

ÉTATS GÉNÉRAUX DE L'INSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE

 Regard, posture et
ressources de
l'intervenant·e social·e

...
face à la santé mentale de
ses bénéficiaires 



23 septembre 2024



Appui

Soutenir et aider les professionnel·le·s du secteur à réaliser leurs objectifs

Recherche

Améliorer les connaissances dans le domaine de la santé mentale et appuyer les services du secteur

Information

Informersur la santé mentale, sur l'offre en santé mentale, sur l'actualité en santé mentale, etc.

Observatoire

Rendre compte et valoriser des pratiques inspirantes développées sur le terrain



Présentation



Centre de Référence en Santé Mentale (CRéSaM)
Agréé et subventionné par la Région Wallonne



Le CRéSaM soutient l'action des professionnel·le·s de la santé mentale et leur intégration dans le réseau de soins en santé mentale, à travers ses différentes missions :

* Programme

01 Regard sur la santé mentale et sur le trouble mental

02 Regard sur le diagnostic

03 Posture d'accompagnement

04 Ressources d'aide et de soins



Regard sur la santé mentale & sur le trouble mental

Posons ensemble les bases d'un langage commun. Parce que les représentations de la santé mentale et du trouble mental, auxquelles contribuent le discours porté sur ces sujets, ont un impact important sur la façon dont les personnes en souffrance psychique vivent leurs difficultés, se perçoivent et envisagent leur trajectoire : le premier frein à l'accès à l'aide et aux soins n'est autre que la stigmatisation - et l'autostigmatisation qui en découle - des personnes avec des problématiques de santé mentale.

De plus, dans le contexte de l'insertion socioprofessionnelle, l'autostigmatisation de la souffrance psychique peut se doubler d'une (auto)stigmatisation sociale pour les personnes éloignées de l'emploi en raison de leurs problématiques de santé mentale.



Regard

sur le santé mentale

Il n'existe pas une seule et unique définition de la santé mentale.
Chaque acception assume un caractère **situé** et **subjectif**.

- **Situé** : contexte historique et socioculturel (= époque et lieu) + valeurs + courant de pensée + discipline scientifique.
- **Subjectif** : parcours de vie + environnement + âge, etc.

Tentons de nous accorder sur les éléments de base d'une vision partagée...

Tou·tes concerné·e·s

Définition de la santé par l'OMS :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité. »

- **Définition positive** : la santé ne se réduit pas à l'absence de maladie, c'est un état de bien-être.
- **Définition exigeante** : la santé est un état de bien-être complet.

Conclusion : pas de santé sans santé mentale.



C'est pas que *dans la fête*

La santé mentale est **multifactorielle** : de multiples facteurs (de protection/de risque) agissent de manière interconnectée pour l'influencer.



Source : Ireps Bourgogne-Franche-Comté, (2023).
Promouvoir la santé mentale des étudiants.
Référentiel d'intervention

Le contexte socio-culturel et économique ;

L'environnement (en ce compris le logement)

L'accès à l'enseignement et à l'éducation

Le contexte familial

Les habitudes de vie

Le soutien social

L'emploi et les conditions de travail

La capacité d'adaptation



3 niveaux de déterminants

FACTEURS BIOLOGIQUES :

- Santé physique
- Facteurs génétiques
- Genre
- Minorités sexuelles
- Minorités ethniques

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES :

- Personnalité
- Compétences psychosociales

FACTEURS LIÉS AU PARCOURS DE VIE :

- Enfance
- Expériences négatives dans la petite enfance
- Statut migratoire

PROCHES ET CERCLE SOCIAL :

- Famille
- Soutien social

SITUATION ÉCONOMIQUE :

- Statut socio-économique
- Emploi
- Revenu
- Dettes
- Niveau d'éducation

POLITIQUE SOCIALE ET ÉCONOMIQUE :

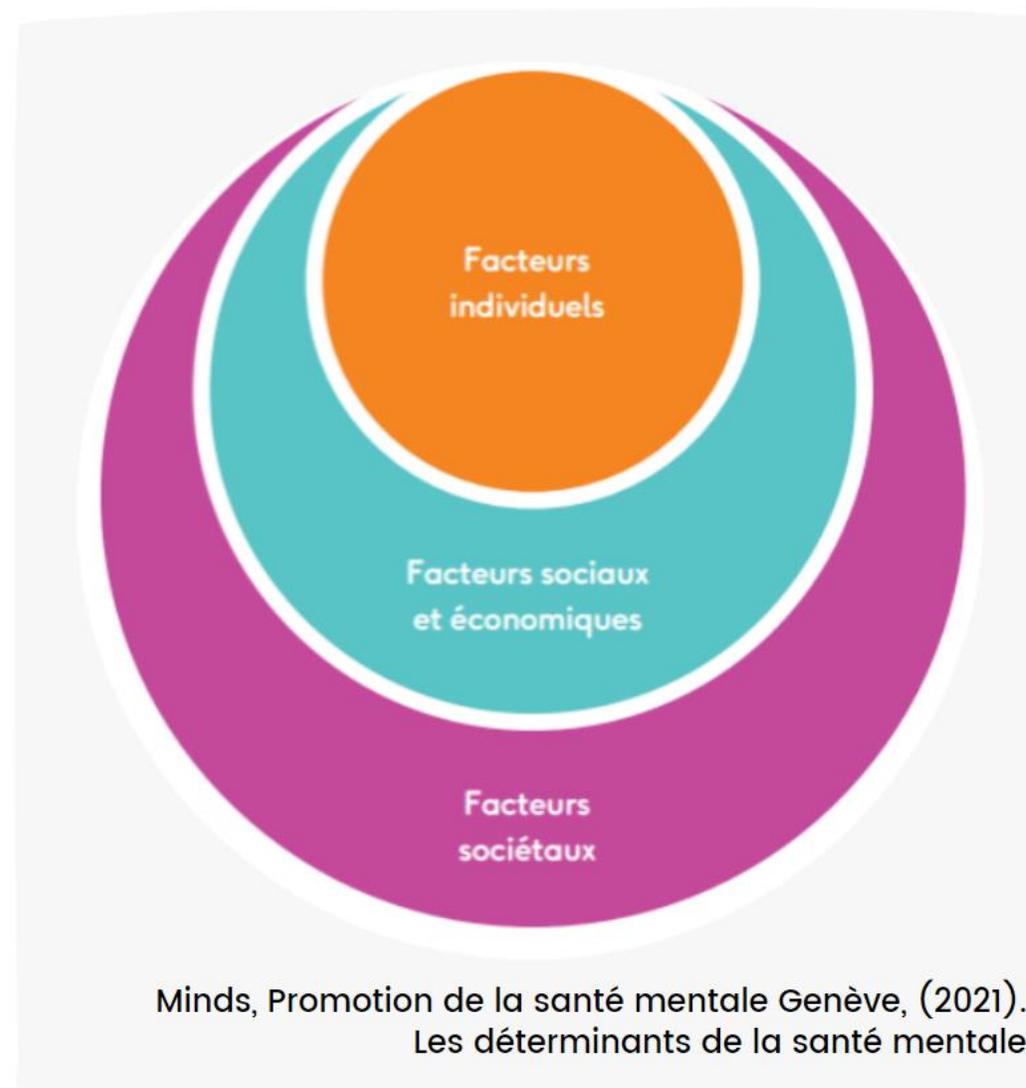
- Inégalités sociales
- Services sociaux
- Politiques de l'emploi
- Crèches et écoles
- Autodétermination

