

Commission consultative d'éthique

Le service social hospitalier

I.	<u>Contexte de la saisine et questionnement éthique</u>	page 2
II.	<u>Analyse du sujet</u>	page 5
1.	<i>Formulation du questionnement éthique : faut-il le synthétiser ?</i>	<i>page 5</i>
	Ou comment une question de forme révèle un problème de fond	
	Un douloureux contexte	
2.	<i>Ce que disent les éléments « déclencheurs » du dépôt de saisine</i>	<i>page 6</i>
3.	<i>Les sources de violence, les sources de conflits</i>	<i>page 7</i>
	Violence, impuissance et méconnaissance	
	Une question de reconnaissance ?	
	Un questionnement partagé	
	Une vision réductrice de l'assistant social	
III.	<u>Pistes de réflexion</u>	page 10
1.	<i>L'assistant social</i>	<i>page 11</i>
	Définition du travail social	
	Double dimension, triple responsabilité, compétences multiples	
	Service et altruisme	
	Positionnement de l'assistant social	
2.	<i>L'assistant social au sein de l'hôpital et de l'équipe pluridisciplinaire</i>	<i>page 14</i>
	Au sein de l'équipe	
	Le social à l'hôpital	
	L'accompagnement social et le soin	
	Ce qui a priori sépare peut aussi ré-unir	
3.	<i>L'éthique du service social</i>	<i>page 19</i>
	Le questionnement éthique, les valeurs sociales	
	L'éthique à la source de l'identité et du sens du travail social	
	CONCLUSION	page 21
	Bibliographie proposée	page 22
	Articles du cde de la santé publique relatifs à la place des assistants sociaux dans l'équipe de soin, au partage de l'information et au secret professionnel	page 23

I. CONTEXTE DE LA SAISINE ET QUESTIONNEMENT ETHIQUE

Le service social du centre hospitalier où exercent les demandeurs est composé d'une équipe de près de 60 personnes, en majorité des femmes (un seul homme assistant du travail social), dont 4 assistants du travail social auprès du personnel, les autres le sont auprès des patients. Les personnes à l'origine de la saisine ont animé un groupe d'analyse de pratiques professionnelles pendant un an. Le présent questionnaire est issu de certaines réflexions de ce groupe de travail.

Le métier d'assistant du travail social¹ est soumis à un code de déontologie, guidé par des valeurs et principes éthiques inculqués dès la formation. Néanmoins, **les assistants sociaux parlent aujourd'hui de dénégation de leur métier, parfois victimes de jugements moraux de la part d'autres professionnels hospitaliers – jugements souvent issus de l'incompréhension, voire de la méconnaissance du travail social et de la temporalité de l'accompagnement social.**

Un des fondements du travail social est la visée de la libre adhésion de la personne à accompagner, en vertu du respect de son autonomie. Pour le dire autrement, l'évaluation réalisée par l'assistant social (qui permet d'envisager les actions d'accompagnement social) est co-construite avec la personne (à l'exception des cas où l'assistant social s'affranchit de cette adhésion lorsqu'il s'agit de protéger les personnes contre leur volonté – pour autant, celles-ci sont informées des décisions prises). Or, aujourd'hui, pour des raisons essentiellement financières, les assistants sociaux sont amenés à se détourner de ce principe. Par exemple, le dispositif d'aide médicale état (AME) est prescrit par l'assistant social lorsque la personne à accompagner est une personne étrangère, sans papier, présente sur le sol français depuis plus de trois mois. Ce dispositif permet d'accéder à des soins gratuits. Toutefois, la sécurité sociale et la direction de l'hôpital² demande d'appliquer le protocole suivant aux assistants sociaux : monter un dossier d'AME y compris lorsque la condition des 3 mois de présence n'est pas remplie, afin que la sécurité sociale rejette le dossier et que l'hôpital puisse être payé en « soins urgents »³. Le dossier est ensuite réitéré à partir des 3 mois de présence sur le territoire. Ce qui pose problème aux assistants sociaux pour plusieurs raisons :

- L'impression de créer de faux espoirs chez les personnes qui ne sont pas toujours en capacité de comprendre cette démarche.
- Le rapport de confiance avec la personne peut être ainsi mis à mal (la relation est faussée dès le départ, même si la démarche est expliquée).
- Le protocole est imposé aux assistants sociaux. Pourtant, comme le médecin, l'assistant du travail social ne travaille pas sur prescription d'autrui. Au contraire, il est libre de son évaluation (de son diagnostic) et de sa prescription (pour déterminer le projet à mettre en œuvre), tout en travaillant en accord avec la personne. D'où l'impression d'être instrumentalisé à des fins financières. Faire des dossiers en sachant qu'ils seront rejetés semble absurde. Certes cela évite que les personnes reçoivent des factures qu'ils ne pourraient honorer. Pourtant, l'assistant social vit cette démarche comme un contrôle (se situant au-delà de la traçabilité) qui met à mal le sens de son travail.

Un autre exemple est donné par les demandeurs pour illustrer la **collision problématique des temporalités entre le sanitaire et le social** : parce que l'assistant social ressent une pression venant des acteurs de l'équipe pluridisciplinaire avec laquelle il travaille, il décide de placer des personnes plus vite que ce qui semble cohérent avec ses principes déontologiques et son éthique. Lorsqu'une personne âgée est en danger à son domicile, un projet de placement est construit, mais il nécessite du temps, une collégialité avec les différents acteurs professionnels, une adhésion de la famille et de la personne. Or cela demande parfois que plusieurs retours à domicile soient tentés. Cependant il arrive que l'un ou l'autre fasse pression pour que les choses aillent plus vite et soient décidées sans l'accord de la personne âgée (on demande à l'assistant social de signer à sa place). Les assistants sociaux sont perçus et se perçoivent parfois comme des freins. On leur fait comprendre qu'ils retardent ou bloquent les projets. Pourtant

¹ Nous dirons « assistant social » dans la suite de l'avis.

² Protocole valable pour tous les hôpitaux publics en France.

³ L'enveloppe budgétaire des soins urgents est prévue pour la prise en charge des soins hospitaliers inopinés, urgents, pour des personnes étrangères dont les soins ne sont pas pris en charge par des assurances privées.

certaines étapes doivent être respectées et nécessitent du temps, c'est incontournable (la mise sous tutelle, la demande de dérogation MDPH - Maison départementale des personnes handicapées, etc).

Par ailleurs, si les contraintes administratives s'imposent, les limites de l'accompagnement social se posent également. Il n'est pas toujours aisé de distinguer le médical et le social : si l'on fait appel à l'assistant social parce que le problème n'est plus du ressort médical, il faut pourtant garder à l'esprit que les conséquences sociales viennent parfois d'un problème médical. L'on ne peut pas travailler de manière sectorisée, les responsabilités sont conjointes, les **problèmes médicaux et sociaux** sont **intriqués**. Et, les demandeurs d'ajouter qu'il convient de considérer la personne dans son ensemble et dans son contexte, de questionner les capacités, les conditions et les limites (*a-t-elle un domicile ; a-t-elle de la famille, des aidants ; est-elle capable de ...*). C'est l'exemple de la personne étrangère qui bénéficie de soins hospitaliers lourds, nécessitant un traitement suivi, mais qui est seule, sans domicile, sans couverture sociale. C'est l'exemple des familles accueillies la nuit à l'hôpital et qui doivent ressortir le lendemain sans endroit où aller. C'est celui des femmes démunies qui accouchent et qui doivent repartir avec leur bébé. **Que peut faire l'assistant social lorsque tout a été tenté pour trouver une solution mais qu'il n'y pas de solution ?** Ce n'est pas parce que les personnes sont malades qu'elles ont plus de droits (droit à un logement, à un travail, à une couverture sociale ...). **Que peut-il faire lorsque les limites concrètes de la réalité s'imposent** (lorsqu'il n'y a plus de place dans les centres d'hébergement) ?

C'est là que l'assistant social est victime d'une double violence (non pas de la part des personnes démunies qui sont en général résignées à leur sort) :

- La violence de l'impuissance (ne pas pouvoir secourir, ne pas être en mesure de proposer de solution humainement acceptable, lorsqu'il doit dire aux personnes de retourner dans la rue – y compris à des mineurs, y compris à des femmes avec enfants en bas-âge) ;
- La violence du soignant qui ne comprend pas cette impuissance, qui estime la situation injuste et qui lui en relègue la responsabilité : si celui-ci n'a pas trouvé de solution (malgré tout son investissement), il devient un « mauvais » assistant social, un « méchant », voire un incapable, « une feignasse » (alors que celui qui aura trouvé un hébergement sans que cela nécessite de longues investigations, simplement parce qu'à ce moment-là, une place s'est libérée, celui-là sera un « bon » assistant social).

Les demandeurs insistent sur la nécessité de disposer de temps pour mettre en œuvre des solutions. Il arrive que le directeur de garde fasse entrer à l'hôpital une famille démunie pour la nuit ; il passe ensuite la main au cadre de santé qui envoie alors un message à l'assistant du travail social afin que celui-ci trouve très vite une solution d'hébergement. Mais s'il n'y a aucun hébergement social disponible à ce moment-là, que faire ? **L'hôpital peut-il attendre qu'une solution soit trouvée** ou demande-t-on à la famille de quitter l'hôpital sans rien lui proposer ? **Qui est responsable ici ?** L'on ne peut pas se contenter de dire : « maintenant, c'est l'affaire de l'assistant social ! ». La société a évolué, ses moyens sont limités (le SAMU social ne peut pas toujours répondre favorablement). De nos jours, l'hôpital s'apparente à un plateau technique soumis à des contraintes budgétaires davantage qu'à un acteur de secours social, comme cela pouvait être le cas avant. Et, en effet, les contraintes budgétaires, la réduction des coûts, voire la recherche de rentabilité sont des éléments importants de contexte. Le poids de la durée moyenne de séjour et du coût d'hospitalisation dans la prise en charge induit aujourd'hui une « pression » qui semble inévitable. A ce titre, les demandeurs parlent de **collision entre social et rentabilité au sein de l'hôpital**. Un exemple incarne cette collision : un patient sans domicile (SDF) atteint d'un érysipèle s'adresse aux urgences de l'hôpital. Le suivi du traitement médical ne nécessite pas en soi une hospitalisation – hospitalisation qui coûte. Pour autant, être sans domicile altère le bon suivi du traitement. Sans solution d'hébergement, que faut-il faire ? Si la prise du traitement est compromise, le patient reviendra probablement à plusieurs reprises pour ce même problème de santé.

Tenant de comprendre les jugements dont ils font l'objet, les demandeurs précisent que les rôles, contraintes et limites des acteurs sociaux sont méconnus par les acteurs sanitaires, y compris parfois par les institutions et tutelles. On ne sait pas forcément ce qu'est l'accompagnement social : il est arrivé, par exemple, que des cadres de santé déposent des vêtements dans le bureau de l'assistant social pour qu'ils soient distribués aux personnes démunies. Toutefois, cela ne relève pas de son rôle (des associations organisent ce genre d'actions). « L'assistant social ne fait pas la charité ». Il assure l'accès aux droits et la continuité des soins, et cela

indépendamment de ses émotions. Il ne peut pas, par exemple, favoriser une personne parce qu'elle l'a touchée ; car il évalue le besoin de protection en fonction des faits qui s'imposent. Mais cela peut susciter l'incompréhension de certains soignants qui jugent les personnes « au mérite » : par exemple, selon l'évaluation de l'assistant social, le mineur qui vient de la rue retournera dans la rue parce qu'il a un réseau qui peut le soutenir alors que le toxicomane nécessitera qu'on le garde plus longtemps parce qu'il se mettrait en danger en sortant – cela semble injuste aux yeux de certains soignants qui expriment des jugements négatifs. Quel sens prend l'intervention de l'assistant social lorsque celle-ci est altérée par ces jugements extérieurs, voire, sous l'effet de ces jugements, dévalorisée par le professionnel lui-même ?

