

Journée d'études du vendredi 30 janvier 2015 organisée
par le Groupe de travail « Fonction sociale en SSM »



***Comment la dimension sociale questionne et
transforme la pratique en santé mentale ?***

Résumés des interventions et des ateliers

Table des matières

Les interventions de la matinée..... 2

La fonction sociale en service de santé mentale	
Groupe de travail « Fonction sociale en SSM ».....	2
Les usages sociaux et symboliques de la psychologie	
Jean-François Gaspar.....	2
Intégrer la question sociale dans les pratiques en santé mentale ? La nécessité d'une pensée métissée – Jean Furtos	4

Les ateliers de l'après-midi..... 7

Atelier « Un peu ? » - En santé mentale, le social identitaire et complexe : articulation précarité/social en faveur de l'objectif thérapeutique	7
Atelier « Beaucoup ? » - En santé mentale, le social partagé et redistribué : l'articulation psy/social en faveur de l'objectif thérapeutique.	9
Atelier « À la folie ? » - Le social multiple et culturel : à la rencontre des diversités sociales et culturelles en faveur de l'objectif thérapeutique	10
Atelier « Passionnément ? » - En santé mentale, le social outillé et personnalisé : articulation formation/social en faveur de l'objectif thérapeutique.....	11
Atelier « Pas du tout ? » - En santé mentale, le social accessible et garanti : articulation individu/société en faveur de l'objectif thérapeutique	13

Les interventions de la matinée

***Les résumés des interventions reflètent ce que le CRéSaM a retenu. L'objectif est d'évoquer la richesse des interventions et d'en extraire différents fragments intéressants.
Les textes n'engagent aucunement la responsabilité des intervenants.***

La fonction sociale en service de santé mentale

GRUPE DE TRAVAIL des assistants sociaux des services de santé mentale des régions du Centre et de Charleroi

La version complète de la synthèse présentée est disponible sur le site internet du CRéSaM :
<http://www.cresam.be/Fonction-sociale>

Les usages sociaux et symboliques de la psychologie

Jean-François GASPAR, Haute École Louvain en Hainaut et Haute École Namur-Liège-Luxembourg, Responsable du CÉRIAS (Centre d'Études et de Recherches en Ingénierie et Action Sociales), Membre associé du Centre européen de sociologie et de science politique de la Sorbonne (Paris : équipe CSE)

Alors que leur « importance sociale » est peu reconnue, voire discréditée, et que les moyens dont ils disposent sont précaires et insuffisants, les travailleurs sociaux s'emploient à exister professionnellement.

Le travail social est abordé de manière sociologique et propose une lecture basée sur les facteurs sociaux, les croyances, les principes, etc., qui déterminent les modes de pensée et d'action individuelle. Le risque de caricature est présent ; là est pourtant l'art de la sociologie, celui de comprendre les élans sociétaux.

Il existe maintes définitions du travail social. Ses frontières sont floues et fluctuantes (de nombreux AS effectuent le même travail que des éducateurs ou que des psychologues). Il est récent (la première école sociale est créée en 1920 à Bruxelles). C'est un métier humble, à l'opposition d'autres professions bien instituées comme les médecins, avocats, architectes, etc.

La professionnalisation du social trouve ses sources au sein des courants philanthropiques (discours moral) et religieux (le social au nom de la charité), du développement des sciences sociales, de l'hygiénisme, des mouvements ouvriers (volonté de ne pas laisser la philanthropie au patronat et d'impliquer les travailleurs), des prémices de la protection sociale, du souci de la protection de l'enfant, de la montée du féminisme, etc.

Actuellement, les métiers du social emploient au moins 75 % de femmes. Cela, en conformité avec l'inégalité observée au sein des professions : les femmes sont sous-représentées dans les postes de cadres mais surreprésentées au sein des postes précaires ; en accord avec la division sexuée du travail persistant au sein de la société : aux hommes le capital économique et aux femmes le capital symbolique ; mais aussi car le

travail social émane d'une forme de professionnalisation de la fonction maternelle d'accompagnement de l'enfant.

La faible reconnaissance des métiers du social est multiple : économique (bas salaires), médiatique (image liée notamment à la violence), politique (travail d'« emplâtre sur jambe de bois »), scientifique et académique (absence de réelle théorie sur les pratiques). Elle est de surcroît alimentée par une auto-dévalorisation (auto-dévalorisation) : parler de son travail est complexe, les explications mènent bien souvent à une impression de métiers durs, confrontés à la souffrance, etc.

Or, le travailleur social apporte ce qu'il y a de plus précieux : reconnaissance, considération, sens à la vie et à la mort. Pourquoi effectue-t-on ce travail ? Sans angélisme ni diabolisation, une recherche présentée ci-après tente de mettre à jour les raisons d'être des travailleurs sociaux. Cette analyse sociologique, enquête ethnographique de longue durée croisée à une analyse factorielle a permis de mettre en évidence, en 3 pôles, 3 raisons d'être des travailleurs sociaux.

Les travailleurs sociaux du pôle clinique visent l'atténuation des souffrances individuelles. Ils ont parfois eux-mêmes un vécu de souffrance personnelle et de dette négative envers la société (et veulent donc proposer aux autres ce que la société n'a pu leur offrir). Ils remettent en cause certaines valeurs et s'engagent au niveau de la réparation. Ceux du pôle militant insistent sur la collectivisation des demandes et des difficultés, ils aspirent à faire pression sur le pouvoir politique. Ceux du pôle normatif s'appliquent à faire respecter des règles et des lois, perçues comme un facteur d'intégration sociale (être en ordre de CPAS, mutuelle, etc.). Les travailleurs sociaux ne sont évidemment jamais pleinement investis dans un pôle unique mais peuvent voyager entre ceux-ci.

