



## Intervision : Travail social et santé mentale

Animée par :

Hugues-Olivier Hubert et Céline Nieuwenhuys

Participants :

Buschenschmidt Cécile (Téléservice Verviers), Collignon Véronique (Centre de Service Social de Namur), De Mulder Vincent (Service Social Juif), Gillemann Maëlle (Centre de Service Social de Bruxelles Sud-Est), Graindorge Sarah (Service Social Liège Ouest), Hody Daisy (Téléservice Verviers), Keyaerts Pascale (Wolu-Services), Martin Estelle (Centre Social Protestant), Mottet Déborah (Entraide de St-Gilles), Ruiz Marina (Aide aux Personnes Déplacées), Schoune Annie (Espace Social Télé-Service) Vanheste Virginie (Entraide de St-Gilles)

Rapport  
Janvier 2010

FEDERATION DES CENTRES DE SERVICE SOCIAL (FCSS)

49, rue Gheude – Gheudestraat, 49 - 1070 Bruxelles – 1070 Brussel  
Tel. : 02/223 37 74 - Fax : 02/223 37 75 - E-mail : info@fcss.be





# TABLE DES MATIERES

1. Les objectifs
2. Le contexte et le choix de la thématique
3. Méthodologie
4. Les récits en bref
5. Délire et permanence
6. L'espace des points de vue
  - 6.1. L'analyse de la demande
    - 6.1.1. Le cadre/les limites
    - 6.1.3. La demande est-elle audible,
    - 6.1.4. Peut-on y répondre telle quelle ?
    - 6.1.5. Problème de santé mentale ?
    - 6.1.6. Evaluation de l'urgence
  - 6.2. Chronicisation de l'entretien
  - 6.3. Débloquer la situation
    - 6.3.1. Le tiers
    - 6.3.2. Le réseau santé mentale
  - 6.4. L'après
7. Apport théorique
8. Les perspectives pratiques
  - 8.1. Capital social
  - 8.2. Capital culturel
  - 8.3. Capital symbolique
  - 8.4. Capital organisationnel
  - 8.5. Capital bien-être
  - 8.6. Capital temps
9. Evaluation
10. Le séminaire



## 1. Les objectifs

Les 16 et 23 novembre, les travailleurs des Centres de Service Social membres de la FCSS ont été invités à participer à une intervision sur la thématique « travail social et santé mentale » selon la méthode d'analyse en groupe<sup>1</sup>.

L'intervision, dans ce cadre-ci et selon cette méthode, se distingue de la supervision. Tout d'abord parce que les discussions et échanges concernent une thématique précise. L'objectif premier n'est pas de laisser les travailleurs s'exprimer librement sur le contexte général et/ou particulier de leur cadre professionnel mais de centrer leurs interventions sur une thématique choisie. On est moins dans une approche de type « apaisement psychologique » que « construction sociologique ». En effet, l'objectif premier est de construire une connaissance théorique et pratique sur une thématique particulière. Cependant, dans les faits, on observe souvent l'apaisement des travailleurs comme bénéfique secondaire, et non moins important, de ce type d'intervision. Aussi, la rigueur de la méthode (cf. infra) nous écarte d'emblée des logiques d'échanges plus spontanés. D'ailleurs, la capitalisation des informations échangées au cours de l'intervision est assurée par l'enregistrement intégral permettant la rédaction du rapport de l'intervision.

L'intervision n'est pas à confondre avec une formation. En effet, si la thématique est annoncée dès le départ, les animateurs apportent peu de théorie. Comme vous le lirez ci-dessous, la particularité de cette méthode réside dans le fait que la connaissance n'est pas déduite de l'extérieur mais est induite de l'expérience des acteurs. Comme postulat de départ de la méthode, le fait que les acteurs de terrain possèdent une partie importante de la connaissance sur le champ dans lequel ils sont investis. Le rôle des animateurs se limite donc à organiser cette connaissance pour la rendre la plus intelligible et transmissible possible.

Vous l'aurez compris, la mise en place d'intervisions pour les travailleurs des Centres de Service Social de la FCSS tente de répondre à des objectifs multiples. Principalement, son originalité réside dans cette double reconnaissance des compétences pratiques des travailleurs sociaux mais également de leur capacité d'analyse de leurs pratiques. Par les échanges entre pairs, les acteurs acquièrent une compréhension élargie et intersubjective d'une situation et donc une vision élargie des enjeux. Selon les initiateurs de la méthode, plus la compréhension de la situation est rigoureuse, mieux les participants pourront élaborer leurs choix pratiques et politiques.

---

<sup>1</sup> Van Campenhoudt L., Chaumont J.-M., Franssen A., *La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux*, Paris, Dunod, 2005.

## 2. Le contexte et le choix de la thématique

A l'origine, le projet d'intervision s'adressait uniquement aux CASG. Depuis quelques mois, une réflexion avait été entamée en Inter-Centres suite à l'essoufflement des groupes de travail thématiques. Ces groupes, par la réflexion qui y était menée, avaient pour ambition d'accroître la connaissance sur des problématiques sociales afin de renforcer la force d'interpellation politique. Les participants se sont petit à petit essoufflés. En effet, l'équilibre entre investissement, en temps et en énergie, et gain ne semblait pas atteint. En forçant le trait, on peut résumer la situation de cette manière : de nombreuses réunions, beaucoup d'informations, peu de 'publicité' des réflexions vers l'extérieur, beaucoup d'énergie investie et peu de bénéfices directs pour les travailleurs.

A la suite de cette expérience, l'idée d'organiser des interventions à partir de situations concrètes vécues par les participants a émergé. La préoccupation était de s'organiser selon des objectifs clairs, un nombre de rencontres définies à l'avance et la production de synthèses thématiques.

La méthode d'analyse en groupe nous est apparue tout à fait adaptée pour répondre à ces objectifs tout en évitant les difficultés précédemment rencontrées. Pour le choix de la thématique, chaque Centre a procédé à une sélection de thèmes. Le thème choisi est celui qui est apparu le plus grand nombre de fois : travail social et santé mentale.

Depuis quelques années, les travailleurs ont le sentiment que leurs usagers sont de plus en plus touchés par des problèmes de santé mentale. Face à cette problématique, les travailleurs sociaux se sentent démunis. D'une part, ils éprouvent la sensation de ne pas être en possession des outils permettant d'agir adéquatement. D'autre part, la collaboration avec les Centres de Santé Mentale s'avère souvent difficile.

Finalement, les Centres bicommunautaires et wallons se sont montrés intéressés par la problématique. L'intervision a donc été ouverte à l'ensemble des membres de la FCSS.

### 3. Méthodologie

#### **Méthode d'analyse en groupe**

Van Campenhoudt L., Chaumont J.-M., Franssen A., *La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux*, Paris, Dunod, 2005.

Il s'agit d'une méthode rigoureuse et originale qui table sur la participation effective d'une quinzaine d'acteurs de terrain concernés par une problématique dans l'analyse de cette dernière. Le matériau d'analyse est apporté par les participants eux-mêmes qui proposent le récit d'une expérience significative et concrète à l'analyse collective. Il est important de souligner aussi le caractère formateur de la méthode proposée, par la participation à cette analyse collective de situations et par les échanges qu'elle implique.

Il est demandé aux participants d'apporter un cas concret qui, selon eux :

- a trait à la question posée,
- est représentatif d'enjeux relatifs à cette question,
- est révélateur d'impasses, de difficultés, d'interrogations professionnelles ou, à l'inverse, de satisfactions et réussites exemplaires,
- et qu'il leur semble opportun de proposer à l'analyse collective.

L'analyse collective s'organise de la façon suivante :

#### **1<sup>ère</sup> étape : Le choix d'un récit significatif**

##### *1. Les propositions de récits significatifs*

Chacun des participants présente brièvement le récit concret d'une situation dans laquelle il a été directement impliqué comme acteur et qui lui pose question. Le récit doit être le plus factuel possible (présentation des faits et des questions posées) et être échelonné dans le temps (afin d'avoir une vision précise de son déroulement). Autrement dit, il s'agit de raconter de la manière la plus « plate » et neutre possible l'histoire d'un cas.

##### *2. Le choix argumenté de deux récits retenus par les participants*

Parmi l'ensemble de récits présentés, les participants en choisissent collectivement deux qui leur paraissent significatifs au regard de la problématique analysée. Ce choix s'opère collectivement, sur base des argumentations de chacun (y compris le chercheur).

## **2<sup>de</sup> étape : Le récit**

### *1. Présentation du récit*

Le narrateur effectue une présentation factuelle la plus complète possible du récit dans lequel il a été impliqué.

### *2. Les enjeux vus par le narrateur*

Le narrateur souligne de son point de vue les enjeux que soulève la situation qu'il a présentée.

### *3. Questions d'informations*

Les participants peuvent compléter leur information par des questions d'éclaircissement relatives au récit présenté. Il s'agit de questions strictement informatives. Il convient d'éviter les premières interprétations qui feront l'objet de la phase suivante.

## **3<sup>ème</sup> étape : Les interprétations**

### *1. Les interprétations de chacun (strictement au regard du récit présenté) : 1<sup>er</sup> tour de table*

Un premier tour de table permet à chacun des participants (y compris le chercheur) d'exprimer les enjeux qu'il perçoit dans la situation présentée, la façon dont il comprend et explique la situation telle qu'elle a été présentée.

A cette étape, il est important d'éviter les jugements normatifs, ainsi que les interprétations et positionnements au regard des autres interprétations proposées par les participants. Il s'agit strictement d'émettre des interprétations au regard de la situation décrite à travers le récit.

### *2. Les réactions du narrateur*

Au terme de ce premier tour de table, le narrateur a l'opportunité de compléter et d'enrichir sa propre perception des enjeux soulevés par son récit.

### *3. Les interprétations de chacun (élargies) : 2<sup>d</sup> tour de table*

Un second tour de table permet à chacun des participants (y compris le chercheur) de compléter ses interprétations du récit présenté, tout en ayant cette fois la possibilité de réagir aussi aux différentes interprétations émises par les autres participants.

### *4. Les réactions du narrateur*

Au terme de ce second tour de table, le narrateur a l'opportunité de réagir, compléter et enrichir les interprétations émises.



#### **4<sup>ème</sup> étape : L'analyse**

##### *1. Convergences et divergences interprétatives*

Au terme de la 3<sup>ème</sup> étape, le chercheur retranscrit la substance des débats qui auront été enregistrés. Sur ce matériel, il effectue un travail d'analyse et organise les différentes interprétations avancées par les participants en pointant les convergences et les divergences.

Le chercheur présente ce travail aux participants auxquels il est demandé :

- de voir s'ils reconnaissent l'essentiel de ce qu'ils ont dit au cours des étapes préalables et si l'on n'a pas dénaturé leurs propos ;
- de se mettre d'accord sur une formulation conjointe des convergences et divergences interprétatives. Il ne s'agit donc pas de déterminer « la bonne interprétation », mais de se mettre d'accord y compris sur l'existence de désaccords.

##### *2. Problématiques discutées*

Sur base de la présentation des convergences et divergences, les participants (y compris le chercheur) sont invités à déterminer les questions-clefs qui émergent et à formuler de façon plus élaborée des thématiques à prendre en considération.

Les étapes 3 et 4 permettent, tout en s'accrochant à la situation analysée, d'ouvrir la réflexion à d'autres expériences et d'autres situations semblables ou différentes vécues par les uns et les autres. De cette façon, le champ des questions s'élargit progressivement.

Puis on réplique la même démarche (étapes 2, 3 et 4) pour l'analyse du second récit.

#### **5<sup>ième</sup> étape : Perspectives pratiques et évaluation**

##### *1. Perspectives pratiques*

Les participants prennent un temps de réflexion et s'interrogent sur les perspectives pratiques qui se dégagent à la suite des échanges. Ensuite, le groupe prend un temps d'échange sur les propositions de chacun.

Les chercheurs/animateurs ont pour objectif de renvoyer aux participants un reflet structuré et lisible de leurs propositions.

##### *2. Evaluation*

Pour clôturer l'intervision, les chercheurs proposent au groupe un temps d'évaluation : sur la méthode, sur les chercheurs/animateurs et les interactions animateurs et participants.

## 4. Les récits en bref

Les récits proposés par les participants constituent le matériau de base de la méthode d'analyse en groupe. Chaque participant, après un temps de réflexion, est amené à exposer le récit d'une situation dans laquelle il a été impliqué ou dont il a été le témoin direct. Après l'avoir exposé, le participant explique au groupe en quoi son récit lui semble pertinent au regard de la thématique abordée. Au terme de chaque proposition de récit, le groupe convient d'un titre pour le récit.

### *Immigration et santé mentale*

Mr B fréquente le Centre depuis un an et demi. Il a été orienté par un autre Centre qui dit ne rien pouvoir faire pour lui étant donné qu'il a déjà un statut de réfugié <sup>2</sup>. Il est originaire du Sierra Leone, souffre de solitude, boit beaucoup et, d'après la collègue de la narratrice, a déjà plusieurs fois tenté de se suicider. Il vient la voir à la permanence sociale, essentiellement pour des problèmes de factures. Rapidement, le problème de santé mentale apparaît. Mr la contacte à plusieurs reprises en lui tenant des propos incohérents à consonance paranoïaque, liés à son lourd passé dans son pays d'origine.

Elle trouve qu'il est très difficile de savoir quelle est la bonne attitude à tenir dans ces moments-là. Faut-il essayer de raisonner la personne, de la ramener à la réalité, la rassurer ?

Lors d'une hospitalisation de Mr en hôpital psychiatrique, elle a contacté le psychiatre. Elle lui a fait part de ses questions et lui a demandé de faire le point sur un éventuel traitement qui permettrait de limiter les « crises ». Le psychiatre a reconnu qu'il était lui-même limité étant donné que Mr était toujours hospitalisé pour de courtes périodes. En effet, Mr B ne justifie pas une mesure d'internement forcé, il sort donc quand il veut de l'hôpital. C'est donc le service social qui est en charge du suivi au jour le jour. Mr ne reconnaît pas son problème de santé mentale. L'accompagnement est souvent coupé par des états de crises et des hospitalisations.

Enjeu : Les travailleurs sociaux ne sont pas psychologues ni psychiatres. Il est dès lors difficile de poser un diagnostic. Comment réagir face aux délires surtout lorsque la personne est dans le déni face à ses problèmes de santé mentale ?

### *Communication impossible*

Mr a commencé à venir exclusivement au service social. Il venait pour des demandes d'aide alimentaire et des tickets taxi. Tout se passait bien. A un moment donné, il a commencé à aller moins bien, il se dégradait. Le dialogue est devenu difficile et il a commencé à fréquenter l'accueil. Comme il y a principalement des personnes sans abri qui fréquentent

---

<sup>2</sup> Le centre qui l'a envoyé s'occupe spécifiquement des problèmes juridiques des personnes étrangères

l'accueil, les assistants sociaux se demandent s'il est toujours en possession de son logement. Mr est sale, il vient à des heures auxquelles il ne doit pas venir alors qu'il connaît bien les horaires du Centre.

Ses attitudes sont particulières : dans la rue, il fait comme s'il semait des choses, il arrive au Centre avec un short sur la tête, des bouteilles d'Actimel autour du cou... Le dialogue est impossible, il n'écoute pas les questions. Il utilise des voix d'enfants et se moque des travailleurs sociaux. Ceux-ci ne parviennent pas à savoir si son état est lié à une consommation de drogue. Ils ne parviennent pas à l'aider.

Enjeu : Comment réagir face aux comportements délirants et lorsque le dialogue n'est plus possible ?

### *Violence et secret partagé*

L'assistante sociale est contactée par une assistante sociale qui travaille dans une clinique psychiatrique. Elle la contacte au sujet d'un monsieur qui est hospitalisé à répétition chez eux depuis quelques années. La demande : faire une guidance budgétaire. Il est déjà suivi en guidance budgétaire au CPAS mais comme il va changer de commune, le CPAS ne peut plus le suivre.

A la première rencontre participent l'assistant social du CPAS, le monsieur en question et elle. A première vue, rien n'empêche de commencer la guidance. Lors d'un échange avec l'assistant social du CPAS, il lui parle des problèmes de violence du bénéficiaire. Il aurait même été impliqué dans le meurtre d'une personne dans un bus.

Monsieur l'appelle une à deux fois par jour pour lui demander des suppléments par rapport au disponible qu'elle verse chaque semaine. Elle refuse, elle tente de lui expliquer les raisons clairement. Lorsqu'elle revoit monsieur, elle lui parle de son problème de violence. Elle lui demande comment il pourrait réagir face au refus d'argent qu'elle lui signifie régulièrement et à la frustration que cela peut engendrer. Il reconnaît que parfois, suite à un refus par téléphone, il a déjà donné des coups de poing dans son oreiller... Monsieur est toujours suivi par l'hôpital psychiatrique de jour mais il envisage d'en sortir tout à fait. Comment cela pourrait se passer quand il sera dehors ? L'assistante sociale panique.

Elle se rend alors compte qu'il ne sait pas bien comment évolue sa situation financière (entrées, dépenses...). Normalement, le Centre n'accepte les guidances qu'avec des personnes dans le but que celles-ci reprennent la gestion par la suite. Cette personne n'est pas intéressée par cet objectif. Finalement monsieur est repris sous administration de biens.