Toutefois, pour éviter que les assistants sociaux ne soient affectés outre mesure par ces pressions, ces tensions, ces jugements (au risque d'un épuisement professionnel), l'encadrement du service social hospitalier rappelle les limites et les réalités de l'accompagnement et du travail social : à la fois aux assistants sociaux et, quand cela est nécessaire, aux autres acteurs de l'équipe pluridisciplinaire. Cela revient à inviter à garder le sens du métier et à conserver le cap altruiste (en regardant les avantages pour la personne accompagnée). Selon les demandeurs, il s'agit d'apprendre à ne pas travailler *dans* les émotions, même s'il faut travailler *avec*. Pour eux, il relève aussi de la responsabilité de l'encadrement social d'explicitier toutes les questions qui se posent dans la prise en charge d'un patient, y compris les questions que l'on ne veut pas entendre parce qu'elles ne sont pas « bien » (et cela est fait au risque de passer pour une personne « sans cœur »). Pourtant ces questions se posent de par leurs conséquences – parmi elles, la question du coût pour l'hôpital et pour la société. Par exemple, doit-on soigner toute personne étrangère qui se présente à l'hôpital sans couverture sociale alors que les soins à apporter n'entrent pas dans les « soins urgents » et cela sans s'intéresser à sa situation sociale qui déterminera les circonstances concrètes de son suivi ? Pourra-t-elle disposer d'un traitement et d'un suivi médical adéquat ?

Concrètement, dans certains cas difficiles, l'assistant social tente de mettre en place des solutions « bancales » (écrire dans le dossier que le patient n'est pas sortant d'un point de vue social) afin de disposer d'un temps supplémentaire permettant de mettre en œuvre une solution. Mais il n'est pas responsable de la sortie du patient, pas plus qu'il ne l'est de son entrée. Les demandeurs d'interroger : **L'hôpital doit-il faire sortir le patient dès que celui-ci n'a plus besoin de soins techniques hospitaliers ? Que fait-on de la mission de secours social⁴ ? Cela questionne plus globalement la solidarité sociale et ses limites.**

Pour finir, des réseaux entre hôpitaux, services sociaux, services médico-sociaux et associations sont mis en place afin qu'il y ait davantage de collégialité pour affronter ces questions difficiles (avec des soignants, des médecins, des cadres de santé, bien qu'ils soient peu nombreux) et pour rester créatifs. Le réseau Santé solidarité Lille métropole en est un exemple : il organise tous les mois des inter-visions. Il a permis la création de lits « halte soins santé » dans les centres d'hébergement, pour les personnes nécessitant des soins suite à une hospitalisation (ce dispositif bénéficie d'un co-financement sanitaire et social). Car il y a grand besoin de dispositifs intermédiaires (entre le moment où le patient est « sortant » pour l'hôpital et le moment où une solution sociale peut être concrètement mise en place). Le problème est que ces dispositifs intermédiaires sont très vite engorgés, au regard des besoins. **N'y a-t-il pas aussi des choix politiques à faire en matière de solidarité ?**

Fondé sur ces données contextuelles, le questionnement éthique posé par la présente saisine peut donc se formuler comme suit :

Comment, dans un centre hospitalier public, en cohérence avec l'éthique de son métier, l'assistant social auprès des patients, peut-il faire face :

- **aux méconnaissances de son rôle et de ses contraintes, de la part des autres acteurs hospitaliers,**
- **à la collision des temporalités sanitaires / sociales,**
- **à la collision entre le secours social et l'exigence de rentabilité,**
- **aux limites sociales et sociétales de la solidarité,**
- **et à ce qui ressemble à une dénégation du métier d'assistant social et à la perte de sens que cela peut induire ?**

⁴ Il existe une MIG (mission d'intérêt général) précarité calculée en fonction du nombre de patients AME et CMU.

II. ANALYSE DU SUJET

Cette partie présente la démarche de réflexion de la commission, tout en poursuivant la description des nombreux éléments de contexte donnés par les demandeurs et en proposant des pistes d'analyse.

1. Formulation du questionnement éthique : faut-il le synthétiser ?

Ou comment une question de forme révèle un problème de fond

Pour certains membres de la commission consultative, le développement du questionnement est apparu problématique au point de se demander si une formulation plus courte n'était pas préférable. A donc été proposée la question suivante : *Comment, dans le contexte socio-économique actuel, l'assistant social auprès des patients peut-il continuer à exercer son métier avec sens, en cohérence avec son éthique professionnelle alors que les priorités de l'hôpital public semblent avoir « évolué » au profit de l'économique en dépit de l'humain ?* Mais synthétiser revient aussi à globaliser et, parce que cette formulation plus générale pouvait générer des mécompréhensions et des débats nous éloignant du cœur de la présente saisine, il a été décidé de nous en tenir à la question initiale. En effet, certains estimaient que cela pouvait laisser penser qu'économique et humain s'opposaient et opposaient deux camps, comme si l'économique se situait forcément « du côté de l'hôpital et des soignants » et l'humain forcément « du côté de l'assistant social ». D'autres estimaient au contraire que l'économique se situait forcément du côté de « l'administration » et l'humain forcément du côté des soignants. Mais, dans cette configuration, où donc situer les assistants sociaux ? – un positionnement différent selon les acteurs. Cela révèle non seulement les raccourcis et catégorisations à l'œuvre au sein d'une même structure mais également la **complexité** et la **sensibilité du sujet** qui questionne la **possibilité de concilier soin médical et accompagnement social en un même lieu qu'est l'hôpital**. L'hôpital est-il (encore) fait pour cela ? Cela peut-il être réalisé ? Cela le doit-il ? Pour qui ? Pourquoi ? Le présent avis tentera d'apporter quelques éléments de réponse.

Ainsi, dans la continuité des exemples explicités par les demandeurs et repris ci-dessus, un double dilemme se dessine : tantôt le médical apparaît lié à une logique exclusivement économique (comme si le social était lié à une logique exclusivement *humaine*) ; tantôt le médical, de par ses valeurs altruistes, semble pointer du doigt l'assistant social comme étant inhumain (en raison des questions économiques qu'il soulève).

Un douloureux contexte

L'on pourrait dire qu'une partie du questionnement revient à demander comment concilier les principes éthiques du service social avec les contraintes administratives et budgétaires, nous renvoyant au contexte actuel et à la logique médico-économique désormais en vigueur. C'est une question à laquelle est confronté tout professionnel hospitalier, en particulier les médecins et les gestionnaires. Certains membres de la commission ont alors interrogé le fait que ce soient des assistants sociaux qui soumettent le problème en commission consultative d'éthique. Pourquoi des assistants sociaux et non des soignants ? Est-ce lié à une spécificité de leur métier ? La suite de l'avis tentera d'apporter des éléments éclairants.

Il convient de souligner que les mots *budgétaire, économique, financier, rentable* ne sont pas synonymes. Si l'on conçoit aujourd'hui que l'hôpital se doit de chercher à respecter un équilibre économique et qu'en conséquence, il est soumis à des contraintes budgétaires, c'est la recherche de la rentabilité impliquant le profit financier (faire du chiffre) qui semble incohérente avec l'éthique soignante, avec la mission de secours hospitalier et avec l'égalité d'accès au soin ; cela reviendrait à penser la maladie comme une opportunité de profit. Or, ni la santé des personnes ni le soin ne sont des biens ou produits de consommation. Le défi pour l'hôpital est donc de savoir comment intégrer ce nécessaire équilibre sans créer d'injustice dans la prise en charge médico-sociale ? C'est une question qui concerne le présent mais aussi l'avenir, comme le soulignent les demandeurs. Car, avec le développement de l'ambulatoire, dans plusieurs secteurs hospitaliers, les lits seront remplacés par des fauteuils. Comment soignera-t-on les personnes les plus vulnérables qui n'entrent pas dans les critères de ce type de prise en charge ? Comment soignera-t-on les personnes en situation de précarité, celles qui ne payent pas, les personnes sans couverture sociale ? Qui les

soignera et avec quels moyens ? Et quelle place pour l'accompagnement social dans cette configuration ? Ce sont aussi ces questions que posent les assistants sociaux.

Ainsi l'on comprend que **le questionnement posé par le service social hospitalier dépasse ses frontières et champs d'action**. Il nous alerte - chacun de nous individuellement, mais aussi et surtout nos organisations, nos institutions, nos politiques. Ce sont donc les réalités et contraintes à gérer au quotidien mais aussi les confusions, les raccourcis et fort probablement la peur des dérives et des écueils qui rend le contexte si douloureux (pour les assistants sociaux comme pour les soignants).

Enfin, le service social pose une authentique question soignante : que faire de ces patients « dont personne ne veut », qui n'entrent dans aucune filière ? Que faire de cette personne isolée, atteinte du syndrome de Korsakoff et présentant des troubles neurologiques qui ne nécessite plus d'hospitalisation aux urgences tout en n'ayant pas de projet⁵ pour aller en soins de suite ? C'est comme s'il y avait un « vide » : vide à la fois et en même temps social ET soignant ? Cela demande aussi de réfléchir à cette représentation prégnante du soin en tant qu'acte qui entre dans les échelles de codage permettant sa facturation. **Que devient la valeur des soins qui sont sans valeur pour ces échelles rémunératrices ? Que deviennent ceux qui en ont besoin ? Mais encore, que deviennent ceux « faits » pour les donner ?**

2. *Ce que disent les éléments « déclencheurs » du dépôt de saisine*

Parmi les éléments de contexte, l'impression des assistants sociaux auprès des patients d'être instrumentalisés en suivant une procédure « biaisée » (devant remplir des dossiers destinés à être refusés) apparaît comme l'élément de trop. Ce **sentiment d'instrumentalisation** est aujourd'hui répandu dans de nombreux métiers, **vécu comme ce qui éloigne du cœur de métier, de ses valeurs ou des compétences qu'il requiert**. Ce qui motive les tâches à l'origine de ce sentiment semble également se situer hors du champ d'action du métier. Cela génère l'idée d'être utilisé pour une mission étrangère au métier, souvent une mission à caractère administratif – l'idée d'être utilisé à des fins extérieures, non choisies et qui apparaissent donc illégitimes. Les acteurs peuvent concevoir leur existence mais ne peuvent admettre que leur réalisation leur revienne. Il y a un décalage voire un fossé qui vient mettre à mal le sens que l'on confère à son travail. C'est à ce titre que les demandeurs ont parlé de **dénégation de leur métier**. L'exemple qui illustre la confrontation entre les nécessités institutionnelles et l'éthique du service social le montre en créant un véritable malaise chez plusieurs assistants sociaux. Ces derniers sont tout autant choqués par le fait que ce protocole n'a suscité aucun questionnement pour d'autres assistants sociaux. La non-unanimité induit un doute quant au partage des valeurs et de l'éthique du service social, un doute quant à l'évolution du métier.

Cette dénégalion n'est pas sans lien avec l'idée de **violence subie** par les jugements négatifs de certains soignants. L'on pourrait parler, dans ce cas, de **blessure morale** (plus loin dans l'avis, nous parlerons de « souffrance éthique »). Les demandeurs ont explicité le sentiment de **ne plus appartenir à la même communauté professionnelle** – présentant cela comme une cassure, quelque chose qui vient abîmer le sens de leur mission. L'assistant social a-t-il sa place au sein de l'équipe soignante ? Il semblerait que la notion d'efficacité soit déterminante, du moins dans certains cas : en s'adressant au responsable du service social, des cadres de santé disent « notre » assistant social lorsque celui-ci est jugé efficace et « votre » assistant social le cas échéant. Dans une situation sans solution d'hébergement impliquant pour le patient un retour dans la rue, un cadre de santé estime que l'assistant social est insensible, qu'il ne peut, par conséquent, travailler en confiance, allant jusqu'à l'interroger sur son niveau de satisfaction face à cette situation. Ces propos violents sont manifestement dus à la colère du cadre. Comment expliquer cette violence ?