Le pôle clinique, au sein duquel on situe notamment les assistants sociaux travaillant en santé mentale, fait référence aux 3 caractéristiques de la souffrance évoquées par Didier Fassin¹ dans « Des maux indicibles » : (1) la notion polysémique : toutes les difficultés sociales peuvent être qualifiées de « souffrance » ; (2) l'affect contagieux : la souffrance se transmet et (3) l'usage discrétionnaire : la mobilisation de la souffrance permet une zone d'autonomie aux travailleurs sociaux (notamment en réaction à la diminution d'autonomie générée par la nouvelle gestion publique amenant de plus en plus de cadres et de protocoles). Elle permet de revendiquer l'écoute et la considération de la souffrance plutôt que la course à l'objectif quantifiable.

Cette considération pour la souffrance est permise par la psychologie dont les schèmes basiques, très largement repris dans les instituts de formation et dans les formations continues pour travailleurs sociaux, sont une sorte de « prêt-à-penser » congruents avec le discours chrétien et plus largement humaniste, compatibles avec le discours centré sur l'importance de la famille, complémentaires de leur aversion pour la politique et l'administratif.

La place accordée à la souffrance (pourtant difficile à mobiliser sur le terrain) ainsi qu'une certaine forme de vulgarisation de la psychologie, permettent au travailleur social de s'engager et de trouver sa vocation (notion sociologique). Ce processus donne au travail son double sens, mis en évidence par Max Weber : il permet à l'être humain de se réaliser, ainsi que de s'engager en fonction d'objectifs supérieurs.

¹ Didier Fassin, Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute. Paris, La Découverte, 2004.

Intégrer la question sociale dans les pratiques en santé mentale ? La nécessité d'une pensée métissée.

Jean FURTOS, Psychiatre, Directeur scientifique honoraire de l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP, Lyon)

Les différents temps actuels de la société : le temps maniaque, celui de l'urgence permanente où l'on a toujours quelque chose à faire, où il faut travailler sans arrêt ; le temps mélancolique, celui où l'on se met à penser que tout est foutu, qu'il n'y a plus de justice, plus de politique, plus de pédagogie, etc. ; et le temps traumatique, celui de la répétition cauchemardesque telle les visions en boucle proposées par les médias entraînent une précarité sociale (perte de confiance, besoin de se couper des gens, phobie sociale, impression que l'on doit uniquement se débrouiller par soi-même, etc.).

La précarité est à différencier de la pauvreté. De nombreuses personnes gagnant bien leur vie vont, elles aussi, fort mal, occupent des métiers très précaires et souffrent au travail. La précarité existe aussi sans la pauvreté même si la pauvreté est certainement un facteur aggravant.

Le nouveau management public ressemble de plus en plus au management financier et mondialisé. Il insiste sur l'utilité du travail, l'augmentation de la productivité forcée, la diminution de l'engagement personnel à la réalisation du bel ouvrage, etc. Tout met malheureusement sur le côté le caractère interpersonnel du travail : le travail en équipe, avec le client ou l'utilisateur ; ainsi que son caractère « transpersonnel », que Pierre Bourdieu appelle capital symbolique et qui voudrait qu'idéalement, ce que l'on fait doit prendre sens aussi par rapport à une entité qui nous dépasse.

Dans ce contexte, la clinique psychosociale se doit d'être une clinique transversale qui n'appartient ni au psychologue, ni au psychiatre, ni à l'AS, ni au directeur, ni au pompier ni à personne. C'est une clinique où le dérèglement par rapport à la capacité de vivre porte à 100% sur le social autant qu'à 100% sur le psychique (le scolaire, le logement, la phobie sociale, etc. sont des difficultés d'un certain point de vue 100% sociales, et d'un autre 100% psychiques). L'intérêt est actuellement d'avoir une vision métissée où la question de la pureté des métiers, devient relativement secondaire. Le corps de métier doit se résumer à une autorisation par la loi de ce que l'on peut ou ne peut pas faire, mais la pureté des métiers n'existe plus comme elle pouvait exister auparavant. Ce métissage doit avoir un impact dans les rôles et places des différents acteurs psychosociaux.

Par ailleurs, la clinique psychosociale est transversale et « transnosographique », elle existe aussi bien pour les schizophrènes que pour les personnes souffrant d'autres pathologies ou pour les gens non étiquetés selon une pathologie. Car chaque être vivant a la capacité de désespérer de l'autre et, lorsque l'on désespère du lien à l'autre et qu'on se sent exclu, qu'on n'a plus envie de vivre, on souffre du rapport à l'autre. Cela peut engendrer une congélation du moi : le « moi » refuse de souffrir par rapport à l'autre, et pour ne pas souffrir, ne pas se sentir souffrir, le corps est anesthésié (ce qui peut survenir aussi en cas de stress aigu).

