

L'accueil à l'interface du social et de la santé : un analyseur des implications professionnelles

Communication lors du congrès de l'ATHS, 2017 : Corinne Rougerie et Pierre Coupiat

Depuis le début des années 1990, l'accompagnement semble le terme privilégié pour caractériser la relation d'aide professionnelle. Il se reprend dans le langage opératoire et courant des professionnels des métiers dits de la relation. De l'accompagnement thérapeutique du malade à l'accompagnement éducatif de la personne, l'ensemble des acteurs s'entend sur une définition courante et suffisamment large : se joindre à quelqu'un, pour aller où il va et en même temps que lui. Maela Paul précise que cette définition souligne la place prépondérante de la relation, à la fois fondamentale et le premier lieu d'attention du professionnel. L'accompagnement s'étaye alors sur la relation formée à partir d'un prétexte qui fait projet (Paul, 2011).

Dans ce contexte, la question de l'accueil paraît occultée ou intégrée comme un allant de soi dans le processus d'accompagnement. Fin 2016, un rapport d'Etat¹ insiste sur le premier accueil social dit « inconditionnel de proximité » et formule l'injonction de « recevoir toutes les personnes qui le souhaitent » dans les espaces sociaux prévus à cet effet. Mais l'accueil se cantonne-t-il à recevoir ? Est-il réduit à l'espace bureaucratisé auquel on le cantonne le plus souvent ? Ces différentes réalités, nous amènent à questionner aujourd'hui la place de l'accueil au regard de sa construction socio historique. Une articulation entre la santé et le social est prédominante. Le « prendre soin » est une pièce angulaire. Comment cet acte d'accueillir s'est-il professionnalisé ? Et à quelles réalités concrètes de mise en œuvre est-il confronté ? L'accueil est-il un enjeu professionnel pour les métiers du social et de la santé ?

Nous aborderons dans un premier point l'émergence de l'accueil dans les milieux professionnels à l'interface du social et de la santé et les paradoxes émergents. Nous questionnerons les éléments historiques recueillis au regard des pratiques professionnelles et plus particulièrement des implications d'acteurs chargés de le réaliser. L'implication est comprise au sens de l'Analyse Institutionnelle, à savoir les manières dont les professionnels sont impliqués à travers la dimension organisationnelle, affective et idéologique (Lourau, 1990). Dans un second point, nous illustrerons cette démonstration à partir de pratiques issues des milieux professionnels chargés d'accueillir des publics développant des conduites addictives, dans des espaces articulant des missions sociales et médicales.

L'accueil, du soin au « prendre soin »

Historiquement, l'accueil du public est né de l'acte de charité « accueillir son prochain » et prend forme dans les institutions religieuses puis publiques. Il devient un acte professionnel à travers la professionnalisation de la relation dite d'aide. Relié à ce titre aux métiers du travail social à travers notamment celui d'assistant de service social, l'accueil se construit progressivement comme un objet théorique dans les formations de ces professionnels. Les racines hygiénistes et sanitaires servent de soubassements à ces métiers du social et l'émergence des pratiques d'accueil dans ce contexte n'est pas surprenante. Les premières traces de l'accueil l'associent pour commencer à des lieux, des espaces à vocation médicale, inscrits dans une logique judéo chrétienne. Il serait apparu dès le 5^{ème} siècle avec la création des maisons dites des pauvres, ancêtres de l'hospice puis de l'hôpital (Chotard-Verne, 2011, p. 64-66). Avant d'être un espace de soin, l'hôpital demeure au moins jusqu'au Moyen Âge un lieu d'accueil du public proche des modèles contemporains des centres d'hébergement d'accueil de jour et/ou de nuit. La fonction de l'hôpital a donc été longtemps construite sur la fonction

¹Guide d'appui à la structuration du premier accueil social inconditionnel de proximité – Plan d'action interministériel en faveur du travail social et du développement social (EGTS) - (Décembre 2016)

de recueil des exclus notamment de la cellule familiale et non sur celle du soin (Maillard, 1986, p.7). Le terme d'accueil ne verrait le jour qu'au 12^{ème} siècle et dans un contexte très différent à savoir celui d'un roman d'amour courtois².