Enjeu : Le problème de départ, pense-t-elle, c'est qu'elle n'a pas reçu les informations complètes par rapport à monsieur. Pour elle, le secret professionnel partagé prime. Que faire face à la peur de la violence surtout lorsqu'elle est générée par un refus que le travailleur social a doit signifier au bénéficiaire ?

### *Le vrai du faux*

C'est une dame qui vient voir l'assistante sociale en permanence sociale. Elle a une cinquantaine d'années et paraît « normale ». Sa première demande est matérielle : meubles et colis alimentaire. Elle vient toute les semaines et cela se passe bien. Un jour, elle confie à son assistante sociale qu'elle est enceinte (vu son âge, cela pose certaines questions). Au fur et à mesure des semaines, elle parle de ce bébé, des coups qu'elle ressent, de ce qu'elle achète... Elle est très convaincante donc personne ne se pose réellement de questions.

L'assistante sociale essaye à un moment de s'assurer qu'elle est suivie par un gynécologue, éventuellement un psychologue... Elle ne parvient à avoir aucune adresse, aucun numéro de téléphone. Finalement, l'assistante sociale réalise que la date prévue pour l'accouchement est largement passée et que le bébé n'est pas là. Comment réagir dans ce cas-là ?

Elle décide de lui faire remarquer gentiment qu'il y a une incohérence. Cette dame est tellement convaincue qu'elle ne veut rien entendre. Elle continue à fréquenter le Centre et à parler de la venue de ce bébé. Finalement, l'assistante sociale acquiesce et écoute.

Enjeu : Comment établir une relation de confiance quand on ne sait pas démêler le vrai du faux ou même lorsque le faux est avéré ? Comment réagir ?

### *De l'asile à l'asile*

Un Mr, Syrien d'origine grecque, en Belgique depuis 5 ans, s'adresse à son service quand l'assistante sociale est en congé de maladie. Quand elle revient de ce congé, c'est vers elle qu'on oriente le Mr.

Il a demandé l'asile en France puis en Belgique. Sa demande n'a jamais été traitée parce que la cellule Dublin lui a enjoint de rejoindre la France et de déposer sa demande d'asile là-bas. Il n'a pas voulu le faire.

Quand elle le reçoit, il raconte son histoire en étant centré sur l'idée d'injustice, se positionnant comme victime. Rapidement, elle réalise qu'il y a un problème. Ne sachant comment le prendre, elle tente d'objectiver sa présence : « Comme vous êtes d'origine grecque, pourquoi vous ne retournez pas en Grèce ?... » Il n'a pas aimé ces questions parce qu'elles l'encourageaient à dépasser le rôle de victime donc à un moment il lui dit : « Vous êtes méchante ».

Il revient souvent à la permanence, personne ne sait réellement trop quoi en faire. Il est assez fuyant, ne reconnaît pas son problème de paranoïa<sup>3</sup>. Finalement, une vague de régularisation est annoncée. Quand il est venu pour faire son dossier, ça s'est mal passé. Il tapait le poing sur le bureau, il voulait être reçu tout de suite, il a saisi sa collègue au cou. Ils

---

<sup>3</sup> Le narrateur précise qu'il ne se sent pas outillé pour mettre une pathologie sur le dos des usagers. Quand il parle de paranoïa c'est donc « supposé ».

l'ont mis dehors et il est allé dans un autre service. Finalement il a été régularisé. Ils se sont dit qu'il allait aller mieux. Mais il y a quelques jours, il est revenu et il n'allait pas mieux.

Enjeu : Que faire quand il n'y a rien à faire concrètement (entendu comme acte technique) ?

### *Dr Jekyll et Mr Hyde*

Animation d'un atelier cuisine ouvert à tous et à toutes par deux animatrices. 3 femmes et 1 homme y participent. L'ambiance est positive. A un moment donné, la conversation se tourne vers les rapports homme/femme. Une personne du groupe, Mme C, change d'attitude : elle devient agressive, réagit au quart de tour, se sent victime. Elle présente une animosité vis-à-vis de l'homme présent. L'ambiance devient houleuse, l'animatrice essaye d'intervenir en tentant de rester juste. Mme C. attaque tout, rejette le moindre mot venu de l'extérieur et retourne tout contre l'homme présent. L'homme finit par quitter l'espace, il est furieux. L'animatrice sort pour dialoguer avec lui, ça se passe bien et il décide de revenir à l'atelier.

Au début, c'est très froid entre eux. Puis elle assiste à un revirement de situation, Mme C. devient complice et sympathique. L'animatrice a l'impression d'avoir plusieurs personnes devant elle.

Enjeu : Comment gérer une personnalité très contrastée et extrême avec l'enjeu du travail en collectif ?

### *Fou, vieux, à domicile*

Cela se passe dans le cadre du travail à domicile avec une personne âgée. Cette dame est seule, en rupture avec ses 4 enfants. Elle semble de plus en plus désorientée et n'accepte aucune aide d'emblée à domicile. La première étape : Mme fait appel à ce service social parce qu'elle fréquente le Club Amitié (club de personnes âgées dans le Centre). Dans un premier temps, l'assistant social met en place un soutien à domicile mais Mme refuse toute proposition qui engendre un changement. Donc il faut tenter de comprendre quelle porte d'entrée est possible puis négocier. Son premier souhait est de rester à la maison parce qu'elle a notamment un chien, donc elle ne veut pas aller en maison de repos. Ce chien la maintient et elle se maintient pour ce chien. Petit à petit, des aides sont mises en place. Elle en a de plus en plus besoin, pour la gestion de l'argent, la santé... La question pour l'équipe est : où est la limite et le début du travail social. Il y a un Centre de Santé Mentale dans l'association mais qui se déplace très peu à domicile donc cela passe souvent par l'AS et les personnes âgées passent souvent plus par le service social que par le SSM<sup>4</sup>.

Enjeu : Ce récit pose surtout la question de la limite du mandat et du rapport de force entre le travailleur social et l'utilisateur.

---

<sup>4</sup> Service de santé mentale

## *Amour et danger*

L'assistante sociale est relativement nouvelle dans l'association. Ses collègues lui expliquent la situation d'un Mr qui était tombé amoureux d'une assistante sociale et c'est un dossier qu'ils décident de lui donner. Ils lui disent que cette assistante sociale (de laquelle cet homme est tombé amoureux) n'avait peut-être pas mis assez de limites jusqu'au jour où il lui a fait des avances. Face au refus, il lui a sauté au cou et a tenté de l'étrangler.

On lui dit que ce Mr est actuellement en psychiatrie dans un Centre hospitalier et que quand il est sous traitement, il n'est pas trop violent. Quand elle l'a vu arriver à la permanence, comme on lui en avait fait une description physique, elle l'a reconnu. Elle est dans un bureau où elle est seule, il n'y a personne dans le bâtiment. Entre le trottoir et le bâtiment, il y a un parking, donc elle est tout à fait retirée de la rue. Elle n'était donc pas à l'aise quand elle a vu le Mr arriver. Il était assez agressif pendant l'entretien, il voulait qu'elle téléphone à son Centre hospitalier pour qu'elle leur explique l'état dans lequel il était : qu'il s'endormait sur sa chaise... Elle ne voyait pas l'intérêt de ce coup de téléphone mais face à son agressivité, elle l'a fait en se disant que peut-être, il fallait le signaler au médecin et éventuellement revoir la médication. Après il a demandé une aide financière. Elle lui a dit que le Centre ne faisait pas d'aide financière. Il a commencé à s'énerver en lui disant d'entrer la demande. A nouveau, elle l'a fait tout en lui précisant que celle-ci ne serait sûrement pas acceptée. Quand elle lui a téléphoné pour lui dire que la demande d'aide financière n'avait pas été acceptée, il s'est énervé et lui a raccroché au nez.

Il est revenu la semaine d'après, il a commencé à lui parler de ses yeux bleus, qu'il les aimait. Ce Mr revient pour des aides financières. La deuxième fois qu'il est venu, il avait vraiment un comportement bizarre. Quand elle lui disait non, il avait des petits sourires. Elle est mal à l'aise avec cette situation. Peut-être n'aurait-elle pas dû savoir qu'il avait tenté d'étrangler sa collègue ? Peut-être que les changements d'humeur et de comportement dus aux problèmes de santé mentale de cette personne mettent l'assistante sociale face à une situation considérée comme ingérable ?

Enjeu : Comment gérer la peur ? Comment gérer une personne qu'on n'arrive pas du tout à cerner ? Que faire avec des informations qu'on nous a transmises et qui influencent notre comportement ?

## *Maintenir le lien*

Cette demande a été adressée à ce Centre par le CPAS pour orienter un demandeur d'asile originaire du Sierra Leone, qui souffre de traumatismes de guerre. Il est hébergé dans les logements sociaux. Il vient en début d'année scolaire pour les cours d'alphabétisation. Il est très renfermé, très bourru, éprouve des difficultés de contact. Au fur et à mesure de l'année, il commence à trouver sa place dans le groupe. Il semble de plus en plus apaisé. Après les grandes vacances, il revient. L'équipe sent directement qu'il y a quelque chose qui ne va pas : il est très fermé et même agressif. Les échos du quartier sont similaires : les gens ont peur de lui, il est violent. L'équipe sait qu'il y a un suivi psychiatrique mais n'a ni les coordonnées, ni le nom du psychiatre. En même temps, pourquoi lui téléphoner ? Peut-être pour voir s'il n'y a pas un problème avec la médication, s'il décompense... Comment faire

par rapport au groupe qui voit que cela ne va pas pour lui, ils ont même peur de lui et même la formatrice commence à avoir du mal à donner cours.

L'équipe a envie qu'il continue à suivre les cours mais comment faire pour gérer avec le reste du groupe ? Cette situation a été travaillée en supervision, cela a aidé mais en même temps, lui n'est plus venu et cela a été vécu comme un échec par l'équipe.

Enjeu : Comment gérer une personne qui semble avoir des problèmes de santé mentale face à un groupe ?

### *Dépendance sans conscience*

Mme vient d'avoir 65 ans. Elle est aidée depuis 11 ans par le service. Elle a des problèmes d'alcoolisme et son compagnon aussi, il est parfois violent. Ils sont tous les deux dans le déni de la dépendance à l'alcool. L'assistante sociale la soutient par des colis et par rapport aux conflits de couple. Mais elle n'est pas demandeuse d'un accompagnement. Comment lui faire prendre conscience de son problème de boisson ? Au niveau des colis alimentaires, l'assistante sociale se demande dans quelle mesure elle n'entretient pas sa dépendance. Maintenant qu'elle a atteint l'âge de la pension, elle n'aura plus le RIS. Comment va-t-elle réussir à gérer ses dettes ? Doit-elle mettre un administrateur ? Comment mettre un nom sur sa difficulté : être déstructurée et vivre sans arrêt dans le passé ?

Enjeu : La difficulté du diagnostic, le déni, la mise en autonomie.

## 5. Délire et permanence

Pour rappel, durant le premier tour de table, chaque participant présente son récit en quelques minutes. Le groupe est ensuite amené à voter pour un récit. Le narrateur du récit choisi raconte alors à nouveau le même récit mais de manière détaillée. Ce récit est ici retranscrit dans son intégralité, dans sa version détaillée et à la première personne.

« On m'a dit que ça a commencé à l'accueil c'est-à-dire quand les personnes attendent d'être reçues à la permanence. Puis dans un deuxième temps avec mon collègue qui a reçu la personne parce que c'était son tour de permanence. Puis dans un troisième temps avec moi parce qu'il est venu me chercher parce qu'il ne s'en sortait pas. Et puis un quatrième temps : on ramène le Mr à l'accueil et mon collègue appelle le Planning familial pour demander de l'aide.

### *De l'accueil à la permanence*

C'est une personne qui se présente à l'accueil et on sait par la suite qu'elle pose des problèmes à l'accueil : elle est menaçante dans son attitude, elle fait peur et cela paralyse tout le monde, même l'accueillante. Les accueillants sont des personnes bénévoles, ils sont formés et suivis parce que leur travail n'est pas toujours évident.

Mais ce monsieur n'a jamais dépassé les limites de la violence acceptable, il est juste perturbant. Au moment où on le voit, on ne sait rien de tout ça, si ce n'est que quand mon collègue reçoit la personne précédente, elle l'avertit que la personne suivante est un cas. Mon collègue n'en tient pas trop compte parce que c'est quelque chose qui est assez fréquent de recevoir des personnes qui ne vont pas bien et on ne sait jamais jusqu'où elles ne vont pas bien.

### *De la permanence à l'appel du tiers*

Mon collègue reçoit donc la personne, je suis dans le bureau d'à côté. Je ne me rends compte de rien. Ce que je sais c'est que ça dure. Tout à coup, il débarque dans mon bureau et il me dit : 'Tu ne veux pas venir ?'. Je ne pense pas qu'il m'ait dit ce qu'il attendait de moi, il veut juste que je sois là. Je crois qu'il a besoin d'une troisième personne pour changer ce qui se passe dans la relation ou dans les interactions.

Je me présente, je suis d'abord restée debout et puis je me suis assise. Et la personne ne me pose aucune question. Mon collègue fait pour moi le topo de la situation devant monsieur. Je reformule à monsieur pour savoir si c'est bien sa version.

### *De l'exposé de la situation à la demande*

Ce monsieur voulait un dossier juridique pour récupérer sa femme et ses enfants 'Parce que vous comprenez madame, je l'ai surprise dans le lit avec untel...'. Au moment où il vient, je pense qu'il ne vit déjà plus avec sa femme et ses enfants. Il est séparé probablement depuis



un petit temps. Il est dans l'errance, je l'ai vu il y a peu dans la rue, encore délirant, parlant tout seul.

Dans le bureau, il délirait, le ton était violent, on aurait dit que ces yeux lançaient des flammes. Il y avait une forme de menace dans le ton et les termes étaient crus. Par ses mots, il nous manquait de respect, il disait des choses qu'on n'avait pas envie d'entendre. On essayait avec mon collègue d'entendre sa demande objectivement, de trouver la cohérence de la demande parmi le chaos qui entourait ce qu'il disait. C'était tout à fait paradoxal. Du fait du ton et du contenu, on ne savait pas gérer ce contenu-là. Il revenait tout le temps avec la même chose, il n'écoutait pas les solutions qu'on apportait. C'était de l'ordre de l'obsessionnel : 'Je veux ouvrir un dossier' ; comme si c'était ça la solution. Il avait une attitude menaçante, il prenait possession de tout l'espace, il essayait d'avoir le pouvoir sur tout. Il n'y est pas parvenu mais nous on n'a pas pris le pouvoir là-dessus.

### *Le soutien du collègue*

Même si on ne se parlait pas, il y avait quelque chose de tacite entre mon collègue et moi. On voyait qu'on était d'accord : on ne voulait pas refiler ce monsieur au service juridique. On lui disait : 'Ici, on est au service social'. Et en même temps on se disait : 'On ne peut pas renvoyer ça au service juridique parce qu'ils ne sauront pas plus que nous quoi en faire'.

Nous, comme service de première ligne, on a une mission de diagnostic et manifestement ici, le mental prenait le pas sur le juridique ou le social. Il faut quand même faire confiance à notre diagnostic. Pour nous c'était : le mental prend le pas sur le social, le juridique et tout le reste. Ici on était dans une crise manifestement de décompensation et là, je ne vois pas qui peut encore faire quelque chose ? C'est malhonnête de réorienter vers un autre service parce qu'alors notre diagnostic on en fait quoi ? On ne se fait pas confiance ? Si nous on établit que ce n'est pas possible maintenant, on ne va pas réorienter. On essaye de trouver une association adéquate qui peut entendre ça. Mon collègue et moi on se regardait en se disant : 'Si le mental prend le pas, il va falloir contacter un service de santé mentale (SSM)'.

### *Le danger qui guette*

Mais la difficulté était de nommer cela. Un monsieur qui a l'air délirant, qui est menaçant, qui n'a pas l'air doux et on sent que d'un moment à l'autre, tout peut basculer dans la violence... On ne va pas lui dire : 'Monsieur vous êtes fou, je vais vous donner l'adresse du SSM le plus proche, nous on ne sait rien faire'.

Donc il y avait un danger pour nous : comment orienter, comment formuler ça ? Tout était sur un fil. Ce qui se passe c'est de l'ordre de l'instinct. On capte des choses et instinctivement je sentais qu'on marchait sur des œufs et qu'on était borderline et qu'il pouvait d'une minute à l'autre, prendre le bureau et le faire valser. Ou bien agresser mon collègue et l'étrangler parce qu'il était juste en face, moi j'étais sur le côté. La difficulté c'est à la fois de répondre à sa demande objective, ouvrir un dossier et en même temps, quand on tente de creuser le pourquoi et qu'il répond : parce que sa femme le trompe, qu'il veut récupérer ses enfants, qu'il a été au Palais de Justice, qu'on lui a refusé d'ouvrir un dossier... On amenait des portes de sortie et systématiquement, il nous les ramenait. De cette

manière, on entretient l'enlèvement de la situation. On pensait avoir trouvé une porte de sortie et puis il redisait : ' Je veux ouvrir un dossier... ' Mon collègue ne s'en sortait pas et d'ailleurs, on ne s'en est pas plus sortis à deux, on a alimenté le jeu. C'est quelqu'un qui était manifestement délirant.

