la capacité à considérer - et donc à prendre en charge et à accompagner - la personne dans sa globalité, psychisme y compris, au sein de son environnement. La relation d'aide est donc entière et souvent indissociable. Il n'est donc pas toujours pertinent de fixer une limite trop stricte entre les types d'intervention, ni évident de définir des balises pouvant aider à appréhender cette limite.

##### **L'AS thérapeutique**

Comme l'exprime P. Bivort<sup>61</sup>, *des représentations parfois tenaces du travail des assistants sociaux laisseraient à penser que ceux-ci sont dédiés à l'action alors que leurs collègues opérant pourtant dans le même champ (psychologues, pédagogues, médecins...) auraient un certain monopole de la pensée. Des AS, on attend des solutions !* Pour contrer ces représentations, ont déjà été abordés plusieurs éléments, notamment le fait que l'AS fait de la relation humaine son outil privilégié mais aussi le fait qu'il s'appuie sur une méthodologie.

---

<sup>59</sup> Meynckens-Fourez M., Vander Borgh Ch. et Kinoo Ph. (sous la dir.), *Éduquer et soigner en équipe : manuel de pratiques institutionnelles*. Bruxelles, De Boeck, 2011.

<sup>60</sup> Maddison S. et Gérard S., *Le Travail social en santé mentale : la parole aux acteurs*. In : Confluence, n° 5, 2005.

<sup>61</sup> Meynckens-Fourez M., Vander Borgh Ch. et Kinoo Ph. (sous la dir.), op.cit.

En effet, outre les rôles de l'AS présentés par N. Mahieu et N. Gérard<sup>62</sup> comme étant, *selon le type d'institution d'une part, selon son orientation théorique d'autre part, de faire lien entre les personnes en souffrance, leur réalité institutionnelle et les ressources extérieures à mobiliser, ainsi que de faire preuve de connaissances et de compétences « techniques » susceptibles de dénouer les situations administratives, juridiques, financières les plus complexes, l'AS est, au même titre que les autres professionnels, socio-thérapeute.*

Il est en effet éminemment important de souligner la dimension thérapeutique du travail de l'AS en SSM qui diffère logiquement en cela du travail effectué au sein d'autres services sociaux. Les AS savent de quoi on parle en matière de santé mentale et de psychopathologie : ils sont formés au travail social à dimension thérapeutique, selon différentes proportions, par le biais de leur formation de base et de formations supplémentaires, de l'expérience personnelle, d'échanges avec l'équipe,...

L'AS de SSM tient compte du fonctionnement psychique de la personne et de ses difficultés psychiatriques et psychologiques. Il s'adresse aux usagers de façon adaptée, trouve des supports adéquats, accompagne de manière plus intense et plus ciblée en fonction de la problématique présentée... Bref, acquiert une série de compétences nécessaires qui lui permettent de prendre en considération le développement de la personne et sa dimension intrapsychique.

### **Travail social et psychothérapeutique**

Le travail sur le psychisme et l'effet thérapeutique d'un suivi effectué par l'AS connaît diverses nuances, allant de l'effet thérapeutique que peuvent produire la recherche d'informations et les démarches concrètes d'accession au recouvrement des droits individuels et sociaux, à la thérapie basée sur les techniques les plus diverses.

Au-delà de toutes ces nuances, l'important semble être ce qui caractérise l'AS des SSM : sa lecture et son approche particulières. D'un point de vue concret, le soutien ne se situe jamais uniquement dans le « faire », dans l'action, car il prend sens au sein d'une prise en charge de la globalité du sujet, en ce compris ses difficultés psychiques (un parallèle est effectué avec les secrétaires de SSM qui, elles aussi, en effectuant leur travail au sein du SSM fonctionnent de manière particulière, adaptée aux personnes et aux demandes émanant de difficultés psychiques). De même que d'un point de vue thérapeutique, la (psycho)thérapie proposée par l'AS prend pleinement appui sur la globalité du sujet, en ce compris sa réalité sociale concrète.

Le spectre de l'action de l'AS semble donc pouvoir aller d'un extrême (démarches concrètes) à l'autre (thérapie) mais ces deux dimensions demeurent, particulièrement dans le cadre du travail social en SSM, intrinsèquement liées. Face à toutes ces nuances possibles, l'AS dispose pour teinter son travail d'une palette de possibilités, d'outils, de moyens qui émanent comme cela a déjà été évoqué, de sa personnalité, de la disposition du SSM, de ses échanges avec l'équipe, de ses formations, ...

### **Les formations**

Les arguments sont paradoxaux quant à la considération à donner aux formations. D'un côté, elles constituent évidemment de véritables opportunités de compléter la formation de base, et de faire évoluer sa pratique, ses points de repères en termes de psychopathologie ou sa compréhension du fonctionnement psychique humain. Elles permettent de continuer à penser ses actions et ses interactions avec les usagers. De l'autre, à leur défaveur, peuvent être soulevés notamment le risque de changement de l'identité de l'assistant social ou le risque de dérive et de confusion des rôles. Elles coûtent par ailleurs du temps et de l'argent qui ne sont pas toujours pris en charge par l'employeur.

La nécessité pour l'AS de SSM d'avoir une bonne connaissance du fonctionnement psychique est cependant reconnue. Elle implique un processus continu, pour pouvoir continuer à penser ce qu'il dit

---

<sup>62</sup> Mahieu N. et Gérard N., *Comment en dire assez sans en dire trop !* In : Confluences, n° 5, 2005.

et agit. Comme le souligne P. Vallet<sup>63</sup>, *la formation peut rester, si nous la concevons ainsi, une démarche clinique d'accompagnement, un processus qui vise la construction autant que la déconstruction des savoirs acquis, pour un ajustement réfléchi et créatif des futurs professionnels aux situations ardues, complexes qu'ils vont rencontrer.*

Les formations visant à améliorer sa connaissance du psychisme et celles visant à devenir psychothérapeute constituent évidemment des démarches distinctes, la première étant inhérente au travail d'AS en SSM, la seconde lui permettant d'exercer aussi comme psychothérapeute (de la même manière, toute personne souhaitant exercer comme psychothérapeute est amenée à se former au travail thérapeutique).

Néanmoins, les AS qui se forment à la psychothérapie, de par leur formation de base, conservent les caractéristiques qui semblent propres à l'AS - pointées au sein de cette synthèse - et demeurent particulièrement sensibles au contexte social, environnemental et aux contingences de la réalité externe.