Ce n'est vraiment qu'à la fin du 19^{ème} siècle qu'un premier mouvement significatif s'opère notamment avec le droit à l'assistance publique participant à professionnaliser la relation d'aide. Les liens étroits entre santé et social continuent à exister jusque dans la création des premiers diplômes qualifiants. Infirmières visiteuses et assistantes sociales partagent la même formation et sans doute des modalités d'intervention. Nous pouvons en déduire que l'accueil ne se cantonne pas à « recevoir » dans des espaces dédiés. Ces professionnelles vont vers les personnes, dans la rue, dans leur quotidien. Leur façon d'être avec ou auprès du public montre des manières différentes d'être in situ avec les personnes. L'historien Le TALLEC explique comment, au début des années 1930, certaines assistantes sociales parcouraient les zones rurales à vélo voire déjà en voiture en direction des personnes nécessiteuses (Le Tallec, 2003, p.65). Les années plus récentes semblent pourtant renforcer l'idée d'un plus largement localisé dans des espaces administratifs et bureaucratisés, comme le montrent les travaux de certains sociologues. Par exemple, Weller relate l'évolution de l'accueil au regard de l'administration française. L'accueil bureaucratisé et rationnel des années 1980 laisse place depuis les années 1990 à un accueil dit de « contact » basé sur le principe de la relation de service. L'objet de l'accueil et les pratiques professionnelles en découlant renforcent l'individualisation du traitement des situations, en lien avec le développement des nouvelles technologies (du minitel à internet). En parallèle, le champ médical fait aussi évoluer l'accueil vers de nouvelles modalités technicisées. L'exemple de l'entretien dit d'accueil dans la formation des infirmières au début des années 2000 se cantonnerait dans sa mise en application à recueillir des données médicales nécessaires à l'établissement de la démarche de soin. La dimension clinique, resituant l'accueil dans la dimension du « care » et requérant un investissement relationnel étalé dans la durée, n'est pas ou peu mise en application. Les modalités d'accueil à travers ce regard croisé entre médical et social nous amènent à interroger plus spécifiquement les pratiques professionnelles d'accueil au quotidien.

L'accueil comme analyseur des pratiques professionnelles

L'analyseur est un élément ou une situation qui se présente, pouvant révéler des contradictions et des relations de pouvoir existantes dans les institutions. (Spagnol et al, 2016). A ce titre, l'accueil peut être pensé comme un analyseur naturel. Il devient intéressant d'observer sa mise en pratiques car les nouvelles façons de penser l'accueil ont des effets sur les agents chargés de le réaliser (Weller, 2011). L'analyse des implications professionnelles à travers les différentes manières d'être impliqué des salariés dans leur mise en pratique de l'accueil délivrent de nouvelles connaissances sur l'accueil en termes de savoir pratique et de savoirs théoriques. Le caractère affectif, idéologique et organisationnel que revêt la mission d'accueil provoque une analyse de l'implication des individus (Lourau, 1990). Ainsi en 2015, une étude réalisée en CCAS³ (Centre Communal d'Action Sociale) auprès de 25 salariés chargés d'une mission d'accueil dans différents lieux illustre les effets de leur implication sur la mission publique de l'accueil. Un des principaux résultats repose sur l'articulation entre les pratiques du care et la mise réflexivité des pratiques des agents. Les accueillants (travailleurs sociaux, agents d'animation et administratifs) font d'abord l'expérience de « s'accompagner » avant d'accompagner la personne. Derrière un écran éthique voir moral et/ ou vocationnel apparaît un

²<http://www.cnrtl.fr>. consulté le 10 décembre 2014.

³Rougerie, C. (2015). L'accueil : un analyseur des Implications professionnelles dans le travail social. Recherche socio-clinique en CCAS. Thèse en sciences de l'éducation. Université de Cergy Pontoise. France.

accueil détourné de sa mission. L'accueil devient un accueil de « protection » vis-à-vis des salariés eux-mêmes, pour eux-mêmes, entre eux et parfois contre la hiérarchie. L'accueil spécialisé à destination des personnes n'est jamais spontanément abordé. Il demeure de « seconde ligne » pour les personnes accueillies et est réalisé par des travailleurs sociaux dit de cœur de métiers. On assisterait à une disparition des professionnels qualifiés et formés au travail social en première ligne d'accueil. Le rapport d'état de 2016 illustre cette ambiguïté en mentionnant la mise en pratique du premier accueil inconditionnel par des travailleurs sociaux et ou des personnels socio administratifs (Ministère des affaires sociales, 2016, p.7). Ce dernier statut n'existe pas en termes de métier. Il questionne la formation de ces « nouveaux » agents et le constat partagé de la nécessaire coordination des institutions et des salariés entre eux.

Comment penser l'accueil au sein d'équipes de santé au sens élargi ?

Le mot accueil vient du latin colligere (cueillir) qui, en vieux français (1080) s'est transformé en accueillir qui signifiait : réunir, associer, être avec. Le sens moderne apparaît au XIIIème siècle : recevoir ou recueillir...