### *Dire sans dire... l'appel vers la santé mentale*

A un moment, je dis à mon collègue : « Tiens, Eole ». « Ah oui » dit-il, « Eole peut peut-être nous aider ». Donc on suppose que quand on téléphone à Eole, Eole sait qu'on a un problème. Donc mon collègue marche sur des œufs quand il téléphone à Eole. Il essaye de nommer sans nommer santé mentale, sans dire « j'ai quelqu'un qui délire en face de moi ». Le dire sans le dire pour qu'Eole comprenne qu'on a un problème, qu'on est dans l'urgence et que c'est pour ça qu'on fait appel à eux. Eole est spécialisé pour ce genre de problèmes, pour les travailleurs sociaux qui ont des problèmes de ce type-là. Ils n'ont pas su nous aider. On a téléphoné à deux ou trois SSM et chaque fois on tombait sur la même réponse : c'était relayé à une réunion d'équipe ou à une décision en équipe. Oui mais nous c'était tout de suite qu'on avait besoin ! On devenait enragés. On s'enlisait de plus en plus. Ce que moi j'aurais souhaité, c'est qu'on puisse entendre la demande de Mr d'ouverture d'un dossier, donc le contenu objectif, dans un cadre de folie c'est-à-dire de santé mentale. Et ce qu'on nous a dit c'est que c'était l'erreur qu'on a faite. Je ne voyais qu'une équipe qui pouvait le faire, c'était dans un SSM.

### *Apaisement et enlèvement*

On est toujours restés très à l'écoute de monsieur, très calmes et je pense que cela a fait beaucoup. Mais du coup, cela stabilisait aussi la situation, on ne sortait pas de là. Comme je voyais qu'il transpirait beaucoup et qu'il parlait beaucoup, je lui ai proposé un verre d'eau. Je suis montée à l'étage chercher le verre et j'ai laissé mon collègue seul. J'ai cru que j'allais revenir et qu'on serait dans le même bazar. Sur le temps que je monte, il s'est passé quelque chose. Mon collègue en a profité pour appeler le Planning. On n'y avait pas pensé tout de suite alors qu'on a un psychologue sous la main. Le Planning se trouve dans la même maison. Il est dans la structure de notre association mais c'est une asbl à part même si issue de notre association.

Je suis arrivée avec le verre d'eau, il l'a bu. Il a donné une bonne claque dans le dos de mon collègue et lui a dit : « t'es un pote ». On en a profité pour le ramener gentiment à l'accueil. C'est tout juste si ce n'était pas mon collègue qui transpirait. Parce que franchement on raconte la situation comme ça mais faut être dedans pour savoir que toutes les antennes étaient dressées, c'est comme si tu étais en état de danger. C'est vraiment ça, on a quelqu'un d'animal en face de nous. On essayait de faire le jeu à trois. On y arrivait assez bien mais ça aurait pu durer deux ans. On arrivait à gérer la tension pour ne pas que cela déborde mais cela aurait pu durer. Donc mon collègue avait contacté le Planning familial. La psychologue a rejoint mon collègue à l'accueil pour remettre l'adresse d'un SSM, le Centre Antonin Artaud.

## *Intervention du Planning*

La psychologue du Planning nous a dit que la prochaine fois, il faut résoudre le problème à l'accueil<sup>5</sup>. Elle a dit que l'erreur qu'on avait faite était d'entrer dans la demande. Que quand quelqu'un est délirant comme ça, il faut l'envoyer tout de suite au SSM. C'est ce qu'on avait essayé de faire mais on n'avait pas réussi.

## *L'enjeu*

L'enjeu est celui des permanences. On est première ligne, on est accueillant de tous et de toutes et on ne peut jamais dire, tant que la personne est en face de vous, comment ça va se passer. Ce n'est pas parce qu'elle est plus ou moins mal à l'accueil que ça va mal se passer en permanence. J'ai déjà reçu plein de gens qui n'étaient pas bien à l'accueil – genre violent, tonitruant... – mais après, ça se passe très bien. Mais là, c'était manifestement un délire qui nous dépassait et pour lequel on n'a pas été compétent. On a évité les claques qu'on a déjà vécues à l'accueil.

Ce qui est difficile dans un service généraliste qui a un accueil ouvert à tous – c'est d'ailleurs le décret, c'est l'obligation, on accueille tout le monde – c'est de répondre à ce type de situation qui est de plus en plus fréquente, pour lesquelles on n'est pas formés. Parce qu'en plus, il faut faire un diagnostic. On fait l'hypothèse en fonction des éléments que la personne nous donne et on la vérifie en fonction du nombre de fois où on la verra, de l'évolution de la situation. C'est quelque chose de mouvant. Là on avait établi le diagnostic : 'fou délirant', ce n'est pas pour nous...Voilà, on l'avoue. Il faut nommer la difficulté mais on n'a pas l'étiquette psychologue pour nommer. Dans ce type de situation, ce qui est en jeu c'est aussi la frustration, en tant qu'assistante sociale, de se dire que la personne a une demande, le contenu de sa demande est délirant mais aussi l'autre aspect de la demande, qui n'est pas dit, qui est tout ce qui ne va pas chez cette personne. Comment fait-on pour répondre de manière globale à tout ça ? Donc sans traiter la psychiatrie, à ce moment-là, il n'était pas possible de travailler le social. Dans le SSM, c'est une équipe pluridisciplinaire, pour un gars aussi atteint. Nous ce n'est pas notre domaine, clairement pas !

Par la suite on a appris qu'il fréquentait déjà la Consigne auparavant. Et on a aussi appris par recoupement qu'il était déjà passé au service social et qu'il avait déjà ouvert un dossier à un autre nom. Il était moins délirant et je pense que là, il y a eu une réponse à la permanence qui a satisfait la personne et l'assistant social.

## *L'après...*

Il est revenu par la suite et il n'a pas fallu moins de 3 personnes dans la pièce à côté de l'accueil et finalement lui redonner l'adresse d'Antonin Artaud, mais je pense qu'il n'y est jamais allé. Après cet épisode à la permanence, on a donné à l'accueil la consigne de le

---

<sup>5</sup> On a une petite pièce sur le côté où on peut faire des cas intermédiaires comme celui-là et on peut dire à Mr qu'on ne peut pas l'aider.

recevoir en bas. Et là, comme la psy a dit, la prochaine fois il faut le réorienter sans explication.

## 6. L'espace des points de vue

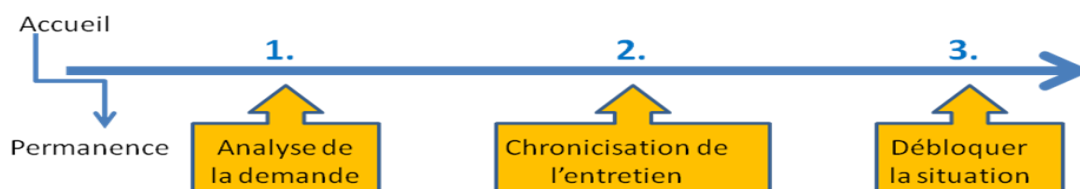
L'animateur et le rapporteur présentent un travail de synthèse des différents points de vue qui ont été révélés lors des échanges. Lors de la présentation de cette synthèse, les participants sont invités à réagir et le travail est soumis à leur critique. Les remarques, demandes de modification et enrichissements des participants ont été intégrés dans ce chapitre. Lorsqu'ils n'ont pas été intégrés, ce choix est argumenté dans le texte.<sup>6</sup>

Nous avons décidé de structurer l'analyse en fonction des différents moments du récit. En effet, face au récit analysé, il nous a semblé pertinent de découper le récit à un niveau temporel plutôt que thématique.

Nous avons découpé le récit en quatre moments :

- le transfert de l'accueil vers la permanence que les participants n'ont pas commenté
- l'analyse de la demande
- la chronicisation de l'entretien
- le déblocage de la situation

Pour chacun de ces moments, nous allons présenter les différentes boîtes à questions qui s'ouvrent. Nous vous proposons une articulation de ces questions au sein des différentes boîtes.



---

<sup>6</sup> Nous procédons de la même manière lorsque le rapport est rédigé. Les participants en font une relecture et peuvent commenter le rapport, demander des modifications...

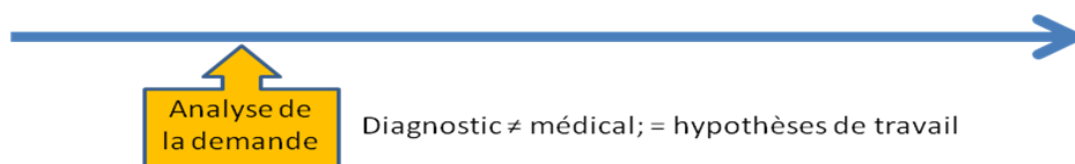
Un des participants pointe que les antécédents de la personne dans le service ont été peu pris en considération lors de la narration du récit et de son analyse. En effet, cet usager fréquentait le service auparavant. Ce participant fait l'hypothèse que cela a peut-être influencé son comportement.

Le narrateur précise alors qu'au moment même de la situation exposée, l'équipe ne sait pas exactement si l'intéressé avait déjà fréquenté la permanence mais elle a réalisé par après que cet usager avait fréquenté la Consigne.

Les hypothèses :

- L'intéressé a fréquenté la permanence à un moment où il était possible de travailler avec lui et il y a reçu des réponses concrètes. D'où son insistance pour, cette fois encore, trouver une réponse directe à sa demande.
- Si les travailleurs sociaux<sup>7</sup> avaient su qu'il avait fréquenté la Consigne, ils l'auraient peut-être renvoyé vers la personne de référence à la Consigne. Cela aurait d'ailleurs permis de différer la demande : « Là je ne peux pas mais je vais en parler à telle personne de la Consigne ». A la Consigne, ils font un travail de proximité et d'écoute spécialisée - type de travail difficilement réalisable dans les permanences. Une des hypothèses faites par le groupe est qu'il attendait d'être entendu de cette même manière à la permanence.

## 6.1. L'analyse de la demande



Quand la narratrice parle de diagnostic, elle ne parle pas de diagnostic médical mais d'hypothèses de travail. L'exercice pour le travailleur social est donc d'affiner au maximum ce diagnostic. D'ailleurs si son collègue l'appelle, c'est probablement un moyen de se rassurer face au diagnostic qu'il a établi : ce bénéficiaire a un problème de santé mentale.

Au moment de l'analyse de la demande, plusieurs boîtes à questions s'ouvrent :

6.1.1. Le cadre

6.1.2. L'écoute de la demande

---

<sup>7</sup> Travailleurs sociaux

#### 6.1.3. Est-elle audible ?

- Est-elle justifiée, a-t-elle du sens, est-elle traversée par une logique ?
- Sur quels éléments objectifs puis-je m'appuyer pour ouvrir un dossier?

#### 6.1.4. Peut-on y répondre ?

- Non, pas comme telle. Mais les travailleurs sociaux ont la volonté de trouver une réponse concrète et directe à la situation même si la réponse diffère de la demande initiale.

#### 6.1.5. Evaluation du problème de santé mentale. Que mobilisent-ils pour réaliser le diagnostic ?

- Intuition et expérience
- Comportement qui sort de l'ordinaire
- Comportement monomaniaque, fixation dans le discours, pas d'écoute des travailleurs sociaux
- Provoque du malaise

#### 6.1.6. Evaluation de l'urgence. Sur quoi se basent-ils pour « diagnostiquer » l'urgence ?

- L'urgence pour le bénéficiaire : expression angoissée, stressée, pressante.
- L'urgence pour les travailleurs sociaux : sortir d'urgence d'un entretien qui se bloque, se chronicise.

### 6.1.1. Le cadre/les limites

---

Quel est le cadre de travail des assistants sociaux dans ce Centre ? Quel temps disponible ? Quel type de problématiques traitées ? Pour quel type de public ? ...

Les participants font remarquer que la question du cadre n'apparaît pas comme telle dans notre présentation. Elle leur semble pourtant importante : que mettre en place pour construire un cadre sécurisant pour tout le monde ? Tout d'abord pouvoir le formuler à la personne : « On peut travailler dans telles limites, voilà ce qu'on peut proposer, ni plus ni moins ». L'animateur et le rapporteur avaient initialement placé le cadre au moment de la chronicisation de l'entretien. Ce que les participants apportent est que ce cadre pourrait être formulé dès le début de la rencontre par l'assistant social. Ils font l'hypothèse que cela aurait peut-être aidé le bénéficiaire à y voir plus clair.

Le narrateur ne pense pas que dans la situation analysée, la formulation du cadre aurait été un facteur aidant, étant donné que ce type de personne veut précisément sortir du cadre. Dès lors, note un participant, dans cette situation, ni l'assistant social ni l'utilisateur n'a été entendu : l'un par rapport au cadre qu'il tentait d'imposer, l'autre par rapport au dossier qu'il voulait ouvrir.

La question est alors reformulée : ce n'est pas tant comment mettre du cadre mais que faire quand la personne déborde du cadre ? Il n'est d'ailleurs pas toujours facile de tenir le cadre par peur de retour agressif.

Mais le cadre, au-delà de la manière dont on l'a défini plus haut, c'est aussi ce qui fait sens et non sens pour la personne. Parfois, on sent qu'il y a quelque chose qui fait insistance chez l'autre qu'on ne comprend pas. Peut-être peut-on envisager à ce moment-là que, pour l'espace d'un instant, c'est l'utilisateur qui a la compétence et qui peut nous éclairer sur ce qui fait sens et non-sens pour lui.

Il y a les limites de l'institution et celle de chacun. Par rapport au cadre, chacun a encore une certaine souplesse.

### 6.1.2. L'écoute de la demande

---

XX

### 6.1.3. La demande est-elle audible ?

---

#### a) *La situation du récit*

Lorsque la demande est exprimée et entendue, une nouvelle question semble se poser : cette demande est-elle justifiée, a-t-elle du sens, est-elle traversée par une logique ? En effet, pour pouvoir y répondre telle quelle, le travailleur social doit y voir un sens et pouvoir



s'appuyer sur des éléments objectifs. Autour de cette thématique, une série de questions se posent.

Dans la situation analysée, il semble que les justifications utilisées par l'utilisateur pour introduire une demande d'ouverture de dossier sont peu claires. D'une part il insiste pour ouvrir un dossier juridique et d'autre part, toutes les démarches juridiques autour de la situation de la séparation avec sa femme semblent avoir été épuisées. Le travailleur social n'a donc pas d'éléments objectifs ni pour ouvrir un dossier ni pour transférer ce dossier vers le service juridique : que faire ?

Au cours de la dernière journée, les chercheurs ont proposé une interprétation de la situation telle qu'elle est présentée dans le tableau ci-dessous. La narratrice a tenu à préciser que le problème ne résidait pas tant dans l'absence d'éléments objectifs mais dans le fait que la santé mentale prenait le pas sur les éléments objectifs. Au-delà du récit, nous pensons malgré tout qu'il arrive aux travailleurs sociaux d'être confrontés à des situations où l'utilisateur n'apporte effectivement aucun élément objectif qui justifierait l'ouverture d'un dossier et le début d'une action sociale.

#### *b) Questions/hypothèses*

A partir de la situation du récit, plusieurs questions, hypothèses et réflexions émergent du groupe.

Dans la situation qui nous occupe, il s'avère qu'il y avait peu d'éléments objectifs sur lesquels il était possible de se baser pour introduire un dossier auprès du service juridique. Les participants se demandent comment auraient agi les travailleurs sociaux s'il y avait eu des éléments objectifs dans la demande de l'utilisateur ? Auraient-ils fait abstraction de ce problème de santé mentale pour s'attarder sur les éléments objectifs de la demande ? En d'autres termes, la question qui se pose est la suivante : ce qui a coïncé avant tout est-ce l'absence ou l'insuffisance d'éléments objectifs ou le problème de santé mentale ?

Autour de cette question des éléments objectifs, une réflexion émerge : pourquoi, dès le départ, le conflit conjugal n'a-t-il pas été considéré comme un élément objectif ? D'ailleurs, cette posture aurait probablement anticipé l'orientation de l'utilisateur vers le Planning Familial. Le groupe se demande alors dans quelle mesure les manifestations de problèmes de santé mentale peuvent occulter les éléments objectifs d'une demande ou dans quelle mesure les éléments objectifs risquent d'être déconsidérés à cause d'un problème de santé mentale qui prend toute la place. A contrario mais dans une moindre mesure, jusqu'où l'existence d'éléments objectifs permettant d'entamer un travail social concret risque-t-il de détourner le travailleur social d'un problème de santé mentale ?

Enfin, le groupe formule une autre hypothèse qui permettrait d'éclairer l'insistance avec laquelle l'utilisateur demande l'ouverture d'un dossier. Et si l'utilisateur pensait que pour être entendu/considéré par les AS de la permanence, il fallait demander l'ouverture d'un dossier ? En effet, l'assistante sociale apprendra après coup que cette personne a probablement déjà fréquenté la permanence en d'autres temps. Cela aurait peut-être influencé son attitude en fonction de ce qu'elle croit qu'on attend d'elle pour être entendue.

