

MAISONS MÉDICALES /

ENTRE ÉMANCIPATION ET ACTIVATION

CONTRAINTES ET ENJEUX DU TRAVAIL SOCIAL EN MAISON MÉDICALE

Nos maisons sont d'abord médicales, ça tombe sous le sens. Les métiers du soin ou liés au soin constituent le noyau de l'équipe. Longtemps, ce sont les seuls qui ont fait l'objet de recherches, d'actions, de groupes de travail. Mais les choses ont changé...

Christian Legrève et Stefania Marsella, programme psychosocial de la Fédération des maisons médicales.

Les équipes ont évolué, enrichi et diversifié leur offre. Notamment pour prendre en compte la dégradation généralisée des conditions de vie, et l'aggravation de situations individuelles de plus en plus nombreuses. La présence d'assistant sociaux s'est généralisée, et des groupes professionnels (sectoriels, comme nous disons dans notre jargon) se sont créés.

En maison médicale, il y a à la fois un contexte qui favorise une prise de position, une démarche politico-citoyenne, comme en témoigne la charte, et quelque chose qui l'empêche. Il y a là comme un malaise, une tension, une nécessité de se re-définir, qui témoigne d'un vécu de manque... Manque de reconnaissance, de temps, de ressources, d'appuis... Lorsqu'il faut choisir et se définir, cette tension peut mener à une forme d'ambivalence qui peut être très inconfortable. Le travailleur social revendique son indépendance, mais cherche à être reconnu, il a une formation généraliste mais revendique un profil spécifique, sa relation avec les patients balance entre l'émancipation et l'insertion, il se sent tiraillé entre les patients et les collègues, il essaye de s'intégrer dans le réseau d'une part, dans l'équipe d'autre part, il tient aux échanges avec les pairs, mais les pairs sont divisés sur les représentations, leurs rôles et leurs missions. Comment fait-on avec cette ambivalence, avec cette difficulté à se définir « du dedans » ? Et qu'est-ce qui vient nourrir une identité un peu morcelée, qui se nourrit des attentes de l'autre ?

Jamais encore le mouvement dans son ensemble ne s'était rassemblé pour se pencher sur les enjeux de cette fonction. Ce 6 octobre a eu lieu une première

journée d'étude *Les travailleurs sociaux, interfaces en maison médicale*. Qu'est-ce qui, dans la pratique, fait ressource pour asseoir une position qui concilie les besoins de la maison médicale, les besoins de l'utilisateur, dans un contexte sociétal en mutation, et qui favorise cette notion d'interface ? Au fond, la question était de trouver comment faire avec cette complexité. Au cours de la matinée, trois regards étaient convoqués pour éclairer la question.

La différence des places

Jean-Pierre Lebrun, psychiatre et psychanalyste, s'est appuyé, pour son intervention, sur dix ans de « clinique du quotidien » avec un groupe de travailleurs psycho sociaux à Namur. Il a replacé les enjeux du travail social dans son analyse de l'évolution des rôles et des rapports d'autorité dans la société.

Nous avons vécu vingt-cinq siècles de fonctionnement pyramidal, vertical, instituant la hiérarchie, en référence plus ou moins explicite au divin, comme incontestable, et l'autorité sous toutes ses formes comme légitime et immuable. Ont suivi trois siècles d'ébranlement dans la foulée des philosophes des Lumières. Les années 60 et 70 du siècle passé ont consacré l'horizontalité et la contestation de toute autorité.