Nous garderons les substantifs : réunir associer, être avec afin de réduire les confusions du terme d'accueil. Car cette notion est difficilement identifiable et peu conceptualisée en intervention sociale bien que ce concept nomade ait été travaillé dans de nombreuses disciplines, aussi bien en sociologie qu'en psychologie sociale ou encore en psychologie comportementale.

A partir de nos observations de terrain notamment les Evaluations Externes et les supervisions nous dégageons 3 étapes plus ou moins longues et plus ou moins prononcées suivant l'importance et la finalité du lien social que l'accueil inaugure.

1 – Sécuriser la personne accueillie : l'accueil s'adresse à une personne considérable au sens de considérée dans une phase d'accueil, qu'elle soit dans une situation de vie sociale courante ou professionnelle. L'objectif de cette étape est de donner des repères spatiaux, temporeux, identitaires, afin que la personne maîtrise son environnement, et ne vive plus une situation d'insécurité, inhérente à tout changement. Aucun individu ne peut s'adapter totalement, s'il est en insécurité.

Dans certains CAARUD, une grande partie de cette étape est considérée comme une fonction dont la pratique est interdisciplinaire (éducateurs, médecins, infirmières, agents administratifs, secrétaires médicales, soignants, etc.). Evaluée dans ses aspects réglementaires (remise du livret d'accueil, identification du personnel, etc.), c'est une étape qui est souvent tronquée, quand elle se limite à donner des repères géographiques (localisation) ou horaires (timing). Pour la personne accueillie, les repères identitaires sont aussi importants ; ils consistent à situer l'utilisateur dans l'interrelation, qui est en train de se créer, pour lui laisser prendre place, et qu'il puisse investir cette place. La finalité de cette étape n'est pas de donner des repères, mais de sécuriser, ce qui est perçu comme menaçant pour l'utilisateur, vient des relations, plus que des locaux.

2 - Reconnaître la personne : C'est une étape incontournable, si l'on veut aider l'utilisateur à s'adapter à une situation nouvelle. En fonction du contexte, le niveau de connaissance est très variable, succinct pour des consultants, approfondi pour des patients en situation aiguë. Cette phase de l'accueil peut être soutenue par une technique de recueil de données : entretien, récit de vie..., qui va permettre de formaliser les interactions, de les analyser, d'en laisser une trace dans le dossier de soins. Reconnaître l'utilisateur peut demander du temps, ce n'est pas une étape qui se fait dans l'immédiateté. Les interactions vont faire progresser les connaissances mutuelles afin d'aider l'utilisateur à identifier les domaines sensibles, qui vont représenter un obstacle à son adaptation. Cette phase a parfois donné lieu

à des « abus de savoir » professionnels, caricaturés par un inventaire des « besoins ». Inspirées par la hiérarchie des besoins de MASLOW (1954), les soignants théoriciens ont développé l'école des besoins : OREM (1954), HENDERSON (1964), MELEIS (1991), selon cette école de pensée, l'idée de perception de la personne de ses propres besoins est fondamentale. Ce qui prévaut dans cette approche, c'est la compréhension du comportement de la personne à partir de son propre point de vue, de ce qu'elle vit, afin de l'aider à identifier ses besoins et à intervenir sur sa réalité. L'école des besoins a souvent été associée à l'approche perceptuelle COMBS (1976). Le champ perceptuel est l'ensemble des perceptions de l'univers entier, incluant la personne elle-même, d'un individu au moment précis d'agir. Les besoins d'une personne vont être influencés par la perception qu'elle a d'elle-même, de l'environnement humain et matériel et de l'évènement qu'elle vit. Sauf en cas de suppléance extrême, les soignants ne peuvent pas identifier, reconnaître, évaluer les besoins d'un usager en dehors de sa présence.

3 - Adaptation de la personne à sa situation et à son environnement : Cette étape représente la finalité de l'accueil. Celui-ci est achevé, lorsque la personne est adaptée, c'est-à-dire qu'elle réagit positivement au stress, se sent à l'aise dans un réseau de significations et qu'elle est en harmonie avec son environnement. Quand l'individu évalue une situation comme étant stressante pour lui, il déploie des efforts, utilise des potentialités et développe un processus de « coping » pour faire face à la source du stress. Le « coping » peut être défini comme l'ensemble des stratégies cognitives et comportementales, que la personne adopte pour faire face aux agents stressants qu'elle évalue comme excédents ses ressources. Le « coping » peut aussi être vu en terme de « réaction aux tensions de la vie, servant à prévenir, éviter ou contrôler la détresse émotionnelle » DUCHARME (1996). Une stratégie adaptative est efficace dans une situation donnée et inefficace dans une autre. Aucune stratégie ne peut être considérée comme meilleure ou moins bonne qu'une autre, c'est la personne qui détermine ce qui lui semble bon pour elle, ce qui va l'aider à gérer, minimiser ou maîtriser la situation stressante. Les stratégies de « coping » sont variées. FOLKMAN et LAZARUS (1984) les ont regroupées en deux grandes fonctions :