Cela entraîne une réflexion quant au travail avec la non-demande. Comment clarifier la demande avec des gens qui mettent au repos leurs émotions, leur corps, leur intelligence ? Comment faire en sorte de les aider à penser sans attendre qu'ils soient capables de parler d'eux-mêmes ? Que se passerait-il s'il était dit aux patients, « revenez quand vous saurez ce qui ne va pas » ? Quelqu'un qui sait ce qui ne va pas, qui sait dire ce dont il souffre est déjà moins malade. Quelqu'un de profondément malade n'est plus capable de dire son problème. Et lorsqu'il n'y a plus de demande, celle-ci doit être portée par un tiers. L'AS peut notamment être amené à porter cette demande. Il faut pouvoir la porter sans que cela devienne du harcèlement ou de la toute-puissance, accepter les échecs et ne pas abuser de la contrainte même si elle est une possibilité.

Souvent, les choses sont déposées chez le professionnel qui, de par sa fonction ou sa position, ne peut rien faire de l'information. C'est l'inversion sémiologique paradoxale, on demande au psy des objets sociaux qu'il ne peut pas donner et on fait à l'AS des confidences qu'il ne peut pas traiter. Il faut accepter cette inversion, accepter d'être délogé de son corps de métier pour pouvoir y loger l'autre. Et avoir une écoute là où la personne nous attend, même si c'est parfois paradoxal ou non attendu. Lorsqu'on comprend qu'il faut travailler dans un monde à l'envers, tout s'éclaire.

Lorsqu'on se trouve face à quelqu'un qui a anesthésié sa souffrance (angoisse d'exclusion, malaise, haine, etc.), c'est celui qui est en face qui reçoit le malaise et qui souffre. Un individu isolé n'existe pas et si quelqu'un souffre, celui qui est en face souffre bien souvent à son tour. En cela, le premier signe de la maladie sociale, c'est le malaise de l'intervenant. En effet, lorsque le professionnel reçoit le paquet traumatique de l'autre, il doit éviter d'effectuer des interprétations sauvages et hâtives mais écouter et accepter le malaise comme faisant partie du travail. S'il est en rencontre intersubjective, en empathie humide, le professionnel est humidifié à son tour et doit ensuite pouvoir parler pour presser l'éponge (en parler à la hiérarchie, aux collègues, avec soi-même, etc.). Le professionnel se laisse traumatiser par substitution (c'est le transfert), et laisse l'autre habiter son corps pour ensuite mettre en narrativité et, par cela, évacuer.

On peut y voir une raison de la féminisation du métier d'AS. Il a été observé que les rates (femelles) réagissent à un stress en se frottant le museau alors que les rats (mâles) réagissent par des attaques et des fuites. De même, suite à un stress, les femmes ont le besoin de parler alors que les hommes désirent fuir ou donner des coups de poing ! Le rapport à la souffrance est différent. Le métier d'AS n'est évidemment pas un métier uniquement féminin mais bien un métier où il faut être empathique et prêt « à se froter le museau » !

Pour en revenir à la question des rôles et des fonctions, l'objectif n'est pas de savoir si l'AS est clinicien ou non mais de le sceller comme un acteur de la clinique psychosociale. Et de s'interroger sur la répartition des rôles et l'articulation des différents professionnels en vue d'une clinique transversale psychosociale. Le métissage, c'est mettre ensemble des hétérogénéités, des altérités. C'est supporter différentes manières de penser le monde, de penser la relation, etc.

Le métissage est un concept inspiré d'une expérience citée par Jeanne Favret-Saada, anthropologue étudiant la sorcellerie paysanne dans le bocage mayennais, grâce à laquelle on se rend compte qu'écouter, c'est prendre le mauvais destin en soi. Nous sommes perméables au bien et au mal que nous veulent les autres et au bien et au mal que nous transmettent les autres. Nous sommes tous des chasseurs de mauvais destins. Mais il y a plusieurs manières de comprendre le mauvais destin : la manière psychanalytique et la manière traditionnelle. Quoi qu'il en soit, il est important de penser ce à quoi nous sommes confrontés d'une manière métissée. La pensée magique n'est pas si bête, mais pas si magique, la pensée rationnelle n'est pas si rationnelle. Isabelle Stengers², dans son ouvrage, « La sorcellerie capitaliste », décrit très bien que le système capitaliste est un système sans sorcier mais qui produit de la sorcellerie et fait perdre aux gens leur force. Pourquoi la société dans laquelle nous vivons influence-t-elle négativement le vivre ensemble en prônant l'hyper individualisme, la paranoïa sociale, etc. Comment s'en protéger ? Comment empêcher le mauvais esprit du capitalisme actuel de nous faire baisser les bras, de nous démotiver et de faire en sorte que, sur le plan du social, certains de nos patients en pâtissent ? Souffrir, c'est être mal à l'aise, mal dans sa peau, ne plus pouvoir faire les choses, etc. Mais la souffrance peut se faire avec aspiration, c'est-à-dire partagée aux autres dans le but d'avancer, de se révolter.

Il faut accepter que le transculturel ne soit plus une distinction entre le moderne et la tradition, tel un rapport de force, entre colonisateurs et colonisés. L'ambition doit être d'imprégner le transculturel du nouveau

² Isabelle Stengers et Philippe Pignarre, La sorcellerie capitaliste - Pratiques de désenvoûtement. Paris, La Découverte, 2007.

métissage entre le système de management néolibéral, qui travaille seulement avec des flux d'argent, d'information, de cas, etc. et le système qui inclut la notion d'un rapport au travail intersubjectif, de bel ouvrage, de satisfaction du client et de travail pour faire et se faire (autosatisfaction). Comment passer du management néolibéral mondial, de la société qui loue le présent, les techniques et les bénéfices chiffrés, aux alliances locales et micro-locales ? Comment vivre ensemble, vivre avec soi, vivre dans un futur qui appartient à tous et dans une tradition à réinventer au fur et à mesure ? Comment faire émerger le métissage ?