Aujourd'hui, on peut constater la coexistence hasardeuse des deux ordres, vertical et horizontal, dans des institutions (l'école, la famille, l'entreprise, l'état,...) qui ont évolué de manière variable. On ne sait plus ce qui

fait société. On est dans une collectivité attentive avant tout à la singularité. Dans un tel contexte, les assistants sociaux sont en difficulté en ce qui concerne leur légitimité. Le travail social, dans son rapport avec l'utilisateur, concentre la contradiction de la société tout entière. Pourtant, la différence des places est inscrite dans toute relation, et plus encore dans une relation d'aide dans un cadre professionnel. Elle en est la condition première. « Cette différence, insiste Jean-Pierre Lebrun, se marque dans la structure de la parole, et 'se soutient du vide'. La possibilité d'accompagner l'utilisateur ne repose sur rien d'autre que l'affirmation par l'assistant social de sa position. »

L'activation, nouveau paradigme du travail social

Abraham Franssen, sociologue, professeur et chercheur au Centre d'études sociologiques de l'université Saint-Louis, adopte un angle d'approche totalement différent. L'évolution de la question sociale est marquée par le passage de ce qu'on a appelé « l'état-providence » à ce qui s'appelle l'état social actif. La justification est autant économique-financière (l'état n'a plus les moyens) que sociologico-morale (on ne veut pas d'une société d'assistés, il faut mériter l'aide qu'on reçoit). L'état social actif porte un regard radicalement différent sur la pauvreté et sur les pauvres. C'est un changement complet de paradigme pour l'action sociale. Les principes qui en découlent nous sont bien connus, tellement qu'on ne les repère plus : autonomie, individualisation, projet, contrat, participation, subjectivation, réseau. Abraham Franssen nous invite à prendre la mesure de l'impact de ces logiques dont nos métiers et à regarder l'état social actif pour ce qu'il est : une idéologie.

L'état social actif ne s'appuie pas sur des fonctions mais sur des dispositifs qui reposent largement sur le concept d'activation. L'accord de Gouvernement fédéral de 2014 affirme que « L'activation reste le fer de lance de la politique de lutte contre la pauvreté ».

*Qu'est-ce qui vient nourrir
une identité un peu morcelée,
qui se nourrit des attentes de
l'autre ?*

Activation, concept ambigu, entre sur-responsabilisation individuelle et empowerment. Deux des aspects de cette politique qui menacent le plus la position des travailleurs sociaux sont l'invasion de la logique managériale dans le travail social, et le passage de l'approche politique à l'approche psychologique. « C'est dans ce contexte qu'on peut lire le redéploiement du rôle du travailleur social. Un rôle professionnel, nous dit Franssen, peut se définir par des finalités, des compétences, une forme d'autorité, et par un statut. C'est dans chacun de ces aspects que les travailleurs sociaux construisent leur réaction aux tensions dans lesquelles ils sont pris. »

Le pire est, bien sûr, l'écroulement, la crise (le « château de sable submergé »). Burn-out, décrochage, sentiment d'inutilité, d'incompétence, d'inadéquation, d'impuissance totale d'illégitimité, de non-reconnaissance. Mais certains se construiront une réponse défensive (plutôt « forteresse assiégée », ou plutôt « îlot préservé »). On s'arc-boute sur le rôle professionnel tel qu'il existe. On tient bon. On se barricade. On « bunkerise » le travail social. On construit des sas, des guichets, des règles, des procédures. On cadenasse, on réduit l'ouverture. Enfin, il y a des démarches plus offensives, dans une logique d'innovation (redéfinir les finalités), d'adaptation (quels nouveaux outils ? Quelles compétences nouvelles pour faire face ?), de revendication (plus de temps, de moyens...) ou de révolte (mise en cause du rapport social qui institue le rôle, refus de l'institutionnalisation du rôle et identification avec les usagers). Identifier ces modes de gestion identitaire, les distinguer, en analyser l'impact, permet de penser l'évolution du métier, ses impasses, ses pièges, et les pistes à proposer aux équipes.

Le passage de l'individuel au collectif et au politique... et retour !