Pour illustrer, lorsqu'on va voir un médecin, il faut être malade et demander un traitement pour être entendu. Lorsqu'on se rend au BAJ<sup>8</sup>, il faut avoir un problème juridique et solliciter un conseil. Lorsqu'on se rend dans un service social, pour être entendu et/ou considéré, peut-être faut-il rencontrer une difficulté sociale et demander l'ouverture d'un dossier (qui symboliquement signifie le début d'un accompagnement) ? Dans ce sens, ce n'est pas nous qui tentons de nous mettre à la place des gens mais eux qui tentent de se mettre à notre place. En d'autres termes, l'utilisateur cherche à donner ce qu'il croit que le travailleur social attend et le travailleur social cherche à donner ce qu'il croit que l'utilisateur attend, en l'occurrence souvent une réponse concrète.

Situation du récit	Questions/Hypothèses
Justifications embrouillées (manque de logique, répétitions du même schéma, du même leitmotiv)	
Pas d'élément objectif pour fonder l'ouverture d'un dossier et le transfert au service juridique	Et si effectivement il y avait eu des éléments objectifs, que ce serait-il passé ? Abstraction du problème de santé mentale pour répondre à demande objective, sociale ?
	Le conflit conjugal comme élément objectif (justifiant l'orientation vers le Planning ?)
	Et si l'utilisateur pensait que pour être entendu/considéré par les AS de la permanence, il fallait ouvrir un dossier ?

---

<sup>8</sup> Bureau d'aide juridique

#### 6.1.4. Peut-on répondre à la demande telle quelle?

---

La narratrice nous dit qu'ils n'ont pas pu répondre à la demande telle que formulée : ouvrir un dossier. Une autre question émerge des interprétations : doit-on répondre à la demande telle qu'elle est posée ? Deux points de vue, pas nécessairement exclusifs, apparaissent : « oui on doit y répondre » et « non, peut-être pas ».

Plusieurs éléments ont été évoqués comme autant d'incitants à répondre à la demande de l'utilisateur. De manière générale, les arguments balancent entre ce que l'on désire pour soi et ce qu'on désire pour l'autre.

Le travailleur social pourrait décider de répondre à la demande de l'utilisateur pour sortir de la situation dans laquelle il est impliqué et qu'il vit difficilement (et ce pour de multiples raisons). Répondre à la demande, même si elle n'a pas de sens, permet de sortir de l'état de crise et de passer à autre chose. Dans certains cas, cela peut également permettre au travailleur social de sortir du danger. Nous avons en effet pu lire dans les différents récits que dans certaines situations, l'enjeu est avant tout de se protéger. Répondre à la demande de l'utilisateur permet d'éviter un excès de colère et par ce fait, d'apaiser également l'utilisateur.

Enfin, le cadre professionnel peut influencer la réponse du travailleur social. En effet, qu'il s'agisse des attentes que l'on projette sur sa propre fonction (le fait même d'être assistant social entraînerait qu'on s'efforce de trouver réponse à tout) mais aussi des attentes des utilisateurs face à une telle fonction, elles ont une influence certaine sur la manière dont le travailleur va réagir. D'autre part, les discussions font apparaître que le cadre institutionnel peut également avoir une influence sur l'attitude du travailleur social. L'assistant social n'aura pas la même attitude si son institution décourage ses travailleurs ou si son institution les soutient dans la prise en charge de ce type de situations. Deux arguments penchent en défaveur de la prise en charge de ce type de problématique : soit parce que les assistants sociaux ne seraient pas outillés face aux problèmes de santé mentale soit parce que cette posture ne serait pas rentable en termes de travail et d'efficacité de la permanence sociale.

Du côté de l'utilisateur, on peut prendre le parti que sa demande, quel que soit le jugement que l'on porte sur elle, est pertinente pour lui étant donné qu'il la formule. Cet argument est pour certains suffisant pour y répondre. Aussi, lorsque l'utilisateur revient avec sa demande de manière obsessionnelle et que le dialogue n'est plus possible, le fait d'y répondre peut permettre de réintégrer l'écoute et de passer à autre chose. En effet, de nombreux récits relatent l'impossibilité d'être entendu par l'utilisateur lorsqu'il est tout à fait centré sur une demande obsessionnelle.

Enfin, il est particulièrement difficile d'orienter un utilisateur qui s'adresse à un service social vers les portes de la santé mentale ou même de travailler cette question avec lui. Entendre la demande de l'utilisateur et y donner une réponse peut permettre d'établir une relation de confiance et d'entrer ainsi dans une relation à long terme. De cette manière, le travailleur social pourra tenter, au fur et à mesure des rencontres, d'aborder ce problème de santé mentale. Mais en se projetant dans cette situation, les participants reconnaissent que face à ce type d'utilisateur, la peur est justement que la personne revienne les voir. L'objectif est de sortir de cette situation et de manière définitive. Il faut donc signifier à l'utilisateur qu'il n'est pas

à la bonne place et qu'il n'est pas possible, dans ce lieu, de répondre à sa demande. Enfin, répondre à la demande, même lorsqu'elle n'a pas de sens, c'est entrer dans le jeu de l'utilisateur. Cela ramène le travailleur social à la question de ses limites.

Parmi l'ensemble des arguments qui encouragent à ne pas répondre à la question, les participants en viennent rapidement à se demander ce qu'on entend par le terme « réponse ». En effet, au-delà de la réponse proprement dite à la demande de l'utilisateur, l'écoute ne constituerait-elle pas une réponse en soi ? D'ailleurs, derrière cette demande peu 'objective', la demande réelle de l'utilisateur n'est-elle pas avant tout d'être écouté, entendu dans sa détresse ? Nous revenons à cette question au point suivant.

Il est possible que même en répondant à la demande telle que formulée, l'utilisateur reste insatisfait. Dans le récit « de l'asile à l'asile », on voit bien que même après qu'on ait répondu à la demande – la régularisation – la personne revient à la permanence sociale.

Enfin, les participants en viennent à se demander s'il n'y a pas un malentendu de départ : le rôle du travailleur social n'est-il pas avant tout d'être un « facilitateur de réponse » plutôt qu'un « donneur de réponses ». C'est la conception de l'aide qui est ici révisée : aider la personne, c'est peut-être l'aider à trouver ses solutions. D'ailleurs, notent les participants, quand on plaque une solution sur quelqu'un, cela fonctionne rarement. Mais la difficulté est d'assumer cette posture au risque de décevoir les usagers. Accompagner à la réponse plutôt que donner la réponse permet d'une part de ne pas prendre toute la responsabilité sur soi et le plus souvent de trouver une réponse plus adaptée à la personne.

## Peut-on >< Doit-on répondre ?

OUI	NON
Pour sortir de la situation, sortir de l'état de crise, passer à autre chose	L'écoute n'est-elle pas en soi une (La) réponse ? L'écoute n'est-elle pas en définitive aussi l'objet réel de la demande ?
Pour ne pas se mettre en danger	Il est possible qu'on ne résolve rien même en répondant ...
Parce que la personne demande, parce que c'est important pour elle	La psychologue du Planning qui affirme qu'il aurait fallu ne pas entrer dans la demande et réorienter directement
Par obligation (contrainte) professionnelle ou institutionnelle dans le cadre de la permanence sociale	Si on répond à la demande, qu'en faire après ? On risque aussi qu'il revienne et on ne veut pas
Opportunité pour un travail à long terme sur le problème de la santé mentale.	Il y a un accord au sein du service social pour dire que pour ces gens, on n'est pas outillé.
Pour apaiser la personne	C'est entrer dans son jeu → Ramène à la question des limites
Pour permettre la réintégration de l'écoute dans la relation → <i>Quand la personne est dans son obsession, elle n'écoute pas</i>	Non le travailleur social n'est pas « donneur de réponses » mais facilitateur

## L'écoute, une réponse en soi ?

Comme nous l'avons évoqué dans le point précédent, autour de la thématique de la réponse, une nouvelle question émerge : la réponse doit-elle être entendue uniquement comme 'celle que l'utilisateur demande et attend' ? Face à une demande à laquelle, pour une raison ou l'autre, on ne sait pas répondre ou il est préférable de ne pas répondre, l'écoute ne constitue-t-elle pas une réponse en soi ? A nouveau, nous ne sommes pas face à deux positions qui s'opposent et s'excluent mais plutôt à des arguments qui s'enrichissent et dessinent une vision plus nuancée.

Les participants réalisent que face à une série de problèmes pour lesquels la situation socio-économique ne permet plus d'apporter des solutions concrètes, l'écoute est la seule réponse. Cependant, cette écoute ne doit pas occulter les problèmes concrets auxquels font face les usagers. En effet, n'être que dans une posture d'écoute risque de faire passer les travailleurs sociaux à côté de la question de l'accès aux droits et de celle de la justice. Il existe des problèmes concrets pour lesquels des réponses concrètes existent, il ne faut pas l'oublier.

Cependant, certains participants revendiquent l'importance de l'écoute, rappelant qu'il ne faut pas être que dans des actes techniques. Si l'écoute s'accompagne de militantisme, elle

peut constituer un observatoire pour la revendication politique. En effet, être à l'écoute des souffrances individuelles et tenter d'en dégager les mécanismes sociétaux peut constituer un matériau important pour la revendication politique. Aussi, ce type d'écoute permet d'éviter le piège de l'individualisation des souffrances de l'utilisateur.

Oui	Non
Face à certains problèmes concrets comme le logement, l'endettement... la seule réponse qu'il nous reste est l'écoute.	L'écoute occulte les problèmes concrets de la personne et l'action.
Oui, il ne faut pas être uniquement dans le faire, les actes techniques...	Danger de passer à côté de l'accès aux droits et de la question de la justice.
Si elle s'accompagne de militantisme, peut constituer un observatoire pour la revendication politique et éviter le piège de l'individualisation des souffrances de l'utilisateur	Participe à mieux faire vivre aux usagers la violence sociale qu'ils subissent → résignation

### 6.1.5. Problème de santé mentale ?

---

Dans le récit, les travailleurs sociaux parlent de problèmes de santé mentale. Mais qu'est-ce qui a permis, à un moment donné, de diagnostiquer ce problème? Nous avons tenté de pointer les différents outils mobilisés par les travailleurs sociaux pour réaliser ce diagnostic ainsi que les questions que cela pose.

Les principaux outils mobilisés dans le cadre de ce récit sont d'une part l'expérience et d'autre part l'intuition. Pour être plus précis, le fait d'être face à un comportement « qui sort de l'ordinaire » (expérience), que je ne comprends pas et qui souvent me fait peur (intuition), me fait dire que la personne a probablement un problème de santé mentale. Même si nous n'avons pas été confrontés à la question de l'interculturel dans ce récit, elle pourrait aussi être posée. Un comportement « extra-ordinaire » ou une logique de pensée « anormale » aux yeux d'un travailleur social n'implique pas nécessairement un problème de santé mentale. Ils peuvent plus simplement n'être que l'expression d'une culture différente. C'est la rencontre de l'altérité qui est ici en question.

Le fait que la demande de l'utilisateur soit exempte d'éléments objectifs est éventuellement un indicateur. Dans le récit qui nous intéresse, le bénéficiaire éprouve des difficultés à argumenter sa demande et à la présenter comme fondée. Enfin, son comportement présente quelque chose de monomane dans le sens où il tourne en rond : il demande, on refuse, il demande, etc. Il est fixé sur sa problématique et n'écoute pas – ou ne veut pas entendre – ce que les travailleurs sociaux lui disent.

Face à cette situation, le narrateur s'est posé une série de questions auxquelles il ne semble pas outillé pour répondre. Tout d'abord, il se demande s'il est face à un réel problème de santé mentale (caractérisé par la permanence) ou un « simple » état momentané de crise. Est-on face à une souffrance psychique ou une maladie mentale ? Le fait que les choses soient proches et pas toujours très distinctes participe à la difficulté pour les usagers d'entendre qu'ils ont une souffrance psychique parce qu'ils se sentent très vite qualifiés de fous.

Etre outillé pour réaliser un meilleur diagnostic permettrait, selon les participants, d'orienter l'utilisateur de manière plus adéquate : Centre de Santé Mentale, hôpital psychiatrique... Cette question renvoie à la question de l'urgence. Etant donné que le travailleur n'est pas outillé pour réaliser un diagnostic, il n'est pas outillé non plus pour savoir si l'état de l'utilisateur nécessite une intervention extérieure urgente. Lorsqu'il contacte par téléphone un Centre de Santé Mentale, il ne sait pas réellement lui décrire, dans un langage approprié, la problématique de la personne.

Mais, outillé ou pas, est-il finalement possible et adéquat de réaliser un diagnostic sur base d'une rencontre ? Et si les travailleurs sociaux étaient outillés, que feraient-ils de ce diagnostic ? L'expérience des participants nous révèle d'ailleurs que même s'ils contactaient un Centre de Santé Mentale avec le nom exact de la pathologie, ils ne pensent pas que la réaction serait réellement différente.

Au cours des échanges, les participants réalisent que l'étiquette de la santé mentale rassure le travailleur social. En effet, face à un comportement déroutant et souvent complexe, mettre une étiquette a un effet structurant et donc apaisant. Il permet aussi la mise à distance entre le bénéficiaire et soi-même. D'autre part, les travailleurs sociaux reconnaissent que l'étiquette enferme l'usager. Cette enfermement va parfois jusqu'à occulter et freiner la prise en charge des problèmes concrets de la personne.

Les outils mobilisés	Les questions
Expérience	Est-ce un problème de santé mentale ou un « simple » état momentané de crise ?
Intuition	Les travailleurs sociaux manquent peut-être d'outils plus objectifs pour poser un diagnostic plus fiable ? Mais s'ils avaient les outils, que feraient-ils de ce diagnostic ?
L'interprétation du comportement « qui sort de l'ordinaire »	Un comportement qui sort de l'ordinaire et une logique de pensée différente de celle du TS peut mettre en question la rencontre de l'altérité.
L'absence d'éléments objectifs et d'une justification argumentée pour fonder la demande.	L'étiquette de la SM <sup>9</sup> : rassure mais enferme.
Monomaniaque ( <i>dans le sens de reproduction toujours du même schéma</i> ), fixation, pas d'écoute de la part du bénéficiaire	Problème de SM : souffrance psychique ou maladie mentale ?
	La question de la SM occulte et freine la prise en charge des problèmes concrets

---

<sup>9</sup> Santé mentale



### 6.1.6. Evaluation de l'urgence

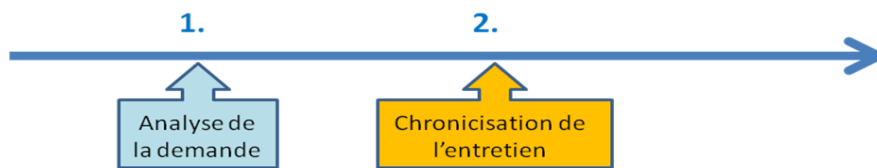
Notre narratrice et son collègue semblaient aux prises avec une certaine urgence : « il faut à tout prix sortir de cette situation ». La confrontation avec le secteur de la santé mentale – via les quelques coups de téléphone – renvoie aux travailleurs sociaux cette urgence en pleine face, étant donné qu'elle ne semble ni entendue ni reconnue. Nous questionnons ici cette urgence pour mieux la saisir et donc mieux la travailler. La première question autour de laquelle nous en déclinons d'autres est : urgence pour qui ?

Du côté du bénéficiaire, l'urgence concerne-t-elle sa demande ? En d'autres termes, il serait alors urgent d'ouvrir un dossier et d'intervenir dans sa situation familiale. Ou l'urgence concerne-t-elle son état ? Son état de santé mentale serait-il à ce point préoccupant qu'une intervention rapide est nécessaire ? Ces questions amènent les participants au constat suivant : face à un problème de santé mentale, les travailleurs sociaux ont vite tendance à qualifier la situation d'urgente. Cependant, l'urgence ressentie chez le travailleur social est-elle une urgence par rapport au bénéficiaire ou par rapport à lui ? Une des hypothèses est que le travailleur social n'étant pas à l'aise avec la situation, il aurait tendance à interpréter le problème de santé mentale comme nécessitant une prise en charge urgente. Par ailleurs, l'urgence peut aussi être institutionnelle. Elle se décline alors en exigence de rentabilité du temps et d'efficacité du service. En effet, au cours des échanges, les participants constatent que l'urgence sera tantôt celle de l'utilisateur, tantôt celle du travailleur social, tantôt celle de l'institution.

Peut-être cette relativité de l'urgence explique-t-elle que le secteur de la santé mentale aura tendance à relativiser l'urgence, prônant plutôt une approche à long terme, de sorte que les travailleurs sociaux trouvent rarement une réponse à la mesure de l'urgence ressentie.