Les ateliers de l'après-midi

Les résumés des ateliers réunissent l'introduction proposée par les personnes ressources et les échanges entre participants. L'objectif est d'évoquer la richesse des différentes pistes évoquées en vue de faire progresser la réflexion et l'action.

Les textes n'engagent aucunement la responsabilité des personnes ressources.

Atelier « Un peu ? » - En santé mentale, le social identitaire et complexe : articulation précarité/social en faveur de l'objectif thérapeutique

Avec la participation de :

Emmanuel NICOLAS, Assistant social, Anthropologue, Intervenant psycho-social à MASS Diapason, Chercheur pour l'UCL, l'UMons et la HELHa, Coordinateur et formateur pour le Certificat « santé mentale en contexte social » (UCL, SSM Le Méridien)

Et des membres du Groupe de travail (GT) sur « La fonction sociale en service de santé mentale » :

Dominique DAMS, Assistante sociale, Service provincial de santé mentale de Charleroi

Catherine VAN BELLEGHEM, Assistante sociale, Service de santé mentale du CPAS de Charleroi - Service de Gosselies

L'atelier prend forme autour d'une situation concrète présentée par les AS du GT et d'une introduction (PowerPoint et photos) d'Emmanuel Nicolas.

Dans les SSM, sont reçus aussi bien des personnes en grande précarité matérielle et financière que d'autres personnes pour lesquelles l'aspect financier ne fait pas difficulté. Dans les deux cas, les souffrances sont très souvent sociales (familles, rapports aux autres, rapports au travail, etc.) et nécessitent le développement d'une approche globale. La question souvent posée « est-ce le social qui a un impact sur le psychique ou l'inverse ? » peut tendre à enfermer la réflexion. Il est clair que le contexte social post moderne met à mal les institutions, les intervenants et les personnes en général. Il entraîne des failles, des fractures et des atteintes aux liens sociaux qui se manifestent par des symptômes (errance, toxicomanie, tensions dans les rapports de genre, etc.). Ces symptômes et ces troubles portent atteinte à la qualité du lien à soi et aux autres. Et, qu'elle soit liée ou non à la vulnérabilité intrapsychique, l'exclusion sociale et ses effets interrogent les capacités d'adaptation et de résistance face à des situations qui insécurisent toujours davantage.

La réflexion sur ce lien entre la pauvreté, la précarité et le social est abordée autour de 3 acteurs : bénéficiaires, intervenants sociaux et institutions.

Au niveau institutionnel, plusieurs constats sont pointés. Les différents secteurs se renvoient souvent les difficultés rencontrées (du social vers la psychiatrie et inversement) et le manque de pratiques concertées persiste. Les places continuent à manquer et les temps d'attentes pour une prise en charge demeurent fort longs. Les logiques marchandes renforcent la psychiatrisation et les logiques sécuritaires renforcent les positions défensives et protectrices. Le politique tend à catégoriser et à diagnostiquer alors que, bien souvent, ce qui fait soin c'est le collectif, le multidisciplinaire et le transculturel.

Au niveau de l'intervenant social, les observations sont nombreuses. L'intervenant doit faire face à un nombre croissant de situations lourdes à porter demandant une grande créativité. Il assiste à un appauvrissement

durable et à une augmentation des troubles de l'attachement. Il constate que derrière une demande psychique (déprime, etc.), se trouve bien souvent toute une dimension sociale. Il assiste à un cumul de difficultés et à des situations complexes telles des mille-feuilles. Les souffrances du professionnel (comme par exemple la souffrance au travail) rejoignent parfois celles du bénéficiaire et cette énonciation d'un « commun d'existence » peut entraîner une violence symbolique ainsi qu'une difficulté d'ajustement à l'autre. Les pratiques, amenées à articuler le corps psychique avec le corps physique et le corps social, nécessitent l'élaboration d'un processus narratif et la création de tiers.

Et, au niveau des bénéficiaires, est observée une grande violence à l'égard du corps physique et du corps social (englobant la famille et les institutions). De nombreuses formes d'exclusion sont à l'origine de souffrances psychiques. L'isolement et la paupérisation contribuent à la désocialisation ou à la socialisation par défaut (comme l'errance). Les formes de conduites à risques se diversifient et augmentent. Les nécessités de se métisser et de ne pas s'attacher sont évoquées par les bénéficiaires comme un moyen de défense. Les besoins d'aide administrative et d'assistance sociale sont de plus en plus manifestés.

Entre ces 3 acteurs, existe une force centrifuge et une force centripète. La force centrifuge est due au contexte social (demande de performance, catégorisation, contrôle, etc.), c'est la tendance à l'éloignement des acteurs les uns des autres et à la diminution des relations. La force centripète trouve sa source dans l'interdisciplinarité, le travail à plusieurs, l'articulation des pratiques, la culture transdisciplinaire, etc., elle rassemble par un métissage entre les pratiques. Le métissage est en ce sens la capacité à faire un mouvement entre plusieurs référentiels (par exemple le référentiel social et le référentiel psychiatrique). Cela crée un savoir neuf (métissé) et de nouvelles pratiques qui amènent les institutions à changer de centre de gravité pour proposer une clinique plus proche des personnes et de leur réalité globale.