ENVIRONNEMENT ET INFRASTRUCTURES :

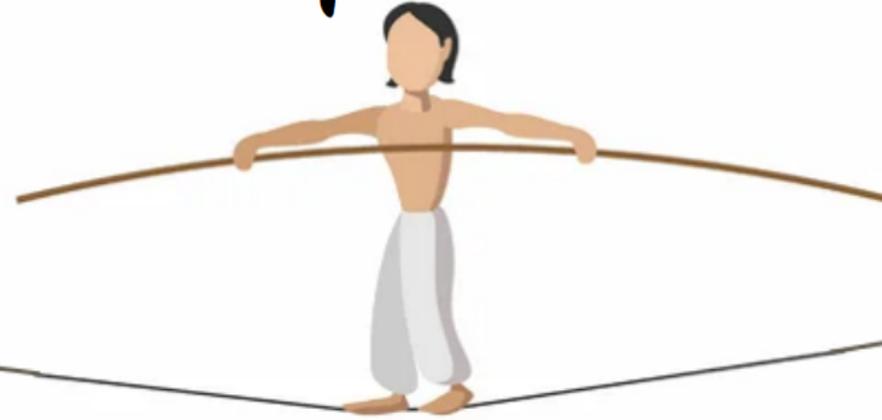
- Infrastructures
- Exposition à la violence et à la criminalité
- Sécurité et confiance de quartier
- Nature

CULTURE :

- Stigmatisation
- Croyances culturelles



Un équilibre ✨



**Obstacles/
facteurs de
risque**

**Ressources/
facteurs de
protection**

**Obstacles
personnels/
internes**

**Obstacles
environnementaux
/ externes**

Parmi les déterminants de la santé mentale, une même personne aura à la fois des facteurs de risque et de protection. Une santé mentale satisfaisante est le résultat d'un équilibre entre les obstacles ou facteurs de risque et les ressources ou facteurs de protection dont la personne dispose pour y faire face. Ils sont natures diverses.

**Ressources
personnelles/
internes**

**Ressources
environnemental
es/
externes**

Mauvaise estime de soi, handicap, phobie, etc.

Précarité, isolement, harcèlement, relations familiales difficiles, etc.

Capacité d'adaptation, gestion des émotions, compétences relationnelles, etc.

Famille soutenante, cercle d'amis solide, confort socio-économique, accès à la culture, accès aux soins, etc.



Vision

Il en ressort une conception de la « santé mentale » :

un état de santé mentale satisfaisant ne se définit pas par la négative, c'est-à-dire qu'il ne peut être réduit à l'absence de troubles mentaux.



Le CRéSaM définit un état de santé mentale satisfaisant comme :

« un état d'**équilibre** psychique et émotionnel, à un moment donné, qui fait que nous sommes **bien avec nous-mêmes**, que nous avons des **relations satisfaisantes** avec autrui et que nous sommes capables de surmonter les **tensions normales de la vie.** »

Regard sur *le trouble* mental



La détresse psychologique n'est pas forcément révélatrice d'une pathologie ou d'un trouble mental. Elle peut être réactionnelle à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles.

Les troubles mentaux renvoient à des **classifications diagnostiques** basées sur des critères définis et des actions thérapeutiques ciblées. Ces troubles sont de **durée variable** et s'avèrent **plus ou moins sévères ou handicapants**.

Les troubles mentaux se caractérisent généralement par une **combinaison de pensées, d'émotions (humeurs), de comportements et de rapports avec autrui « inadaptés »**.



La conception des troubles mentaux évolue
avec le contexte culturel, social et
historique, car la notion d'inadaptabilité
est arbitraire : elle est fonction des normes
d'une société donnée.

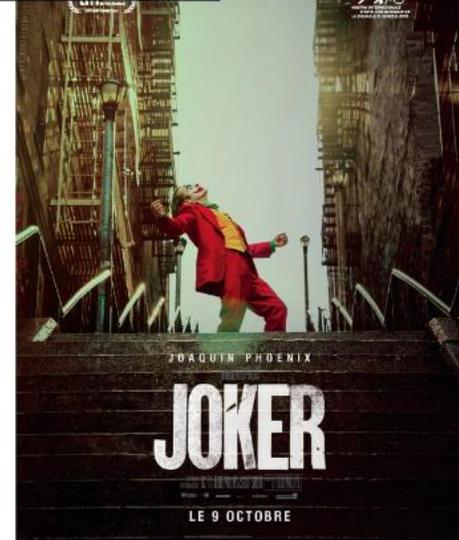
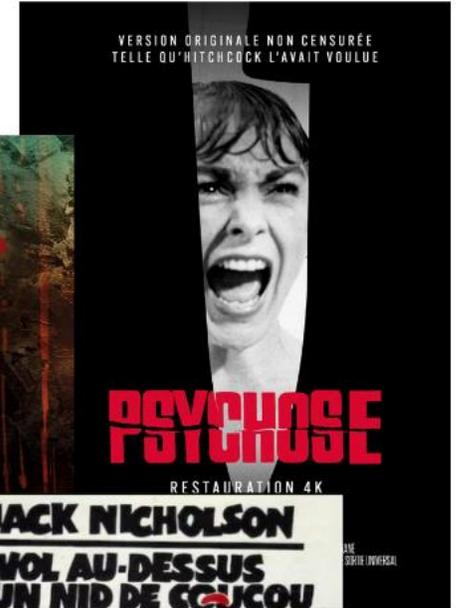


Exemples : l'idiot du village, l'homosexualité, les enfants agités, l'éco-anxiété, etc.