<b>Pour le bénéficiaire ?</b>	<b>Pour le travailleur social ? Pour l'institution en terme de rentabilité du temps de travail, d'efficacité de la permanence sociale ?</b>
Urgence de sa demande ? Urgence de son état ?	Relativité de la notion d'urgence : fonction de nombreux paramètres → entre autres l'utilisateur et le travailleur social
Tendance des travailleurs sociaux à vite interpréter un problème de santé mentale comme situation d'urgence ?	?
<b>La santé mentale a tendance à relativiser l'urgence (même aux urgences) des (im)patients</b>	<b>Du coup, tendance aussi à relativiser l'urgence vécue pour les travailleurs sociaux</b>
Prônent plutôt une approche sur le long terme	Nous y reviendrons dans les questions relatives au réseau

## 6.2. Chronicisation de l'entretien



Au cours de l'entretien, la situation et/ou le discours de l'utilisateur semble 'tourner en rond'. Le risque d'enlisement est présent et engendre une certaine inquiétude. Face à ce constat, les participants échangent autour de la question des limites. Les avis oscillent entre : 'mettre plus' ou 'mettre moins' de limites. Chaque positionnement offre une série d'avantages et d'inconvénients.

Lorsqu'on parle de limites, on parle autant des limites au niveau du temps, de l'espace, des compétences... Mettre plus de limites permettrait de se protéger du malaise, de la tension, de l'éventuelle agressivité, de la peur... Cela permettrait surtout de ne pas se sentir envahi par l'autre : dire que ce n'est pas possible, pouvoir mettre fin à l'entretien. Du côté du bénéficiaire, cela permet peut-être de ne pas l'entretenir dans son délire et éventuellement d'y mettre un terme. Mais cette posture n'est pas sans risque. En effet, comment réagira le bénéficiaire aux limites imposées par le travailleur social ? La frustration ressentie pourrait générer de la violence ou de l'agressivité. Aussi, les participants évoquent que les bénéficiaires dont il est ici question ont souvent des comportements imprévisibles<sup>10</sup>. Cette 'imprévisibilité' du bénéficiaire empêche le travailleur social de réagir tel qu'il le voudrait. Le risque est donc un risque explosif : direct et physique. Les participants se questionnent sur la possibilité d'exprimer la limite sans violence et sans générer de la violence. Aussi, ce n'est pas parce que le travailleur social met des limites qu'il ferme la porte. Est-il possible de transmettre ce message au bénéficiaire et comment ?

Mettre moins de limites ou avoir plus de souplesse permet éventuellement de provoquer l'apaisement du bénéficiaire. En effet, l'écoute inconditionnelle peut avoir des effets bénéfiques sur son état d'anxiété et d'agitation. Cependant, le risque est ici nommé comme implosif, c'est-à-dire plus larvé et psychologique. En effet, jusqu'où vais-je si je laisse le bénéficiaire parler sans mettre de limites ? Cette attitude peut entraîner une forme d'enlisement mais aussi le travailleur social perd quelque peu la maîtrise de la situation. Si le travailleur social accompagne de façon inconditionnelle le bénéficiaire là où il le conduit, il ne sait ni jusqu'où, ni pour combien de temps. On entre dans le jeu du bénéficiaire et c'est lui qui impose les règles, en quelque sorte. Il peut arriver qu'accompagnant ainsi « l'errance » du bénéficiaire, l'assistant social ait le sentiment d'être conduit dans des confins qui l'éloignent de ses compétences et de ses missions au point de parfois remettre en question son identité professionnelle.

---

<sup>10</sup> C'est entre autre cette imprévisibilité qui fait dire au travailleur social qu'il est face à une personne ayant un problème de santé mentale.

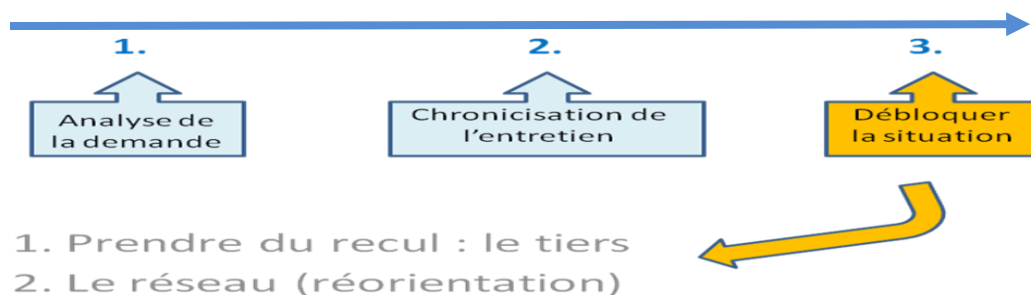
**Difficulté mais aussi nécessité de mettre des limites**

**Mettre des limites = à double tranchant :**

**Pour se protéger mais aussi dangereux**

<b>+ DE LIMITES</b> (temps, espace, compétence, etc.)	<b>+ DE SOUPLESSE</b>
Pour se protéger Pour ne pas entretenir la personne dans son délire Pour ne pas se positionner en « supposé savoir »	Ne pas dire non au profit d'une écoute inconditionnelle et de l'apaisement
<b>RISQUE EXPLOSIF (+ direct, + physique)</b>	<b>RISQUE IMPLOSIF (+ larvé, + psychologique)</b>
Car peut générer frustration chez l'utilisateur	Car peut générer l'enlisement de l'entretien, perte de maîtrise sur la situation, perte de l'identité professionnelle, perte de temps
Comment exprimer la limite sans violence et sans générer de violence ? En laissant une porte ouverte	Où cela s'arrête-t-il ? Est-ce que cela va s'arrêter ?
Accueil comme sas, comme limite spatiale	Ne pas mettre de limites c'est entrer dans son jeu

## 6.3. Débloquent la situation



Dans la situation analysée, les collègues développent une série de stratégies pour sortir de la situation. L'ensemble des outils mobilisés dans la situation ou proposés par les participants au cours des échanges ont été triés sous deux « chapeaux » : la prise de recul (le tiers) et l'appel à la santé mentale (le réseau)<sup>11</sup>.

A nouveau, nous ne sommes pas réellement face à de réelles divergences entre les participants mais plutôt face à une complémentarité des moyens exposés.

### 6.3.1. Le tiers

---

Au cours des échanges, les participants rappellent l'importance de prendre du recul dans ce type de situation. L'appel au tiers est souvent mobilisé mais de manières très diverses.

Le fait d'en appeler à l'équipe, comme dans la situation analysée, aide à ne pas être le seul juge. Les participants nous témoignent que dans certaines institutions, face à des bénéficiaires dits difficiles, les travailleurs sociaux reçoivent en binôme. Si les collègues ne sont pas mobilisables au moment même, le fait d'en référer à l'équipe, même dans un temps différé, est un soutien important. De la même manière, le fait de pouvoir déposer et analyser la situation difficile en supervision ou intervision semble bénéfique et apaisant.

Certains actes peuvent également permettre de prendre du recul : téléphoner à un collègue ou à une autre institution, sortir du bureau quelques instants, chercher un verre d'eau pour la personne... Autant de petits gestes qui nous ont été révélés par les participants comme des 'bulles d'air' dans des situations difficiles. Ces gestes semblent permettre au travailleur social de prendre du recul mais est parfois bénéfique aussi pour le bénéficiaire.

Un participant nous parle de l'usage bénéfique qu'il fait du 'tiers invisible'. Ce tiers invisible peut être l'institution, le directeur, le coordinateur ou même un collègue. Il permet d'exprimer des limites au bénéficiaire en faisant référence non au 'je' mais à ce tiers qui met un cadre sur lequel le travailleur n'a pas de prise : 'c'est comme ça et ce n'est pas moi qui le décide'. Si ce tiers peut être mobilisé de manière réelle, il est également possible de sortir du bureau pour demander l'avis d'un patron ou d'un collègue qui est absent ou de téléphoner sans avoir personne au bout du fil. Cela permet de signifier au bénéficiaire concrètement qu'on

---

<sup>11</sup> Même si le réseau peut lui-même fournir du tiers, nous avons choisi de le traiter à part dans cette présentation.

n'est pas seul maître du bateau et qu'on travaille dans un cadre avec un règlement, des modes de fonctionnement, un supérieur... En d'autres termes, lui signifier que le travailleur social n'est pas tout puissant et qu'il ne fonctionne pas uniquement comme il en a l'envie. Enfin, cela permet aussi d'exprimer de l'empathie à l'utilisateur, de matérialiser par un geste l'intérêt qu'on porte à son problème.

Une des participantes nous fait écho de la manière dont elle est parfois parvenue à décaler l'obsession du bénéficiaire en l'amenant à s'exprimer sur d'autres aspects de sa réalité. En d'autres termes, même si le bénéficiaire ne cesse de parler de la même chose ou de formuler la même demande, le travailleur social s'intéresse à d'autres aspects de sa vie.

Enfin, le travailleur peut, s'il en a la possibilité, directement réorienter le bénéficiaire vers un autre professionnel. C'est d'ailleurs la méthode conseillée par la personne du Planning Familial qui intervient dans la situation analysée. Cette réponse nous renvoie à la question du réseau que nous explorerons dans le point suivant.

LA DIFFICULTE ET LA NECESSITE DE PRENDRE DU RECUL : LE TIERS	
En appeler aux collègues	→ Recevoir seul ou en binôme ? L'entente tacite
En appeler à l'équipe (travailleurs ou bénévoles)	→ En référer à l'équipe ?
Les actes	→ Téléphoner, sortir, aller chercher de l'eau, etc.
Le tiers invisible	→ En référer à l'institution (règlement, patron, etc.)
Supervision / intervision	→ Tiers en « décalage temporel »
Amener la personne à s'exprimer sur d'autres aspects de sa réalité	
Un autre professionnel	Transition vers les questions relatives au réseau

### 6.3.2. Le réseau santé mentale

---

On aurait pu tomber dans la caricature :

- Oui, on peut compter sur la Santé Mentale
- Non, on ne peut pas compter sur la Santé Mentale

Mais la réalité exprimée par les participants est plus complexe :

- Réorientation souhaitable et possible
- On souhaite la réorientation mais il y a des freins
- On relativise les possibilités de la réorientation

#### a) Réorientation souhaitable et possible

Pour certains ou dans certaines situations, la réorientation est souhaitable et possible parce que les services de santé mentale offrirait une écoute globale et pluridisciplinaire. A la différence des services sociaux généralistes, en fonction du diagnostic, le bénéficiaire peut être réorienté au sein même du service. Il peut donc être pris en charge globalement, pour les aspects sociaux comme pour les aspects santé mentale. Cela évite le découpage souvent impossible des bénéficiaires. En effet, le social et la santé mentale sont souvent intimement liés. Enfin, les travailleurs des services de santé mentale sont, aux yeux des travailleurs sociaux, mieux outillés pour poser un diagnostic sur le bénéficiaire.

#### b) Freins à la réorientation

Quand le désir de réorientation est là, il existe cependant certains freins. La faible connaissance du réseau est un premier obstacle. Il ne semble pas évident de trouver les partenaires adéquats et adaptés aux types de problématiques des bénéficiaires. Cette difficulté est peut-être liée au fait que le rythme, la philosophie et la méthodologie de travail s'entrechoquent. Les expériences des participants témoignent d'un face à face entre deux cultures et des langages différents. En ce qui concerne le rythme, ils déplorent qu'il n'existe pas réellement de cellule d'intervention d'urgence des praticiens de la santé mentale auprès des travailleurs sociaux. Il semble que l'urgence du bénéficiaire soit souvent relativisée. Cependant, le simple fait que les travailleurs sociaux eux-mêmes se sentent en situation d'urgence pourrait justifier l'intervention d'un SSM. En ce qui concerne la méthode, la plupart des services de santé mentale travaillent sur base volontaire, c'est-à-dire que c'est le bénéficiaire qui doit être demandeur et non le travailleur social à la place du bénéficiaire. Certains travailleurs sociaux témoignent qu'ils sont parfois prêts à préparer le bénéficiaire à la formulation d'une demande au SSM pour s'assurer qu'il soit reçu. Que faire aussi quand le bénéficiaire est dans le déni face à ses problèmes de santé mentale ?

Du côté du travailleur social, il n'est pas toujours évident de proposer aux bénéficiaires l'intervention d'un service de santé mentale à cause de la charge stigmatisante que cela peut représenter. Proposer un service de santé mentale, n'est-ce pas lui signifier qu'il est 'fou' ? Aussi, certains bénéficiaires ont parfois un vécu problématique avec le secteur de la santé mentale dont le travailleur social n'a pas nécessairement connaissance. Il faut parfois un long travail de mise en confiance avant que la personne puisse révéler ses résistances et éventuellement les dépasser.

Enfin, si le propos n'a pas été tenu lors de cette intervention, une critique fréquemment émise par ailleurs à l'égard de la santé mentale concerne son engorgement. Les uns déplorent simplement l'insuffisance de l'offre face à l'accroissement des besoins. Les autres estiment que les services de santé mentale prennent en charge une proportion considérable de patients issus de la classe moyenne et mieux nantis ; ce qui a pour effet de réduire l'accessibilité des publics les plus fragilisés.

c) Relativiser la réorientation

Enfin, les participants sont amenés à certains moments et pour certaines situations à relativiser la pertinence de la réorientation vers le secteur de la santé mentale. Tout d'abord parce qu'il faut peut-être démystifier pas tant les compétences des psychologues ou des psychiatres mais le pouvoir quasi magique qu'on pourrait leur prêter. En effet, s'ils ont a priori plus d'outils théoriques que les travailleurs sociaux en ce qui concerne les problèmes de santé mentale, ils ne sont pas pour autant capables de régler la situation en un tour de main. Les participants font même l'hypothèse qu'ils se sentent peut-être aussi démunis que les services sociaux face à certains bénéficiaires.

Si d'un côté, il faut démystifier la toute puissance des professionnels de la santé mentale, de l'autre, il faut peut-être aussi revaloriser les compétences des travailleurs sociaux. D'ailleurs, certains participants rappellent qu'ils sont parfois confrontés à des bénéficiaires très difficiles à gérer malgré qu'ils n'aient pas de problèmes de santé mentale.

Les services sociaux pensent qu'il est difficile de travailler les problèmes sociaux des usagers tant que l'aspect santé mentale n'est pas pris en charge et stabilisé. De leur côté, les Centres de Santé Mentale pensent qu'il faut d'abord traiter l'urgence sociale avant la santé mentale : comment, par exemple, traiter la dépression d'une personne si elle est condamnée à rester dans un logement insalubre et obscur ? Quelle est finalement l'urgence la plus urgente ?

Réorientation	Freins à la réorientation	Relativiser la réorientation
Les SSM offrent une écoute globale et pluridisciplinaire	Faible connaissance du réseau (voir inexistance ?)	Démystifier les compétences magiques des psy
Les SSM offrent une écoute spécialisée sur les questions psy	Rythme de travail différent, philosophie et méthodologie différente	Reconnaitre les compétences propres des TS pour travailler la santé mentale. → On travaille bien avec des gens parfois très difficiles, même sans problème de SM
Ils ont les outils pour le diagnostic	Pas de cellule d'intervention d'urgence auprès des travailleurs sociaux ? (EOLE ?...)	SSM finalement aussi démunis que les services sociaux
	Langage différent ?	Ils pensent qu'il faut d'abord traiter l'urgence sociale avant la santé mentale. Quelle urgence est la + urgente ?
	Charge stigmatisante par rapport aux usagers	
	Une expérience passée difficile de la part de l'utilisateur avec la SM	
	Travail uniquement quand il y a demande	
	Engorgement des SSM : insuffisance de l'offre, accessibilités des publics les plus fragilisés...)	



## 6.4. L'après

Selon les participants, le récit et l'analyse manquent d'informations concrètes sur ce qui s'est passé pour l'institution et pour l'utilisateur après cet événement. Dès lors, peu d'échanges ont eu lieu sur le sujet ce qui n'a pas permis une mise en perspectives des points de vue. Cependant, les participants réalisent après coup qu'une série d'informations avait été données par la narratrice.

La narratrice rappelle que l'institution a pris une position claire : si la personne se représente – et elle s'est représentée – elle ne passe pas le seuil de l'accueil. Quand c'est à son tour pour la permanence, quelqu'un de la permanence descend à l'accueil et reçoit la personne en bas, dans le bureau à côté de l'accueil. C'est d'ailleurs une décision que la narratrice a remise en question à la suite des échanges lors des tours d'interprétation. En effet, elle réalise qu'elle tient à ce que la permanence reste ouverte à ce type de public. Elle ne voudrait pas que certains usagers soient exclus d'emblée, d'autant plus qu'on sait rarement d'avance l'état dans lequel est réellement la personne qui se présente. Une personne peut se présenter dans un état perturbé un jour et stable un autre jour. Pour le savoir, il faut tenter la rencontre.