⁵ La demande de projet de vie ou projet de soins apparaît aujourd'hui comme un paramètre déterminant l'accès aux soins (pour plusieurs secteurs hospitaliers). Si l'on peut lui supposer une légitimité structurante pour les organisations sanitaires et médico-sociales et si l'on peut concevoir son importance pour la proposition de soin et son adaptation par les soignants, ce paramètre peut toutefois ressembler à une exigence complexifiant les parcours de soin et d'accompagnement social – une exigence presque insolite pour des personnes en situation de grande précarité par exemple. Pour qui est-elle le plus utile ? Pour la personne à soigner et à secourir ou pour les acteurs qui viennent la soigner et la secourir ? Tout individu est-il en capacité de construire l'idée de projet ? Que devient le projet quand aucun avenir n'est envisageable ou même possible ?

3. Les sources de violence, les sources de conflits

Violence, impuissance et méconnaissance

Il est probable que les réactions violentes de certains soignants traduisent leur propre **impuissance** et véhiculent l'impuissance de tous (l'on voudrait que des solutions soient trouvées). Elles peuvent sans doute s'expliquer, pour partie du moins, par une méconnaissance des réalités actuelles. Aujourd'hui, 900 personnes se trouvent à la rue sur Lille. 110 places d'hébergement avaient été ouvertes pour l'hiver. Il restait 790 personnes dehors. La précarité est une réalité importante dans notre région même si celle-ci est aussi bien dotée en réseaux d'accompagnement social (en comparaison à d'autres régions).

Sur le même plan a été identifiée l'incompréhension de certains soignants, notamment par rapport à l'évaluation du besoin de protection des personnes en situation de précarité. Par exemple, donner un ticket de métro à un mineur qui est venu seul de Mongolie afin qu'il se rende à un rendez-vous médico-social et cela sans l'accompagner suscitera l'incompréhension du soignant (l'assistant social de préciser : « il est pourtant venu seul de très loin »). Que l'assistant social semble intervenir davantage « en faveur » du toxicomane ou de l'alcoolique suscitera tout autant l'incompréhension et le jugement négatif. Là encore, comment l'expliquer ? Le soignant estime probablement que le mineur n'a pas choisi et que celui qui n'a pas choisi mérite plus que ceux pour lesquels on pense qu'ils ont choisi leur situation. Ce serait donc l'idée de choix (choix supposé volontaire ou, le cas échéant, non-choix imposé) qui déterminerait le mérite à l'assistance sociale. On retrouve là une **méconnaissance des réalités, contraintes et critères de l'accompagnement social**.

Pour autant, les demandeurs constatent que si certains soignants se montrent sévères dans leur propos, ils n'en restent pas moins ambivalents : l'exemple est donné de soignants qui demandent qu'un patient quitte le service de soin, estimant qu'il n'a plus rien à y faire, que le service n'est plus adapté au patient. Ils se montrent insistants sur sa sortie. Et le jour effectif de celle-ci, les soignants s'inquiètent de savoir comment cette personne s'en sortira – certains même de lui apporter des affaires pour l'aider. L'ambivalence semble traduire ici le souci de l'autre, **un souci altruiste qui persiste** chez le soignant même s'il s'exprime parfois à travers de l'agressivité – une agressivité qui cache peut-être, pour certains, **une forme de détresse liée à l'impuissance à venir en aide à la personne à secourir**.

Il faut ajouter que, face au patient, le positionnement du soignant et le positionnement de l'assistant social sont différents. Car le cadre de l'intervention est déterminant. Les assistants sociaux ont l'occasion de voir les personnes dans leur milieu de vie. Or, se rendre compte de ses conditions d'existence, c'est aussi occuper une autre place, avoir un rapport de proximité différent à l'altérité⁶. Ce clivage entre travailleurs sociaux et soignants n'est pas inédit, comme d'ailleurs la pression économique qui pèse sur l'hôpital. Il en est de même de la vulnérabilité et de la détresse sociale à l'hôpital et dans notre région. Pourtant **c'est la multiplication des paramètres qui semble alourdir le contexte** : à la fois la tarification à l'activité, les modifications profondes d'organisation et de temporalité de l'hôpital, les pressions budgétaires liées à la durée moyenne de séjour et à l'exigence de rentabilité, la montée de la précarité, l'insuffisance des dispositifs sociaux actuels, des conditions différentes et limitées de secours social, une plus grande sectorisation ... Les pratiques ont changé. Il y avait, par exemple, des « échanges de bons procédés » qui n'existent plus désormais : il y a 15 ans, une centaine de personnes étaient sans abri, on recourait au 115 pour obtenir une place d'hébergement et cela demandait parfois du temps. Mais pendant ce temps, en attendant qu'une place se libère, le 115 envoyait la personne aux urgences de l'hôpital. La question des moyens se pose donc, comme celle du rapport au temps - cela implique-t-il un changement dans le rapport à l'autre ? de l'idée de secours ?

Il convient à ce titre d'insister sur le rythme de l'évolution de l'hôpital et la **pression médico-économique** qui incite les soignants hospitaliers à **faire plus technique, plus vite, plus rentable**. C'est une dynamique d'une certaine violence puisqu'elle **a obligé les soignants à modifier leur temporalité induisant**, on peut le supposer, **une**

⁶ C'est une position que l'on rencontre également dans les équipes psychiatriques intervenant au domicile, mais aussi chez les professionnels d'Hospitalisation à Domicile (HAD dans un camp de Roms), bien que ceux-ci restent dans le champ des soins. On peut supposer que tel est le cas pour les soignants libéraux.

modification de la relation au soin et au soigné⁷. Tout se passe comme si les soignants répercutaient (non intentionnellement) sur les assistants sociaux cette pression du *plus vite* et que la temporalité sociale y résistait (ne serait qu'en raison des réalités qui s'imposent).

Par ailleurs, l'hôpital semble être devenu le guichet de différentes détresses sociales : « de plus en plus de structures passent par le 15 qui renvoie aux urgences ». Les services sociaux de la ville demandent parfois au service social de l'hôpital de « garder le patient un peu plus longtemps » (comme si l'idée d'hospice demeurait dans l'essence de l'hôpital). La police amène également des personnes aux urgences, des enfants ou de femmes victimes de violences conjugales, des mineurs étrangers isolés ... Les **travailleurs sociaux** sont donc eux aussi **embarqués dans cette dynamique** et s'y retrouvent « coincés » lorsqu'on les appelle pour des problèmes pour lesquels les soignants n'ont ni la compétence, ni le temps de résoudre - **l'assistant social devient l'acteur-frontière vers lequel on se tourne**. Il faut toutefois ajouter que tout ce qui sort du champ du soin dit médical n'entre pas forcément dans le champ du social (par exemple, *pourquoi un patient sortant qui ne trouve plus ses clés relèverait-il de l'assistant social ?* Cela révèle une certaine confusion).

Une question de reconnaissance ?

Avant d'aller plus loin dans notre analyse et de nous intéresser de plus près au métier et aux valeurs de l'assistant social, posons une précision importante pour la réflexion : les demandeurs explicitent clairement qu'**il ne s'agit pas d'un manque de reconnaissance de l'assistant social** ni d'un problème entre personnes. Le questionnement est centré sur le métier lui-même, parce que celui-ci est souvent mal compris voire mis à mal, parce que l'assistant social se sent exclus de la communauté hospitalière soignante, parce que les collisions entre les contraintes du sanitaire et les obligations du social s'opèrent au détriment des personnes en détresse, que les moyens manquent et que les priorités semblent avoir « évolué » (de tout côté) au profit de l'économique (voire du politique) en dépit de l'humain. Ce n'est donc pas une question de reconnaissance professionnelle ou personnelle mais une question de connaissance. A ce titre, il serait utile de mettre en lumière l'engagement et le travail, pour partie invisible, qui n'est pas réalisé en face du patient (mais en amont et en aval) et qui, par conséquent, ne bénéficie pas de la même visibilité. Le présent avis tentera d'y contribuer dans la partie suivante.

Face au défaut d'efficacité tel que cela a été expliqué ci-dessus, ne pouvant concrètement faire preuve de la réactivité attendue (apporter la réponse souhaitée dans des délais courts), l'on pourrait se demander si certains assistants sociaux n'éprouvent pas une certaine forme de culpabilité, ne pouvant mener à bien et à son terme la mission de l'équipe hospitalière. Pour autant les demandeurs n'ont pas exprimé un tel sentiment. Ils savent, en effet, que les solutions d'hébergement ne dépendent pas de leur *bonne* volonté, de leur courage ou de leur efficacité. Nous pourrions parler d'une **incapacité à remplir leur mission**, non au sens de la compétence bien évidemment, mais **au regard du manque de moyens** – ce qui représenterait une **forme supplémentaire de violence**. C'est pourquoi le **risque d'usure pouvant aller jusqu'à l'épuisement professionnel** est à identifier comme un écueil dont il faut se préserver. Les demandeurs l'ont d'ailleurs mentionné, notamment **au regard de l'insatisfaction** à leur égard qui est exprimée par les médecins, par les cadres de santé ... Il s'avère par conséquent important de **permettre l'identification de ce risque dans un cadre institutionnel**, afin que chacun puisse avoir conscience de ses responsabilités. Mais une autre insatisfaction pourrait encore s'exprimer : devant un hôpital qui peine à remplir ses missions de secours social⁸.

Un questionnement partagé

Dans leurs pratiques professionnelles au quotidien, les assistants sociaux auprès des patients doivent donc faire face à des préjugés, des contradictions, des dilemmes éthiques, parfois des conflits. Il serait sans doute intéressant qu'ils identifient ensemble les sources des situations difficiles, des oppositions et freins, des conflits de valeurs, les sources de souffrance morale, non seulement celles à l'origine des jugements négatifs de la part des soignants, mais au-delà, de manière plus générale. Ils pourraient **analyser les injonctions paradoxales** de la part des

⁷ Cela constitue un sujet en soi qu'il n'est pas approprié de développer ici, pour ne pas alourdir l'avis. Un angle de vue sociohistorique semblerait éclairant.

⁸ En est-il encore capable ? N'est-ce qu'une question de capacité ? – sujet qu'il conviendrait d'approfondir.

acteurs et des institutions, les **contradictions** entre les discours, les demandes et les **contraintes**. Car une réflexion issue des acteurs eux-mêmes s'inscrit dans une éthique inhérente au métier et au milieu, une éthique ancrée dans des pratiques (non une éthique extérieure) – ce qui lui confère une légitimité certaine (cela dit, il reste possible de requérir un soutien méthodologique afin de faciliter la réflexion). Cela peut se concrétiser au sein d'un groupe déjà existant, à l'occasion d'une journée d'échanges, voire donner lieu à une publication. Les conclusions peuvent être suivies de **propositions à partager** avec les instances institutionnelles internes, pour envisager des actions de sensibilisation des acteurs de terrain (pour s'inscrire dans des rendez-vous réunissant l'encadrement soignant, d'autres réunissant les médecins, d'autres encore les gestionnaires des départements de ressources ...).

Le présent **questionnement** n'est pas anecdotique puisqu'il est **partagé** de manière plus large par les travailleurs sociaux ; on le retrouve dans la littérature sur le sujet. Par exemple, dans le texte « L'Éthique en Travail Social Déclaration de Principes de l'IFSW » - *Proposition de définition internationale par la Fédération Internationale des Travailleurs Sociaux*, on peut lire : « La déclaration de la FITS reste au niveau des principes généraux pour inciter les travailleurs sociaux de par le monde à réfléchir aux défis et aux dilemmes qu'ils rencontrent et à prendre les décisions de traitement des cas particuliers en fonction d'une connaissance de l'éthique. Parmi ces problèmes, citons :

- Le fait que la loyauté des travailleurs sociaux soit souvent mise en jeu lors de conflits d'intérêts,
- Le fait que les travailleurs sociaux aient à la fois des fonctions d'aide et de contrôle,
- Le conflit entre le devoir de protéger les intérêts des gens et l'exigence d'efficacité et de rentabilité,
- Le fait que les ressources d'une société soient limitées »⁹.