Plusieurs pistes et expériences sont partagées :

Au niveau institutionnel, il est primordial de favoriser la communication et la collaboration entre services. Il est indispensable de mobiliser et de faire exister les espaces collectifs, le tissu social et les milieux associatifs (cafés, centres culturels, librairies, etc.) qui disparaissent petit à petit et fournissent pourtant de précieuses ressources sociales et psychiques. Il est nécessaire d'inventer d'autres façons de se rencontrer malgré le resserrement du cadre administratif (encodage, etc.). Le collectif, le groupe et le communautaire sont à remettre au centre des préoccupations. La « marge » doit conserver une place et ne peut disparaître au profit de la totale inclusion ou exclusion.

Pour les intervenants, la créativité apparaît comme un moyen de contrer les limites imposées et de créer un lien de qualité avec les bénéficiaires. Elle peut notamment passer par des médias (comme la marche) ou par des associations entre services différents. Elle est aussi utile pour renforcer un plaisir au travail car la souffrance et le plaisir, qui touchent au même récepteur, font partie du quotidien des intervenants. Elles peuvent nous faire vibrer, réveiller des failles, ou nous user. Il est important de faire porter les souffrances par un collectif (l'équipe ou les supervisions). A ce titre et à bien d'autres, la nécessité d'avancer en équipe et en réseau, dans le partage des particularités de chacun, semble incontournable.

Quant aux bénéficiaires, il apparaît immanquable de prendre en considération à la fois leurs besoins primaires (besoins d'habiter, de s'ancrer, de circuler, etc.), leurs besoins essentiels de lien (contacts, réseaux, social, etc.) et leurs besoins d'écoute ou de considération de leur dimension intime et psychique.

Atelier « Beaucoup ? » - En santé mentale, le social partagé et redistribué : l'articulation psy/social en faveur de l'objectif thérapeutique.

Avec la participation de :

Luc VAN HOUTRYVE, Psychiatre, Service de santé mentale "La Pioche" à Marchienne-au-Pont, Service de psychiatrie du Centre hospitalier EpiCURA

Et des membres du Groupe de travail (GT) « Fonction sociale en service de santé mentale » :

Chantal DELTOUR, Assistante sociale, Service de santé mentale "Centre de guidance de Charleroi"

Chloé DELMOTTE, Assistante sociale, Service de santé mentale "La Pioche" à Marchienne-au-Pont

Michèle NEFFE, Assistante sociale (retraîtée), Service provincial de santé mentale de Courcelles

L'atelier prend forme autour d'une introduction présentée par Luc Van Houtryve et par les AS du GT.

En en référant à la psychiatrie alternative italienne, il peut être énoncé que la rencontre avec l'utilisateur se définit comme allant de l'institutionnel au mental : le fonctionnement institutionnel du service est le prisme par lequel est perçu le mental (le psychique) de la personne reçue. Les caractéristiques institutionnelles (les références théoriques, idéologiques ou politiques, le fonctionnement ou les conduites institutionnalisées (analyse de la demande, etc.), l'histoire du service et de ses membres, l'organisation hiérarchique, la réunion et le travail en équipe, les différentes identités et fonctions des professionnels en présence) sont autant de facteurs qui influencent la rencontre avec l'utilisateur et l'appréhension des difficultés qu'il rencontre. La réalité psychologique d'une personne, ne fait pas l'objet d'une simple observation par les professionnels, mais bien d'une réflexion, d'une construction, d'un bricolage. La compréhension de la réalité psychologique, tout comme le travail qui s'en suit peut donc difficilement se faire seul et s'enrichit clairement d'un métissage des points de vue.

Ce métissage répond au constat contemporain qu'il n'est plus souvent possible, ni pertinent, de traiter un problème de façon isolée : les demandes vont souvent au-delà du thérapeutique et impliquent des éléments sociaux (solitude, addiction, dette, logement, etc.). Les personnes rencontrées interpellent d'emblée sur deux paramètres « condition de vie et souffrance individuelle ». Ces paramètres sont confusément intriqués et souvent le contexte social, vécu comme persécuteur est mis en avant alors que la souffrance interne est tue comme si l'individu n'y avait pas accès. De même, les cliniques mono-symptomatiques (de la douleur, du dos, du sommeil, etc.) et le traitement ponctuel entraînent un éloignement du contexte de vie de l'utilisateur. Celui-ci ne sait plus dialectiser son problème et vit dans une activité onirique, il devient indifférent et ne parvient plus à exprimer ses émotions. Le travail social en santé mentale permet l'ancrage du travail dans la réalité, un soulagement de la détresse sociale, une mise en récit des détresses de la vie, une réinscription de la personne dans le tissu social et par tout cela, ouvre les portes au travail psychique. Ce qui fait santé mentale, c'est le lien d'appartenance, c'est la capacité à être en lien, c'est le sentiment d'être utile pour sa communauté.

La pluridisciplinarité doit donc permettre de créer et recréer du lien et de la continuité dans les soins (réseau, domicile, etc.). Chaque membre de l'équipe est impliqué. Chacun fait lien entre l'utilisateur et lui-même ainsi qu'entre l'utilisateur et le réseau (le dispositif de soins). La transversalité du travail est bien utile pour reconstruire du lien partout où il est mis en péril par la pathologie et par la sociologie de l'individualisme contemporain post moderne. Elle implique la capacité de penser en groupe.

Le travail pluridisciplinaire est en ce sens un espace de créativité où l'on peut compter sur les ressources des autres, s'appuyer sur leurs compétences, sortir des hypothèses linéaires, etc. Il s'appuie sur des rapports complémentaires et une importance égale, complémentaire et dialectique donnée aux différentes fonctions ou aux différentes aides proposées (par exemple travail psy et travail social). Il est facilité par des décisions communes s'appuyant sur la hiérarchie. Il permet à chacun, quand il parle en son nom, d'être le reflet des

autres membres de l'équipe qui lui donnent le droit de parler au nom du service et qui le portent dans son action.