#### **4.8. Le travail en équipe pluridisciplinaire**

Enfin, et c'est à cette évidence que se consacre l'entièreté du chapitre suivant, une particularité essentielle de l'AS en SSM est qu'il appartient à une équipe pluridisciplinaire et qu'il s'appuie sur celle-ci par des échanges et des collaborations de formes diverses.

#### **5. Interdépendances entre l'AS et les autres membres de l'équipe du SSM**

Certaines situations donnent à l'AS une impression d'isolement, d'autres au contraire peuvent mobiliser toute une équipe (réunions, appels téléphoniques, etc.), et d'autres encore, offrent à la fonction d'AS une place à partir de laquelle il est possible de créer du lien entre les différents intervenants.

Les dispositifs mis en place par les équipes sont eux aussi très divers. Au sein de certaines équipes, les rôles sont explicitement ou implicitement définis et au sein d'autres, les tâches de chacun ne sont pas forcément cantonnées aux fonctions.

En s'appuyant sur cette diversité, peuvent être mis en évidence certains aspects de la notion primordiale qu'est la collaboration entre l'assistant social et le reste de l'équipe.

#### **L'objectif thérapeutique**

La nature des problématiques rencontrées en SSM et la confrontation à la complexité font que le travail de l'AS est spécifique et nécessite la présence d'une équipe à ses côtés. Par ailleurs, la fonction sociale fait partie de l'équipe de base et de sa pluridisciplinarité, elle doit donc être assurée au sein de chaque SSM.

Cette interdépendance criante engendre l'exigence d'un objectif commun. En cela, comme souvent évoqué au sein du groupe, et rappelé par Valérie Bauwens, le premier rôle de l'AS *est donc de participer, au même titre que ses collègues, à l'objectif thérapeutique*<sup>64</sup>.

Comme nous l'avons constaté dans les deux chapitres précédents, l'AS a ses propres manières de participer à cet objectif. Creusons à présent les interactions qui en découlent avec l'équipe.

#### **Différenciation, articulation et recouvrement**

Cela a été abordé ci-dessus, l'AS est attentif et éveillé à l'intrapsychique des usagers. Réciproquement, les AS n'ont pas le monopole du social et les autres thérapeutes doivent souvent

---

<sup>63</sup> Vallet P., *Quelle place pour la clinique dans la formation des travailleurs sociaux ?* Intervention RVHA, 24/11/2011 - [www.psychasoc.com](http://www.psychasoc.com)

<sup>64</sup> Bauwens V., *Mettre des mots sur des maux*. In : Confluence, n° 5, 2005.

s'ouvrir aux considérations sociales pour travailler avec le psychisme. Les choses ne sont évidemment pas foncièrement cloisonnées. Un brouillage des identités professionnelles semble parfois inévitable au vu de la manière dont la plainte psychique se dépose et selon la problématique sociale.

Pratiquement, concernant les tâches « sociales » (travail administratif, rencontres au SAJ, concertations avec les autres services,...), il apparaît paradoxalement qu'au sein de certains SSM, les AS ne parviennent plus à gérer les dossiers sociaux adressés en trop grande quantité par les collègues dès que les tâches prennent une dimension considérée sociale, alors qu'au sein d'autres SSM, les AS sont, au contraire, entourés de collègues qui ne souhaitent pas céder ces mêmes tâches sociales.

Quoiqu'il en soit, il paraît important que les choses soient pensées par rapport au sens qu'elles ont dans la prise en charge globale. Il y a une ouverture aujourd'hui à une clinique où les différentes fonctions vont devoir empiéter un peu sur les pratiques sociales. Il est difficile, voire inopérant, de séparer les choses ; tout est imbriqué. En effet, face à la complexité grandissante des situations rencontrées en SSM, face à une réalité sociale qui induit tellement de souffrance psychique, il apparaît nécessaire que tous puissent prendre en compte les deux dimensions : sociale et psychologique. La fonction sociale devient donc une compétence de l'équipe, ne fût-ce que par la capacité de tous à percevoir les situations où le social fait difficulté, à prendre cela en considération, et à le transmettre, le cas échéant, au collègue AS.

Et, comme l'exprime Philippe Bivort, en citant Philippe Kinoo au sujet des recouvrements des fonctions, *à la condition de connaître suffisamment les fonctions et rôles respectifs de chacun, il est question de s'inviter sur le terrain de l'autre ou d'inviter son collègue sur son propre terrain. Ce recouvrement partiel, tantôt organisé et tantôt spontané, est un enrichissement du travail d'équipe, bien plus qu'une juxtaposition des tâches, des rôles ou des fonctions.*<sup>65</sup>

### **Œuvrer en collaboration**

*Le domaine de la santé mentale offre une occasion unique aux travailleurs sociaux d'œuvrer en collaboration avec d'autres professionnels de disciplines connexes et en même temps de conserver l'intégrité de leurs connaissances et de leurs compétences.*<sup>66</sup>

A nouveau, de nombreuses pratiques et pistes de réflexions sont mises à jour lorsqu'est abordée la collaboration entre l'AS et ses partenaires de travail.

Premièrement, et évidemment, cette collaboration existe au travers de la réunion d'équipe. C'est lors de la réunion d'équipe que les travailleurs peuvent croiser leurs savoirs ou leurs expériences, et utiliser la pluridisciplinarité, les particularités des travailleurs en présence mais aussi des sous équipes en présence (équipes d'initiatives spécifiques, équipes enfants,...). Les réunions d'équipe permettent aussi de prendre du recul ou de relativiser.

Deuxièmement, elle existe par les diverses modalités d'interventions effectuées à deux ou à plusieurs.

Précisons tout d'abord que cette intervention à plusieurs n'est pas toujours possible, ni toujours pertinente. Effectivement, dans certaines situations la présence d'un second intervenant, aussi utile puisse-t-elle paraître, peut-être trop compliquée ou risquer de tout faire échouer (vu le lien encore fragile, vu la méfiance,...). Dans d'autres cas, il est aussi important de travailler avec la « non demande » des gens, sans vouloir nécessairement mettre un collègue sur le coup. Là encore, tout semble question de sens mais retenons cependant que, comme cela a été dit précédemment, l'AS est évidemment aussi à même d'entendre les souffrances psychiques et de travailler le relationnel. Il est formé à la relation d'aide. Avec cet outil-là, il lui est possible de mobiliser des choses.