Dans un texte de 2009 de Nathalie Bougeard, intitulé « Etre assistant social à l'hôpital », l'on retrouve cette démarche d'analyse qui cible, entre autres, la pression pour que le patient sorte liée au contexte médico-économique actuel : « Motifs récurrents de frictions : les dates et les modalités de sortie des patients. Et sur ce sujet, la T2A (tarification à l'activité) a été un grand bouleversement. *"Le temps médical est différent du temps social, lui-même éloigné du temps des gens bien portants"*, constate Véronique Peltier-Chevillard¹⁰. Ainsi, en staff, si un assistant social ou un psychologue évoque une fragilité chez un patient due par exemple à une rupture familiale récente, cette faiblesse ne rencontrera pas le même écho chez le médecin ou l'infirmier. C'est à peine exagéré d'affirmer que, dans la plupart des cas, ils sont déjà au patient suivant puisque le premier est guéri. A l'inverse, l'AS¹¹ prendra en compte un syndrome démentiel diagnostiqué par un médecin puisqu'elle doit être l'interface entre l'intérieur et l'extérieur de l'hôpital, en articulant ces deux ensembles autour du patient ». Et encore : « Autre difficulté du métier : le recours inapproprié à l'assistant social avec, régulièrement, des soignants qui sollicitent son intervention sur le mode *"faudrait passer voir M. ou Mme X qui ne va pas bien, qui a des soucis"*. *"D'autant plus quand la médecine n'a pas la thérapeutique pour guérir la personne"* (...). Reste que l'assistant social n'intervient que dans des cas très précis comme l'absence de couverture sociale ou lorsque le problème médical a un retentissement sur le logement, le travail ou les déplacements du malade. *"Dès que l'annonce d'un pronostic difficile a été faite aux parents, les équipes de soin ont tendance à nous solliciter tout de suite. C'est souvent inutile, il faudrait attendre 24 ou 48 heures pour que la famille puisse être un peu attentive, et non pas totalement obsédée par sa douleur"* (...) »¹². Il est question de « rendre compatible le temps médical et le temps social. Ces deux regards doivent se croiser et être discutés pour envisager la meilleure solution ». L'on retrouve ce problème de conciliation ou de compatibilité entre médical et social.

Ce texte identifie une autre source potentielle de contradiction, à savoir *l'opposition entre deux systèmes institutionnels : celui du soin et celui de la législation*, parlant notamment de la difficulté de trouver des solutions d'hébergement pour les personnes sans papiers « prêtes » à quitter les urgences.

⁹ « L'Éthique en Travail Social Déclaration de Principes de l'IFSW » - Proposition de définition internationale par l'IFSW (FITS), la Fédération Internationale des Travailleurs Sociaux. https://www.anas.fr/L-Ethique-en-Travail-Social-Declaration-de-Principes-de-IFSW_a207.html

¹⁰ Véronique Peltier-Chevillard est chef du service social hospitalier du CHU de Rennes depuis décembre 2006

¹¹ AS : ici assistante sociale

¹² Nathalie Bougeard, « Etre assistant social à l'hôpital », Lien Social, le 29 octobre 2009. <http://www.lien-social.com/-947->

Ainsi, tout comme pour l'identification du risque d'usure professionnel, il semblerait intéressant que les assistants sociaux puissent dresser un état des lieux factuel des sources de difficultés d'exercice et de conflits dans un cadre institutionnel. Ils pourraient encore se pencher sur les politiques de santé actuelles, notamment par rapport à l'objectif de responsabilisation du patient (un patient autonome, acteur de sa santé) : quels sont les impacts concrets de ces politiques sur le rôle de l'assistant social ? Sachant que l'assistant social apporte un accompagnement à des personnes que l'on dit marginalisées, désocialisées, en situation de grande précarité – nous y reviendrons.

Une vision réductrice de l'assistant social

Pour situer le contexte de la saisine, des exemples ont été donnés, plusieurs étant relatifs à la sortie du patient. Il convient pourtant de rester vigilant quant au regard porté sur le métier d'assistant social, pour ne pas le réduire à une personne chargée de chercher et de trouver des solutions rapides et efficaces pour libérer des lits d'hospitalisation. L'on ne peut évidemment nier la pression subie pour diriger un malade vers un autre service et cela à l'intérieur de l'hôpital (et dès l'entrée aux urgences), mais aussi en dehors de l'hôpital vers la ville¹³. C'est ici que l'on trouve un rôle important de l'assistant social, quelque peu évoqué ci-dessus, un **rôle d'interface** fondé sur la connaissance des circuits, des structures d'hébergement et des lits dits d'aval.

Afin d'éviter de cantonner leur rôle au moment de la sortie du patient, il nous semble important de mieux situer les assistants sociaux au sein de l'hôpital. Leur rôle est plus large, plus diversifié, plus riche. L'on peut se demander encore pourquoi certains orientent l'action de l'assistant social davantage au service du bon fonctionnement de l'institution qu'au service du patient ou même du soignant. Et pourquoi les hôpitaux ont-ils des services sociaux en leur sein ? Qu'attend l'hôpital du service social ? Mais aussi, qu'attend le service social de l'hôpital ?

III. PISTES DE REFLEXION

Au-delà de la lourdeur du **contexte médico-économique** dans lequel s'inscrit le présent questionnaire et qui constitue un paramètre **déterminant** qu'il convient de reconnaître comme tel, pour mieux comprendre les collisions entre le médical et le social, nous allons nous pencher sur **le métier même d'assistant social** auprès des patients au sein de l'hôpital. Cela nous permettra de poser les fondements de ce métier et de le situer – l'assistant social, un acteur de la pluridisciplinarité ? Cette analyse, fondée sur la lecture de plusieurs textes et articles, apportera des éléments de réponse à la question presque initiale de la commission, à savoir quelle est la spécificité de l'assistant social. Nous nous sommes demandé en effet pourquoi des assistants sociaux nous soumettaient une saisine dont les **enjeux** pouvaient se décliner en termes **d'hospitalité, de secours, de protection, d'accompagnement, d'humanité** ... - des enjeux également soignants. Nous chercherons également à déterminer comment maintenir le sens de l'accompagnement social et l'énergie nécessaire pour le mener à bien ? Quelles ressources sont-elles possibles pour les assistants sociaux ?

Nous avons évoqué son rôle d'**interface** et de **liaison** puisque l'assistant social auprès des patients se trouve précisément à l'interaction entre différents partenaires à la fois internes et externes à l'hôpital. Pourtant, l'une de ses spécificités est sans doute liée à sa **solitude** (comme souvent dans des fonctions qui requièrent la conciliation et la coordination) : **l'assistant social se retrouve seul dans ce qui semble pourtant l'affaire de tous**. Il faut ajouter qu'il a connaissance de ce qui existe en ville en matière de dispositifs d'accompagnement social, mais aussi **connaissance de tout ce qui n'existe pas**.

¹³ Il ne s'agit d'ailleurs pas, pour la commission, de porter un jugement sur cette *nécessité*. L'on ne saurait réduire celle-ci uniquement à des motivations économiques. Il y a des prises en charge qui ne peuvent attendre d'un point de vue médical, sans mettre le patient en danger.

1. L'assistant social.

Définition du travail social

Le travail social est défini réglementairement, soumis à un code de déontologie¹⁴, guidé par des principes et des valeurs, encadré par des connaissances théoriques et pratiques, nourri par des savoirs expérimentiels.

Partons du récent décret¹⁵ qui vient préciser l'article D. 142-1 du code de l'action sociale et des familles :

« Art. D. 142-1-1.-Le travail social vise à permettre l'accès des personnes à l'ensemble de droits fondamentaux, à faciliter l'inclusion sociale et à exercer une pleine citoyenneté. Dans un but d'émancipation, d'accès à l'autonomie, de protection et de participation des personnes, le travail social contribue à promouvoir, par des approches individuelles et collectives, le changement social, le développement social et la cohésion de la société. Il participe au développement des capacités des personnes à agir pour elles-mêmes et dans leur environnement.

A cette fin, le travail social regroupe un ensemble de pratiques professionnelles qui s'inscrit dans un champ pluridisciplinaire et interdisciplinaire. Il s'appuie sur des principes éthiques et déontologiques, sur des savoirs universitaires en sciences sociales et humaines, sur les savoirs pratiques et théoriques des professionnels du travail social et les savoirs issus de l'expérience des personnes bénéficiant d'un accompagnement social, celles-ci étant associées à la construction des réponses à leurs besoins. Il se fonde sur la relation entre le professionnel du travail social et la personne accompagnée, dans le respect de la dignité de cette dernière.

Le travail social s'exerce dans le cadre des principes de solidarité, de justice sociale et prend en considération la diversité des personnes bénéficiant d'un accompagnement social ».

Double dimension, triple responsabilité, compétences multiples

Ce métier implique donc une double dimension, à la fois et **en même temps individuelle et collective** : l'assistant social vient **en aide à des personnes** (les textes parlent de *protection, autonomie, développement des capacités, droits fondamentaux, émancipation*) mais **toujours déjà** dans un environnement et **dans la société** (les textes parlent d'*inclusion sociale, citoyenneté, développement social, changement social, cohérence de la société*). La proposition de définition internationale¹⁶ le définit en effet comme suit : « Le professionnel du travail social œuvre pour le changement social, en résolvant des problèmes de relations humaines, d'autonomie et de liberté des personnes en vue d'améliorer leur existence. Le travailleur social intervient au point d'interaction des personnes et de leur environnement, en utilisant les théories du comportement et la connaissance des institutions sociales ? Ce sont les principes des droits de l'homme et de la justice sociale qui fondent le travail social ». En référence aux Droits de l'Homme et à la dignité humaine comme valeur universelle inhérente à chaque individu, ce même texte dit que « les travailleurs sociaux ont à faire respecter et à défendre l'intégrité et le bien-être physique, psychologique, affectif et spirituel de chaque personne » - (ce qu'il décline en 4 points : *respecter le droit à l'auto-détermination, défendre le droit à la participation, traiter chaque individu comme un tout, identifier et développer les capacités personnelles*). Le texte précise encore que « les travailleurs sociaux ont la responsabilité de promouvoir la justice sociale, par rapport à la société en général et par rapport aux personnes avec lesquelles ils travaillent » - (ce qu'il décline en 5 points : *contester la discrimination négative, reconnaître la diversité, distribuer les ressources équitablement, contester les politiques et pratiques injustes, travailler en faveur de la solidarité*). Notre objectif n'est pas de détailler chacun de ces points, voire de les interroger en termes de faisabilité ou de chercher à en fonder la légitimité, mais de spécifier le cadre et la **complexité des missions du travail social**.

¹⁴ Code de Déontologie de l'ANAS, association nationale des assistants du service social. Adopté le 28 novembre 1994 à l'assemblée générale (2 parutions antérieures en 1949 et 1981).

¹⁵ Décret n°2017-877 du 6 mai 2017 relatif à la définition du travail social. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/6/AFSA1710020D/jo>

¹⁶ « L'Éthique en Travail Social Déclaration de Principes de l'IFSW » - Proposition de définition internationale par l'IFSW (FITS), la Fédération Internationale des Travailleurs Sociaux.

D'autant que, si tout un chacun peut recourir au service social, les assistants sociaux accompagnent plus particulièrement les **personnes en situation dite de précarité**. Il nous semble important de préciser qu'il n'y pas une mais des précarités : précarité économique, précarité sociale, précarité culturelle ... Elle peut être liée à de mauvaises conditions de vie, de logement, de santé, à un non-accès au savoir, à l'éducation, etc. Les demandeurs préconisent de se référer à la définition de Joseph Wresinski qui renvoie à la perte de sécurité qui met en péril l'équilibre de la personne : « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible »¹⁷. Au-delà de toute volonté de catégorisation (*une personne n'en vaut pas une autre*), si la situation de précarité représente un aspect important pour l'accompagnement social, elle l'est tout autant pour les soins qui seront apportés à la personne qui nécessitera d'abord une attention particulière, du temps et une proposition adaptée¹⁸. Pour le dire autrement, **si l'aspect social concerne évidemment l'assistant social auprès du patient, il concerne également le soignant** – ce qui suppose une approche holistique de la personne, la personne dans sa globalité.