Quelques exemples concrets de travail interdisciplinaire métissé sont cités : le secret professionnel partagé permet le partage sans amener à dévoiler trop d'éléments qui pourraient notamment compliquer les actions des uns et des autres ; la réalité sociale de l'utilisateur est de plus en plus considérée et travaillée par l'équipe entière ; les préoccupations amenées par les personnes sont de moins en moins scindées ; le travail en binôme permet une attention aux diverses facettes des difficultés de l'utilisateur, etc.

Sont citées aussi quelques fonctions particulières de l'AS au sein de cette pluridisciplinarité : il est médiateur temporel, entre le temps psychiatrique, le temps du soin et le temps de la société ; Il fait lien, il fait pont entre les passages dans les différents services ou les différentes étapes de la vie, souvent vécues comme des ruptures, comme une discontinuité ; il sert de connexion entre l'extérieur du service (la réalité sociale de l'utilisateur) et l'intérieur du service. Il amène notamment de la compréhension sur les logiques des autres institutions (quartiers, milieu, etc.) et évite à l'équipe de se situer uniquement dans l'imaginaire. La visite à domicile est évidemment un outil qui permet cela. À domicile, la souffrance est vue et demande à être écoutée différemment. En cela, ces temps à domicile sont riches pour les AS comme pour les autres fonctions qui ont l'occasion de les pratiquer.

L'AS ne doit donc plus caricaturalement être dédié aux documents administratifs ou à l'action mais occupe sa place dans la pensée et dans le métissage multidisciplinaire.

Atelier « À la folie ? » - Le social multiple et culturel : à la rencontre des diversités sociales et culturelles en faveur de l'objectif thérapeutique

Avec la participation de :

Reza KAZEMZADEH, Psychologue, Psychothérapeute familial, Service de santé mentale Exil à Bruxelles
Layla MRHANI, Assistante sociale, Tabane, initiative spécifique du Club André Baillon à Liège

Et des membres du Groupe de travail (GT) « Fonction sociale en service de santé mentale » :

Marie-Christine DRION, Assistante sociale, Service de santé mentale Tramétis (asbl RMPAC) à Charleroi
Antonella SANFILIPPO, Assistante sociale, Service de santé mentale de Soignies, Service de santé mentale Tramétis (asbl RMPAC) à Charleroi

L'atelier prend forme autour de deux situations présentées par Layla Mrhani et par les AS du GT. Les échanges avec les participants sont nourris par Reza Kazemzadeh.

Les représentations collectives et sociétales viennent bien souvent décontenancer les rencontres. Pour le professionnel confronté au multiculturel, l'un des premiers enjeux est d'établir une certaine confiance. Celle-ci est idéalement déjà échafaudée par les professionnels précédant l'intervention en santé mentale (le médecin traitant, les services de première ligne, etc.) et peut d'ailleurs favorablement s'appuyer sur un échange préalable avec ces professionnels déjà familiarisés avec la situation. La confiance est aussi facilitée par l'ouverture du professionnel aux éléments culturels racontés (les esprits, les envoutements, etc.).

L'objectif initial d'une rencontre culturelle en santé mentale est de faire émerger la demande du patient et de trouver des représentations compréhensibles par tous les intervenants. La folie en Belgique ou la sorcellerie

au sein d'autres cultures, sont des appellations excluantes qui ont certains points communs. Les dispositifs de travail en groupe (par exemple en groupes ethno-psychiatriques), qui rappellent les palabres africaines est l'un des dispositifs qui, en s'appuyant notamment sur la fonction de contenance du groupe, permet de rassembler les différentes représentations culturelles.

Un travail avec les demandeurs d'asile est complexe car de multiples attentes et contraintes émanent de la société. Les demandes de rapports médicaux, par exemple, obligent les professionnels à mettre ces personnes dans des cases, à les catégoriser, ce qui est une démarche typiquement occidentale.

La souffrance psychique concerne généralement le sentiment de déracinement. Or il est souvent difficile d'aborder la question du retour. Il est néanmoins important d'évoquer les différents aspects d'une procédure d'asile : les régularisations possibles et leurs conséquences, la vie sans papier, etc.

Comment savoir si le problème est plutôt d'ordre psychiatrique ou culturel ?

Les situations belges interrogent tout autant les représentations des professionnels (le lien, la maternité, l'allaitement, etc.) et amène un questionnement très similaire. Comment être au plus proche de la souffrance des personnes que nous aidons ? Comment articuler le champ social et les somatisations ? Comment préciser la part d'ordre psychiatrique ou d'ordre culturel au sein d'un problème ? Autant de questions qui imprègnent la pratique et la rencontre avec l'autre.

Atelier « Passionné ? » - En santé mentale, le social outillé et personnalisé : articulation formation/social en faveur de l'objectif thérapeutique

Avec la participation de :

Jean-François SIMON, Enseignant à la Haute école Paul-Henri Spaak, Catégorie Sociale

Et des membres du Groupe de travail (GT) « Fonction sociale en service de santé mentale » :

Francis GARSOUX, Infirmier social, Service de santé mentale "Accueil psychosocial de Châtelet" (asbl RMPAC)

Mercedes MACEAS, Assistante sociale, Service de santé mentale "Centre de guidance de Charleroi"

Vanessa TOMASSETTI, Assistante sociale, Service de santé mentale "Le Dièse" à Mignault

L'atelier prend forme autour d'une introduction de Jean-François Simon et de la présentation du parcours professionnel des AS du GT.