La narratrice rappelle également que le Planning n'a pas pris cette personne en charge mais l'a réorientée vers un SSM. Les participants s'interrogent sur la pertinence de l'orientation vers un SSM. En effet, la narratrice ne sait pas si l'intéressé s'est effectivement rendu au SSM. Peut-être aurait-il fallu contacter le SSM en question par après pour savoir si la personne s'y est rendue et le cas échéant, réaliser un réel travail de collaboration ? Cependant, la narratrice confie que le fait de ne plus avoir envie d'avoir affaire à cette personne l'a encouragée à ne pas poursuivre la collaboration. Dans le même sens, la proposition d'un participant qui consiste à accompagner la personne au SSM est encore plus gênante. Du côté du travailleur social qui cherche à sortir le plus vite possible de la situation, l'accompagner au Service de Santé Mentale prolongerait le malaise. Le risque d'approfondir la relation augmente la probabilité pour le travailleur social d'être amené à revoir l'utilisateur. Aussi, étant donné que la demande de l'utilisateur ne va pas du tout dans ce sens, l'accompagner jusqu'à la porte d'un Centre de Santé Mentale est un geste intrusif. En d'autres termes, lui proposer de se rendre dans un Service de Santé Mentale alors que sa demande se situe tout à fait autre part n'est pas évident, l'accompagner l'est encore moins.

## 7. Apport théorique

L'originalité de la méthode d'analyse en groupe tient à la place centrale accordée à la connaissance des acteurs de terrain face aux problématiques qu'ils rencontrent. En effet, contrairement à de nombreuses méthodes sociologiques classiques, l'idée est de construire la connaissance à partir du savoir pratique des acteurs et non du savoir théorique des chercheurs. La place que ces acteurs occupent dans leurs pratiques de terrain les rend compétents et aptes à produire une analyse sensée et éclairante des situations qu'ils expérimentent.

Dès lors, les apports théoriques amenés en fin de processus par les chercheurs tiendront la même place que les interprétations apportées par les participants. En effet, l'objectif de cet apport n'est en aucun cas de se substituer à l'analyse faite précédemment par le groupe mais de l'étoffer, la compléter ou d'éclaircir certains concepts.

Les apports théoriques se basent principalement sur les écrits de Jean Furtos<sup>12</sup> et de Michel Joubert et Claude Louzoun<sup>13</sup>.

### 7.1. Recadrer les mots

Au regard de l'analyse réalisée par les acteurs lors de la première journée, il nous a tout d'abord semblé important d'apporter un éclairage sur le concept de santé mentale. En effet, le groupe a souvent évoqué ce terme en reconnaissant la difficulté de le définir.

Selon Jean Furtos, et pour planter d'abord un cadre général, *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*.<sup>14</sup>

Il semble cependant que ce qui a été nommé tout au long des interprétations comme « des problèmes de santé mentale » peut être précisé par l'éclairage de Valérie Colin et Jean Furtos. En effet, les troubles présentés par certains usagers ne peuvent automatiquement être assimilés à la maladie mentale. Selon les auteurs, la souffrance psychique n'est pas en elle-même une maladie mentale même si certaines formes de souffrances sont aliénantes<sup>15</sup>.

---

<sup>12</sup> Psychiatre français, Directeur de l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité

<sup>13</sup> Michel Joubert, professeur de sociologie, Université Paris VIII chercheur au CESAMES (CNRS-INSERM)

Claude Louzoun, psychiatre, président du Comité européen : droit, éthique et psychiatrie, vice-président de PROGRES

<sup>14</sup> « Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale », Mental Idées n° 11, Dossier Souffrance et société, Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, 09/2007

<sup>15</sup> Valérie Colin et Jean Furtos, « La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine », in Michel Joubert et Claude Louzoun (dir.), *Répondre à la souffrance sociale. La psychiatrie et l'action sociale en cause*, Eres, 2005, p.110

Cela signifie concrètement que les personnes qui présentent des comportements « sortant de l'ordinaire » ne doivent pas d'emblée être qualifiées par les intervenants comme « souffrant de maladie mentale ». Entre la santé mentale et la maladie mentale, il existe vraisemblablement de nombreuses postures caractérisées par des manifestations multiples de la souffrance psychique. C'est probablement cette complexité qui rend difficile la classification pour les intervenants.

## 7.2. Précarité psychique et contexte social

Une distinction faite par Jean Furtos nous semble ici très éclairante sur la place que peuvent prendre les travailleurs sociaux face aux difficultés psychiques. Selon Jean Furtos, la perspective de travail n'est pas la même selon que l'on se trouve dans la filière sociale ou la filière sanitaire.

Dans la filière sanitaire, les objets sociaux concrets (= emploi, argent, logement, formation, diplôme, biens, etc.), perdables ou perdus, sont la conséquence de maladies. C'est donc la maladie mentale qui est première et qui engendre les difficultés sociales. Dans la filière sociale, la perte d'objets sociaux concrets est considérée comme la cause de maladies ou de souffrances psychiques. Dans ce deuxième cas de figure, l'accompagnement par les travailleurs sociaux vers la restauration de ces objets sociaux aurait très probablement un impact positif sur la souffrance psychique.

Comme nous venons de le voir, il existe bien une corrélation entre précarité sociale et précarité psychique. Cependant, l'auteur précise que cette corrélation est non mécanique. Cela signifie d'une part que toute précarité sociale ne s'accompagne pas d'une précarité psychique mais également que l'accroissement de l'un ne va pas de pair avec l'accroissement de l'autre. D'ailleurs, l'auteur s'empresse de préciser que la précarité psychique n'est pas l'apanage des personnes vivant dans la précarité. En effet, nous sommes indistinctement (et bien heureusement) touchés par la précarité dite normale qui fait référence à notre vulnérabilité ordinaire, à distinguer de la précarité exacerbée.

De manière générale, plus le contexte social est fragile, plus la précarité normale peut basculer en précarité exacerbée :

- Perte de confiance en l'autre
- Perte de confiance en soi-même et en sa dignité d'exister
- Perte de confiance en l'avenir qui devient catastrophique ou disparaît

Face à la perte ou à la peur de la perte de ces objets sociaux, Jean Furtos distingue trois modalités possibles de souffrances :

- Le bon stress qui stimule : « quoi qu'il arrive, je m'en sortirai ». Dans ce cas de figure, le lien social est maintenu, l'individu a conscience de la précarité dans laquelle il se trouve ou risque de se trouver mais la demande d'aide reste possible ainsi que la capacité de deuil (face à la perte des objets sociaux), de désillusions et l'émergence de nouvelles illusions créatrices.

- La souffrance qui commence d'empêcher de vivre : « si je perds, je suis foutu ». Dans ce cas de figure, le lien social est en difficulté, la capacité de demande de plus en plus faible, la capacité du deuil entamée, de même que la capacité d'agir, de penser, d'aimer...
- La souffrance qui empêche de vivre sa souffrance : « tout est foutu, vivons – disparaissions ». Le lien social est attaqué, la demande devient impossible et la capacité de deuil fortement atténuée. Cette réaction à la souffrance s'accompagne d'effets psychiques les plus invalidants, on entre dans la logique de survie.

### 7.3. Sémiologie

Lors des analyses réalisées par le groupe, deux thématiques sont revenues régulièrement : la difficulté de travailler sans demande - du moins objective - et le rapport à l'urgence.

Jean Furtos nous apprend que l'abolition de la demande et le recours à l'urgence font intégralement partie de la sémiologie<sup>16</sup> de cette clinique.

Le recours à l'urgence est dû à une impuissance dans la réalité conjuguée avec la toute puissance imaginaire. Michel Joubert et Claude Louzoun vont dans le même sens. En effet, le désinvestissement de la vie ordinaire est selon eux un des invariants de la souffrance psychique - liée à la précarité sociale - du côté de son expression : ne plus payer son loyer, ne plus se laver, s'endetter... Plus concrètement encore, Robert Castel définit la précarité sociale comme la condition permanente d'incertitude, de non-maîtrise du présent et du futur. Cette perte des limites de la temporalité entraîne une attitude de « tout, tout de suite, tout le temps » selon Jean Furtos.

En ce qui concerne la demande, plus une personne va mal psychiquement, moins elle est en capacité de demander de l'aide que ce soit sur le plan social, psychique ou médical. Il y aurait une corrélation entre le deuil impossible (des objets sociaux) et la demande impossible. Face à la demande impossible en situation de précarité exacerbée, nous dit Jean Furtos, celle-ci peut être portée par des non-soignants en qualité de tiers, tout en évitant l'emprise sur l'autre.<sup>17</sup>

Face à l'absence de demande et à l'expression de cette urgence, l'auteur rappelle l'importance de ne pas abandonner l'accompagnement, possible ou entamé, mais de tenter de rétablir la confiance et le passage à la durée, à l'avenir qui appelle.

Selon Didier Fassin, la question de la demande est également problématique pour les Services de Santé Mentale. En effet, soit les professionnels font le choix d'attendre la demande et ils se retrouvent souvent sans « clients », soit ils travaillent avec les usagers sans attendre de demande et leur travail en est inefficace.

---

<sup>16</sup> La sémiologie est l'étude des signes, symptômes et syndromes que l'on peut observer au cours des troubles psychiques.

<sup>17</sup> Valérie Colin et Jean Furtos, *Ibidem*

De manière plus générale, la clinique psychosociale recouvre des pathologies très variées et du même coup un grand nombre de signes et de symptômes : alcoolisme chronique, polytoxicomanie, découragement ou dépression, trouble du comportement... Valérie Colin et Jean Furtos<sup>18</sup> ont tenté de ramasser en quelques phrases ce qui émerge de l'ensemble de ces modalités pathologiques :

- Lorsque l'entité morbide, c'est-à-dire l'expression constante de symptômes pathologiques, prédomine sur le processus, il est indiqué de transférer vers les soins, même si cela n'est pas évident, précisent-ils.
- Lorsque le processus l'emporte sur l'entité morbide, le travail de partenariat avec la santé mentale est sollicité, avec ou sans soin. En effet, les auteurs précisent qu'il existe des pratiques de santé mentale hors du soin et des soignants.
- Les caractéristiques cliniques et leur contextualisation nécessitent de la part des travailleurs sociaux et des professionnels de la santé mentale une formation continue et éventuellement croisée – travailleurs sociaux et soignants.
- Une clinique des signes et des processus plutôt qu'exclusivement nosographique.

#### 7.4. L'entrée de la souffrance psychique dans le champ du social

Selon Didier Fassin<sup>19</sup>, le terme de souffrance psychique apparaît dans les années nonante comme une nouvelle catégorie phénoménologique. Elle fait référence à une manière de souffrir par le social.

C'est à la même époque que le terme 'écoute' prend de plus en plus de place dans le champ du social. Les compétences attendues d'un travailleur social sont moins sociologiques que psychologiques, avec une importance accordée à l'empathie.

##### *Du côté des usagers*

Concrètement, on passe d'une politique de justice à une politique de pitié et de la solidarité vers la sollicitude. Cela engendre une nouvelle manière de traiter les inégalités par le traitement compassionnel de la question sociale.

Selon l'auteur, le fait de traduire les inégalités sociales avec un lexique de souffrance a évidemment des effets. Tout d'abord, il note qu'il y a de moins en moins d'espace pour dire la violence des interactions dans lesquelles ces publics sont pris (école, travail...) ou de l'injustice des situations auxquelles ils sont confrontés. La mise en cause de l'ordre des choses fait place à l'explication particulière renvoyant aux capacités personnelles des individus. A cet égard, le glissement des politiques sociales vers l'activation est un autre symptôme de l'individualisation de la question sociale.

---

<sup>18</sup> Idem

<sup>19</sup> Didier Fassin, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte, 2004

L'auteur insiste également sur le fait que le lien entre souffrance psychique et politique publique est parfois évident. En effet, les injonctions paradoxales<sup>20</sup> dans lesquelles les individus sont impliqués ne sont pas sans conséquences. Le travailleur social se trouve bien souvent à l'interface entre le politique et la dimension individuelle subjective.

Face à ce constat, la mise en place d'un travail social collectif peut permettre de déprivatiser la souffrance des individus. L'expérience des pairs peut d'une part être enrichissante dans la recherche de « solutions » individuelles et d'autre part, par la déprivatisation du vécu, devenir une force d'interpellation. L'agrégation des expériences de violences individuelles permet de construire l'expression de la violence collective.

*Du côté des travailleurs sociaux<sup>21</sup>*

Du côté des travailleurs de terrain, l'injonction de la dimension psychique induit un brouillage des identités professionnelles : en plus de l'éducation, ils se sentent assigner un objectif de guérison. Cependant, n'étant pas en possession des outils pour répondre à cette injonction, le sentiment d'impuissance et d'impasse apparaît.

De plus, l'écoute de la souffrance psychique ouvre sur un temps psychique qui se confronte au temps social. Travailler à l'accompagnement psychique nécessite d'intégrer un rythme lent, parfois avec des phases de régression. Comment parallèlement rester attentif au temps social qui nécessite plus d'urgence (restaurer un logement, maintenir une série de droits...) ?

## 7.5. Services sociaux et Centres de Santé Mentale

Ce qui oblige la santé mentale et le social à collaborer, nous dit Jean Furtos, c'est que les syndromes les plus psychiatriques apparaissent souvent sur les lieux du social tandis que les stigmates du manque d'objets sociaux occuperont le devant de la scène du soin.

Cela est dû tout d'abord au fait que la souffrance sociale se dit là où elle peut être entendue.<sup>22</sup> Mais plus spécifiquement en ce qui concerne la précarité sociale, les conséquences subjectives de cette précarité s'exprimeront le plus souvent là où la perte ou l'angoisse de la perte d'objets sociaux se déploie, c'est-à-dire dans les services sociaux. Les cas pathologiques des institutions sociales nous dit l'auteur, sont souvent les cas sociaux des institutions psychiatriques. De plus, les usagers sont souvent à la frontière entre différents champs d'action. Les intervenants sont souvent forcés de les prendre là où ils sont même si ce n'est ni le lieu ni l'interlocuteur le plus approprié en théorie.

---

<sup>20</sup> Trouver du travail pour un sans-emploi lorsqu'il n'y en a pas, s'intégrer sans avoir le droit de travailler pour un sans-papiers...

<sup>21</sup> Valérie Colin et Jean Furtos, *Ibidem*

<sup>22</sup> Lors d'un congrès à Paris, un sociologue relate qu'à Montréal, les policiers se sont mis en grève parce qu'ils ne supportaient plus que tant de personnes pauvres et précaires cherchent à leur parler au téléphone ou directement ce qui les empêchait de faire leur métier. La souffrance psychique d'origine sociale se dit là où elle peut être entendue et donc bien souvent chez les personnes de première ligne. (cf. Furtos, p. 25)

Du côté des travailleurs de terrain, cette situation entraîne une tension entre leur tâche primaire (ce pour quoi je suis payé et formé) et la prise en compte de ces manifestations de souffrances psychiques.

Du côté des psychiatres, le fait de s'être ouvert au champ du social rend le travail également plus difficile. Ils se retrouvent bien souvent face à des catégories de personne moins facilement classifiables (contrairement aux pathologies lourdes). De plus, et comme explicité plus haut, on voit émerger de nouvelles pathologies où c'est la rupture du lien social qui est à l'origine de pathologies physiques ou mentales.

## 7.6. Quelques pistes

Michel Joubert et Claude Louzoun offrent aux travailleurs sociaux quelques pistes :

- Faire la différence entre soigner (médecine) et prendre soin (services sociaux).<sup>23</sup> D'ailleurs, ils insistent sur l'importance pour les travailleurs sociaux de prendre soin de soi pour être capable de prendre soin de ceux qui ne peuvent pas prendre soin d'eux-mêmes.
- Face à la souffrance psychique extrême qui empêche l'insertion dans le présent, l'intervenant doit se limiter à aider l'utilisateur à tenir debout et à garder une perspective d'avenir.
- Importance de la formation continuée et éventuellement croisée soignants et travailleurs sociaux.
- Nécessité du travail en partenariat et en réseau comme pratique effective.

---

<sup>23</sup> Valérie Colin et Jean Furtos, *Ibidem*, p. 111

## 8. Les perspectives pratiques

L'espace des points de vue met en évidence une série de questions que les travailleurs sociaux sont susceptibles de se poser à différents moments de la rencontre avec un bénéficiaire, dans une situation où la santé mentale est en jeu.

Dans la phase des perspectives pratiques, nous avons demandé aux participants de lister une série d'outils mobilisables par les travailleurs sociaux. Pour structurer cette réflexion nous avons proposé d'utiliser la grille des capitaux de Pierre Bourdieu.

Pour Pierre Bourdieu, l'espace social est constitué de régions, de « champs », où circulent des biens, des capitaux, dont l'appropriation est l'enjeu et dont la distribution inégale va dessiner un espace de positions sociales. Ces champs fonctionnent un peu à la manière de marchés économiques. Toutefois, contrairement à la théorie libérale qui postule l'égalité des agents économiques, Bourdieu précise que cette économie des échanges dans les différents champs est caractérisée par des rapports de force foncièrement inégalitaires.