Coralie Ladavid, travailleuse sociale à la maison médicale Le Gué à Tournai a tenté ensuite, à partir du récit de son parcours, de faire la synthèse sur le terrain. Arrivée en maison médicale par un stage en éducation permanente, elle a identifié un besoin, pour les usagers, de trouver une place pour l'expression et l'analyse de leur expérience individuelle, avant de la replacer dans une approche collective de l'action. Elle poursuit ensuite ses études par une licence en politique économique et sociale, pour comprendre les mécanismes macrosociaux qui déterminent les situations qu'elle rencontre. Quand elle démarre dans la fonction d'assistante sociale à la maison médicale, le cadre n'est pas défini, et elle se saisit de l'opportunité de « créer son poste comme elle veut », même si ça peut paraître insécurisant, d'un certain point de vue. Elle met en place des

Ni fourre-tout, ni satellitaire, mais bien complémentaire aux autres approches. Le travailleur social est au sein de l'équipe le garant du principe de réalité.

consultations individuelles articulées à des actions collectives choisies et portées par les usagers, par exemple dans un collectif local droit au logement. Mais ce cadre semble encore trop étroit par rapport aux enjeux. Elle va rejoindre la cellule politique de la Fédération des maisons médicales, créer le poste de secrétaire politique, négocier avec les pouvoirs politiques les conditions d'une véritable fonction de travailleur social en maison médicale, avant de revenir sur son terrain local pour entamer un mandat de conseillère communale.

Ce parcours s'appuie sur la conscience de ce qu'on pourrait appeler un devoir de plaidoyer. Dans un cadre comme le nôtre, compte-tenu de nos objectifs et de la place privilégiée des travailleurs sociaux (qui se rendent à domicile, qui accompagnent les usagers dans leurs démarches, qui rencontrent les partenaires) ; compte-tenu enfin de leur liberté d'action, ceux-ci ont un réel pouvoir d'action sur les causes des difficultés. Mais Coralie Ladavid n'oublie pas que tout ce travail politique commence par une porte ouverte, un travailleur social accessible et disponible pour une écoute individuelle.

Les tensions sont fécondes

L'après-midi, les participants allaient analyser comment le travail social en maison médicale pouvait embrasser la complexité d'une fonction aussi exposée. Quatre thèmes étaient proposés: le travailleur social, acteur de changement dans son équipe ; le cadre du travail social ; le pôle psychosocial en maison médicale et le travail social communautaire. Dans chaque atelier, les ambivalences relevées le matin ont largement résonné. Pourtant, cette réalité est difficile à reconnaître, et le mot fait problème. Peut-être faut-il parler plutôt de tensions, et citer encore Abraham Franssen: « *Les tensions sont fécondes, les oppositions sont stériles* ».

Ça renforce la nécessité de se saisir de tout ceci. Le cadre des maisons médicales fournit des opportunités pour dépasser les paradoxes dans lequel est pris le travail social en général. Plus encore, on a là une fonction non médicale qui permet de penser sans contrainte (sans le plan individuel d'intégration sociale imposé aux CPAS, par exemple) l'action de la maison médicale.

Ça devrait motiver les travailleurs. Mais ils sont trop isolés, chacun dans son équipe, pour affronter de tels défis. Voilà qui donne un sens au projet des groupes de travailleurs sociaux, loin de toute préoccupation corporatiste.

L'assistant social, interface en maison médicale

Si, pour beaucoup de maisons médicales, la présence d'un assistant social dans l'équipe s'inscrit dans une histoire pensée et réfléchie dès le commencement, pour d'autres, il s'agit d'une réponse plus récente à des besoins réels. L'engagement d'un assistant social (re) pose la question de la prise en charge globale. S'il n'est pas le seul à s'inquiéter de la fragilité des patients, il apporte un regard plus aiguisé et propose un nouveau type d'accompagnement, dans une autre temporalité, en vue d'améliorer leurs conditions de vie, et donc, leur santé. Personne n'ignore en effet que les déterminants sociaux de la santé influencent grandement la santé globale de la population. Pourtant, intégrer pleinement cette notion complexifie le travail. Les problématiques psychosociales sont (devenues ?) telles qu'elles tendent à plonger les équipes dans l'abîme de l'impuissance. La tentation est grande de se tourner vers l'assistant social afin de soulager voire solutionner les difficultés vécues par les patients. Mais son travail ne peut s'inscrire que dans un contexte institutionnel qui le soutient. S'il ne peut s'appuyer sur celui-ci, il risque de se sentir marginalisé et rapidement dépassé car il ne peut se suffire à lui-même...