Focus sur la dangerosité

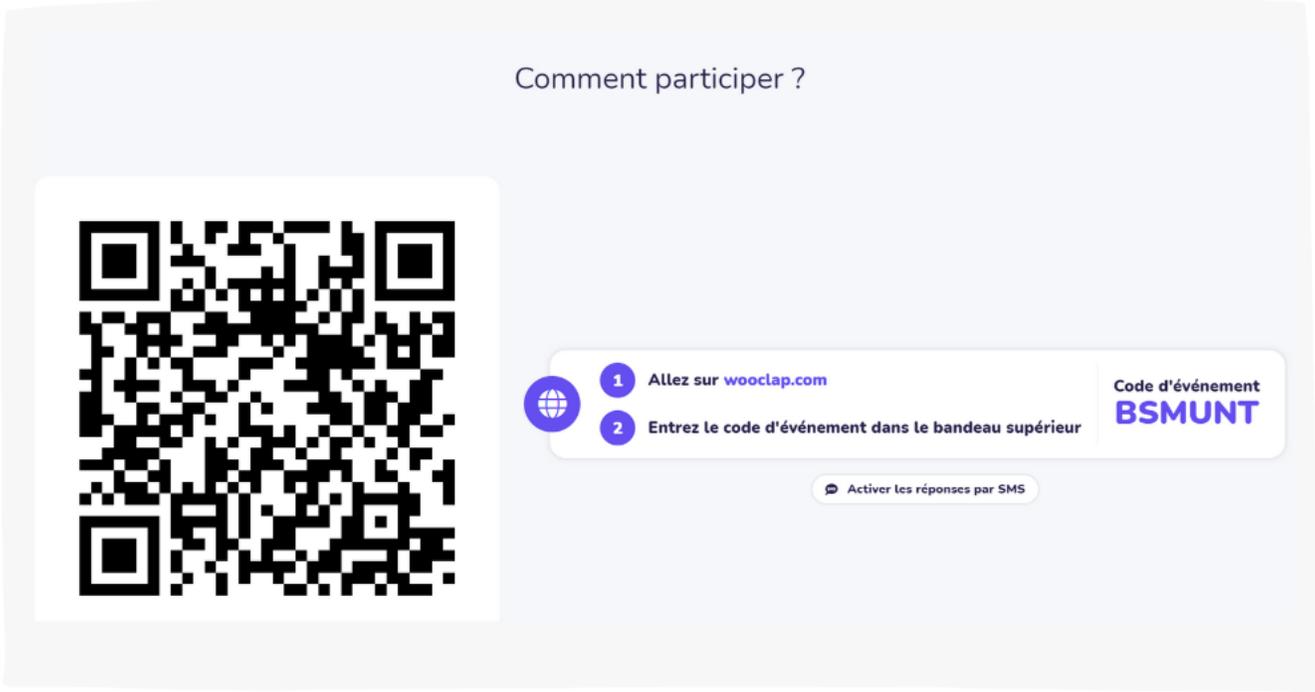
« Personne souffrant d'un trouble mental »
ne signifie pas « personne dangereuse ».

Il existe un raccourci entre trouble mental
(schizophrénie en particulier) et
violence/dangerosité, notamment entretenu
par le cinéma, qui se délecte de l'iconographie
du « fou dangereux » et des « asiles de fou ».



Focus sur la dangerosité

Trouble mental et dangerosité...
Qu'en disent les **statistiques** ?



Comment participer ?



- 1 Allez sur wooclap.com
- 2 Entrez le code d'événement dans le bandeau supérieur

Code d'événement **BSMUNT**

 Activer les réponses par SMS

Focus sur la dangerosité

Les personnes avec un trouble mental peuvent faire preuve d'agressivité, tout comme celles qui n'en ont pas. Il ne s'agit pas d'idéaliser, mais de **relativiser** : les **comportements de violence graves ne sont pas inexistant**s chez les personnes avec un trouble mental, mais ils sont **exceptionnels et sur-représentés**.

Les violences causées par des patient·e·s en psychiatrie évoluent parallèlement à la violence observée dans la société.

*Étude de la Haute Autorité de Santé (2011). "Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur"



Focus sur la dangerosité

**Étude de la Haute Autorité de Santé (2011). "Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur"

Les personnes souffrant de troubles mentaux ne sont que rarement impliquées dans une violence faite aux tiers. Elles en sont le plus souvent les victimes, de leur fait ou de celui d'autrui ou de la société (difficultés de logement, précarité, misère économique, désengagement des aides sociales, etc.) :

- **violence exercée sur soi-même (automutilations, suicide)** : 12 à 15 % des personnes souffrant de troubles schizophréniques ou bipolaires se suicident ;
- **violence subie** : les personnes souffrant de troubles mentaux graves sont 7 à 17 fois plus fréquemment victimes que la population générale (du harcèlement au viol, en passant par la maltraitance et à la violence physique, dans tout lieu, y compris l'hôpital). Or la vulnérabilité de ces patient·e·s conduit à ce qu'ils et elles ne signalent que rarement les atteintes dont ils et elles sont victimes, en particulier en institution ou dans le milieu familial ;
- **violence exercée sur autrui** : tous types de violence confondus, 3 à 5 % seraient dues à des personnes souffrant de troubles mentaux. 90% des patient·e·s en psychiatrie ne sont pas violent·e·s envers autrui.

Regard sur le diagnostic

Prenons le temps de réfléchir à notre rapport au diagnostic, de façon générale mais aussi dans le contexte particulier de l'accompagnement vers l'insertion socioprofessionnelle...

Comment participer ?



- 1 Allez sur wooclap.com
- 2 Entrez le code d'événement dans le bandeau supérieur

Code d'événement
BSMUNT

Activer les réponses par SMS





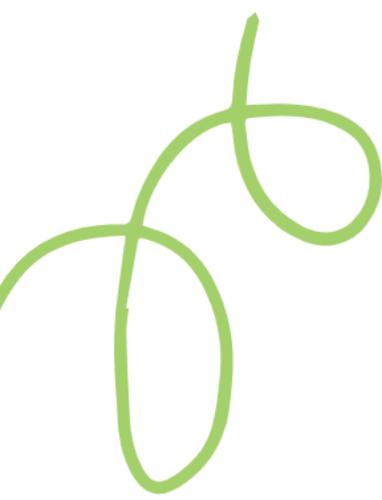
Recommandation du CSS (n°1)

[L]es catégories de troubles devraient être considérées comme de larges spectres, au sein desquels une variation de symptômes peut survenir et où des transitions fluides vers un état de bien-être personnel et social sont possibles.





Recommandation du CSS (n°2)



Lorsque des personnes utilisent ou se voient attribuer des étiquettes diagnostiques, elles passent rapidement à des conceptions « essentialisantes ». Le trouble est alors perçu comme une caractéristique statique d'une personne qui est la cause de problèmes.
[...]

C'est un problème, car les catégories du DSM et la CIM ne sont que des descriptions de comportement qui caractérisent le fonctionnement de surface d'une personne. Nous conseillons de ne pas formuler de jugements essentialisants tant dans la concertation entre professionnels que dans la communication avec les usagers.





Recommandation du CSS (n°3)



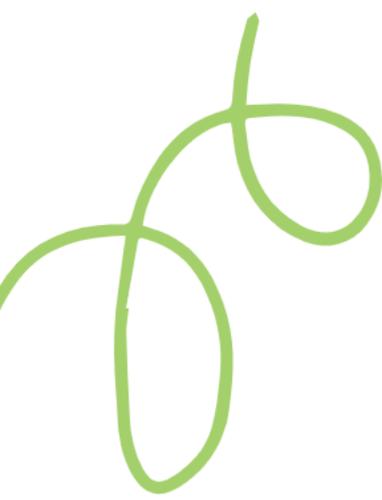
Nous recommandons aux profanes, professionnels, décideurs politiques et chercheurs d'utiliser des étiquettes diagnostiques avec une grande prudence.

Les personnes diagnostiquées sont parfois considérées de manière trop restrictive à partir de ce diagnostic. Des aspects de leur vie s'en trouvent ainsi trop rapidement interprétés de manière pathologique. C'est stigmatisant.