Bourdieu distingue quatre types de capitaux :

- Le capital économique qui recouvre, en gros, les revenus, les richesses mobilières et immobilières que l'on possède.
- Le capital culturel qui recouvre, en gros, les capacités intellectuelles, le niveau d'instruction, les savoirs et les expériences dont on dispose.
- Le capital social qui recouvre, en gros, le « carnet d'adresses », la capacité de mobiliser un réseau relationnel, des solidarités ou des relations influentes.
- Le capital symbolique qui recouvre plusieurs dimensions :
  - Il correspond, en gros, à la capacité de mobiliser les signes qui montrent le niveau de capital que l'on possède dans les trois autres niveaux (par exemple, avoir une voiture de haut standing, afficher son diplôme, présenter sa carte d'adhérent à un club select ou une carte de parti, etc.)
  - Il octroie une sorte de plus-value identitaire, un certain degré de prestige, de crédit, etc.
  - Parce qu'il permet de symboliser un niveau de capitaux, il permet de se positionner dans des rapports de pouvoir.
  - Un haut degré de capital symbolique confèrera à ceux qui en jouissent une position de pouvoir et un crédit qui :
    - les autorise à reproduire (ou modifier) la structure des capitaux (la hiérarchie des capitaux entre eux).
    - les autorise à définir la façon dont les capitaux seront distribués aux différentes franges de la population.
    - légitimera l'arbitraire de cette inégale distribution et de l'inégalité des positions sociales. Le capital symbolique procure une plus-value de reconnaissance qui légitime l'autorité de la violence symbolique.

Tant la quantité de capitaux que la structure des capitaux dont on dispose définissent des positions sociales inégales dans l'ensemble social. Et, inversement, la position sociale pèse sur le degré et la nature des capitaux que l'on sera en droit d'attendre et d'obtenir.



Dans une perspective pratique, il est possible d'utiliser cette grille des capitaux pour évaluer les moyens nécessaires, disponibles ou insuffisants lorsqu'on envisage une action. Aux quatre capitaux définis par Bourdieu, on peut en ajouter d'autres tels que, par exemple, le capital temps ou le capital organisationnel.

Nous vous présentons ci-dessous l'ensemble des outils proposés par les participants.

## 8.1. Capital social

Nous avons donc placé sous le chapeau 'capital social' les outils liés au réseau du travailleur social et de son institution.

- Avoir une bonne connaissance du réseau en santé mentale : connaître une ou plusieurs personnes de référence à joindre éventuellement dans l'urgence quand le travailleur social se sent démuné dans la gestion d'une situation de crise. Ce propos pourrait s'appliquer à d'autres secteurs : logements, santé...
- Les usagers qui se rendent dans les Centres ont parfois été mal orientés par d'autres travailleurs sociaux. Une manière de pallier cela est de se faire connaître du réseau, afin que les autres associations soient mieux informées du fonctionnement du service.
- Le travail d'équipe : les discussions en équipe, entre collègues, le partage entre pairs permettent un certain soulagement.
- Les réunions d'équipe sont également bénéfiques pour mettre en lumière les questions communes de différents membres d'une même équipe et ainsi de les travailler ensemble.
- Avoir recours aux tiers, que ce soient des bénévoles ou une équipe. Le fait, par exemple, d'avoir des bénévoles dans la salle d'attente permet de calmer les usagers avant qu'ils arrivent dans le bureau du travailleur social.
- Avec l'utilisateur, ne pas seulement être dans une relation d'assistance – et donc de toute-puissance – mais aussi dans une relation d'échange. L'utilisateur a lui aussi des choses à apporter, il est porteur de compétences. Il est important de lui donner l'opportunité de donner et pas uniquement de recevoir.
- Mettre l'accent sur les liens de l'utilisateur : quels sont ses liens, ses réseaux et essayer de les activer.
- La solitude qui touche l'utilisateur touche également le travailleur social : il travaille souvent seul, morcelé. Il est important de se reconnecter avec les autres secteurs, par exemple avec la santé mentale. Cela permet de ne pas rester cloisonné sur l'aspect social et de mettre un terme à ce découpage de la personne.

- Coordination et pluridisciplinarité : Décortiquer et repérer avec la personne les différents niveaux de la demande, le juridique, le social, le médical... A partir de là, voir comment il est possible de travailler le pluridisciplinaire, en concertation avec la personne, et en être garant.
- Face à une urgence sociale concrète comme le logement, il est important de savoir que le CPAS est souvent compétent.

## 8.2. Capital culturel

Nous avons placé sous le chapeau 'capital culturel' les outils liés au travailleur social lui-même, ses acquis, ses compétences, son savoir-faire...

- Il est important d'avoir une bonne compétence d'écoute et de s'insérer dans une dynamique de formation continuée pour renforcer ses connaissances : gestion de conflit, santé mentale...
- Etre capable de reconnaître ses limites, ses incapacités et incompétences : Pouvoir passer le flambeau à un collègue qui n'a éventuellement pas le même contentieux avec un usager. Se dire qu'il fera peut-être mieux, en tous les cas différemment.
- Il est important de ne pas être trop vite dans la réponse et de renvoyer les personnes vers leurs propres ressources, compétences et même solutions.
- La supervision est un outil précieux pour travailler la question des limites. Elle permet aussi de confronter les pratiques de chacun et éventuellement de les réorienter.
- L'innocence et l'ingénuité des nouveaux ou des stagiaires est souvent éclairante. Ils posent souvent de bonnes questions qui remettent les pratiques en question.

## 8.3. Capital symbolique

Nous avons placé sous le chapeau 'capital symbolique' les outils symboliques qui ont une incidence réelle sur la relation avec l'usager.

- Pouvoir se référer à la hiérarchie quand on doit signifier un refus ou qu'un usager demande quelque chose qui n'est pas dans le mandat du travailleur social : avoir recours au tiers institutionnel
- Recours aux dérivatifs/diversions quand la situation est inconfortable : aller chercher un verre d'eau, aller voir son supérieur même s'il n'est pas dans son bureau, parler de la plante sur le bureau...

## 8.4. Capital organisationnel

Nous avons placé sous le chapeau 'capital organisationnel' les aménagements qui permettent d'améliorer les conditions de travail – concrètes et psychiques – du travailleur social.

- Mettre en place un cadre qui permet la sécurité et de bonnes conditions pour mener un entretien : espace et temps (être au minimum deux personnes, savoir travailler en binôme quand c'est nécessaire, le tiers...)
- Ne pas céder à la pression et aux attentes de l'institution, du politique, de la société et se recentrer autant que possible sur la personne, ce qu'elle nous dit, tout en tenant compte du cadre. Etre vigilant à ne pas mélanger ces différentes dimensions.
- Parallèlement avec le point précédent, il est important de garder une conscience et une connaissance du cadre dans lequel les usagers et nous-mêmes nous nous trouvons d'un point de vue politique, institutionnel...

## 8.5. Capital bien-être

Nous avons placé sous le chapeau 'capital bien-être' les outils permettant de soulager le travailleur social d'un point de vue plutôt psychique.

- Le travailleur social doit être capable – et son cadre doit lui permettre – de prendre soin de lui-même pour pouvoir bien prendre soin des autres.
- L'usage de l'humour est très bénéfique surtout face à des situations critiques.

## 8.6. Capital temps

Nous avons placé sous le chapeau 'capital temps' les différentes marges de manœuvre liées à l'espace-temps.

- Différer la réponse à la demande : prendre le temps, dire qu'on ne sait pas répondre tout de suite, qu'on a besoin de temps face à la situation exposée. L'avantage des nouveaux ou des stagiaires, c'est de ne pas savoir réellement et donc de prendre ce temps plus facilement.
- Etre prudent/vigilant : ne pas considérer un cas comme urgent uniquement parce que la personne nous le fait ressentir. A contrario, ne pas occulter l'urgence sociale lorsqu'on est face à un cas « santé mentale »

## 9. Evaluation

Enfin, pour clôturer la journée, nous faisons un tour de table d'évaluation tant de la méthode, de son déroulement, que des animateurs et du cadre.

Avant le tour de table, l'animateur explique que le rapport des deux journées sera envoyé à l'ensemble des participants début 2010. Ils peuvent réagir à ce rapport et envoyer leurs remarques. Ils devront argumenter les raisons de leur désaccord. Soit l'animateur et le rapporteur adhèrent à la remarque et le rapport est modifié. Soit, ils n'apportent pas de modifications auquel cas ils doivent justifier le maintien de leur position.

Le groupe s'est accordé sur :

- L'anonymat du rapport dans le contenu mais les noms et institutions apparaîtront sur la page de garde.
- La diffusion large → Dans un premier temps aux membres de la FCSS et si accord du groupe après lecture, plus largement.

Nous vous présentons ci-dessous l'évaluation des participants dans les grandes lignes :

- Deux journées semblent insatisfaisantes au regard du nombre d'étapes et de la densité des échanges.
- Si la méthode rigoureuse en a surpris et refroidi plus d'un au départ, elle s'est finalement avérée rassurante, offrant un climat de confiance, de respect et d'écoute.
- La rencontre avec d'autres réalités professionnelles a été très riche. Cela a permis, au-delà des contextes professionnels particuliers, de faire naître une identité professionnelle commune.
- Les apports théoriques n'ont pas pris assez de place dans les deux journées. Les participants auraient souhaité que la présentation soit plus approfondie.
- Les participants auraient souhaité que certains représentants du secteur de la santé mentale soient présents. Ils pensent qu'il aurait été intéressant de les entendre mais aussi de mieux faire connaissance.

Sur ce dernier point, nous avons expliqué aux participants qu'il aurait été difficile d'inviter la santé mentale dans le cadre de cette intervision. En effet, la cellule Recherche et Form' Action proposait cette intervision gratuitement aux membres de la FCSS-FCSSB. De plus, le nombre de places étant limité (15 participants maximum), il nous semblait difficile de refuser un travailleur social d'un Centre de la FCSS-FCSSB pour une personne de la santé mentale. Cependant, la réflexion avec les participants nous amène à penser qu'il serait possible de les inviter à un moment donné de l'intervision.

Une fois le rapport rédigé, la FCSS propose d'organiser une demi-journée d'échange avec le secteur de la santé mentale. La première partie de la matinée sera consacrée à la présentation du rapport et la restitution des analyses par l'animateur et le rapporteur. Durant la deuxième partie de la matinée, le secteur de la santé mentale aura l'opportunité de réagir sur le rapport et éventuellement d'enrichir nos analyses.

## 10. Le séminaire « Travail social et santé mentale » : retour sur une expérience d'intervision

Le 30 mars 2010, un séminaire d'une demi-journée a été organisé par la FCSS. L'objectif de ce séminaire était d'échanger avec le secteur de la santé mentale autour des constats pointés lors de l'intervision.

Pour ce faire, trois acteurs du secteur ont été invités. Le choix des intervenants est avant tout lié aux enjeux et questions soulevés par les participants au cours de l'intervision. Nous avons également été attentifs à diversifier les profils des intervenants en fonction de leur cadre professionnel (acteurs d'asbl privées et du milieu hospitalier) et de leur encrage géographique. Ont été invités :

- Marie-Christine Drion, coordinatrice de « Santé en exil », projet de l'asbl Accueil Médico-Psychologique à Charleroi.
- Akès Nkweso, infirmière psychiatrique, et Oum-Chick Dahou, thérapeute, équipe du SMES (Santé mentale et exclusion sociale) à Bruxelles.
- Dr Gérald Deschietere, Psychiatre, Unité de Crise et d'Urgences, Cliniques universitaires St-Luc à Bruxelles

Afin de préparer la rencontre, nous leur avons demandé de lire le rapport à la lumière des questions suivantes :

Quels sont les outils qui permettent d'analyser la demande et de poser un premier diagnostic ?

Si la personne semble 'en crise', faut-il 'couper court' à l'entretien ou prendre le temps de l'écoute ?

Comment 'couper court', poser le cadre/les limites sans engendrer de la violence ?

Comment réagir lorsque la demande n'est pas cohérente/réaliste ? Faut-il revenir avec un principe de réalité ou entrer dans le 'délire' de l'utilisateur ?

Comment savoir si on est face à un problème de santé mentale sévère ou à une crise passagère ? Trucs et astuces ?

Comment savoir s'il est urgent de transférer vers un professionnel de la santé mentale ?

Que faire quand un entretien s'enlise/tourne en rond ?

Une question spécifique a également été posée à chaque intervenant en fonction de sa spécificité professionnelle.

Nous allons ici présenter l'intervention de chaque participant ainsi que les échanges avec la salle. Les questions spécifiques adressées à chaque intervenant sont présentées différemment selon l'interlocuteur. Lorsqu'il a répondu précisément à chacune des questions et sous-questions, elles sont intégrées dans le texte. Lorsque l'intervenant s'en est servi pour orienter sa présentation, elles sont présentées en introduction.

<p>Marie-Christine DRION - coordinatrice de « Santé en exil », projet de l'asbl Accueil Médico-Psychologique à Charleroi.</p>
---

La question spécifique : *Face à des personnes d'origine étrangère ou un public primo-arrivant, comment distinguer des incompréhensions liées aux repères culturels de problèmes psychologiques ou même de santé mentale ?*

Ce qui m'a frappé dans le rapport, nous dit-elle, c'est de réaliser qu'en santé mentale, on se pose les mêmes questions :

- Notion du cadre de travail et de ses limites
- L'appel à un tiers ou la co-thérapie
- L'abolition de la demande et le recours à l'urgence

Dans les équipes pluridisciplinaires comme la nôtre, il y a souvent un glissement en ce sens que les rôles se confondent : qui fait quoi ? Les AS se forment de plus en plus au thérapeutique et les psychologues s'informent du social. Comme vous en faites le constat, on a aussi parfois l'impression que les personnes se trompent de porte.

En ce qui concerne les primo-arrivants, la clinique de l'exil à Namur a fait un travail intéressant. Voici ce qu'ils disent : « Les immigrés ne considèrent pas la psychologie comme une ressource compétente pour régler leurs problèmes/difficultés personnels ou familiaux. La perception de la maladie mentale varie d'une culture à l'autre et donc la stigmatisation qui y est rattachée aussi. Dans certaines cultures, il n'y a pas ce même rapport à la confidentialité, tout se dit devant tout le monde ».

Le parcours juridique du demandeur d'asile et le système de soins qui en découle est très complexe. Ce qui pourrait aider les travailleurs sociaux confrontés à ce type de public c'est de travailler avec des interprètes et s'interroger sur nos signifiants culturels et les leurs.

Dans notre asbl, nous nous aidons souvent de la revue Soins Psychiatrie, qui aborde l'idée du contre-transfert culturel, c'est-à-dire le fait qu'on ramène sans cesse l'inconnu au connu. Ils rappellent l'importance de se décentrer affectivement et culturellement de ses propres réactions. Cet outil permet de réduire la confusion possible entre altérité culturelle et étrangeté psychiatrique.

Akès NKWESO, infirmière psychiatrique, et Oum-Chick DAHOU, thérapeute, équipe du SMES (Santé mentale et exclusion sociale) à Bruxelles

La question spécifique : *Lorsqu'un travailleur social vous contacte parce qu'un entretien vire à la crise, que proposez-vous ? Que peut-il attendre de l'équipe du SMES ? Au moment même ou dans un temps différé ?*

Objectif premier du SMES : traiter des problématiques lorsqu'il y a cumul entre des problématiques sociales et mentales. L'objectif ultime étant de tenter de réinventer des pratiques intersectorielles.

Trois dispositifs :

- Cellule d'appui : donner du support aux intervenants. Territoire : principalement centre-ville, action sur les 19 communes de Bruxelles.
- Intervision où l'on réunit des personnes de la santé mentale et du social. Animée par un binôme : une personne de la santé mentale et une personne du social.
- Table d'échanges : une fois par an sous forme d'une journée d'étude.

Nous travaillons à l'intersection du travail social et de la santé mentale, surtout pour le public sans-abri et à la demande des travailleurs de ces deux secteurs.

Nous ne travaillons pas en urgence, nous sommes des travailleurs de deuxième ligne. Le délai est souvent d'une semaine entre la demande et la réponse mais cela peut être plus rapide. Il arrive que l'intervention par téléphone soit suffisante. On aide le travailleur à faire une anamnèse et on tente de voir quel est le réseau de l'utilisateur.

On reçoit la demande par téléphone, on désigne lors de nos réunions d'équipe deux membres (toujours en binôme) pour effectuer une analyse détaillée de la demande. On choisit le binôme en fonction des compétences de chacun. Parfois, nous limitons notre intervention à l'intervenant en difficulté. Quand nous voyons l'utilisateur, nous tentons de co-construire un projet avec le travailleur et l'utilisateur.

Notre avantage : nous faisons le lien entre le travailleur de première ligne et l'utilisateur. Nous sommes donc souvent introduits de manière délicate.

*Est-ce que vous vous rendez sur le terrain ?*

Nous nous rendons sur le lieu de travail de la personne qui demande ou dans le lieu de vie de l'utilisateur. Nos interlocuteurs de première ligne sont les travailleurs qui ne parviennent pas à s'en sortir.

*Si l'urgence vous semble plus du côté du travailleur social que de l'utilisateur, comment réagissez-vous ?*

On est rarement confronté à cette situation. On demande toujours au travailleur de nous expliquer en détail comment s'est passé l'entretien avec l'utilisateur. On tente alors de faire des hypothèses de diagnostic. On fait une différence entre crise et urgence. Ce n'est pas à nous de prendre en charge l'urgence psychiatrique, c'est le rôle des hôpitaux.