Cette relation d'interdépendance entre l'assistant social et l'équipe, et donc l'institution, est au cœur du malaise que certains peuvent ressentir. A la fois, l'assistant social tient à son indépendance et à son expertise, et cherche à légitimer son travail à travers une forte inscription au sein de l'équipe. Or, si son engagement n'a pas été suffisamment pensé, et si l'espace d'élaboration est insuffisant, il devra s'y atteler seul, ce qui risque de le dépouiller de ce qui fait sens pour lui: inscrire le travail social dans le travail global. Il s'agit là d'une explication partielle de la tension ressentie par les professionnels du social en maison médicale. De même, si

la présence de l'assistant social dans l'équipe nourrit, soutient, complète et donne sens au travail pluridisciplinaire, il le rend aussi plus complexe car il l'interroge sans cesse en amenant des « éléments perturbants » dont l'équipe a parfois du mal à se saisir. Etant souvent le seul professionnel du social de l'équipe, il peut se sentir en difficulté car isolé et dans l'incapacité de partager son vécu avec un de ses pairs. Ces tensions, même si elles ne sont pas toujours nommées comme telles, sont régulièrement amenées dans les différents groupes sectoriels locaux, des espaces où la parole peut se déployer et la réflexion circuler et s'inspirer des expériences de chacun. Même si chaque groupe garde une spécificité locale, certaines thématiques sont transversales et ce sont celles-là qui ont été choisies pour nourrir les différents ateliers de la journée d'étude.

De multiples casquettes

La question qui a traversé tous les ateliers est celle de la fonction et de l'identité de l'assistant social. Qu'est ce qui le définit ? Son diplôme ? Les attentes des usagers ? Celles de l'équipe ? Un peu tout ça ? Est-il un intervenant généraliste en mesure de jongler dans différents cadres de travail (à l'accueil, ou dans le cadre d'un travail plus communautaire ou à visée thérapeutique...) ? Ou est-il un agent spécialisé expert des législations sociales ? Ce qui semble ressortir des expériences et des récits des participants, c'est la nécessité d'instaurer un cadre, un référentiel dans lequel la demande pourra être travaillée, quel que soit l'envoyeur (que ce soit un membre de l'équipe ou le patient lui-même) et analysée en équipe dans des moments propices, quand le projet thérapeutique est au cœur du débat. Il s'agit dès lors de pouvoir dégager du temps... le temps qui fait souvent défaut... ce temps de concertation si précieux qui semble néanmoins toujours peser dans la balance des consultations à prester !

Il est nécessaire de s'accorder sur un projet de soins dans lequel le travail social est l'une des nombreuses facettes : ni fourre-tout, ni satellite, mais bien complémentaire aux autres approches. Le travailleur social est au sein de l'équipe le garant du principe de réalité. Eveilleur, il apporte un éclairage pour comprendre le vécu et la demande

des usagers, et aide les collègues à contextualiser. Son intervention est thérapeutique car il pose des actes concrets, mesurables, qui visent à solutionner et démêler des situations parfois fort enlisées. Son action se doit d'être visible et lisible... que ce soit par une participation active aux réunions d'équipe et/ou par un encodage dans le dossier du patient.

L'assistant social est-il un acteur de changement ?