---

<sup>65</sup> Meynckens-Fourez M., Vander Borgh Ch. et Kinoo Ph. (sous la dir.), *Éduquer et soigner en équipe : manuel de pratiques institutionnelles*. Bruxelles, De Boeck, 2011.

<sup>66</sup> *Le Rôle du service social dans le champ de la santé mentale*. Texte en ligne - <http://www.casw-acts.ca/fr/le-r%C3%B4le-du-service-social-dans-le-champ-de-la-sant%C3%A9-mentale>

Pourtant, de nombreuses situations profitent de l'action de deux ou plusieurs intervenants. Ces types d'interventions sont décidés soit initialement, soit dans le cadre d'un suivi par l'AS, soit dans le cadre d'un suivi par une autre fonction qui fait appel à l'AS. Elles sont alors mises en place sous les formes les plus variées.

### **Le soutien par le social**

Même si l'intervention d'un AS au sein d'une situation déjà en cours, demandée par un collègue ou imaginée en réunion d'équipe, peut avoir de multiples raisons (un collègue se trouve face à quelque chose d'un peu vide, cela ne circule pas bien, la situation devient trop complexe, ...), elle survient le plus souvent lorsque le suivi est pris en otage par sa dimension sociale. Elle peut permettre de préserver l'espace thérapeutique mis en place. Elle peut être ponctuelle ou s'ancrer comme une véritable co-intervention.

Dans le cas des interventions ponctuelles, la mission de l'AS est précise (trouver un logement social, régler la situation administrative...) et peut se réaliser sans connaître la personne, son histoire, le sens que cela a pour elle ... Les demandes, parfois ressenties comme de véritables injonctions de l'équipe ou du collègue, peuvent entraîner le sentiment que l'AS est « au service de l'équipe » (travailler en co-intervention permet souvent de retirer cette impression d'être « au service » des autres). Un point de vue alternatif est de percevoir, au sein d'une équipe, des collègues collaborateurs des uns et des autres. En cela tout dépend fortement de la manière dont la demande est formulée : le sens est donné si le lien est établi, transmis par le collègue ou par la réunion d'équipe.

### **Le soutien du social**

Une demande initialement plutôt « sociale » évolue bien souvent. A nouveau, pour des raisons multiples (la situation devient trop complexe, le patient a besoin de bénéficier d'un soutien psychologique ou psychiatrique, il s'agit d'éviter de tomber dans le piège de la « double casquette »...), la réponse de l'équipe peut être l'ouverture vers un travail d'accompagnement et de soutien par d'autres fonctions de l'équipe.

Dans certaines situations, la fonction de liaison peut être sollicitée en soutien et soulager l'AS (par exemple lorsqu'il est débordé par la mobilisation du réseau). Que la fonction de liaison soit assurée par une seule personne ou qu'elle soit répartie entre les membres de l'équipe, il est nécessaire que quelqu'un soit le lien, pense la continuité, soit garant que les choses se mettent en place. Cette fonction de liaison est donc mise en place de façon différente dans les différents SSM. Parfois, c'est l'AS lui-même qui l'occupe, les tâches de l'une et l'autre fonction se rejoignant tout particulièrement.

Il peut être utile d'évoquer aussi les cas particuliers des AS occupant également la fonction de direction administrative. Ce cas de figure influence évidemment de diverses manières la considération donnée à la place et à la parole de l'AS mais aussi le temps disponible pour la fonction sociale en tant que telle.

### **Binôme et co-intervention**

Outre les exceptions évoquées, un travail en co-intervention est souvent à la fois ce qui est pertinent et le levier qui va le mieux aider dans certaines situations.

Ce type de travail permet de respecter au mieux la demande de la personne, tout en étant attentif à tous les aspects. Il permet aussi des allers retours respectant le rythme des personnes (certains rendez-vous peuvent être espacés ou au contraire intensifiés). Il permet enfin aux intervenants de travailler sur deux niveaux différents qui se veulent complémentaires (par exemple l'AS peut rappeler les règles, la loi, les contraintes des autres services (tout en y mettant du sens - les décisions ne sont pas arbitraires - et en rappelant aussi les droits de la personne) pendant que le psy est attentif à tout ce que cela éveille chez la personne.

Travailler à deux est une richesse, mais n'est pas toujours réalisable au sein des SSM, notamment car cela s'avère très chronophage pour certaines équipes.

Il est constaté que les AS participent bien souvent à l'animation des groupes thérapeutiques organisés au sein des SSM. Dans ce cadre aussi, les compétences spécifiques aux AS semblent donc sollicitées et peuvent être utilisées en complémentarité avec celles des autres fonctions des SSM.

## **6. Limites et dérapages**

Il existe certains risques plus particulièrement liés à la fonction sociale en SSM. Certains ont déjà été abordés au sein des chapitres précédents. Deux risques particuliers sont néanmoins encore à pointer car ils ont fait l'objet de discussions spécifiques lors des GT.

### **Le sur-portage**

De nombreuses situations entraînent chez l'AS le sentiment de devoir ou de vouloir tout faire, l'envie de porter la demande et à la fois le sentiment de ne pas avoir le choix ou d'être englué, l'impression de devoir jouer au « super héros » parfois malgré lui, la volonté de ne pas vouloir laisser tomber les gens ou au minimum de leur laisser la porte ouverte.

Lorsque l'AS se retrouve dans ces situations au sein desquelles il fait beaucoup et un peu de tout, on constate que, s'il se décharge d'une partie de la prise en charge, cela peut mettre en péril la possibilité de travail avec l'utilisateur qui risque de ne plus être preneur d'un travail partiel ou dissocié (l'utilisateur risque, par exemple, de refuser le travail plus psychologique s'il n'est pas lié à l'accompagnement concret dans certaines démarches ou vice versa). Cela semble faire partie de la spécificité de la fonction d'AS en SSM : le « méli-mélo », le mélange. Toute la difficulté est là : effectuer des démarches concrètes et pratiques, mais avec un regard particulier, un travail sur le lien... C'est cela qui donne un sens.

Ces suivis peuvent donner l'impression de devoir porter des situations, de réparer en posant constamment des rustines, sans jamais en sortir. Certaines situations exigent plus de pansements que de pensées. Les pensées deviendront, peut-être, possibles dans un second temps seulement.

Par ailleurs, il est très difficile de faire la part des choses entre la demande exprimée, déposée, et ce que l'AS finit par porter vu la réalité, vu la misère sociale et affective, vu le danger ressenti.