Recommandation du CSS (n°4)



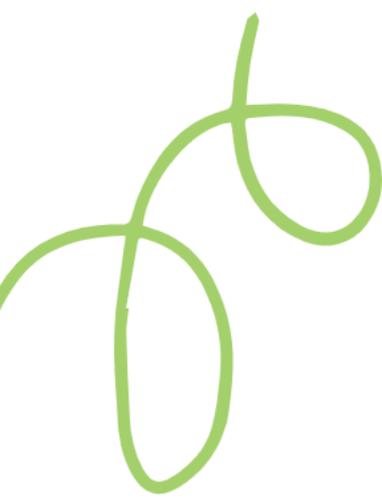
Nous recommandons aux profanes, professionnels, décideurs politiques et chercheurs de **prendre en compte le caractère de recherche/incertain de diagnostics.**

Nous recommandons de **ne pas considérer des conceptions de classification comme des « certitudes » ou caractéristiques statiques** mais plutôt comme des **hypothèses de travail** qu'il faut continuer de remettre en question pendant le travail clinique et qui peuvent changer.





Recommandation du CSS (n°5)



Les difficultés psychiques ne peuvent simplement être réduites à des catégories standard. Dès lors, les interventions doivent également anticiper cette **spécificité de la personne.**





Recommandation du CSS (n°6)

Nombre de personnes faisant l'objet d'un diagnostic le considèrent comme une reconnaissance officielle de leur problème.

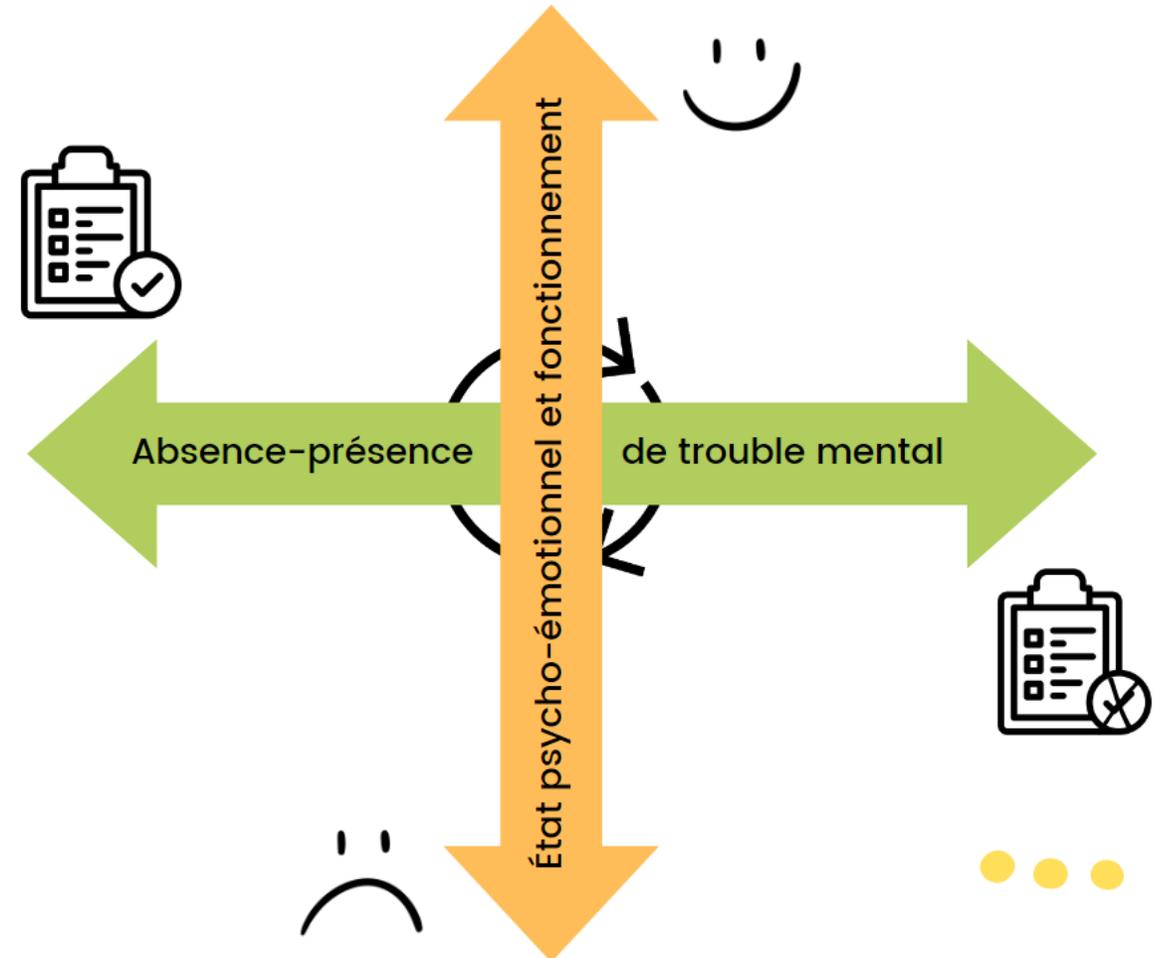
Par le diagnostic, le professionnel donne un nom à la difficulté à laquelle une personne et/ou son environnement sont confrontés.

La reconnaissance est importante et doit également occuper une position centrale dans les formulations de cas.



- **Continuum** : Notre santé mentale n'est pas statique, elle fluctue (il s'agit en permanence de maintenir un équilibre entre tous les aspects de la vie - obstacles et ressources). Réalité en mouvement, elle ne désigne nullement un état définitif et ne s'érige pas en critère discriminant.
- **Double** : Une bonne santé mentale ne se réduit pas à l'absence de trouble mental : être en bonne santé mentale n'exclut pas de ressentir un mal-être/une détresse psychologique (frontière floue entre le normal et le pathologique) comme être sujet à un trouble de santé mentale n'exclut pas de se sentir bien (estime de soi, émotions positives, satisfaction et sentiment de maîtrise à l'égard de la vie, etc.) et de fonctionner correctement (rétablissement).

Double continuum





Questionner son regard *en pratique*

Dans la pratique, plusieurs questions-balises sont intéressantes en vue d'interroger, dans le travail individuel au jour le jour, notre regard sur la santé mentale, les problématiques de santé mentale qui s'y présentent et les diagnostics parfois connus pour les désigner.



Questions à se poser à l'échelle individuelle (quotidiennement)

- Au cours de mes interactions avec le·la bénéficiaire, mes propos et mes actions traduisent-ils une **vision holistique et non stigmatisante** de la santé mentale (en ce compris du trouble mental) ?
 - Suis-je attentif·ve à employer un discours, des termes, des métaphores non stigmatisants ?
 - Mes interventions, mes pistes d'action, etc. sont-elles guidées une compréhension globale de la santé mentale ?
- Dans mon accompagnement du·de la bénéficiaire avec un trouble de santé mentale diagnostiqué, **quelle place occupe le diagnostic** ?
 - Que me permet-il ?
 - Que m'empêche-t-il ?
 - Que permet-il au·à la bénéficiaire ? (cf. reconnaissance de la fonction du diagnostic)
 - Que lui empêche-t-il ?

Questionner son regard *en pratique*

Le cadre institutionnel conditionne les positionnements individuels. Il est opportun de pouvoir interroger le regard porté par et véhiculé au sein de l'institution sur la santé mentale, les problématiques de santé mentale qui s'y présentent et les diagnostics parfois connus pour les désigner.