C'est un constat général : la formation a peu de crédit au sein de la corporation des AS. Or, comme son nom l'indique, la formation de base, apporte les bases, et tout le reste (notamment l'appréhension de la santé mentale) reste encore à faire après, sur le tas ! On peut donc rapidement, ou tardivement, se sentir démuni et éprouver le besoin de mieux répondre aux situations rencontrées, de découvrir la pratique des autres professionnels, d'obtenir d'autres outils, de se perfectionner, de s'ouvrir au réseau, d'être en consonance avec l'équipe ou de lui apporter plus, de retrouver de la passion face à l'usure du quotidien, d'actualiser ses connaissances de la théorie ou du cadre légal, de développer sa créativité, etc.

Les manières de cheminer face aux besoins ou aux désirs, sont diverses et chacun a son regard sur ce qu'est un processus de formation : cela peut signifier une formation sur le long terme, une journée d'étude, une lecture de livre, un séminaire, des rencontres, des supervisions, etc.

S'inscrire dans un processus de formation, c'est se mettre dans la position de celui qui veut apprendre. Cette démarche permet de faire des choix, de repenser à ce que l'on fait, de voir où on se situe dans son travail. Pascal Chabot parle du progrès utile, celui qui affine les choses acquises, et du progrès subtil, celui que l'on doit se réapproprier avant de transmettre et de laisser à nouveau faire son chemin. Dans le secteur du social, le progrès est subtil et la volonté de se former est aussi celle d'éviter de tomber dans les évidences, de se laisser bousculer.

Les formations en psychothérapie, psychanalyse, systémique, etc. sont des cas particuliers de formations. Leur intérêt s'appuie sur les deux figures du social, celle du fou et celle du pauvre, qui entraînent l'utilité d'être à la fois psychologue et AS. Ce type de formation peut répondre à l'aspiration personnelle des professionnels, c'est d'ailleurs le travail à visée thérapeutique qui attire les AS en santé mentale. Tout comme il peut répondre à l'attente des services envers les AS, parfois fort différente du travail social décrit dans les référentiels ou dans la formation de base. Même si l'avantage de ce type de formations est démontré, il est pointé aussi qu'elles sont parfois à double tranchant car elles peuvent entraîner de la confusion en équipe (qui fait quoi ?).

Les AS qui se forment évoquent la plupart du temps leur volonté particulière de conserver leur identité d'AS ; même si cette question de l'identité de l'AS peut être questionnée car elle évoque un métier tellement large (qu'il n'existe pas ?). Il est constaté depuis quelques années une forte revendication des équipes d'avoir de « vrais » travailleurs sociaux en raison de l'augmentation de la précarité de leur public. Il semble que toute formation est bienvenue, si elle ne se fait pas au détriment de la formation sociale de base.

A l'inverse, les formations entreprises peuvent être considérablement enrichies par le regard porté via la formation de base (notamment via la formation d'AS). Donner soi-même des formations, peut aussi enrichir et faire cheminer. De même, les supervisions peuvent se révéler très formatives même si elles restent plus compliquées à être acceptées par les directions, ce qui met en évidence une gêne possible quant au pouvoir de certaines formations. Se former, donc augmenter ses compétences, peut parfois être perçu comme acquérir du pouvoir. Il reste là quelque chose à faire évoluer.

Dans d'autres cas, la formation peut aussi servir à s'intéresser à d'autres choses que la profession. Elle est alors une bulle d'air, une manière de se rapprocher d'un projet, d'un rêve. Aussi important que cela puisse être au niveau individuel, il est évident que ce type de formation ne peut être soutenu par les services.

Même si c'est sous réserve de certaines conditions (que la formation puisse être utile au collectif, qu'un retour soit effectué à l'équipe, etc.), les associations, les directions, les PO, se soucient aussi du besoin de formation. Mais le temps et l'argent manquants sont souvent invoqués. Un cadre de formation défini et conséquent, qui se donne suffisamment de moyens est un réel avantage pour une équipe et ses individus. Mais à l'excès, certaines formations rendues obligatoires sont parfois dénuées de sens, il semble intéressant de s'appuyer sur la volonté individuelle et de préserver le « passionnement » !

La formation fait partie du code de déontologie de plusieurs professions (AS également), en cela, et sur base de tout ce qui vient d'être évoqué, elles semblent intrinsèques au travail et sont une question de responsabilité, un droit à défendre, une obligation morale.

Atelier « Pas du tout ? » - En santé mentale, le social accessible et garanti : articulation individu/société en faveur de l'objectif thérapeutique

Avec la participation de :

Julie Delbascourt, Asbl Psytoyens

Excusé : *Jean-Louis GENARD, Philosophe, Docteur en sociologie, Professeur ordinaire à l'ULB*

Et des membres du Groupe de travail (GT) sur « La fonction sociale en service de santé mentale » :

Laurie BODART, Assistante sociale, Service de santé mentale "Le Pichotin" à Lobbes

Lydvine DI PIETRANTONIO, Assistante sociale, Service de santé mentale "Ariane" à Morlanwelz

Vanessa VAN DUYSE, Assistante sociale, Service de santé mentale "Psy Chic" à La Louvière

L'atelier prend forme autour de réflexions, de citations et de témoignages (notamment sous forme d'un reportage audio), présentés par Julie Delbascourt et par les AS de SSM du GT. Les cinq dimensions abordées constituent la base des échanges.