Comment travailler, par exemple en réseau, pour que l'utilisateur puisse s'approprier quelque chose, et ne pas venir uniquement parce que c'est obligatoire ou parce que d'autres services le lui ont dit ? Comment éviter que l'AS ne soit perçu comme étant un contrôleur ? Comment éviter de se situer uniquement dans l'aspect éducatif ?

La notion d'hyper responsabilisation des intervenants, et donc de l'AS, par rapport à des situations à très haut risque peut aussi être présente et venir s'ajouter aux sentiments déjà cités. L'AS peut alors se sentir confronté à des questions du type : Qui assume les risques ? Qui est responsable ? Etc.

Face à de telles situations, il est nécessaire de poser certaines balises afin d'éviter d'être submergé par la situation : déterminer ce qui relève de la fonction sociale, lister ce qui permet de se dire que c'est toujours bien à l'AS qu'il revient d'effectuer le travail, poser des limites, etc. Les retours à l'équipe et le travail en réseau semblent pour ces situations d'autant plus primordiaux et inévitables.

### **Travail isolé en équipe pluridisciplinaire**

Malgré la présence des équipes, dans certaines situations, les AS évoquent un sentiment de solitude, d'être surexposés ou malmenés.

La dualité de la fonction - au sein d'une même intervention - comme thérapeute et comme intervenant social, les rôles de chacun pas clairement définis, une équipe insuffisamment protectrice ou trop occupée par d'autres situations, la finesse présentée par certains usagers pour raviver les

difficultés d'une équipe, l'ambition de l'AS qui veut trop en faire, etc. sont autant de facteurs évoqués comme pouvant entraîner un isolement de l'AS.

P. Bivort, dans le livre « Eduquer et soigner en équipe »<sup>67</sup>, explique que *Lorsqu'un assistant social se retrouve ainsi isolé de son équipe ou lorsque son rôle manque d'articulation avec l'équipe, il peut être tenté de prendre en charge, parfois même de s'emparer des problématiques rencontrées (...). Il risque alors de favoriser une relation de dépendance (...). Parce qu'il a connaissance de nombreuses informations, parce qu'il est souvent identifié comme détenteur de solutions concrètes (même s'il peut s'en défendre), mais aussi parce qu'il peut être ce trait d'union entre le dedans et le dehors, l'assistant social est régulièrement exposé aux jeux d'alliances dans lesquels il sera soit pris à parti, soit assimilé par un système contre un autre.* Pour se prémunir de telles interactions, P. Bivort insiste sur le fait que la fonction d'AS prend sens au sein d'une équipe pluridisciplinaire qui peut agir comme tiers.

Proportionnellement, l'AS est souvent minoritaire dans les équipes. Et rencontre donc parfois des difficultés à pouvoir échanger sur ses outils ou à parler le même langage que ses collègues. Ce qui peut aussi engendrer un certain sentiment de solitude.

## **7. Conclusions**

### **La logique des compétences, un contexte à personnaliser**

Dans le cadre des décrets ou de la mise en place des diverses réformes, P. Vallet<sup>68</sup> rappelle qu'il est de plus en plus demandé aux intervenants sociaux de *s'inscrire dans la logique des compétences : des référentiels métier ont été déterminés, qui définissent ensuite un référentiel d'activités décrivant les fonctions des professionnels, puis un référentiel de compétences fonde le dispositif de formation en fonction de toute une liste de compétences à acquérir pour apprendre à Conduire une intervention sociale d'aide à la personne, établir une relation professionnelle, conduire une intervention sociale d'intérêt collectif, s'inscrire dans un travail d'équipe, développer des actions de partenariat et en réseau, etc.*

P. Vallet pointe plusieurs questions posées par cette logique :

*D'une part, la construction de ces référentiels aboutit à la constitution d'un grand catalogue de situations et d'activités plus ou moins floues, et de compétences très générales ou au contraire extrêmement réductrices. Et cette logique implique une polarisation sur les activités, ce qui ne (...) paraît pas être la caractéristique propre, singulière de nos métiers relationnels (...).*

*D'autre part, le risque majeur de la logique des compétences tient (...) à tout un système de valeurs qu'elle paraît porter avec elle. Un système tourné vers l'opérationnalité, la recherche de maîtrise, la rationalité instrumentale, sachant que l'idéologie techniciste n'est pas que dans les appareils : elle est dans les procédures, dans les paroles et dans les gestes professionnels... le danger est que les esprits se mettent à fonctionner comme des machines, en procédant par items et protocoles, avec ce qu'il en coûterait en terme d'appauvrissement de la parole, de la subjectivité, de l'affectivité ...*

*Il apparaît donc que l'essentiel est peut-être de laisser les référentiels « à leur place » c'est-à-dire de les considérer à titre indicatif, comme un outil qui permet seulement de formaliser l'activité et de ne pas polariser notre attention uniquement sur ce qui se voit, sur ce qui s'observe, mais de revenir toujours au véritable travail des professionnels, qui est essentiellement un travail relationnel, qui se décrit difficilement, et sur le but et le sens de l'action.*

---

<sup>67</sup> Meynckens-Fourez M., Vander Borgh Ch. et Kinoo Ph. (sous la dir.), *Eduquer et soigner en équipe : manuel de pratiques institutionnelles*. Bruxelles, De Boeck, 2011.

<sup>68</sup> Vallet P., *Quelle place pour la clinique dans la formation des travailleurs sociaux ?* Intervention RVHA, 24/11/2011 - [www.psychasoc.com](http://www.psychasoc.com)

Ainsi, P. Vallet invite à *changer de regard, changer de perspective pour venir au plus près de soi-même au lieu de s'en éloigner, travailler son être sensible pour plus de présence à l'autre ensuite*. Gageons que cette synthèse puisse permettre de rendre compte de cette conciliation indispensable entre les référentiels du métier d'AS et les différentes personnalités des travailleurs sociaux.