A ce titre, partant de la définition du décret cité ci-avant et du code de déontologie de l'ANAS (association nationale des assistants de service social), l'assistant social a une triple **responsabilité : vis-à-vis des personnes, vis-à-vis des lois de la société, vis-à-vis des institutions** dans lesquelles il exerce. A cela s'ajoute la responsabilité **vis-à-vis de sa profession** toujours située et adaptée à son époque. L'on peut par exemple citer l'article 25 du code : « L'Assistant du Service Social a l'obligation de contribuer à l'évolution constante de sa profession dans un souci d'ajustement aux évolutions de la société ».

La multiplicité de ses compétences se fonde sur des principes éthiques et déontologiques, de nombreux textes de lois, des savoirs fondamentaux et pluridisciplinaires (savoirs universitaires en sciences humaines et sociales), des savoirs théoriques, pratiques (expérientiels – en fonction de soi, de son expérience et de l'expérience des autres assistants du service social), des savoirs issus des personnes accompagnées elles-mêmes (en fonction de l'autre, de l'utilisateur). Ces savoirs ne sont pas figés mais en constante évolution, de par leur lien avec les changements sociétaux. Le code de déontologie précise que : « Le service social, en tant qu'activité professionnelle distincte et spécifique, est à la fois né du changement et lié aux changements de plus en plus rapides et foisonnants de la Société. Le Code tient compte de ces évolutions et des valeurs fondamentales qui sous-tendent la profession » – ce qui rend par ailleurs nécessaire la formation continue des assistants sociaux, tel que cela apparaît dans le code. A ce sujet, Jean-Philippe Melchior (sociologue) identifie la formation continue comme un moyen de *résister à la routine*. Dans son article « De l'éthique professionnelle des travailleurs sociaux »¹⁹, il écrit : « (...) une partie des travailleurs sociaux estiment que, grâce à la formation continue, ils peuvent se préserver et maintenir une certaine maîtrise sur leur travail en étant moins tributaires des cadres ». Les lieux de formation peuvent également représenter des terrains d'échanges, de questionnements et de réflexions partagés.

De la même manière que les compétences de l'assistant social sont liées à la société et l'époque dans lesquelles il s'inscrit, elles le sont également aux personnes et aux institutions (« être vigilant quant aux répercussions que peuvent entraîner ses interventions dans la vie des personnes et celles des institutions » article 9 du code), toujours dans perspective méliorative (« maîtriser sa pratique professionnelle et tendre constamment à l'améliorer »).

¹⁷ Définition contenue dans l'avis adopté par le Conseil économique et social français les 10 et 11 février 1987, sur la base du rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » présenté par Joseph Wresinski. Cette définition a notamment été reprise par les Nations unies, en particulier dans les travaux de la Commission et du Conseil des Droits de l'Homme sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté. <http://www.joseph-wresinski.org/fr/grande-pauvrete-et-precarite141>

¹⁸ Propos inspirés des témoignages apportés lors de la demi-journée EEUH de Lille - MESHS dans le cadre du 10ème Printemps SHS, le 27 mars 2018, notamment les propos de Rolande Ribeaucourt, directrice du pôle santé Abej Solidarité.

¹⁹ Melchior Jean-Philippe, « De l'éthique professionnelle des travailleurs sociaux », *Informations sociales* 2011/5, (n167), p. 123-130. <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2011-5-page-123.htm>

Service et altruisme

C'est un **métier de service** forcément dirigé vers les autres. **L'autre** est ici une notion consubstantielle du service social : il est reconnu **dans son altérité** (l'assistant social travaille pour un autre parmi d'autres), **dans sa subjectivité** (il s'adresse à un sujet qu'il s'agit de maintenir comme tel, pour qu'il soit acteur et autonome), **dans sa dignité** (il le considère comme une personne digne, qui appelle le respect, qui a la même valeur d'humanité que tout individu). Le respect de la dignité de la personne est fondateur de l'intervention sociale, comme l'indique l'article 1 du code de déontologie. L'autre est considéré **dans sa dimension sociale** (l'assistant social le perçoit comme un être-pour-autrui, un être toujours-déjà social, fondamentalement parmi les autres, inclus dans la société, un citoyen avec des droits). L'autre est rencontré **dans son « épaisseur »**, son identité, son histoire (une intimité à respecter)²⁰. C'est pourquoi la confidentialité, le secret professionnel, la protection des données nominatives font l'objet de plusieurs articles dans le code. Enfin, l'autre est reconnu **dans sa diversité**, sa différence : œuvrer dans l'intérêt de l'autre, quel qu'il soit, est constitutif de ce métier. A ce titre, le code mentionne la non-discrimination comme un principe général.

Cette approche est présente dans l'histoire même des professions sociales comme le souligne le texte « Regards sur les mutations du travail social au XXème siècle »²¹ dans lequel Françoise Blum décrit l'invention du métier en parlant des « pionnières », « ces assistantes, ces infirmières visiteuses ou ces surintendantes formées avant la Seconde Guerre mondiale ». On peut lire par exemple : « Dans de nombreux témoignages des assistantes apparaît ce désir de connaître d'autres classes, d'autres peuples », avec à la fois « la révolte contre la misère » et « le refus d'accepter un destin féminin et bourgeois »²².

Métier de service, le service social se définit dans l'intérêt d'autrui, afin d'apporter secours aux personnes en tenant compte de leur vulnérabilité et de leur fragilité. C'est ce qui contribue, en retour, à la richesse de ce métier. Dans une récente demi-journée de réflexion éthique sur le soin aux personnes en grande précarité, une psychologue travaillant au sein de l'Abej solidarité²³ disait que ce n'est pas parce que les personnes n'ont plus d'adresse qu'elles n'ont rien à nous adresser. Inscrivant son intervention dans une clinique de la marge, elle expliquait que *tout professionnel intervenant dans le champ médico-social pour des personnes désocialisées ou marginalisées devait prendre le temps de rencontrer ces personnes qui ne comptent plus pour personne, ces personnes dont le passé occupe le présent et dont l'avenir est très incertain – ce qui est incompatible avec des organisations rigides en raison du temps que cela nécessite*. Elle parlait d'un même but à viser : *éviter que le sujet disparaisse, au sens propre comme au figuré*. Enfin, en écho à la citation de Lucien Bonnafé (psychiatre) : *on juge le degré d'une civilisation d'une société à la manière dont elle traite ses fous*, celle-ci proposait : ***on juge le degré de civilisation d'une société à la manière dont elle traite les populations les plus fragiles***.

²⁰ Faut-il tout savoir de cet autre ? Faut-il tout en dire ? Ce sont des questions que se posent en situation les assistants sociaux. En tous les cas, tout ce qui est confié est soumis au secret professionnel.

²¹ Françoise Blum (ingénieur de recherche au CNRS), « Regards sur les mutations du travail social au XXème siècle » www.cairn.info/revue-le-mouvement-social-2002-2-page-83.html

²² Le texte de F. Blum explicite les origines de la profession comme une profession féminine, marquée par le moralisme et le maternalisme, tantôt bourgeoise et normalisatrice (fonction d'éducation, d'intégration au système, de contrôle et de rationalisation de la gestion de la misère), tantôt au service des opprimés, prenant parti pour les exclus, cherchant à réinsérer plus qu'à réintégrer, dénonçant le contrôle social, **toutefois en crise identitaire face à « l'impuissance devant la marginalisation** d'une frange grandissante de la population, ces 'exclus', ces « désaffiliés' (...) qui ont remplacé les inadaptés ». « Le travailleur social serait comme un passeur qui aurait perdu de vue la berge où conduire son passager ».

²³ Propos inspirés du témoignage d'Hamel Djeddi lors de la demi-journée EEUH de Lille - MESHS dans le cadre du 10ème Printemps SHS, le 27 mars 2018.

Positionnement de l'assistant social

Tous ces éléments de définition nous permettent de mieux comprendre les champs d'action de ce métier et ses enjeux. Comment l'assistant social se positionne-t-il pour assurer au mieux ses différentes responsabilités professionnelles ?

Dans un texte de 2005 et dans la continuité des précédents propos, on peut lire : « être "assistant social" laisse entendre qu'apporter une aide est au centre du travail social. Les relations entre assistants sociaux et usagers passent par la prise en compte, par les professionnels, du fait qu'ils doivent rendre service à l'utilisateur, lui apporter une aide ». Et plus loin : « L'horizon de la réparation, pour laquelle le service est entrepris, oriente les pratiques professionnelles et les techniques qui lui sont associées afin d'améliorer la situation de l'utilisateur, c'est-à-dire la réparer. Les dimensions relationnelles et techniques nécessaires à la discrimination positive et au droit subjectif font partie intégrante de l'activité des travailleurs sociaux. Elles supposent une relation particulariste entre professionnel et usager, et une relation asymétrique dont l'objet voire le but est le dévoilement de l'intimité de l'utilisateur (sa vie, ses problèmes, ses attentes) »²⁴. Le texte parle encore de *relation de proximité et d'empathie* et, dans le même temps, une certaine *mise à distance ou réserve* – double exigence à laquelle le professionnel doit faire face.

Le code de déontologie qualifie l'assistant social de « **confident nécessaire** », en vertu de relation de confiance qu'il instaure et de son devoir de confidentialité (article 3). Il le définit encore comme un **acteur libre et indépendant** (article 7) puisqu'il « ne peut accepter d'exercer sa profession dans des conditions qui compromettraient la qualité de ses interventions. Il doit donc être attentif aux formes et conditions de travail qui lui sont proposées et aux modifications qui pourraient survenir ». Cela impose donc une attention de la part de **l'assistant social qui est déontologiquement positionné en mesure d'alerter sur ses conditions d'exercice**.

Parmi les nombreux principes, deux pourraient être plus particulièrement soulignés puisqu'ils éclairent ou du moins interrogent la place de l'assistant social au sein de l'équipe sociale et de l'équipe pluridisciplinaire : le **secret professionnel** déjà évoqué et la **confraternité**. Penchons-nous sur ces deux points.

2. L'assistant social au sein de l'hôpital et de l'équipe pluridisciplinaire

Au sein de l'équipe

L'assistant social est-il reconnu comme un acteur de l'équipe de soins entendue comme une équipe non exclusivement composée de médecins et de paramédicaux, mais comme une équipe pluridisciplinaire ?

Le texte de Nathalie Bougeard²⁵ parle de « **délicate pluridisciplinarité** », la délicatesse de celle-ci tenant aux motifs récurrents de conflits que nous avons évoqués ci-dessus. Dans le cadre d'une restructuration du service social et d'une réflexion sur la place de ce dernier, N. Bougeard propose de trouver un langage commun qui tienne compte de la différence entre le temps médical, le temps social et le temps du patient (encore plus différents depuis la T2A). Dans ce même texte, sur la valeur de la parole de l'assistant social et au regard de l'autonomie de celui-ci, V. P-Chevillard²⁶ dit qu' : « Il ne s'agit pas de faire cavalier seul mais d'être en permanence en collaboration directe avec les deux maillons de la prise en charge que sont le médical et le soin. En clair, notre parole ne vaut pas plus mais autant ». Comment être en collaboration directe sans une place au sein de l'équipe ? Mais si l'assistant social y trouve place, les autres acteurs deviennent des collaborateurs, des collègues ? Or l'article 26 du code de déontologie explique que : « L'Assistant du Service Social doit avoir une attitude de confraternité à l'égard de ses collègues. Il observera les devoirs d'entraide professionnelle et s'abstiendra de tout acte ou propos susceptible de leur nuire. » Par conséquent, cet article n'accroît-il pas la violence des **jugements négatifs** émis par certains soignants au sein de la même équipe, des jugements considérés comme un **manquement à ce principe de confraternité** ?