Question à se poser à l'échelle de l'institution (structurellement)

- Existe-t-il une vision de la santé mentale (en ce compris du trouble mental) portée par l'institution ?
 - Existe-t-il des temps/espaces consacrés au partage des représentations des membres de l'équipe et à l'élaboration d'un langage commun au sujet de la santé mentale ? (formations, intervisions, réunions thématiques, etc.)
 - Lors de l'engagement de nouveaux collègues, ce langage commun fait-il l'objet d'une transmission ?
 - Une certaine vision de la santé mentale est-elle défendue auprès des instances ?
 - Le cas échéant, cette vision est-elle holistique et non stigmatisante ?
- La place du diagnostic dans l'accompagnement des bénéficiaires est-elle clarifiée au sein de l'institution ?
 - Le cas échéant, la place accordée au diagnostic par l'institution est-elle informée, nuancée (cf. recommandation du CSS) ?

Posture professionnelle

face aux *problématiques* de santé mentale

Prenons un instant
pour un peu
d'introspection...



Comment participer ?



- 1 Allez sur wooclap.com
- 2 Entrez le code d'événement dans le bandeau supérieur

Code d'événement
BSMUNT

Activer les réponses par SMS

Posture professionnelle

face aux *problématiques* de santé mentale

Un aide-mémoire peut être utile pour garder à l'esprit les quelques balises d'une posture professionnelle soutenante et tenable face aux problématiques de santé mentale :

La méthode LATTE



- L = Listen (**Écouter**)
- A = Aknowledge (**Comprendre**)
- T = Thank (**Remercier**)
- T = Treat (**Traîter**)
- E = Explain (**Expliciter**)



Listen (écouter)

L'écoute active, destinée à rejoindre et à comprendre l'autre dans ce qu'il dépose, est une technique d'écoute à part entière, qui demande la mise en application de 4 outils :

Empathie

Faire preuve d'empathie consiste à se rapprocher le plus possible du point de vue de l'autre.

Reformulation/ paraphrase

Reformuler/paraphraser permet de s'assurer qu'on a compris l'autre et lui donne l'occasion de nous corriger.

Contexte

L'écoute active ne peut se pratiquer que dans des conditions propices, dans un temps et dans un lieu où on est disponible.

Questions ouvertes

Poser des questions ouvertes vise à laisser la personne prendre la direction de la discussion.

Focus sur

le contexte temporel

Un entretien en insertion socioprofessionnelle poursuit certains **objectifs**. La poursuite de ceux-ci n'est pas facilement compatible avec la disponibilité à l'écoute : on peut craindre de perdre du temps et que les confidences prennent toute la place.

- **Circonscrire un temps** - en début d'entretien par exemple - pour permettre à la personne de se déposer avant de se consacrer au reste, cela permet de se rendre consciemment disponible et à l'écoute de la personne pendant un moment défini, en ne mettant pas pour autant les éventuels objectifs de côté.
- **Ce temps n'est pas perdu**, car avoir été entendu - c'est-à-dire que sa souffrance ait été reconnue - est certainement nécessaire à la personne pour pouvoir se concentrer sur les objectifs.

Focus sur

le contexte matériel

L'entretien est un face à face qui peut parfois nous mettre dans l'inconfort en tant que professionnel·le. Pour pouvoir se montrer disponible, nous avons besoin de nous sentir dans un **contexte sécurisé**. Cela passe par différentes choses aménageables, relatives aux conditions dans lesquelles se déroulent les entretiens. Par exemple :

- **Pouvoir recevoir la personne en binôme** quand nous ne sommes pas à l'aise de la recevoir seul·e ;
- **Pouvoir appeler une aide** si l'entretien prend une tournure qui ne nous met dans l'embarras ;

Etc.

Focus sur l'empathie

Dans le langage courant, on entend souvent que “l'empathie” nécessite de se mettre à la place de l'autre. En réalité, il s'agit plutôt de **rejoindre un maximum son point de vue, de reconnaître ce qu'il éprouve, sans se mettre à sa place, justement. Pour deux raisons au moins :**

- Si on prend la place de la personne en souffrance, **quelle place laisse-t-on à cette personne ainsi qu'à sa souffrance ?**
- Si on fusionne avec la souffrance de l'autre, **comment réussir encore à lui venir en aide ? Si on se confond avec l'autre, comment continuer à jouer un rôle de tiers qui peut lui être utile précisément parce qu'il n'est pas le ou la même ?**

Focus sur

la reformulation/paraphrase

Il est important de ne pas être stigmatisant dans sa façon de se réapproprier le discours de la personne.

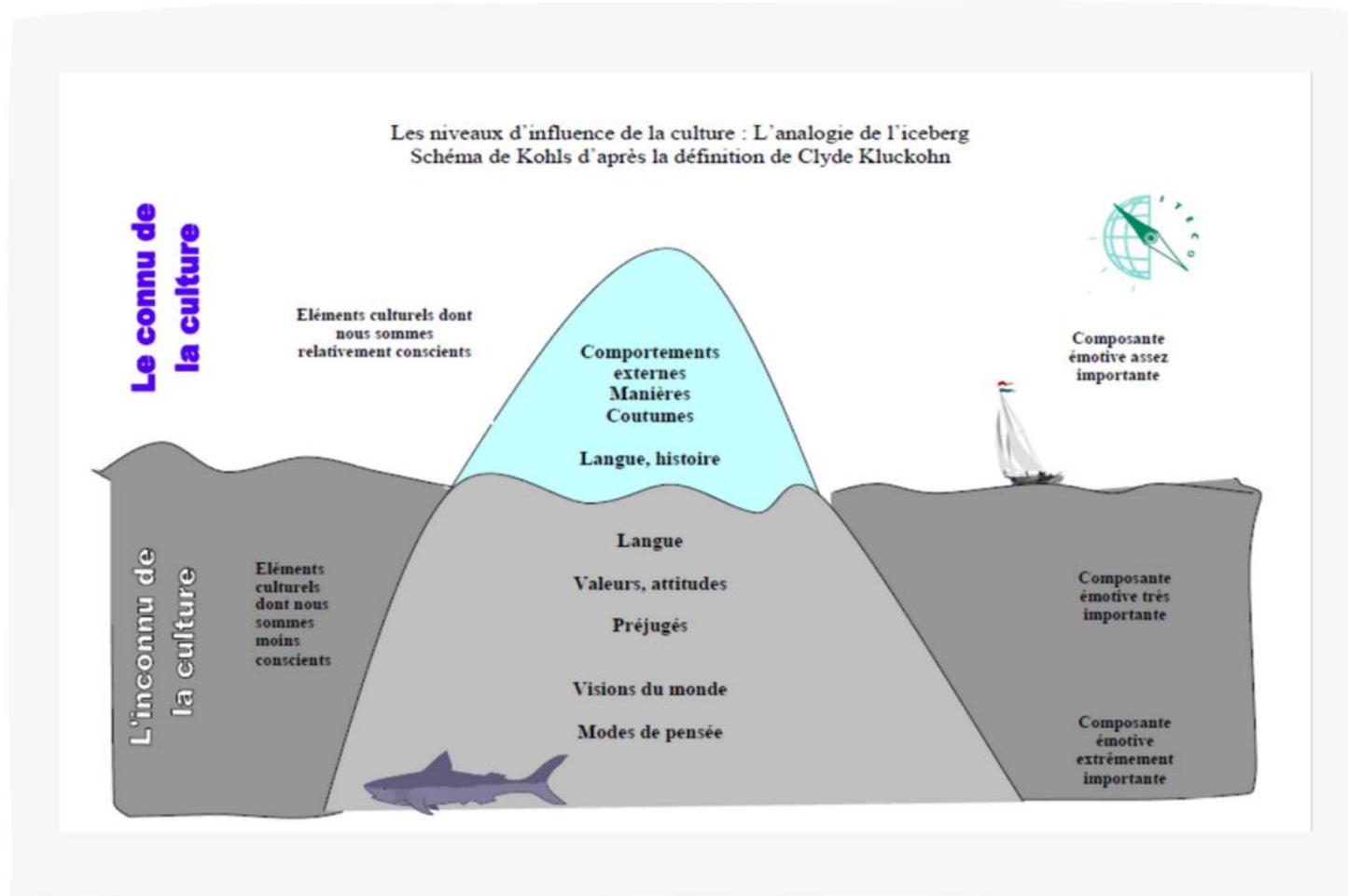
- Il convient d'éviter de **surinterpréter** ainsi que d'**apposer des termes pathologisants ou médicalisants** sur les propos d'une personne qui ne les emploierait pas elle-même pour décrire sa situation, car cela peut-être vécu comme une stigmatisation.
- Si la personne porte un **discours autostigmatisant**, il est opportun de **déconstruire ces représentations négatives** d'elle-même en reformulant les choses de façon **déstigmatisantes** et en mettant en avant ses ressources.