### **L'effet thérapeutique, une spécificité à défendre**

P. Vallet<sup>69</sup> explique en citant A. Lévy que *la démarche clinique met l'accent sur la singularité du sujet dans sa globalité et dans son histoire, et sur son implication dans une situation complexe. Celle-ci se définit comme un positionnement global, par rapport à l'autre, mais aussi par rapport au savoir et à son élaboration.*<sup>70</sup> *La démarche clinique privilégie un certain traitement de la réalité, basée sur l'idée d'un monde complexe, chaotique et la plupart du temps insaisissable.*

Elle met en avant *les surdéterminations économiques, sociales et culturelles auxquelles devront faire face les futurs travailleurs sociaux ; autrement dit, notre approche dans le travail est toujours multipolaire et il ne s'agit pas de « psychologiser » des problèmes sociaux, nous gardons en tête les enjeux du contexte socio-économique et politique, la complémentarité des structures sociales et des psychismes individuels.*

Ainsi, tel le décrit C. Leclercq<sup>71</sup>, *le contexte socio-économique n'a cessé de se dégrader, entraînant des conséquences sociales graves : chômage, précarité matérielle, nouvelle pauvreté, discrimination raciale, augmentation de la violence, pertes des repères symboliques traditionnels et érosion de la confiance dans les valeurs habituelles. Les équipes sur le terrain ont en conséquence dû s'adapter et faire face à une inflation des situations de détresse où se mêlent le social et le psychique et pour lesquelles traiter l'un sans l'autre reviendrait à mettre un emplâtre sur une jambe de bois.*

La structure, le contexte, les crises, les nouveaux décrets, lois ou directives, l'évolution de la réalité du terrain, de la société et de l'économie, de l'environnement, etc. sont autant d'éléments au sein desquels les AS, comme les usagers, devront naviguer. Gageons qu'en ce contexte social mouvant, cette synthèse puisse permettre de pointer l'étendue de l'effet thérapeutique produit par les suivis effectués par et avec l'AS de SSM.

### **L'accompagnement du citoyen-sujet, un espoir à maintenir**

Enfin, favoriser le lien social et le « vivre ensemble, avec les autres » demeure une finalité majeure que l'AS revendique et tente de conserver au centre de ses préoccupations malgré l'évolution des contraintes sociales actuelles et les controverses qu'elle entraîne. Dès lors, comme l'interroge J. Rouzel<sup>72</sup>, *saurons-nous dans les années qui suivent, accompagner des sujets dans le champ des échanges sociaux pour qu'ils y découvrent et créent leur propre place ? (...) Saurons-nous nous mettre au service de modes de traitement que les usagers du travail social inventent pour survivre ? Saurons-nous prendre en compte la parole de chacun, politiques, professionnels, usagers, dans une exigence qu'il n'est pas trop fort que de la nommer démocratique. Même le terme d'utilisateur qui prête à équivoque, gagerait à trouver un substitut : pourquoi pas citoyen ? Tout citoyen étant garanti dans ses droits, notamment en cas de difficulté sociale, mentale ou physique. Dans la rencontre entre usagers et professionnels, qui opère sous transfert, serons-nous accompagnants, soutiens, passeurs de leur cheminement, de leur élaboration ? Saurons-nous résister à cet « ordre dur », autre nom du capitalisme, du libéralisme et de la mondialisation ? Saurons-nous maintenir vivantes des institutions*

---

<sup>69</sup> Vallet P., *Quelle place pour la clinique dans la formation des travailleurs sociaux ?* Intervention RVHA, 24/11/2011 - [www.psychasoc.com](http://www.psychasoc.com)

<sup>70</sup> Lévy A., *Sciences cliniques et organisations sociales*. Paris, PUF, 1997, coll. Psychologie sociale.

<sup>71</sup> Leclercq C., *Les Services de santé mentale : spécificité, articulation & questionnements avec la réforme*. In : L'Observatoire, n° 72, 2011-12.

<sup>72</sup> Rouzel J., *Travail social et psychanalyse* – Texte en ligne : <http://www.psychasoc.com/Textes/Travail-social-et-psychanalyse>

*qui inventent des dispositifs favorisant plus la création que la mise au pas des sujets qu'on leur confie?*

Et celui-ci conclut optimiste que *tant qu'un ensemble de travailleurs sociaux restent mobilisés sur ces questions, il y a de l'espoir*. Gageons que cette synthèse puisse participer à cet élan de réflexion et de mobilisation *du champ social autour de la prise en compte de la personne comme sujet*.

### **L'AS au cœur de l'action en santé mentale, une multiplicité d'approches à préserver**

La fonction sociale varie d'une institution à l'autre, selon la vocation de l'institution, selon son histoire ou selon le type de public accueilli, etc. En SSM, la présence d'une fonction sociale est ancrée par le Décret du 3 avril 2009.

Ce travail de synthèse tend à montrer et à réaffirmer la place de cette fonction sociale par rapport aux autres fonctions de l'équipe. Il semble en effet essentiel de continuer à promouvoir une multiplicité d'approches car, comme le souligne P. Bivort<sup>73</sup>, *le croisement des approches ou la compréhension croisée d'une situation constitue un levier favorable au changement ; le croisement des regards participe d'un maintien de la complexité des situations (à l'encontre des simplismes et du solutionnisme) et, par la mobilisation du champ social, de la prise en compte de la personne comme sujet*. De par sa formation spécifique, il appartient notamment à l'AS d'apporter à l'équipe un éclairage concernant notamment le contexte et ses rouages socio-économiques et administratifs.

Grâce à cette richesse apportée par les différentes fonctions, comme l'énonce encore P. Bivort<sup>74</sup>, *à l'intérieur de cadres plus ou moins définis, il y a un espace où peuvent se déployer toute sorte d'initiatives, en fonction des besoins particuliers du public, de l'environnement, et au gré des potentialités créatrices des équipes*. Gageons que cette synthèse puisse permettre de confirmer l'AS comme étant bel et bien, d'une multitude de façons, l'une des potentialités créatrices existant au sein des SSM.

## **8. Annexes : présentation de 5 situations**

La synthèse s'étant construite autour d'échanges faisant suite à des présentations de situations concrètes, il semble utile d'en résumer quelques-unes.

### **8.1. Situation de madame J.**

La demande nous parvient par le PMS de l'école fréquentée par un des enfants. Le PMS explique par téléphone que « la mère est angoissée, stressée... ».

La demande est traitée en réunion d'équipe, la secrétaire signale qu'il s'agit d'une jeune maman mais peu d'éléments sont rapportés. Une AS est sollicitée afin de clarifier la situation et d'analyser la demande.

Lors du premier entretien, j'apprends que madame J. a 6 enfants, le dernier étant âgé de 3 mois. Elle parle essentiellement de ses relations avec le père de son premier enfant et avec son mari actuel, père de ses 5 autres enfants.