²⁴ Stéphanie Boujut, « Le travail social comme relation de service ou la gestion des émotions comme compétence professionnelle », *Déviance et société* 2005/2 (Vol. 29), p. 141-153//www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2005-2-page-141.htm

²⁵ Nathalie Bougeard, « Etre assistant social à l'hôpital », *Lien Social*, le 29 octobre 2009. <http://www.lien-social.com/-947->

²⁶ Véronique Peltier-Chevillard est chef du service social hospitalier du CHU de Rennes depuis décembre 2006

Pour autant, il faudrait non seulement que l'assistant social considère qu'il ait sa place au sein de l'équipe pluridisciplinaire, mais aussi que les autres acteurs de cette équipe, quel que soit leur statut, lui reconnaisse également une place. Si l'on peut entendre les freins engendrés par les esprits de corps et les cloisonnements structurels, il faut cependant rappeler le **cadre précis de la définition élargie de l'équipe et de la collégialité, à savoir le cadre des échanges d'informations relative aux patients au titre de sa prise en charge globale** : l'équipe de soins, dans ce cadre, n'est pas uniquement composée de soignants –c'est l'exemple des auxiliaires de vie qui intègrent l'équipe dans certaines situations requérant leur parole et expertise. Mais tous ces acteurs sont soumis à la même exigence : le respect du secret professionnel alors partagé et cela dans le seul intérêt du patient.

Si le code de déontologie des assistants sociaux évoque le secret professionnel dans son article 4, le code de la santé publique lui consacre son article L1110-4 récemment modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - article 2 :

I.- Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social ou médico-social, mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. (...)

II.- Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

III.- Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

(...)²⁷

Le décret n°2016-994 du 20 juillet 2016 explicitent les conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels du champ social et médico-social

Enfin l'article L1110-12 du code de la santé publique (créé par la Loi 2016-41) définit ce cadre d'élargissement de l'équipe de soins :

*Pour l'application du présent titre, l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes (...)*²⁸

Ainsi, c'est un cadre légal et précis qui inclut l'assistant social au sein de l'équipe de soins. Car **l'hôpital et le service social ont des valeurs et des objectifs communs**. « (...) c'est en 1998 que la loi de lutte contre les exclusions prévoit la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sur tout le territoire. Elle est complétée par une circulaire d'application parue la même année qui confirme "la participation de l'hôpital à la lutte contre l'exclusion sociale" ainsi que "la prise en compte de la précarité par le système de santé". **L'hôpital y est identifié comme un acteur de la lutte contre l'exclusion sociale** et naturellement c'est au service social qu'appartient la compétence d'assurer la mission d'aide à l'accès aux droits »²⁹. « Outre l'accès aux soins et l'accès aux droits, le service social à l'hôpital joue un rôle non-négligeable dans l'organisation des transferts dans les structures sanitaires ou médico-sociales et dans l'organisation des retours au domicile (...) ».³⁰

²⁷ Voir le texte en fin de document, après la bibliographie.

²⁸ Idem

²⁹ et ²⁹ ANAS - « La place du social dans la santé » - OASIS – Le portail du Travail Social – <http://travaillsocial.com>. - mai 2009. Article rédigé par Claire Agenie et Claudine Huet, cadres socio-éducatifs, assistances du travail social. <https://www.travail-social.com/La-place-du-social-dans-la-sante>

Le social à l'hôpital

La commission consultative s'est interrogée sur la mission sociale de l'hôpital et sur la place du social au sein même de l'hôpital. Cela est précisément le sujet du texte de l'ANAS 2009 précédemment cité qui rappelle que : « A l'origine, il y a plus d'un millénaire, l'hôpital était le lieu d'accueil des plus pauvres. Sa fonction sociale est essentielle. Au début du XXème siècle cette fonction sociale commence à disparaître alors que s'accroît la fonction soignante. C'est dans ce contexte que le service social en tant que tel est apparu. Son origine se situe à la fin du XIXème parmi les mouvements philanthropiques des grandes villes. (...) ». Sue ce sujet, en 2003, Marc Bessin écrit : « Alors que depuis leur apparition au Moyen-Age, les hôpitaux ont longtemps été identifiés à l'accueil des pauvres, ils s'écartent de cette fonction première d'assistance aux indigents pour se tourner résolument vers la prise en charge sanitaire sophistiquée que l'on connaît. Aujourd'hui, le traitement du social à l'hôpital, malgré la montée des précarités et des vulnérabilités, demeure problématique pour le corps médical hospitalier. Les services d'accueil et d'urgences qui ont pour mission d'accueillir toutes les demandes, se trouvent en porte-à-faux au sein de l'institution hospitalière où la spécialisation est valorisée ». Le texte de l'ANAS rappelle pourtant que « certaines valeurs du service public hospitalier rejoignent celles du service social (respect de la dignité de la personne, non-discrimination, droits de l'homme ...) ». Ce même texte revient sur le cadre contraignant pour les soins à l'hôpital, issu des récentes réformes relatives à la gouvernance sur la base d'objectifs et de moyens, au financement de l'hôpital public, à la tarification à l'activité, à l'évaluation sur la base d'indicateurs de performance ... - des réformes qui induisent un changement de logique hospitalière : « La logique de l'hôpital fondée sur la production de soins est assortie d'une obligation de résultats alors que celle du service social est de produire du social avec une obligation de moyen ». Mais, dans ce cadre, cette posture est-elle tenable pour le service social ?

Les auteurs expliquent que dans cet hôpital devenu « un pôle de compétences techniques dans un cadre budgétaire contraignant et ayant désinvesti la question sociale, le service social s'est repositionné pour :

- **Etre le révélateur des dysfonctionnements, mettre en lumière et faire remonter l'étendue des lacunes et des nouveaux besoins,**
- **Etre médiateur entre l'institution et certains groupes vécus à la marge afin de réintroduire la question sociale ».**

Ils s'interrogent toutefois « sur la possibilité (et la volonté) qu'aura l'hôpital public (...) de continuer à accueillir des populations précarisées, voire sans droits sociaux pour satisfaire leurs besoins de soins et répondre encore à ce droit fondamental reconnu à tous dans notre pays ». Cependant se pose la question des moyens.

Pour le dire autrement, même dans ce contexte de production de soin, de maîtrise budgétaire et de performance, l'hôpital public conserve une **mission sociale** (certains de parler de secours social), dans le cadre d'un égal accès aux soins, **des soins pour tous**. Dans cet hôpital, l'assistant social contribue aux respects des droits des patients et à la qualité de la prise en charge. Néanmoins ce cadre impose sa limite : l'hôpital poursuit une mission de soins et non d'hébergement. Pour autant, le soin s'inscrit dans le temps et suppose une continuité – le suivi efficace d'un traitement implique des conditions de vie (hébergement) à la sortie de l'hôpital. Ce dernier ne peut l'ignorer. Pour les assistants sociaux, c'est ici que le travail en réseau devient indispensable, pour que des relais soient pris par des partenaires extérieurs. Toutefois l'organisation de ce réseau social a lui aussi ses limites et l'orientation d'un patient vers telle ou telle autre association ou institution doit en tenir compte. L'assistant social est donc au cœur de l'articulation du sanitaire et du social. Mais l'on peut **se demander s'il est de son rôle de rappeler ce devoir social de l'hôpital aux soignants**, comme semble le suggérer ce texte de l'ANAS. En tous les cas, une fois encore, cela ne peut se faire qu'avec un soutien institutionnel fort - une institution qui soutient et qui s'interroge sur l'organisation des soins et des services car la réalité reste celle-ci : « cet accompagnement social nécessite souvent du temps non forcément compatible avec la durée moyenne de séjour requise pour la pathologie traitée ». **Comment réintroduire, au sein des pôles, une « marge de manœuvre » permettant d'en tenir compte ?** C'est un véritable problème d'organisation, de gestion, de management et de gouvernance qui, s'il concerne le service social, le dépasse également.

L'accompagnement social et le soin

Pour autant, l'on pourrait imaginer que certains contestent la place de l'accompagnement social en demandant s'il entre réellement dans le cadre du soin. Le texte du sociologue Marc Bessin est très éclairant : il offre une réflexion sur les contradictions entre le médical et le social et suggère un décloisonnement des pratiques et des espaces de prises en charge sanitaire³¹. Il constate, en effet, que l'hôpital s'expose à la réalité sociale plus particulièrement par les services d'urgences : « Et les urgences sont l'endroit où l'hôpital moderne, sûr de sa réponse technique, redécouvre, par la force des choses, sa fonction ancestrale d'assistance et de traitement du social ». Les professionnels de santé y distinguent alors les urgences médicales et les urgences sociales, situant ces dernières en dehors de leur champ. Parmi celles-ci, les sans-abris et les patients qui ne se soignent que dans l'urgence. Le sociologue souligne **l'insuffisance de l'approche quantitative pour mesurer l'ampleur de la charge de soins, de la capacité d'écoute et du temps** qu'ils requièrent. Il prend l'exemple des patients toxicomanes pour montrer que les statistiques de fréquentation ne reflètent pas la réalité ni les représentations que les professionnels ont. Car souvent ces derniers ne considèrent plus que les situations de manque des toxicomanes (des patients agressifs et manipulateurs, « incapables d'endosser le statut de "malade" et de respecter les règles de soumission que l'on attend de toute personne qui sollicite l'hôpital »). A ce titre, « conscients de ne pas répondre correctement au problème, les équipes des urgences en viennent souvent à dire que l'accueil des toxicomanes n'est pas de leur compétence. On pourrait pousser le même raisonnement pour les sans-abris ».

Dans son analyse, l'auteur identifie un hiatus « entre les définitions en termes "d'urgence vraie" et celles qui se rapprochent de l'accessibilité, la disponibilité et s'expriment en termes de droit et de service public ». Partant de ce hiatus entre « accueil » et « urgence », il écrit : « La légitimité des "urgences vraies", où le pronostic vital relève d'une réponse technique, n'est pas discutée, contrairement aux entrées qui s'écartent de cette référence médicale. Ainsi (...) l'urgence sociale (...) représente pour le corps médical une "gêne à la prise en charge des urgences sérieuses" (rapport Steg) ». Marc Bessin précise que ces « grosses urgences » (comme *le polytraumatisé amené en hélicoptère*) ne représentent que 5% des cas et que « parce que cette activité tend à être valorisante pour (et valorisée par) les professionnels de l'urgence, et qu'elle n'inclut pas le domaine des civilités, du relationnel, et que l'on s'autorise dans d'autres situations, et au nom de l'urgence médicale, à négliger l'accueil, à considérer que le reste ne relève que de la "bobologie", des "fausses urgences", et à envisager le problème en termes de réorientation ».

Bien évidemment, il n'est pas question pour nous de faire le procès des services d'urgence. Mais cette analyse où il est question de « faux soins comme il y a de fausses urgences » est intéressante pour envisager les mécanismes et représentations à l'œuvre dans le contexte médico-économique actuel³². C'est ainsi qu'il parle de « carence dans la dimension humaine de l'hôpital », de « traitement impersonnel » qui « valorise la technique au détriment de la qualité de l'accueil et de la relation » et est « souvent à son comble avec les demandes qui s'écartent de "l'urgence vitale" ». Cela conduit à une répartition des tâches : les civilités, l'écoute, l'accompagnement pour l'assistante sociale et le psychiatre. Par ailleurs, l'auteur invite à ne pas négliger la dévalorisation professionnelle de ceux qui traitent des populations les plus précaires (« cela contribue à amplifier la dévalorisation des services d'urgences au sein du corps médical par un phénomène d'"homologie sociale" (...) »), la concurrence entre les services hospitaliers, les cloisonnements structurels de l'hôpital ainsi que la distinction entre *soma* et *psyché*. Marc Bessin suggère non pas une **logique** de réorientation mais **de complémentarité** : « **accepter cet afflux, le prendre au sérieux, donner une autre réponse qu'une réorientation ou une spécialisation (pour ne pas dire, en l'occurrence ici, une ségrégation des filières au sein même des urgences)** » pour « **lier l'écoute à la technique du soin** », pour une « complémentarité entre une médecine généraliste et le recours aux différents spécialistes, entre une prise en charge somatique et psychique ». Ce qui lui permet de conclure ainsi : « **Soigner n'est pas un acte se situant en dehors de tout contexte social** ». Il propose au soignant d'assumer l'ambivalence d'**intervenir « au nom d'une société qui elle-même est génératrice d'exclusion** » - sans doute « soignant » inclut-il aussi l'assistant social.