La dimension sémantique est éprouvée par des citations de Michel Chauvière³ qui écrit que « le terme générique de client ne devrait être utilisé que dans le cadre des rapports marchands pour désigner l'acheteur plus ou moins fidélisé. Par différence, l'usager casse cette référence de type économique, en compliquant le rapport social en jeu. Parler d'usage, c'est intégrer d'autres caractéristiques plus qualitatives : par exemple certaines valeurs comme la finalité, l'adaptation ou même la satisfaction. Mais il met aussi en garde « l'usager n'est peut-être après tout qu'une « catégorie provisoire ou transitionnelle » dans un processus déjà bien engagé de révolution des fondements de l'action publique, dont le modèle implicite est le client ».

« Usager » est-il donc un mot révolu ? Devrait-on, devra-t-on dire « client » ? Même si les soins et les services peuvent, d'une certaine manière, être désignés comme fonctionnant tel un marché de l'offre et de la demande (toutefois régulé par l'état), les questionnements actuels portent sur d'autres préoccupations sémantiques. Le terme « usager » fait référence à une certaine utilisation qui peut être vue aussi de manière négative ; le terme « patient » fait référence au soin, il peut sembler trop médical (notamment pour des assistants sociaux) ; le terme « citoyen » amène une dimension plus sociétale ; le terme « personne » est utilisé dans le secteur de l'aide à la jeunesse. Tous les mots semblent avoir leurs bons et leurs mauvais côtés.

La dimension financière est ébauchée en rappelant que la figure de l'assistant social prend forme dans la mouvance de l'Etat social providence, qui la structure et la finance entièrement. Cette fonction est, depuis son origine, destinée à faciliter l'accès des citoyens aux mesures sociales, familiales, économiques et de santé qui sont prises en leur faveur. En santé mentale, les rapports avec l'assistant social sont souvent gratuits ou intégrés dans le forfait général. Des services de santé mentale (SSM) et des services de soins psychiatriques pour personne séjournant à domicile (SPAD) demandent maintenant parfois une participation aux personnes rencontrées. Même si cette demande de participation financière est au début souvent perçue comme très négative par les professionnels qui sont amenés à la mettre en place, plusieurs éléments favorables peuvent ensuite émerger de cette pratique : cela permet de discuter des limites avec l'usager ; certains préfèrent payer, par exemple pour ne plus se sentir redevables envers la société ; les prix sont adaptés ; le paiement peut favoriser l'engagement de l'usager ou le professionnalisme de la rencontre ; etc. D'autres éléments restent néanmoins défavorables : il reste très désarçonnant de demander des sous à des gens sans le sous ; vu les remboursements de la mutuelle, l'entrevue avec l'assistant social devient plus cher que ceux avec le psy ou le

³ Michel Chauvière, Que reste-t-il de la ligne jaune entre l'usager et le client ? In: Politiques et management public, vol. 24 n° 3, 2006.

psychiatre ; l'AS intervient souvent en complément de l'équipe, il fait partie du package et doit donc être gratuit ; on paye des taxes à l'état, les gens payent donc deux fois !

La dimension symbolique, en lien avec les interventions plénières proposées en matinée, ne permet pas de trancher car la participation financière, qui permet, outre tout ce qui vient d'être cité, de donner de la « valeur » au travail de l'AS, peut facilement être remplacée par d'autres grilles de lecture donnant du sens et de la valeur au travail par d'autres biais.

La dimension institutionnelle est hautement dépendante des décisions légales et politiques. Elle suscite des questions sur les choix et les contraintes qu'ont les pouvoirs organisateurs pour maintenir les budgets dans le vert, sur la saturation des services existants, les temps d'attentes trop long, les listes d'attentes trop pleines, etc. Quelle est la demande, pourquoi augmente-t-elle et qu'est-ce que cela signifie ? Comment éviter ou prendre en charge autrement cette psychologisation du social ? Mais tout cela repose rapidement la question de l'État qui devrait permettre une meilleure accessibilité en favorisant l'existence de suffisamment de services dont la population a besoin.

Enfin, la dimension politique est abordée par la dissociation qui, selon Michel Autès⁴, place d'un côté, la philosophie communautarienne, mettant en avant le devoir du collectif envers ses membres ; d'un autre côté, la philosophie libérale mettant en avant le devoir de l'individu envers le collectif. (...) Les sources de l'empathie ne sont évidemment pas les mêmes dans les deux situations. (...) Agir sur autrui ne procède pas des mêmes raisons si c'est au nom de ce qui nous rassemble ou si c'est au nom de ce qui nous distingue et nous différencie. Nous assistons aujourd'hui au passage de la dette sociale à la dette de l'individu. C'est le mouvement actuel : l'État se désinvestit de la prise en charge des individus. D'une part des professionnels de services subsidiés demandent une participation financière, d'autre part, des professionnels privés commencent à s'installer comme AS indépendants. Doit-on voir en tout cela un début de privatisation de la fonction sociale ? La prudence s'impose, car de tels procédés risquent de remettre en question le droit subjectif accordant à tous une place dans la société. « Il n'y a pas d'exclu, mais des systèmes qui peuvent servir à exclure ».

⁴ Michel Autès, Au nom de quoi agir sur autrui ? In : Erès, Nouvelle revue de psychosociologie, n° 6, 2008.