Je lui propose une seconde rencontre dans le but de réfléchir à la meilleure façon de l'aider. J'engage un projet d'aide psycho-sociale, j'analyse les problèmes existants, je lui assure une écoute attentive, j'effectue une anamnèse dans un climat de confiance. Sa demande est : « d'avoir un lieu de parole pour se faire aider, pour éviter de passer à des choses qu'elle regretterait comme frapper ou tout laisser tomber ».

---

<sup>73</sup> Meynckens-Fourez M., Vander Borghet Ch. et Kinoo Ph. (sous la dir.), *Éduquer et soigner en équipe : manuel de pratiques institutionnelles*. Bruxelles, De Boeck, 2011.

Son discours est assez flou et confus mais je collecte diverses informations sur ses parents, sur ses amis. Je clarifie, j'essaie de savoir ce que sont les crises, quand elles se produisent et où ; ce qu'elle pourrait regretter, ce qu'elle essaie de me dire,... J'essaie de comprendre ce qu'elle recherche en venant au SSM.

Madame souffre d'obésité morbide, elle signale que, dès qu'elle va mal, elle mange. Elle souffre de crises de tétanie et parfois ne se rend pas compte de ce qui se passe, elle a peur de faire du mal. Dès qu'il y a un souci de santé, elle se rend à l'hôpital. Elle vit en famille, dans une maison villageoise qui leur appartient (difficultés de transports).

Lors du troisième entretien, madame J. m'informe des difficultés qu'elle a vécues dans sa propre famille : elle se battait régulièrement avec sa mère et est partie de chez elle à 18 ans, enceinte. Elle a vécu dans un foyer familial avec son premier fils. Madame explique adorer les enfants, et en vouloir encore. Elle me signale qu'il y a de la violence grave dans le couple, mais également avec le premier fils, et entre les grands enfants.

Je lui propose de me mettre en contact avec son médecin traitant. Elle acquiesce mais signale qu'il faut aller doucement avec son compagnon, elle ne sait actuellement pas ce qu'elle souhaite, partir ou rester. Elle explique aussi qu'elle est inquiète car elle vit uniquement grâce à ses allocations familiales, monsieur n'aurait pas reçu d'allocations de chômage depuis 3 mois et il ne lui dit rien. C'est entre autres pour cela qu'ils se disputent.

Après ce troisième entretien, comme convenu, j'en réfère à l'équipe, et leur signale la situation préoccupante. Il est décidé que je me rende avec ma collègue AS à domicile afin d'apprécier le climat dans lequel ils vivent, de rencontrer le compagnon et de nous confronter à leur réalité.

Ils vivent dans une maison qui donne sur la place du village et dont l'état nous préoccupe (beaucoup de travaux de démolition). Ils vivent dans une pièce sans fenêtre, sans ouverture sur l'extérieur. La maison est sale et sent le mazout (poêle défaillant).

Au départ, monsieur veut partir mais il finit par participer à la rencontre. Durant l'entretien, les parents restent debout avec chacun un enfant dans les bras. Monsieur semble rechercher toujours l'approbation de madame J. par le regard. C'est elle qui semble détenir le pouvoir.

Ils sont isolés de leurs parents respectifs. Monsieur parle d'un problème grave qu'il a subi dans son dernier emploi sans expliciter ce qu'il en est. Il refuse d'aller travailler et a eu une sanction à l'ONEM de 4 mois. Il se met en danger, lui et toute la famille. Son unique projet est actuellement de rester à la maison, il compte sur madame J. pour qu'elle décroche un emploi « article 60 » auprès du CPAS. Mais il n'avait pas informé madame J. de cette décision. A la fin de l'entretien, madame J. signale à monsieur qu'elle nous a expliqué qu'il avait été violent. Les parents semblent peu réalistes et ont peu de projets éducationnels. Tout cela nous inquiète.

Nous proposons à madame de demander de l'aide au CPAS, ce qu'elle fait. Elle s'arrange aussi pour obtenir un nouveau poêle et de la nourriture par le biais d'une association, elle devient plus active.

Nous contactons la psychologue qui avait rencontré l'un des enfants à l'hôpital, nous recontactons l'assistante sociale du PMS qui signale que les enfants rackettent de la nourriture et des boissons à l'école. Le médecin qui rencontre madame J. à l'ONE est informé des démarches, il signale que plusieurs consultations sont manquées.

En équipe, il est décidé de rester centré sur le travail avec madame J., des rencontres régulières sont proposées. Des rencontres avec les différents intervenants PMS, ONE et CPAS sont convenues, dans un premier temps seuls et dans un second temps avec madame J.

Nous avançons, même si nous sommes toujours dans la clarification de la demande et que madame J. ne vient pas très régulièrement. L'importance pour l'instant semble être de maintenir le lien avec

le SSM, ce qui semble pouvoir aider à garantir la non-violence, et soutenir madame J. afin qu'elle ne laisse pas tomber...

### **8.2. Situation de D.**

Ma collègue, thérapeute du développement, reçoit au SSM D. et sa grand-mère. D. a alors 6 ans et recommence sa 3<sup>ème</sup> maternelle, suite au conseil du PMS qui voit l'enfant dans le cadre d'un suivi psychologique et logopédique. La grand-mère se rend d'abord dans un autre SSM où D. est vu par une psychologue qui fait l'indication d'une thérapie en psychomotricité relationnelle et qui nous l'oriente car ils n'ont pas de thérapeute du développement.

Au niveau familial, D. vit chez sa grand-mère paternelle, veuve depuis 3 ans. Les parents de D. y ont vécu aussi durant un temps mais ont laissé D. à la grand-mère après leur séparation. Il leur arrive de rester longuement sans voir leur enfant.

Après avoir effectué une observation de D. en plusieurs séances, ma collègue en parle en réunion : D. inquiète, se montre confus, très agité, etc. Elle s'interroge sur la place que l'équipe pourrait prendre dans cette situation, vu le nombre d'intervenants déjà en lice : le PMS, une logopède, la psychologue de l'autre SSM, et peut-être encore d'autres vu la situation familiale complexe peu claire. Elle se dit interpellée par le bon quotient intellectuel de D., mais aussi par son importante agitation, son mauvais langage, son refus de parler. Elle se demande comment il fonctionne à l'école dans un groupe classe. Elle exprime aussi qu'elle ne veut pas rester seule dans la situation.