³¹ Marc Bessin (sociologue, chargé de recherche au CNRS), « Le social aux urgences », septembre 2003 – texte extrait de la Lettre de l'espace éthique région Ile-de-France n°15-16-17-17,2002. <http://www.espace-ethique.org/ressources/article/le-social-aux-urgences-de-lh%C3%B4pital>

³² Sans parler des formations des professionnels de santé.

Dès lors et en évitant les débats théoriques sur les conceptions du soin et du prendre soin, au regard de ce qui a été dit avant, ne peut-on pas **situer l'accompagnement social dans une continuité d'un prendre soin de la personne dans sa dimension de sujet social**, considérant le patient comme une personne et le soin hospitalier comme un soin complet puisque l'hôpital en a le statut et les moyens (un service social, des dispositifs comme les PASS (permanences de l'accès aux soins de santé), une MIG précarité, des partenariats ...) ³³.

Comment (re)valoriser l'inclusion de la prise en charge sociale de tout patient dans la prise en soin globale ? Il faut d'abord que la culture hospitalière reconnaisse la légitimité de l'assistant social et sa place au sein de l'équipe pluridisciplinaire, comme un partenaire à part entière permettant de mener à bien la mission hospitalière – une culture qui porte le devoir d'humanité.

Ce qui a priori sépare peut aussi ré-unir

Si dans le contexte actuel, les logiques diffèrent et éloignent parfois le corps soignant et le corps social, l'on peut pourtant supposer que ce qui a priori les séparent peut aussi les rapprocher. C'est ce qu'incite à penser J. Ward en 2009 dans son texte « L'éthique au quotidien : quand le rappel des règles professionnelles et institutionnelles ne suffit pas » : « En guise de conclusion et d'ouverture au débat, il me semble que les situations évoquées montrent d'abord que le monde de la santé et celui du social – dans lequel l'institution hospitalière s'inscrit évidemment – doivent se rapprocher. En effet, le 'social' et 'l'institutionnel' ont beaucoup à apprendre du soin et réciproquement. Le concept de care ne vient pas se substituer aux règles institutionnelles, ni à la construction et au maintien des normes sociales imposées par l'institution. Il rappelle que la vie de l'institution – que ce soit hôpital, 'secteur', service social, famille ... - ne se réduit pas à des règles intangibles. Elle évolue et se construit à travers des relations de proximité et des efforts faits pour trouver des réponses à des problématiques souvent, en apparence, insolubles. Il s'agit bien d'une éthique de la "responsabilité" au sens où cette responsabilité existe individuellement chez les professionnels de la santé et du social et collectivement incarnée dans le retour à la règle institutionnelle et aux lois qui la fondent » ³⁴.

Toutefois, au-delà des discours, il nous faut insister sur les conditions qui rendent possible cette ré-union et qui suppose l'implication individuelle de chaque acteur, mais avant cela, celle de l'institution : en termes de principes ré-affirmés, de moyens dédiés, de cohérence décisionnelle et organisationnelle. Quelles actions mettre en œuvre alors ? Quels acteurs institutionnels impliqués ? Cela ne peut se limiter au service social lui-même (si indispensable son engagement soit-il). Ne peut-on pas imaginer des actions de sensibilisation de l'encadrement supérieur et de proximité, une valorisation par les réseaux de communication de l'institution, une information aux nouveaux arrivants, une gestion en faveur de l'intégration de cette dimension sociale dans la prise en soin ... ? Bien évidemment, de telles actions ne peuvent suffire si elles sont ponctuelles. C'est dans une pérennisation qu'elles doivent être envisagées.

Le présent questionnement éthique posé par les assistants sociaux insuffle également une réflexion plus large, à une échelle sociétale et politique. Leur constat d'impuissance et d'incapacité (au sens où nous l'avons défini plus haut non en termes de compétences mais de moyens) doit interpeller nos tutelles. En ce sens, Brigitte Bouquet écrit : « plutôt que d'instaurer un code déontologique, il y aurait à avoir une réflexion d'ordre politique ; également, il conviendrait de **réaffirmer les missions des travailleurs sociaux face aux dérives que les politiques publiques ou les pratiques institutionnelles engendrent (...)** » ³⁵.

Pourtant, dans ce contexte difficile, souvent douloureux, **le service social reste fort** : de par son **éthique**, la **créativité** et **l'engagement de ses acteurs** qui s'organisent pour accompagner les différentes populations en situation de précarité. Force de l'éthique, force du **réseau**. Mais de quelle éthique parle-t-on ?

³³ Il serait sans doute intéressant de dresser une liste de l'existant en la matière.

³⁴ John Ward, « L'éthique au quotidien : quand le rappel des règles professionnelles et institutionnelles ne suffit pas », *Vie sociale* 2009/3 (N° 3), p. 27-41. <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2009-3-page-27.htm>

³⁵ Brigitte Bouquet, « Éthique et travail social. Une recherche du sens », Dunod, Santé sociale, 2012. <https://www.cairn.info/ethique-et-travail-social-9782100553686.htm>

L'éthique du service social

Le questionnement éthique, les valeurs sociales

Dans la littérature, l'éthique du service social est présentée comme un **positionnement en situation**, une **posture réflexive de questionnement** et un socle solide de **valeurs**.

Dans l'article de John Ward précédemment cité, on peut lire : « L'éthique professionnelle se situe (...) comme un "**positionnement**" (c'est le terme employé par les assistants du service social)" personnel et professionnel" permettant de **faire des choix pertinents** quand on est confronté à des problèmes, des contradictions, des doutes, bref des "dilemmes" ».

Dans son texte « Chalandisation et éthique professionnelle : une équation complexe », le sociologue Christophe Guibert écrit : « L'éthique est une posture socialement construite sous forme de dispositions (formations initiales et professionnelles, processus long et durable de socialisation professionnelle, etc.) qui soumet le travailleur social à un **questionnement permanent sur le sens de ses actes**. L'éthique de conviction (Weber, 2001) est un positionnement (idéalement réflexif) qui consiste à agir en fonction de valeurs et non pas en calculant prioritairement les conséquences de ses actes. Partant, Bouquet distingue deux types de valeurs au sein du champ du travail social (Bouquet, 2004) : les **valeurs humanistes** (respect et dignité des personnes, tolérance, partage, responsabilité, autonomie, croyance dans les capacités et potentialités, etc.) puis les **valeurs républicaines et démocratiques** (liberté, égalité, fraternité, citoyenneté, cohésion sociale, solidarité, etc.) »³⁶.

En cohérence avec les repères légaux et déontologiques, Brigitte Bouquet introduit également la notion de **renouvellement** du métier induit par les changements sociétaux et permis par cet espace de questionnement éthique : « Le travail social rencontre constamment la dialectique et les tensions à l'œuvre dans le champ de son éthique (...), est entraîné dans les mutations sociales profondes et l'évolution de ses publics, qui le réinterroge dans l'ensemble de ses valeurs, de son éthique, de ses pratiques et de ses connaissances. (...) il se pose de nouvelles questions en même temps qu'il reformule les questions anciennes (...) »³⁷.

L'éthique à la source de l'identité et du sens du travail social

Dans cet esprit de questionnement et de renouvellement, mais également devant l'insuffisance de la déontologie en situation, l'**éthique** est définie comme **inhérente** au travail social et située à la **source du sens** de l'action sociale par Brigitte Bouquet dans son livre « Éthique et travail social. Une recherche du sens ». Ce dernier est présenté comme suit sur le site internet Cairn.info : « L'éthique est à la source d'un sens à redonner constamment au travail social. Elle n'est pas pour lui une valeur ajoutée, mais elle constitue l'**essence même de son action**. La pratique du travail social ne peut se réduire à l'application d'une technique étayée par une déontologie. Si l'on constate de fait une très forte demande en éthique de la part des travailleurs sociaux, on ne peut que s'étonner de la carence en publications dans le domaine. Cet ouvrage vise à combler cette lacune, non pour offrir une doctrine de principes moraux et de réponses professionnelles " éthiquement correctes ", mais pour aider les travailleurs sociaux à clarifier les enjeux en présence, à structurer leur réflexion, à formuler le sens du travail social ».

Le sociologue JP Melchior³⁸ parle de l'éthique comme d'un ensemble de valeurs - socle de l'**identité** du métier, une identité qui se traduit au travers d'objectifs à atteindre pour l'utilisateur, avec empathie et juste distance à son égard. Pour autant, il ajoute : « Si ces objectifs font toujours consensus, des types d'investissement professionnel pour les atteindre, en lien avec l'appartenance générationnelle, sont à distinguer (Vilbrod, 1995 et 2010). Sans disparaître, "l'investissement pur et dur" et le militantisme de ceux qui n'hésitent pas à se nommer les anciens (ils ont 50 ans et plus) semblent céder la place à des postures plus pragmatiques dans les nouvelles générations ».

³⁶ Christophe Guibert (Docteur en sociologie, formateur en Ecole Supérieure des Métiers du Social, chercheur au centre nantais de sociologie, université de Nantes), « Chalandisation et éthique professionnelle : une équation complexe. Le cas d'une offre de service à la CAF », Les Mondes du travail, CEFRESS : Les Mondes du travail, 2010, pp.27-38. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00642925>

³⁷ Brigitte Bouquet, « Éthique et travail social. Une recherche du sens », Dunod, Santé sociale, 2012.

³⁸ Melchior Jean-Philippe, « De l'éthique professionnelle des travailleurs sociaux », *Informations sociales* 2011/5, (n167), p. 123-130. <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2011-5-page-123.htm>

A ce titre, il évoque la formation actuelle perçue comme *plus technique et plus opérationnelle*. Cela pourrait-il expliquer en partie les réactions différentes des assistants sociaux face à la procédure dont il a été question au début de cet avis ? Peut-être cela relève-t-il davantage de l'idée du métier que de génération ?

La lecture du texte de JP Melchior confirme, s'il en était encore besoin, la légitimité de la présente saisine par le fait qu'il s'agit bien d'une problématique partagée par les assistants sociaux et analysés par eux-mêmes et par plusieurs sociologues. Son étude reprend la multiplicité des paramètres évoquée au début de l'avis : « Dans leurs établissements souvent débordés, les travailleurs sociaux sont confrontés à l'augmentation de la charge de travail (nombre d'usagers suivis, tâches administratives ...), à la prise en charge de profils plus diversifiés et plus compliqués qu'auparavant, à la faiblesse des moyens qui s'aggrave, à l'instabilité normative et au brouillage de leurs missions et, en général, à des pratiques de gestion largement inspirées de celles du secteur privé. Malgré tout, ils tentent de faire face et de maintenir l'accomplissement de leur activité au plus près de leurs propres représentations du travail social. Cependant, l'adaptation des professionnels aux contraintes évolutives du travail – laquelle doit parfois se faire dans l'urgence-, ainsi que la mise en œuvre d'orientations institutionnelles qu'ils réprouvent supposent **arrangements avec les usages professionnels et des pratiques en décalage avec certaines de leurs valeurs**. Quand ces arrangements et ce décalage se répètent au point de transformer globalement le contenu du travail, ils conduisent une partie des salariés de ce secteur à ressentir une **souffrance éthique**. D'autres, tout aussi lucides et critiques à l'égard des mutations qui s'opèrent dans le domaine de l'action sociale, ne désespèrent pas de réenchanter leur rôle en s'impliquant dans des 'zones d'incertitude' (Crozier et Friedberg, 1992) que la rationalisation par finalité du travail social n'a pas encore envahies ».