Aknowledge (comprendre)



Comprendre l'autre, c'est faire l'effort d'aller au-delà de ce qui se voit pour tenter de cerner ce qui n'est pas forcément visible à première vue mais qui structure sa façon de penser, d'agir, et de se comporter.

Chercher à comprendre l'autre quand il s'agit de santé mentale, c'est donc essayer de tenir compte de ce qui façonne sa vision de la santé mentale, de l'aide en santé mentale, de la souffrance psychique, etc., et qui n'est pas forcément accessible de prime abord parce que cela fait partie de sa culture.



Focus sur la culture

La culture désigne l'ensemble d'idées, normes et valeurs qui sont appris à travers la pratique sociale et qui nous aide à percevoir, interpréter et interagir avec les autres.

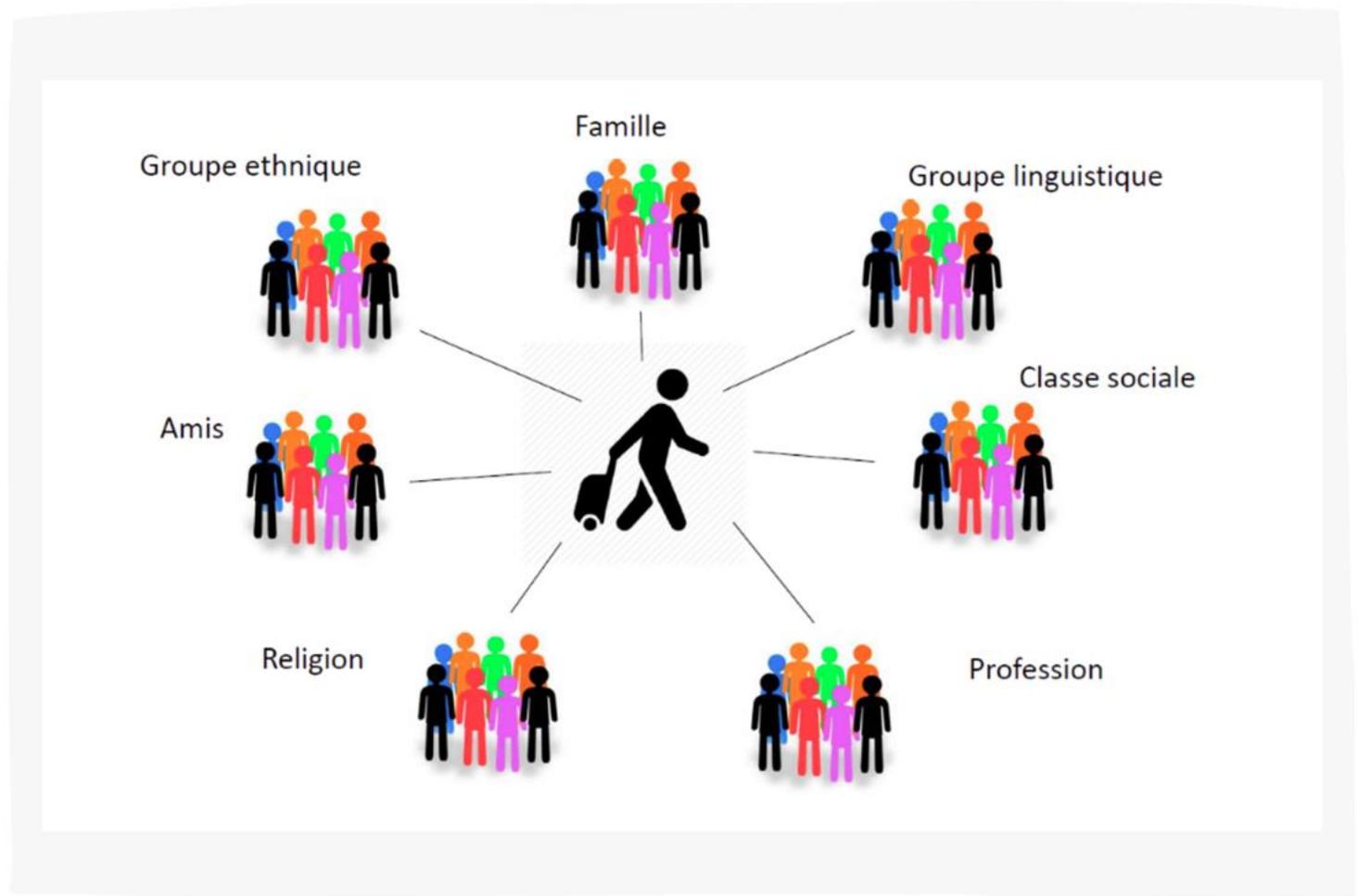
- La culture définit ce qui est normal, acceptable, familier, approprié.
- La culture permet de :
 - se comporter d'une manière appropriée dans une situation donnée ;
 - décoder les comportements des autres

Hôpitaux Universitaires de Genève, Anamnèse (socio)culturelle : mode d'emploi, Mélissa Dominicé Dao et Patricia Hudelson, Consultation transculturelle, SMPR, 16 mai 2018

Focus sur la culture

Les sources des normes, des valeurs et des comportements qui forment notre culture sont multiples (elles ne se limitent pas au pays d'origine).

Toute rencontre est, en soi, une rencontre interculturelle.