Il est convenu que j'aille à l'école pour une observation en classe et une discussion avec son institutrice. Ma visite à l'école pourrait être une porte d'entrée pour rencontrer la famille ultérieurement avec ma collègue. Je me rends donc à l'école et la confusion continue : plusieurs titulaires sont responsables, la collaboration avec l'école est difficile (ce qui est rare).

Par la suite, ma collègue et moi avons plusieurs entretiens au SSM : nous rencontrons la grand-mère et le père de D., la mère et son nouveau compagnon, le père et sa nouvelle compagne. Nous rencontrons aussi régulièrement la grand-mère seule en essayant de la soutenir dans sa difficulté à gérer l'enfant au quotidien. Et la thérapie du développement avec D. continue, aussi de manière régulière.

Au niveau familial, plus nous avançons dans cette situation, plus nous sentons la nécessité d'un tiers « justice », parce que personne ne sait répondre à la question « qui décide pour cet enfant ». Rien n'est légalisé. Nous avons le sentiment que l'enfant n'est pas suffisamment protégé des conflits et des non-dits entre la grand-mère, la mère et le père. Notre tentative de mettre des mots et de clarifier la situation ne suffisent pas à contenir D. et à contenir sa grand-mère, souvent désespérée.

Les conflits sont tus, rien ne se parle. Le travail est toujours en cours...

### **8.3. Situation de madame H.**

Madame H. se présente au SSM afin d'introduire une demande de suivi psychologique. Elle est reçue par la secrétaire à qui elle fait savoir que son mari l'a quittée il y a 3 ans pendant qu'elle était dans le coma suite à une TS. Elle explique qu'elle a intenté une action en justice contre son mari car il ne lui verse aucune pension alimentaire, qu'elle vient de sortir de l'hôpital contre lequel elle a porté plainte car elle a mal vécu son hospitalisation. Elle explique aussi qu'elle va être expulsée de son logement. Elle se dit désocialisée et renfermée, elle ne se sent pas soutenue par sa famille et dit ne pas avoir d'amis. Son médecin traitant lui prescrit des antidépresseurs mais elle n'a aucun traitement administré par un psychiatre, elle a néanmoins eu plusieurs suivis psychiatriques auparavant.

En réunion d'équipe, nous décidons qu'elle sera suivie auprès du psychologue et qu'une entrevue avec l'AS sera organisée afin d'éclaircir la situation et de voir si, derrière la demande de suivi psychologique, il n'y a pas une demande sociale. S'ensuit un vaste accompagnement.

Madame H. semble très angoissée à l'idée de se retrouver à la rue et me demande un soutien dans ses démarches de logement, je l'accompagne au sein de plusieurs AIS (Agences immobilières sociales) et contacte son avocate afin d'avoir plus d'informations concernant l'avis d'expulsion. D'autres démarches au niveau des logements privés sont faites par madame H. mais aucune n'aboutit.

J'accompagne madame H., très angoissée à l'idée de revoir son mari, à la Cour d'Appel du Tribunal dans le cadre de sa demande de pension alimentaire. Puis, suite au jugement favorable, nous continuons les démarches par rapport aux arriérés de cette pension alimentaire.

Elle est également en demande d'activités, de formation ou de bénévolats – elle se sent isolée. Nous nous rencontrons donc plusieurs fois afin de cibler davantage ses attentes, effectuons quelques recherches et je l'oriente vers les services concernés mais madame ne va pas au bout de la démarche.

Elle se montre de plus en plus envahissante, elle cherche à me contacter plusieurs fois par semaine. Je ressens chez elle le besoin d'être sans cesse rassurée.

Sa santé se dégrade de jour en jour. Elle se sent mal, ne mange plus, est de plus en plus affaiblie et développe des idées noires. J'apprends par la psychologue que madame fait face à des crises d'anorexie et parle de se suicider. Elle ne souhaite pas se faire hospitaliser malgré nos recommandations et celles de son médecin traitant.

Madame continue à demander du soutien dans sa recherche de logement mais met néanmoins en échec tout ce que je peux lui proposer. En équipe, nous remarquons que le comportement de madame H. amène de l'épuisement chez les intervenants et au niveau de son entourage. Ses différentes mises en échec nous amènent à penser qu'elle n'est peut-être pas encore prête au changement. J'avance donc à son rythme en acceptant ses venues irrégulières, mais tout en la confrontant à sa réalité de vie.

Suite à des moments de violence avec un nouveau compagnon et à ses troubles alimentaires persistants, je lui conseille encore de se rendre aux urgences où elle est finalement prise en charge. Elle sort de l'hôpital très peu de temps après refusant un transfert dans un autre pavillon.

Elle effectue ensuite plusieurs séjours à l'hôpital, notamment suite à une TS et à une agression. Je lui rends plusieurs fois visite à l'hôpital afin de maintenir le lien, de préparer sa sortie mais surtout de l'aider à accepter l'utilité de la période d'hospitalisation. Même si madame H. semble parfois apprécier son séjour à l'hôpital et se rendre compte du besoin qu'elle a de se soigner, elle finit toujours par quitter à nouveau l'hôpital avant la date de sortie notamment suite à des désaccords concernant le traitement.

Entre les hospitalisations, madame H. demande différents rendez-vous mais annule chacun d'entre eux. Suite à une plus longue période sans contact, inquiets pour madame, nous décidons de lui demander de venir au SSM afin de remettre un cadre à son suivi.

Plusieurs rencontres ont encore lieu, madame H. continue à passer des moments de vie en couple, de crises et d'hospitalisation. Enceinte, alors qu'elle est à nouveau amenée à l'hôpital, elle termine cette fois le processus d'hospitalisation en ne mettant pas à mal la relation d'aide.

Toujours en contact avec moi, de manière plus ou moins régulière et souvent par téléphone, elle demande notamment un suivi psychiatrique auprès du psychiatre du SSM et me fait part des avancées de sa vie : ses démarches concernant son logement et sa pension alimentaire, sa vie de couple et ses séparations, etc. Elle semble avancer petit à petit dans ses démarches, à présent par elle-même, tout en sachant que le SSM est là en cas de besoin.

Je n'ai plus de contact avec madame H. depuis 2 mois, elle continue à voir notre psychiatre...

#### **8.4. Situation de monsieur E.**

L'homme dont je vous parle, monsieur E., est âgé de 34 ans, et est suivi de manière fort régulière depuis presque 3 ans au rythme d'environ une fois par mois. Il a fait 3 mois de préventive et a été condamné à 4 ans et demi de prison avec sursis pour avoir violenté physiquement sa petite amie.