Cette souffrance éthique peut être rapprochée de la blessure morale liée à la dénégation du métier que nous avons identifiée au début de cet avis. Si le recours aux différents articles cités nous permet de mieux la comprendre, il nous permet aussi de réaffirmer les ressources et la créativité de ce métier car « pour être moins assujettis aux contraintes évoquées et éviter la perte de sens de leur travail, certains professionnels développent en effet des réponses qui permettent de maintenir ce qui leur semble être le cœur de leur mission (accompagnement vers l'autonomie et travail éducatif) et d'affirmer leur capacité d'agir (Clot, 2002) ».

Quelles sont donc les pistes proposées pour maintenir ce sens ? Leur dénominateur commun réside dans le fait de *tirer au mieux parti des marges de manœuvre, si étroites soient-elles*. Trois points sont plus particulièrement développés : *maintenir le don, développer l'entraide entre collègues* (soutien, bonne entente, solidarité, remplacement), et *résister à la routine par la formation continue et la mobilité fonctionnelle* (nous en avons déjà parlé). C'est dans cette perspective que le questionnement éthique peut peut-être, dans une certaine mesure, participer à éviter les écueils et **minimiser les risques** comme l'usure professionnelle ou le désengagement par exemple. Dans ce contexte, les réseaux, l'entraide, les échanges interprofessionnels représentent des **boucliers contre l'isolement**, permettant de relativiser le sentiment d'impuissance à concilier les besoins, les exigences et les moyens.

Le texte de JP Melchior se termine ainsi : « leur implication et leur inventivité ont pour objectif de résister à la frénésie de l'objectif et de l'évaluation, qui touche désormais la plupart des institutions du social, et de conforter leur '*ethos du désintéressement*' (Frigul et Depoorter, 2010) ». Ne peut-on pas voir, dans ce concept de désintéressement³⁹, un argument qui permet de confirmer qu'il ne s'agit vraiment pas d'un problème de reconnaissance ?

³⁹ Cela mériterait en soi une recherche complémentaire.

CONCLUSION

Les demandeurs, issus du service social de l'hôpital, nous ont soumis la saisine suivante : *Comment, dans un centre hospitalier public, en cohérence avec l'éthique de son métier, l'assistant social auprès des patients, peut-il faire face :*

- *aux méconnaissances de son rôle et de ses contraintes, de la part des autres acteurs hospitaliers,*
- *à la collision des temporalités sanitaires / sociales,*
- *à la collision entre le secours social et l'exigence de rentabilité,*
- *aux limites sociales et sociétales de la solidarité,*
- *et à ce qui ressemble à une dénégation du métier d'assistant social et à la perte de sens que cela peut induire ?*

Comme de coutume, rappelons que le présent avis n'a pas vocation à apporter la réponse unique et intangible. Et il est évident que la commission n'a pas trouvé la solution qui résoudrait tout à coup les problèmes liés aux nombreuses précarités présentes au sein de notre société. Toutefois nous nous sommes efforcés, à travers une réflexion de groupe et des recherches bibliographiques, de proposer des pistes de réflexion possibles à partir d'une analyse des questions ci-dessus et du contexte dans lequel elles s'inscrivent. Parmi les éléments déclencheurs de la saisine, 2 nous ont semblé particulièrement violents : d'une part, le sentiment d'instrumentalisation notamment dû à ce qui pourrait apparaître comme une dérive institutionnelle ; d'autre part, celui de ne plus appartenir à la même communauté de travail – ces éléments s'inscrivant dans le douloureux contexte de la tarification à l'activité qui nécessite des échelles de codage des actes à facturer et des catégorisations. Et la commission de se demander pourquoi des assistants sociaux posaient un authentique problème soignant : que faire des patients qui n'entrent pas « dans les cases » ? Que deviennent les actes qui n'entrent pas dans ces échelles rémunératrices ?

Il nous a fallu tenter de comprendre les raisons qui poussaient certains soignants à émettre des jugements négatifs à l'encontre des assistants sociaux – sans doute une méconnaissance du métier et des réalités et, pour certains, une impuissance voire une détresse liée à un souci altruiste. Et pour ne pas réduire le travail de l'assistant social en le focalisant sur la sortie du patient (libérer des lits au plus vite), nous nous sommes intéressés à ce métier exigeant et riche, à sa déontologie, à ses valeurs profondément humanistes (comme les valeurs soignantes).

Le sérieux et la légitimité de la saisine ont été confirmés non seulement par le partage du questionnement au sein de la communauté sociale et son approche par plusieurs sociologues, mais aussi parce qu'il relève des principes et devoirs de l'assistant social d'attirer l'attention sur ses conditions d'exercice lorsque celles-ci sont en décalage avec ses valeurs et ne permettent pas de mener à bien les missions d'accompagnement social (d'où l'incapacité qui a été supposée). Finalement, la saisine s'apparente à une alerte : par et pour les assistants sociaux, pour les soignants, pour les autres acteurs hospitaliers qui ont des responsabilités administratives et gestionnaires, pour l'hôpital lui-même et ceux qui décident de ce qu'il est et devient - nos institutions, tutelles et politiques. A travers les collisions et les limites identifiées, elle met en garde contre la dérive totalisante de la logique médico-économique (qui a d'ores-et-déjà modifié les relations soignants-soignés) qui exclurait toute place pour le social et renierait alors les valeurs du soin et du prendre-soin : secourir l'autre – cet autre que chacun d'entre nous peut devenir.

Une perspective de **conciliation** entre logique et temporalité médicales ET logique et temporalité sociale n'est **possible que si la communauté hospitalière valorise**, sur la base d'une approche commune et globale de la personne, **sa mission sociale**. Ce qui implique, conformément à la législation, dans les situations qui le requièrent, d'intégrer l'assistant social au sein de l'équipe de soin, pour un soin complet, toujours-déjà technique et relationnel, dans une conception holistique de la personne. Les conditions de mise en œuvre relèvent probablement du défi pour les décideurs : gestion, organisation, priorisations, méthodes d'évaluation, marges de manœuvre ... Elles relèvent encore des formations et formateurs, de la culture (sensibilisations), d'une logique de complémentarité, de l'éthique.

C'est d'ailleurs l'éthique du service social qui est apparue comme une force et une ouverture, en tant que socle de valeurs, d'identité, de posture réflexive, de sens en retour, contre une dénégation du métier. Individuellement et en réseaux, malgré les risques réels d'usure et de désengagement, **les assistants sociaux ont les ressources nécessaires pour persévérer, résister, alerter, accompagner, secourir, re-liaison, inventer, créer ... et rappeler à chacun – travailleur social, médecin, soignant, dirigeant - ce devoir moral de non-abandon.**

Bibliographie proposée

(liste partielle et ouverte)

- Décret n°2017-877 du 6 mai 2017 relatif à la définition du travail social.
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/6/AFSA1710020D/jo>
- Code de Déontologie de l'ANAS, association nationale des assistants du service social. Adopté le 28 novembre 1994 à l'assemblée générale.
- Site du réseau Santé Solidarité : <http://www.sante-solidarite.org/>
- « Avis de l'Association nationale des assistants de service social sur le traitement réservé aux jeunes se déclarant mineurs non accompagnés et sur l'inquiétante confusion entre accompagnement social et contrôle social » – communiqué du 09.11.2017, rédigé par la commission Protection de l'Enfance de l'ANAS.
http://m.anas.fr/Communique-sur-les-jeunes-se-declarant-mineurs-non-accompagnes_a1070.html
- ANAS - « La place du social dans la santé » - OASIS – Le portail du Travail Social – <http://travaissocial.com>. - mai 2009. Article rédigé par Claire Agenie et Claudine Huet, cadres socio-éducatifs, assistances du travail social.
<https://www.travail-social.com/La-place-du-social-dans-la-sante>
- Marc Bessin (sociologue, chargé de recherche au CNRS), « Le social aux urgences », septembre 2003 – texte extrait de la Lettre de l'espace éthique région Ile-de-France n°15-16-17-17,2002.
<http://www.espace-ethique.org/ressources/article/le-social-aux-urgences-de-lh%C3%B4pital>
- Caroline Boinon, « La confrontation de l'éthique du travail social aux principes de justice sociale », Dans Vie sociale 2011/3 (N° 3). <https://www.cairn.info/publications-de-Boinon-Caroline--101713.htm>
Construire une parole collective à visée politique, voilà une préconisation du Conseil supérieur du travail social aux travailleurs sociaux. Pourtant, les postures de ces derniers restent exclusivement orientées par le face-à-face professionnel/usager avec, pour sous-bassement éthique, des principes issus de la philosophie des droits de l'homme. De tels principes constituent, certes, de précieux repères pour guider le rapport à la personne et orienter l'éthique de nos actions dans le cadre de relations interindividuelles. Ils semblent, en revanche, beaucoup moins opérants pour guider une éthique à visée politique. Deux questions ont donc structuré le travail de recherche. Sans repères normatifs plus adaptés à un champ sociétal et politique, comment la question de la justice sociale est-elle pensée au cœur des pratiques professionnelles des acteurs de terrain ? En quoi l'approche philosophique de la justice sociale, tel que le propose par exemple John Rawls, stimulerait l'éthique à visée politique du travail social ?
- Stéphanie Boujut, « Le travail social comme relation de service ou la gestion des émotions comme compétence professionnelle », *Déviante et société* 2005/2 (Vol. 29), p. 141-153//www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2005-2-page-141.htm
- Françoise Blum (ingénieur de recherche au CNRS), « Regards sur les mutations du travail social au XXème siècle » www.cairn.info/revue-le-mouvement-social-2002-2-page-83.html
- Nathalie Bougeard, « Etre assistant social à l'hôpital », *Lien Social*, le 29 octobre 2009.
<http://www.lien-social.com/-947->
- Brigitte Bouquet, « Éthique et travail social. Une recherche du sens », *Dunod, Santé sociale*, 2012.
<https://www.cairn.info/ethique-et-travail-social-9782100553686.htm>
- Christophe Guibert (Docteur en sociologie, formateur en Ecole Supérieure des Métiers du Social, chercheur au centre nantais de sociologie, université de Nantes), « Chalandisation et éthique professionnelle : une équation complexe. Le cas d'une offre de service à la CAF », *Les Mondes du travail, CEFRESS : Les Mondes du travail*, 2010, pp.27-38.
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00642925>
- Melchior Jean-Philippe, « De l'éthique professionnelle des travailleurs sociaux », *Informations sociales* 2011/5, (n167), p. 123-130. <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2011-5-page-123.htm>
- John Ward, « L'éthique au quotidien : quand le rappel des règles professionnelles et institutionnelles ne suffit pas », *Vie sociale* 2009/3 (N° 3), p. 27-41. <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2009-3-page-27.htm>
- « L'Éthique en Travail Social Déclaration de Principes de l'IFSW » - Proposition de définition internationale par l'IFSW (FITS), la Fédération Internationale des Travailleurs Sociaux. https://www.anas.fr/L-Ethique-en-Travail-Social-Declaration-de-Principes-de-l-IFSW_a207.html

Article L1110-4 du code de la santé publique modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - article 2 :

I.- Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social ou médico-social, mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne, venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

II.- Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

III.- Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

III bis.-(...)

IV.- La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

V.- Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

(...)

VI.- Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé, non-professionnels de santé du champ social et médico-social et personnes ayant pour mission exclusive d'aider ou d'accompagner les militaires et anciens militaires blessés sont définies par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Article L1110-12 du code de la santé publique

Créé par LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 96 (V)

Pour l'application du présent titre, l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :

1° Soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;

2° Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;

3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Articles R 1110-1 à R1110-3 du code de la santé publique

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=F04B8FCC19443705146887FCD5F5B15E.tplgfr40s_3?idSectionT A=LEGISCTA000032924980&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180411)