Beaucoup d'assistants sociaux ne peuvent se contenter de panser, réparer voire pallier les difficultés sociales produites par la société elle-même. Comment faire remonter les constats de terrain ? Comment répondre au besoin de dénoncer, de collectiviser, de marquer une position ? Est-ce bien à l'assistant social de le faire ? Est-il un agent de changement ? Et si oui, comment ? Il semblerait qu'il se vive comme un acteur de changement au sein de son équipe d'abord, et dans le collectif ensuite... Si l'assistant social est un acteur de changement, il ne peut se cantonner à réparer au cas par cas les multiples dégâts causés par le décrochage social. Les assistants sociaux ne veulent en aucun cas cautionner ce discours qui tendrait à responsabiliser chaque individu des malheurs dont il est victime. Le travail dit communautaire est une forme de réponse à un besoin viscéral de réfléchir et d'agir collectivement sur tout ce qui cause les dégâts sociaux. Il permet de trouver



des réponses collectives à des constats partagés. Il s'agit là aussi de pouvoir agir dans une certaine mesure sur les déterminants sociaux de la santé, en étant plus créatif, en étant plus forts ensemble, en activant d'autres leviers, en pouvant interpeller, en se donnant une chance d'être entendus par les décideurs politiques locaux... Ce type d'approche est-il rentable ?

Si la question semble peu appropriée, elle n'est en rien délirante, compte tenu de la difficile articulation entre la nécessité de répondre aux besoins individuels et réels des gens, qui demandent une intervention rapide, et l'investissement dans les différents projets de type communautaires, particulièrement chronophages, peu mesurables, souvent lents... Comment estime-t-on la valeur donnée à ce travail ? Il y a là une autre forme de temporalité. Car si, dans le cadre du travail dit individuel, il s'agit de solutionner rapidement et si possible efficacement, dans le travail collectif tout se construit dans le temps et les résultats ne sont pas nécessairement quantifiables. Ce type de travail dérange et questionne.

Travail social... ou pôle psychosocial ?

Psychosocial est un terme qui décrit chez une personne son développement psychologique et son interaction dans un environnement social. La frontière entre le « psy » et le « social » est ténue. Les difficultés sociales aggravent les problèmes de santé mentale, les problématiques de santé mentale peuvent amener à un décrochage social (perte d'emploi, séparation...). Souvent, les démarches en vue d'une « réhabilitation sociale » doivent s'accompagner d'un soutien psychologique tant le parcours est lourd et douloureux. De même, le soin psychologique s'essouffle rapidement si l'individu n'est pas dans de bonnes conditions environnementales (un logement, un revenu, un tissu social suffisant...). Dès lors, la question est posée : peut-on envisager le travail social comme un des volets d'un pôle psychosocial ? Cette question rejoint celle du travail pluridisciplinaire, de la nécessité de croiser les regards et d'envisager le soin dans toute sa globalité et sa complexité. Il n'y a pas lieu d'opposer des visions qui se complètent, les travailleurs sociaux en sont conscients. Si le travailleur social reste le garant du principe de réalité, il a accès au vécu intime du patient et à sa fragilité.

Quelles pistes envisagées ?

A la fin de cette journée extrêmement riche, certaines propositions ont vu le jour. Elles serviront de fil rouge pour les chantiers à venir. Pour n'en citer que quelques-unes :

- réfléchir au temps de travail, en vue d'établir un référentiel qui permette au travailleur social

de mener à bien ses missions et ses objectifs (travailler avec l'individu, en équipe, avec la collectivité, et en lien avec le réseau ;

- dégager des espaces propices afin que puisse se déployer l'engagement politique ;
- renforcer ou encourager l'émergence d'un pôle psychosocial...).

Les assistants sociaux souhaitent être en mesure de revenir vers leurs équipes avec le fruit de leurs réflexions afin qu'elles soient partagées et soutenues au sein de la maison médicale.

La possibilité d'accompagner l'utilisateur ne repose sur rien d'autre que l'affirmation par l'assistant social de sa position, elle-même largement tributaire de sa place dans l'équipe, elle-même en lien avec le contexte géographique et donc les besoins du public mais aussi la manière dont il envisage son travail. Il s'agit de faire avec toute cette complexité et de l'utiliser comme levier afin de continuer d'accompagner les usagers dans un contexte social et politique de moins en moins favorable. ■