Il s'agit d'un suivi probatoire, avec, pour reprendre textuellement la mission sur l'apostille, « vocation d'aider le patient à juguler son agressivité ».

Monsieur E. me dit, lors de notre première rencontre, qu'il a fréquenté un atelier sur la communication non violente, expérience qui a présenté pour lui un intérêt certain. C'est un homme d'1m85, d'allure athlétique, d'origine italienne, avec une présentation caricaturale (vêtements de sport de marque, casquette, lunettes solaires, gestuelle abondante accompagnant le verbe, et tonalité un peu haute). Son père est Sicilien comptable, mais surtout chômeur et joueur de poker professionnel, brassant occasionnellement des liasses de billets. Sa mère est d'origine napolitaine, décédée d'un cancer quand il avait 19 ans. Le couple parental s'est séparé quand monsieur E. avait 8 ans.

Caïd des cours de récré puis plus tard buveur, consommateur de cannabis et bagarreur en discothèque, c'est un miracle si les échauffourées dans lesquelles il est impliqué ne se terminent pas d'une manière plus dramatique. Ses copains s'éloignent de lui tant son comportement est une source d'ennuis potentiels, et monsieur E. dit en souffrir.

Il a fait des humanités techniques dans une grande école secondaire : chauffagiste-frigoriste. Avant les faits, il n'avait pas de casier judiciaire. Lors de son incarcération, un fameux traumatisme pour lui, il a perdu un emploi qu'il occupait depuis quelques années au TEC, mais au moment où je le rencontre, il retravaille depuis un an dans un service de maintenance au sein d'un grand hôpital.

L'essentiel du travail avec monsieur E. va être de revenir et revenir encore sur le film des événements vécus (situations d'incidents, de tensions, de scènes où le dérapage a été imminent), il amène énormément de matériel, et permet de convoquer de la pensée, de l'élaboration, de différer l'agir, bref de privilégier des réponses adaptées proportionnelles à la situation, acceptables sur le plan social.

Dans ce délicat et lent exercice, le patient et moi allons être aidés par des traits de sa personnalité s'exprimant d'entrée comme une méticulosité extrême, qui appartient sans conteste au registre obsessionnel. A noter également une fragilité narcissique importante, qui va permettre de connoter positivement ses acquis en matière de contrôle de soi.

Monsieur E. est devenu père d'une petite fille, et sera bientôt papa d'un fils. Il donne ainsi fugitivement l'illusion d'être en paix dans ce rôle de père, assurant les navettes à la crèche, au volant du break ad hoc.

L'objet féminin a bien du mal à s'inscrire durablement dans une altérité qui trouve grâce à ses yeux ; un objet qu'il s'imagine comme difficilement autre que jetable, au profit d'un autre, neuf, et paré un moment de tous les attraits. Monsieur E. reste un homme à la pulsionnalité inquiétante.

Pourra-t-il se contenir en-deçà de certaines limites ? Respectera-t-il suffisamment les interdits ? Notre engagement à ses côtés reste un pari qu'il gagne encore en humanité, sans perdre notre lucidité, et en continuant à se confronter à lui...

#### **8.5. Situation de L.**

L. a 6 ans, elle est enfant unique et vit avec son père.

Les difficultés se situent dans un premier temps au niveau du suivi scolaire et de la relation entre les différentes dyades. Monsieur se présente à nous assez désemparé, il nous dit jouer le rôle de père et de mère à la fois. Madame a un lourd passé et présent psychiatrique, elle est diagnostiquée

schizophrène. Il est décidé que ma collègue rencontre l'enfant seule et que j'entreprenne un travail de soutien avec monsieur mais très vite nous proposons de rencontrer toute la famille et donc d'intégrer la maman dans le travail.

Madame ne va pas bien, elle exprime régulièrement ses angoisses, Monsieur exprime la nécessité d'avoir le soutien de madame dans l'éducation de l'enfant. Monsieur est lui-même en dépression, il n'arrive plus à gérer son travail ni les devoirs de sa fille et demande une mise en incapacité de travail à son médecin traitant. Les parents décident alors de vivre à nouveau en couple.

Les difficultés scolaires de L. s'intensifient ; l'école et le PMS décident de la faire repasser de première année en troisième maternelle.

Au fil des mois, nous continuons à rencontrer la famille mais L. exprime des angoisses, sa maman menace de se suicider et met une pression après les entretiens individuels. Madame est très souvent hallucinée visuellement, elle parle pendant les entretiens de la présence de certaines personnes que nous n'avons jamais rencontrées. Les entretiens sont très lourds en émotions.

Entre temps, L. change d'école. Elle semble accrocher à cette nouvelle école mais a peu de relations au sein de sa classe. Nous contactons l'école pour avoir son point de vue ou pour organiser une observation mais malheureusement la direction fait barrage.

Nous décidons de dégager L. des entretiens, et je continue à voir les parents. Monsieur et madame font différents passages à l'acte : monsieur consomme de la cocaïne et fait une overdose ; madame s'automutile, agresse les gens, menace avec des couteaux, etc.

Après concertation, je leur demande de contacter le SAJ. Les parents suivent nos indications et nous exprimons au SAJ l'urgence de la situation. Le SAJ leur propose une AMO car nous suivons la famille et que madame a deux psychiatres, le SAJ se sent donc rassuré. Nous essayons de contacter l'AMO à plusieurs reprises, sans succès.

Nous maintenons des rencontres régulières afin de faire lien malgré les impasses. Madame fait des allers-retours en psychiatrie. Monsieur intègre un hôpital de jour. L'enfant se maintient au niveau scolaire.

Les mois passent, L. interpelle le PMS, elle dit que ça ne va pas à la maison, que sa maman va mal, que papa dort beaucoup. Nous avons plusieurs contacts téléphoniques avec le PMS. L. développe des tics : elle se jette la tête en arrière. Nous demandons au pédopsychiatre du SSM de la rencontrer et une médication est mise en place.

A la rencontre suivante, j'exprime mes inquiétudes par rapport à l'évolution de la situation et propose d'orienter L. vers un SRJ. L. pose des questions et montre un intérêt. Et malgré leur réticence initiale, les parents acceptent que L. soit inscrite sur une liste d'attente.

Avec la famille, nous continuons à travailler cette question de la séparation, de l'écart nécessaire, ...