Hôpitaux Universitaires de Genève, Anamnèse (socio)culturelle : mode d'emploi, Mélissa Dominicé Dao et Patricia Hudelson, Consultation transculturelle, SMPR, 16 mai 2018

Focus sur

la biomédecine comme culture

La biomédecine comme culture (dans laquelle nous baignons) charrie avec elle :

Théories de maladie ;

Langage et lexique ;

Règles de comportement

Habitudes institutionnelles

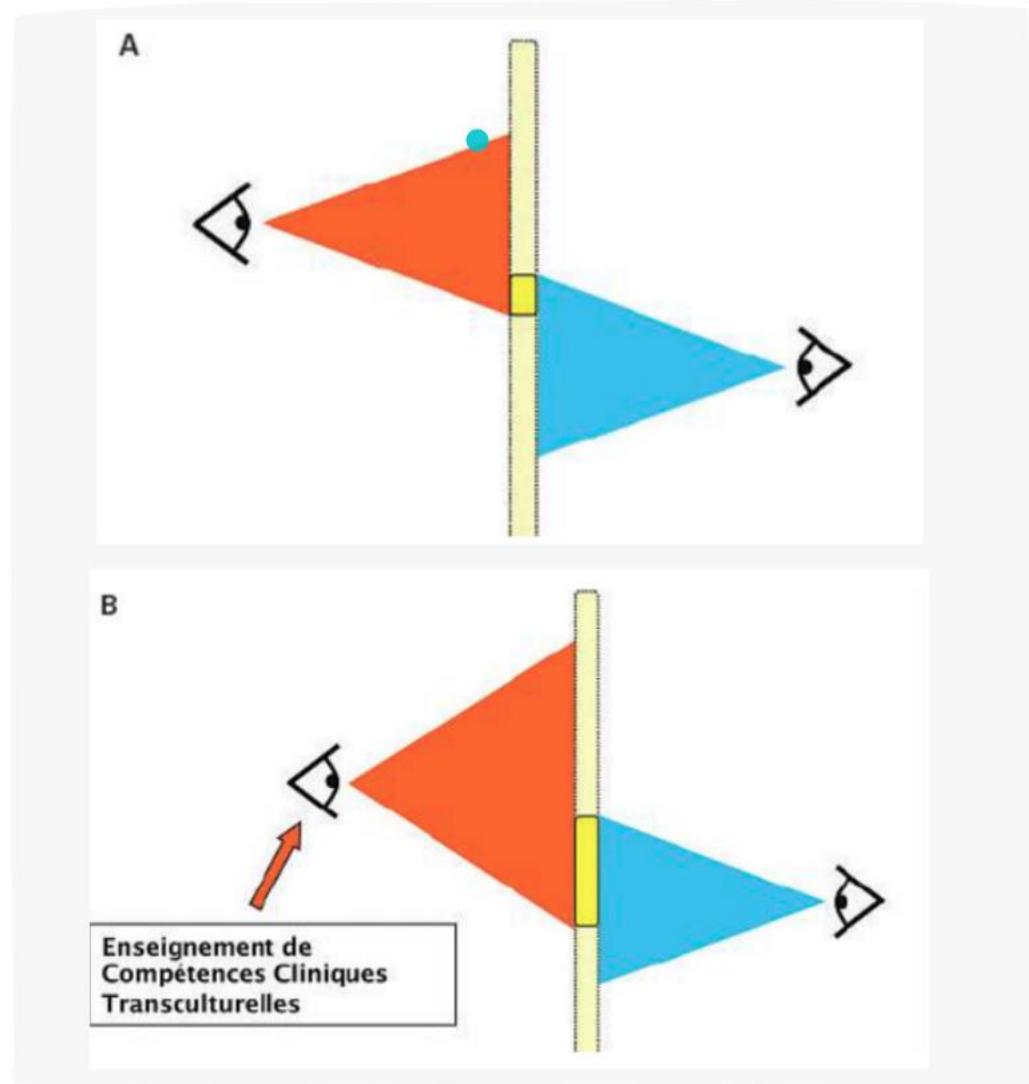
Focus sur

la culture vectrice de représentations de la santé mentale

Notre culture, visible et moins visible, infléchit nos représentations de la santé mentale. Engager un dialogue autour de la santé mentale avec quelqu'un·e demande de pouvoir prendre conscience de sa propre vision des choses - de sa culture - et considérer celle de l'autre.

- Pour certaines personnes, les termes “santé mentale” demeurent négativement connotés. Il est parfois préférable de d'essayer d'instaurer un échange autour de la “qualité de vie” de la personne, par exemple.
- Pour les mêmes raisons, il n'est pas toujours efficace de proposer d'aller voir un·e “psy” (“Je ne suis pas fou·folle !”) mais plutôt de commencer par questionner le besoin de “parler à quelqu'un·e”, par exemple.

Compétences interculturelles



De manière générale, établir un **dialogue dans une rencontre** - toujours interculturelle - nécessite de chercher à **agrandir la zone de convergence**, sorte de **dénominateur commun** autour duquel il est possible de se rejoindre, entre la vision de l'un·e et la vision de l'autre.

On oublie souvent de se montrer
reconnaisant·e de la confiance
accordée par la personne qui se
confie à nous sur sa souffrance.



✦ Thank
(remercier)





Treat (traiter)

L'étape qui consiste à traiter la problématique en tant que telle, c'est-à-dire à vouloir "agir" sur le problème n'arrive que dans que dans un quatrième temps de la méthode LATTE.

S'atteler à une quelconque forme de résolution du problème avant d'avoir pris le temps d'une réelle écoute (active et compréhensive) se révèle dans la plupart des cas infructueux.

Inversement, la réponse concrète à un besoin peut dans la plupart des cas être différée (dans une certaine mesure) tant que ce besoin est reconnu.

On croit parfois que les personnes qui se confient attendent que nous agissions. Nous oublions souvent qu'elles attendent avant tout qu'on les écoute.



« Ne te contente pas d'agir, sois là. »

Explain (expliciter)

L'enjeu de l'explicitation est que chacun·e sache dans quoi et à quoi il ou elle est engagé·e.

Cela revient à expliciter plusieurs choses à différents moments :



Avant et pendant :

Expliciter le cadre dans lequel l'échange s'inscrit : formuler clairement ses limites, propres et institutionnelles ; préciser ce qui est en notre pouvoir et ce qui ne l'est pas, ce qu'on pourra faire et ce qu'on ne pourra pas.

Il s'agit de ne pas "s'embourber" dans une situation qui pourrait nous dépasser et de ne jamais formuler des promesses qu'on ne pourra pas tenir.

Après :

Expliciter, s'il y en a, les retombées de la discussion, ce que cela implique dans un avenir à long, court ou moyen terme.

Par exemple, si des actions vont être entreprises à la suite de l'échange ou s'il est attendu que la personne réalise telle ou telle démarche à la suite de la discussion, il est bon que cela fasse l'objet d'une formulation explicite (voire écrite si besoin).

Focus sur

les limites institutionnelles

Votre fonction implique en tant que telle des limites. Il est opportun de :

- **Réfléchir collectivement aux limites de vos fonctions respectives au sein de l'institution, afin que la responsabilité de ces limites ne repose pas seulement sur les individus ;**
- **Convoquer le cadre institutionnel, collectivement acté, comme tiers symbolique garant de vos limites en y faisant référence auprès de la personne si nécessaire, de façon à ce que ça ne soit pas votre responsabilité qui soit impliquée (dans un refus, par exemple).**

Focus sur

les limites individuelles

Il n'y a aucun mal à avoir **ses propres limites**, fruits de notre vécu, de nos sensibilités, de nos expériences passées, etc. Il est **important de pouvoir les reconnaître** (et il est important qu'elles soient reconnues par l'équipe) en veillant à :

- Identifier ses propres zones de vulnérabilités et d'inconfort ;
- Anticiper des “plans B” ou des “relais” pour les situations dont on sait qu'elle interfère avec une zone de vulnérabilité qui nous est propre.