Pour nous, la notion de sécurité est importante : il faut une sécurité pour l'entretien. Elle n'est pas la même pour le travailleur et l'utilisateur. Du côté du travailleur social, sa manière de l'assurer peut être : se trouver à deux dans le bureau, laisser la porte ouverte, etc. Du côté de l'utilisateur, sa sécurité est souvent de pouvoir s'exprimer librement.

On assiste souvent à la dramatisation du symptôme. Dans 80 % des cas, les AS savent détecter quand il y a un problème de santé mentale. Cependant, il arrive régulièrement que tout délire soit considéré comme un danger. Notre rôle est donc aussi d'aider à dédramatiser le symptôme.

Enfin, notre rôle est également de relégitimer le système demandeur, c'est-à-dire souvent les AS, ainsi que de remobiliser les ressources du système de l'utilisateur.

<p><b>Dr Gérald DESCHIETÈRE, Psychiatre, Unité de Crise et d'Urgences, Cliniques universitaires St-Luc à Bruxelles</b></p>
--

Quand on travaille dans le social, on est face à une clinique de l'inconfort et de l'embarras. Je le sais parce que je reçois régulièrement des travailleurs sociaux à l'Unité de Crise, qui nous disent qu'ils n'en peuvent plus. Ils viennent souvent avec une situation en disant qu'ils pensent ne pas avoir été assez bons. Mon objectif, aujourd'hui, sera entre autres de vous donner un peu d'assurance.

J'ai envie de commencer en m'inspirant de Jean-Bertrand Pontalis, psychanalyste, et de vous mettre en garde de ne pas enfermer les personnes dans des mots, notamment ceux rapatriés du domaine commercial (client au lieu de patient).

*Comment le travailleur social peut-il savoir qu'il est temps de passer la main aux urgences psychiatriques ? Y-a-t-il des signes auxquels il faut être particulièrement attentif ?*

D'une part je ne peux pas répondre dans le temps qui m'est imparti mais de toute façon, il n'y a pas de réponse tout faite.

Il faut surtout apprendre à se protéger, pas tellement des actes violents mais du cadre de travail. En effet, la meilleure manière de se protéger est de trouver du bien-être, du plaisir, du bonheur dans le travail. L'estime de soi est, à ce niveau-là, très importante.



Trois supports :

- Prendre le temps d'écouter
- Avoir la capacité de mentaliser : fantasmer sur les personnes dans le sens d'être ouvert à l'imaginaire. Exemple : continuer, après avoir vu une personne, à imaginer le comment du pourquoi, des explications, des pistes de solutions...
- Faire le bilan de ce qu'on a fait et là où on a pu agir.

Il faut que le cadre soit structurant. Quand vous êtes en souffrance, à qui vous adresser ? L'intervision et/ou la supervision sont élémentaires. On ne peut pas faire du travail social aujourd'hui sans être supervisé. Il faut de la triangulation.

*Faut-il mettre fin à l'écoute ?*

Il y a une seule raison pour laquelle je mets fin à l'écoute, c'est quand les patients sont intoxiqués. Je leur explique pourquoi. Un patient alcoolisé est souvent plus dangereux qu'un autre. Il faut être prudent.

Quelles sont les garanties contre la dangerosité : le fait d'être entouré d'humains apaise les gens. Il ne faut pas être isolé.

*Qu'en est-il d'exprimer à l'usager ce qu'on ressent ?*

Il faut pouvoir verbaliser les choses. Exprimer les émotions, c'est important. Même dire qu'on a peur.

*L'instrumentalisation*

Il faut pouvoir nommer l'instrumentalisation, cela fait partie du job. Psychiatres, psychologues... les travailleurs du psychosocial sont forcément instrumentalisés. C'est comme si on prenait le patient en voiture et qu'on l'emmenait autre part, c'est cela qu'il attend de nous. Mais il faut pouvoir mettre des balises. On peut d'ailleurs savoir qu'on se fait instrumentaliser et l'accepter par moments, y trouver un sens. Il faut que les limites soient claires, si le cadre est précisé au point de départ, il n'y a pas de problème. J'ai été étonné de ne pas voir beaucoup d'échanges autour de la thématique du cadre dans le rapport.

*Dramatisation du symptôme (voir SMES)*

Dramatiser la situation : oui, quand je reçois une adolescente qui a pris cinq Xanax pour éviter de se confronter à ses parents, oui je dramatiser, ce n'est pas normal à son âge. Mais je ne vais pas hospitaliser ce qui est de l'ordre d'une crise familiale.

*Comment savoir si on est face à un problème de santé mentale sévère ou à une crise passagère ? Trucs et astuces ?*

Avec l'urgence psychiatrique – le problème de santé mentale sévère – on est du côté de la maladie mentale. Cela signifie que la personne a très probablement des antécédents psychiatriques, qu'elle est connue pour décompensation psychotique...

Dans le cas de la crise, si la personne n'a pas d'antécédents psychiatriques, on est face à un système qui dysfonctionne : le système familial, du travail, des amis ou autre.

Il faut savoir que quand un être humain souffre, c'est avec des modalités psychiatriques, on n'a pas d'autres modalités de souffrance. Le risque serait donc de tout psychiatriser : face à un symptôme psychiatrique, on renverrait directement à la psychiatrie. C'est bien ça qu'il faut pouvoir déjouer, pour éviter d'une part les débordements des services et de l'autre les effets iatrogènes et délétères pour le patient, c'est-à-dire qu'on va lui donner des médicaments dont il n'a peut-être pas besoin.

### *Psychiatisation du social et hospitalisation sociale*

On psychiatrise le social parce que la psychiatrie tend à interpréter tout problème de malheur dans le monde à voir avec un problème de neurotransmetteurs. Là, les travailleurs sociaux ont un rôle immense à jouer pour contrer ce mouvement en évitant de psychiatriser ce qui ne doit pas l'être.

Cela ne veut pas dire que vous ne pouvez pas envoyer des gens aux urgences psychiatriques mais mon rôle à moi c'est de dire : « Non, ce n'est pas du ressort de la psychiatrie. » Mon rôle est de dépsychiatriser la société et non le contraire.

Aujourd'hui, dans notre unité, on essaye de favoriser le travail ambulatoire et on hospitalise le moins possible. D'ailleurs, on hospitalise plus souvent pour des raisons sociales que psychiatriques. Quand l'environnement social est bon, on peut laisser la personne chez elle. Mais quand la personne n'a aucun lien, ce n'est pas possible.

### *Augmentation des problèmes psychiatriques chez les publics fragilisés ?*

Certains ont la sensation d'assister à une augmentation des problèmes psychiatriques. C'est surtout qu'il y a de moins en moins de places en psychiatrie, donc les personnes qui ont des problèmes psychiatriques sont dans la ville et quand ils décompensent, c'est dans la ville. Il y a 20 ans, on était à 500 urgences psychiatriques par jour, aujourd'hui on est à 5000. Mais ce n'est pas tant parce que la société va mal, c'est parce qu'on a changé notre paradigme, on est passé d'une psychiatrie hospitalière (les asiles) à une psychiatrie ambulatoire.

### *Comment réagir lorsque la demande n'est pas cohérente/réaliste ? Faut-il revenir avec un principe de réalité ou entrer dans le 'délire' de l'utilisateur ?*

Sur la question du délire, il ne s'agit pas d'entrer dedans mais pas non plus de ne pas l'écouter. Quand un patient délire, il y a toujours une part de vérité qui est en germe dans ce délire. Il est important d'écouter, parce que cela a un sens thérapeutique et puis, il y a des éléments biographiques que vous pouvez entendre et qui prendront sens peut-être beaucoup plus tard. Si la personne exprime des idées morbides ou qui vous mettent à mal, exprimez votre ressenti et tentez de mettre fin à l'entretien en l'emmenant quelque part. J'assiste trop souvent aux urgences à des situations où je ne sens pas l'engagement des gens à côté d'eux. Cela m'arrive aussi d'être débordé, de ne pas accompagner et les patients n'arrivent pas là où j'ai donné l'adresse (lieu d'hébergement ou autre).

*Si la personne semble 'en crise', faut-il 'couper court' à l'entretien ou prendre le temps de l'écoute ?*

Dans l'écoute, il est possible de reconstituer l'intégrité psychique de la personne.

## Echange avec la salle

*Comment faire quand on sait qu'un usager aurait besoin de l'intervention du SMES mais qu'il ne veut pas ?*

### **Le SMES**

On a des critères pour accepter une demande :

- Que la demande vienne d'un professionnel.
- Qu'il n'y ait pas de demande de la part du bénéficiaire.

Si ces deux conditions sont remplies, on se déplace auprès du professionnel. Si on voit qu'on est face à un usager qui est dans le refus catégorique, on se présente à lui comme intervenant en appui aux professionnels de première ligne. On pose aussi des questions détournées : « Vous avez mal à la jambe, depuis quand vous n'avez plus vu votre généraliste... » ? On entre en contact tout doucement sans dire que nous sommes du secteur de la psychiatrie.

*Vous dites que la présence d'autres personnes à proximité est sécurisante. Moi je travaille dans un CPAS, souvent quand une personne est en crise et que d'autres personnes arrivent, ça accélère la crise...*

### **Dr Gérald DESCHIETÈRE**

Evidemment, il faudrait que j'aie le temps d'approfondir ce que je dis. C'est vrai qu'il est facile de faire décompenser quelqu'un avec de l'agressivité latente présente autour de lui.

*Retour sur soi*

C'est important de se dire aussi que ce n'est pas toujours lui qui a tort. C'est peut-être moi qui le mets en danger par ma façon d'être ou de faire. Trop souvent, aujourd'hui, on est dans un paradigme : l'intervenant psycho-médico-social est légitime et le patient a forcément tort. J'assiste parfois à une violence institutionnelle importante et là, je vous renvoie à la question du cadre.

Malheureusement, à l'hôpital un patient psychiatrique sera moins bien soigné qu'un patient ordinaire, surtout lorsqu'il vient pour des raisons médicales. Soyez attentifs, face à un patient avec des problèmes psychiatriques, à assurer une prise en charge aussi bonne que dans les autres cas. Ils sont souvent à risque de discrimination négative. La maladie mentale reste un stigmate important.

## *Maladie mentale et violence*

Une personne schizophrène est moins dangereuse qu'une personne normale, sauf pour elle-même. Elle se suicidera 7 à 8 fois plus qu'une personne normale. Le problème est qu'on médiatise à outrance les quelques drames mais ce sont des cas hyper-rares. D'ailleurs, j'ai très rarement peur face aux patients. Les seuls moments où j'ai éventuellement peur c'est quand le patient est sous l'effet de la cocaïne. Là, on n'est pas dans la psychiatrie mais dans la substance.

*Ce qui est difficile c'est d'être confronté à nos propres difficultés d'aidants. Quand on est face à un patient qui est complètement délirant, au niveau social pur, on ne sait rien mettre en place. Le plus difficile est cette impuissance. Souvent, la personne se rend compte qu'elle délire et donc on assiste à la destruction de quelqu'un, à son délire, sans pouvoir être aidant au niveau du social pur. Ma frustration c'est ça. Même s'il y a l'écoute, c'est une écoute qui devrait quand même aboutir à quelque chose. J'ai eu ça avec un patient et c'est une écoute qui n'aboutissait à rien, je l'ai vu se déstructurer devant moi et ça, c'est difficile pour moi et certainement pour lui aussi.*

## **Dr Gérald DESCHIETÈRE**

Si le délire englobe la vie totale du patient et met en danger son intégrité, alors je vais intervenir. On assiste aujourd'hui à une confusion entre dangerosité et « dérangoosité ». Souvent je vois des patients qui ne sont pas dangereux. Cela m'arrive parfois d'être un peu plus paternaliste et d'accompagner le patient jusqu'au CPAS, par exemple, pour faire une demande d'aide sociale. Si on lui donne le papier, on sait qu'il n'ira pas lorsqu'il est déstructuré.

## *Hospitalisation ? cf. supra*

Ce qu'il y a de dramatique aujourd'hui, c'est qu'on se dit tout de suite qu'il faut hospitaliser mais là on se trompe de chemin. En hospitalisant, on va désinsérer davantage. Il faut maintenir cette personne dans la cité mais avec davantage de liens. Votre travail à ce niveau est immense et vous met à mal mais c'est cela qu'il faut soutenir pour le moment, pour éviter le retour à l'asile dont on voit les prémices aujourd'hui. On parle en effet de plus en plus d'augmenter le nombre de places en psychiatrie...

## *Délire et danger*

Face à un délire, je me pose la question : est-ce que le délire aide à vivre ? 30 à 40 % des personnes âgées délirent. Est-ce que ce délire est inquiétant ou est-ce qu'il aide à vivre ? Exemple : Celles qui pensent que leur époux décédé est encore là ? Qu'est-ce que je vais faire ? Parfois je prends le risque de laisser une semaine ou deux entre la 1<sup>ière</sup> et la 2<sup>ième</sup> rencontre. Je m'engage auprès de cette personne, je l'appelle pour lui rappeler le rendez-vous... Après quelques semaines, il arrive que la personne soit d'accord de faire un traitement médicamenteux ou des démarches sociales, accompagnée par un collègue. Parfois, je suis trop inquiet et je ne laisse pas ce temps. La psychiatrie, c'est toujours une balance entre contrôler les individus ou être les promoteurs de la liberté pour les personnes : accompagnement, liberté et contrôle. Il faut du temps pour accompagner les patients.

Il faut savoir que la psychiatrie est beaucoup plus compliquée depuis qu'on demande aux psychiatres d'être garants du social.

#### *Créativité versus sécurité : trouver l'équilibre*

« Pouvoir et relation d'aide » d'Adolf Guggenbühl-Craig. Ce livre rappelle que souvent, nous imposons aux autres une conception particulière de la vie. Le droit à la maladie, à la névrose, aux rapports familiaux malsains, à la dégénérescence sociale, à l'excentricité... n'entre pas dans nos choix. C'est cela qu'il faut défendre comme pratique psychosociale : ne pas penser que ce qui est bon pour soi est bon pour l'autre mais c'est très compliqué dans une société normative. Pour cela, il faut une alliance entre le social et le médico-psychologique. Ce qui est difficile, c'est qu'il faudrait alors revendiquer quelque chose de très compliqué : la créativité et la sécurité. Pour moi, face à cela, je ne vois qu'une réponse : le temps humain.

*Chez moi, il y a des gens qui viennent, je veux bien prendre le temps de les accompagner au CPAS mais le problème est qu'ils ne veulent pas et que la famille est inquiète. C'est cela le problème, on se sent coincé et la famille aussi.*

#### **Dr Gérald DESCHIETERE**

#### *Contrôle versus liberté individuelle*

Il faut trouver des modalités d'approche pour ces personnes. Il y a aujourd'hui à Bruxelles une augmentation des demandes d'expertise (mise en observation). On était dans les années 2000 à 800 dossiers ouverts par an au Parquet. Le Parquet, après avoir filtré les demandes, réalisait 500 expertises par an, donc plus d'une par jour, pour Bruxelles. Aujourd'hui, 3.500 à 4.000 dossiers sont ouverts au Parquet et 2.500 expertises sont réalisées par an. A St Luc, on en fait plus ou moins 3 ou 4 par jour. C'est ingérable et les soins contraints sont mal utilisés. Comme le dit Loïc Wacquant, la déliquescence de l'Etat social appelle avec force un Etat pénal.

Par rapport à ce que vous décrivez, moi je fais appel au Juge de Paix. Je n'ai pas toujours l'envie ni le temps de porter le désir des patients, alors je demande qu'il soit mis sous administration de biens. Je fais appel au cadre, sinon cela devient lourd. Autant que faire se peut, je tente de régler la question moi-même.

Aujourd'hui, on est face à une augmentation de la liberté des individus. C'est très positif mais la contrepartie, c'est leur souffrance psychique : il faut se réaliser, avoir des projets, être autonome, actif, inséré... Il est difficile de savoir quelle est notre part de responsabilités et notre devoir face à une personne qui ne va pas bien. Jusqu'où va-t-on ? Ma réponse personnelle, même si c'est du cas par cas, c'est de me dire que je ne peux pas contrer les choses. Même si une personne me dit qu'elle veut se suicider et que j'estime qu'il n'y a pas de maladie mentale, c'est son choix. On ne peut pas éviter le risque minimum.

Le problème c'est quand on sent que le choix qu'elle a fait, elle ne peut pas y adhérer délibérément et consciemment. C'est plutôt qu'elle ne peut pas faire autre chose et donc dans ces cas-là, c'est évidemment difficile face à la non-demande. Là je rejoins l'idée du SMES. Ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de demande qu'il ne peut pas y avoir nécessité d'un travail psychique. Je suis partisan d'un juste milieu entre l'abandon des patients et une

société où tout le monde devrait être psychiatrisé pour être sûr qu'ils pensent bien comme il faut, comme la société le demande.

Aujourd'hui, j'ai l'impression qu'on a plus de patients abandonnés que contraints à des soins. A un moment donné, ils sont tellement abandonnés qu'ils commettent un fait délictueux. Là, c'est la Défense Sociale qui intervient ou c'est la mise en observation. A ce stade, on a tout perdu : non seulement ils sont privés de liberté mais en plus, la contrainte de soins est présente.

Mon conseil bibliographique aux travailleurs sociaux : Carl Rogers, « La relation d'aide ».