Les stratégies centrées sur l'émotion, qui consistent en des processus cognitifs destinés à réduire la détresse émotionnelle (l'évitement, l'éloignement, la minimisation, l'attention sélective) et à faire ressortir la valeur positive de tous les évènements. Ces stratégies sont plus susceptibles d'être utilisées par la personne, lorsqu'elle évalue que rien ne peut être fait pour modifier les conditions nuisibles ou menaçantes de l'environnement.

Les stratégies centrées sur les problèmes, qui sont similaires aux stratégies utilisées pour la résolution de problème, la recherche de solutions alternatives, en regardant les avantages et désavantages, et enfin, le passage à l'action. La forme que prendra le « coping » dépend des ressources disponibles (ressources personnelles, familiales, environnementales...) et de l'énergie que mettra la personne à les utiliser.

Dans cette troisième étape, accueillir une personne et/ou une famille, consiste à l'accompagner pour qu'elle mobilise toutes les ressources disponibles pour exploiter ses stratégies d'adaptation. L'accueil n'est pas un acte isolé. Il débute la prise en charge, dans une continuité de soins. Dans le cadre médico-social, nous constatons actuellement une évolution du concept « accueil », qui devient une prestation à part entière. Dans leur ouvrage, « l'accueil des publics en difficultés » BERNABEU et SIEGRIST (2002) pointent cette évolution dans notre société. Ils confortent l'idée que l'accueil n'est pas un acte banal, que les interactions qui se jouent dans un laps de temps relativement court, peuvent être d'une grande importance pour les partenaires.

Bibliographie

BERNABEU, Y, SIEGRIST, D, L'accueil des publics en difficulté Ed. Demos, Paris 2002.

CHOTARD-VERNE, M. (2011). *L'éthique de l'hospitalité en maison de retraite*. Paris : Publibook.

COUPIAT, P, L'accueil en milieu festif, propos recueillis par Clarisse Fabre parue dans le Monde du 25 août 2017.

COUPIAT, P, Conférence sur les notions d'accueil, d'égalité des droits dans le champ social, ACOFIS, Rouen, 2015.

COUPIAT, P, Ouvrage collectif : Travail social et sociologie de la modernité. La dignité et l'autonomie des sujets au cœur de l'action. *Des lieux de transgressions raisonnables*. Éditions Seli Arslan - 2005

DIOCHON, D. (1988). L'accueil du malade à l'hôpital : un soin infirmier. L'inter dit, n°16. Saintes Foy les Lyon, Amiec, p. 3-20.

DUCHARME, F, Le paradigme stress – coping In «Canadian journal of nursing research» 1996 Vol 28 N° 4 (pages 125 à 127).

LOURAU, R. (1990). Implication et surimplication. Revue du Mauss, n° 10, p. 110-119.

MAILLARD, C. (1986). Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Paris, Dunod.

Ministère des affaires et sociales et de santé. (2016). Guide d'appui à la structuration du premier accueil social inconditionnel de proximité – Plan d'action interministériel en faveur du travail social et du développement social (EGTS). http://www.solidarites-actives.com/pdf/Guide_AccueilSocialProximite_v3. Consulté le 15 octobre 2018.

PAUL, M, (2011). Accompagnement: entre autonomisation et territorialisation, <http://www.crefe38.fr/img/pdf>.

ROUGERIE, C. (2015). L'accueil : un analyseur des Implications professionnelles dans le travail social. Recherche socio-clinique en CCAS. Thèse en sciences de l'éducation. Université de Cergy Pontoise. France.

SPAGNOL Carla APARECIDA, L'ABBATE Solange, MONCEAU Gilles, JOVIC Ljiljana, « Dispositif socianalytique : instrument d'intervention et de collecte de données en recherche qualitative en soins infirmiers », Recherche en soins infirmiers 1/2016 (N° 124), p. 108-117.

WELLER, J-M. (2010). Contraintes et ambivalence du travail d'accueil du public. Informations sociales. n°158. p. 12-18.