Focus sur les émotions

Les émotions dans le travail avec l'humain sont à prendre en compte à trois niveaux : au niveau (inter)individuel, en équipe et au niveau institutionnel.

(Inter)individuel

- Accepter les émotions de l'autre et les siennes propres
 - Reconnaître les émotions
- › En pratique : Laisser une place aux émotions circonscrite dans l'entretien (météo intérieure en début ou en fin d'entretien)

Équipe

- Partager ses émotions entre collègues
- Faire une place formelle aux émotions en réunion d'équipe
- Chercher des solutions ensemble

Institution

- Prendre en compte la dimension émotionnelle du travail et son impact sur les professionnel·le·s
- › En pratique : financer des interventions/supervisions, réfléchir aux conditions de travail, etc.

Focus sur

la posture du “sauveur”

Afin de ne pas endosser le rôle du “sauveur”, on peut faire attention à :



- **Accepter de ne pas être “tout-puissant”, assumer une part d’impuissance (métaphore de l’oeuf de cane de Laurent Denizeau);**
- **Ne pas confisquer à la personne son pouvoir d’agir, mais au contraire la rendre actrice en l’accompagnant dans la reprise du contrôle : ne pas faire à sa place, mais la soutenir dans ses démarches (exemple : “Que puis-je faire pour vous ?” versus “Que pouvons-nous faire ensemble ?”)**
- **Considérer les ressources de la personne et pas seulement ses difficultés : la personne se voit dans nos yeux, si on se place en sauveur, cela implique qu’on la positionne en victime ; si la personne est victime, elle n’est plus actrice de la situation.**

Questionner sa posture *en pratique*

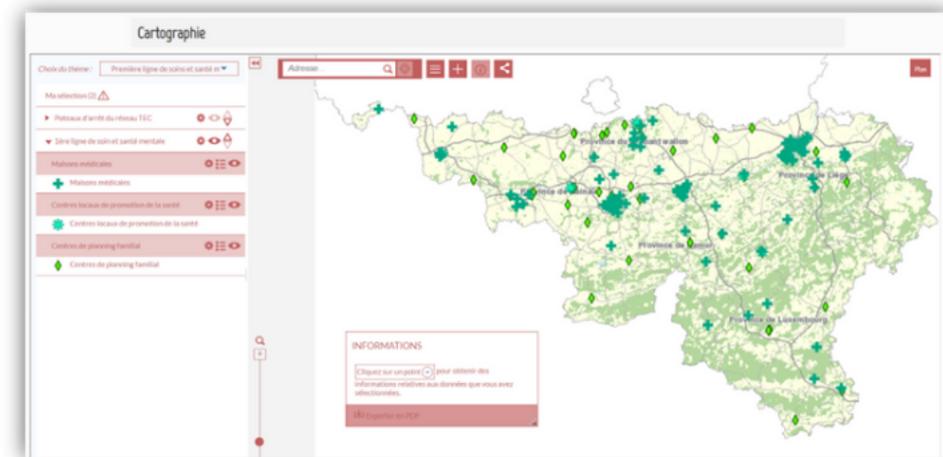
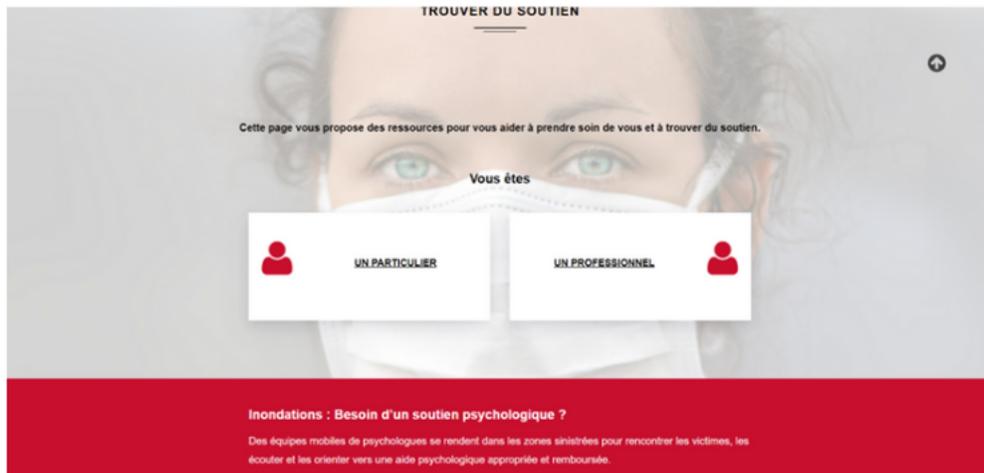
Dans la pratique de tous les jours, on peut tenter de maintenir une dynamique réflexive dans le travail de notre posture professionnelle à l'égard de la santé mentale de nos bénéficiaires. Plusieurs questions, à se poser à soi-même, peuvent nous y aider.



Questions à se poser individuellement (quotidiennement).

- Puis-je créer un contexte (temporel et matériel) qui me rend disponible pour l'écoute ?
- Quels schèmes culturels sont en jeu dans la rencontre avec l'autre autour de sa santé mentale ?
 - Les miens ? Les siens ?
 - Quel dénominateur commun à partir duquel établir un dialogue ?
- Ai-je eu l'occasion de me montrer reconnaissant·e envers la personne pour la confiance qu'elle m'accorde/m'a accordée en se confiant ?
- Mes limites institutionnelles (liées à ma fonction), sont-elles clairement identifiées ?
 - Pour moi ?
 - Pour le-la bénéficiaire ?
- Mes limites personnelles (zones de vulnérabilités et d'inconfort) sont-elles identifiées et respectées dans le fait de travailler avec tel·le bénéficiaire ?
- Quelles émotions me provoque la rencontre avec le-la bénéficiaire ?
 - Aurais-je besoin de les partager ?

Les ressources d'aide & de soins



Trouverdusoutien.be
<https://covid.aviq.be/fr/trouver-du-soutien>

Portail de l'Action Sociale en Wallonie
<http://actionsociale.wallonie.be/sites/all/themes/actionsociale/cartographie>

Connaître l'offre & faire **réseau**

Connaître son
réseau local

Mutualiser les carnets
de contact de
personnes-ressources
au sein de l'équipe

Rencontrer les services
locaux et y identifier
une/des personne(s)-
ressource(s)



Questionner son réseau de ressources



Plusieurs questions sont intéressantes à se poser en équipe pour s'assurer d'avoir un réseau local, actualisé, complet et connu de tou·te·s.

Questions à se poser en équipe (régulièrement)

- Les services-ressources locaux font-ils régulièrement l'objet d'une mise à jour ?
- Des personnes de référence ou de contact sont-elles identifiées au sein de ces services ?
- Les connaissances de services du réseau local sont-elles mises en commun de façon structurelle au sein de l'équipe ?

ÉTATS GÉNÉRAUX DE L'INSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE

Merci!



CRéSaM
23 septembre 2024