

## Psychiatrie et service social

par *Yvette Mayor*, assistante sociale. Polyclinique psychiatrique universitaire de Lausanne.  
Directeur: Prof. H. Steck. Médecin-chef: PD Dr P.-B. Schneider.

### Evolution historique

Il y a 25 ans environ, un service social fut installé à l'« Asile d'Aliénés du Bois de Cery ». Depuis une dizaine d'années seulement, l'opinion publique prend conscience du fait que le genre de malades admis à l'Hôpital psychiatrique s'est modifié et qu'on leur applique des traitements qui les acheminent, si ce n'est toujours vers la guérison, du moins vers de notables améliorations. On parle encore d'asile de fous plus spontanément que d'hôpital psychiatrique, toutefois!

Le service social psychiatrique suit l'évolution de la psychiatrie, de la sociologie et de la psychologie dynamique. Il se consacrait aux grands malades et aux gros débiles mentaux, ainsi qu'aux épileptiques et aux asociaux dangereux, soit à des cas chroniques et malaisément récupérables sur le plan du traitement et de la réadaptation; aujourd'hui, il suit des malades dits nerveux, des inadaptes professionnels et sociaux, des conflits familiaux ou conjugaux. Il participe donc davantage au traitement médical – ce qui ne va pas sans dangers.

Ces progrès vers la prophylaxie mentale dirigent tout naturellement le service social psychiatrique vers l'activité polyclinique. En 1948, la Polyclinique psychiatrique de Lausanne s'est installée dans des locaux indépendants de la Polyclinique médicale où l'assistante sociale recevait derrière un rideau, pendant les consultations. La nomination d'un médecin-chef, aidé successivement d'un puis de plusieurs assistants a amené un surcroît de travail justifiant la permanence d'une assistante sociale de Cery à la Polyclinique. A côté des cas signalés par la Polyclinique même, celle-ci prend en charge les patients sortant de l'Hôpital de Cery qu'il est indiqué de convoquer à la consultation polyclinique. Il s'agit essentiellement de délinquants en voie de réintégration sociale, et de psychotiques en période de rémission, à l'exclusion des placements familiaux qui, pour des raisons administratives, sont suivis par l'assistante de l'hôpital.

L'assistante sociale en psychiatrie n'a pas l'occasion de se former pour cette spécialité: les écoles d'études sociales donnent une base commune aux assistantes sociales polyvalentes et à celles qui se spécialisent dans des domaines aussi différents que des services juridico-sociaux, médico-sociaux, et des services d'assistance, par exemple. Cette formation essentiellement sociale a l'avantage de mettre l'accent sur les techniques propres au service social, sans préjuger d'une formation spécifique ultérieure souvent très différente suivant les « écoles » médicales, et les particularités des services sociaux. Lorsque l'assistante sociale débute dans un service psychiatrique, elle est en principe très « disponible », c'est-à-dire qu'elle répond volontiers à ce que lui demande le médecin puisqu'elle n'a pas d'idées préconçues sur son activité spécialisée. Cette formation commune a un inconvénient: elle ne peut orienter les assistantes sociales sur les

écoles de la psychiatrie et une débutante a quelque peine à assimiler les courants d'opinion qu'elle côtoie.

Elle est initiée à l'optique psychiatrique du travail social par des dossiers médicaux et sociaux très complets. Les renseignements d'ordre matériel et la nomenclature des démarches que l'on trouve habituellement dans les dossiers de services sociaux n'y sont que succincts. Par contre, ils présentent l'histoire du malade, décrite objectivement par les faits, par les attitudes et par les réactions du patient et de son entourage. Une appréciation subjective non moins utile ponctue ces données. La consultation des histoires médicales initie l'assistante sociale aux exigences de l'investigation médico-psychologique.

### **Rencontre de la psychiatrie et du travail social**

Pour comprendre l'incidence du « traitement social » dans le traitement médical, il est bon de rappeler l'évolution de ces deux disciplines. Le service social s'initie actuellement à la psychologie des profondeurs par l'introduction un peu sournoise – assez mal accueillie par beaucoup – du « casework ». Il est bon d'en dire quelques mots, car il nous aide à mieux intégrer notre travail dans l'ensemble des techniques qui tendent à redonner à l'individu un usage meilleur de ses propres moyens.

Le casework s'inspire d'un principe fondamental: le respect de la liberté individuelle. L'assistante sociale ne met donc en action que des méthodes ayant à leur base ce principe. Dans l'entretien, dans l'enquête, au cours de la visite domiciliaire et pour toute intervention, elle cherche à créer un climat de confiance. Durant la prise de contact puis tout au long du traitement, il est fait constamment appel aux possibilités propres de « l'usager » ou du « client ». Ces termes utilisés par les caseworkers instituent entre le technicien qu'est le travailleur social et le patient une relation égalitaire, et non plus paternaliste ou protectrice.

L'assistante sociale doit connaître les limites qu'imposent à son action l'individu lui-même (maladie, infirmité mentale ou de caractère), l'institution à laquelle appartient le service social (ses lois, ses règlements, son budget), et ses propres handicaps (manque de temps, incompétence, agacement, voire antipathie). Le casework lui demande de poser dès le premier entretien – quitte à le modifier par la suite – un diagnostic social, d'où est exclu le jargon médical ou psychologique. La situation de l'individu y est brièvement décrite par rapport 1. à lui-même, 2. à sa famille, 3. à sa profession et enfin 4. à la vie sociale: ce dernier aspect englobe la vie de société, les amis et la soumission aux lois.

En voici quelques exemples:

- a) célibataire enceinte abandonnée par sa famille, devant interrompre son travail dans trois mois.

- b) orphelin aidé par un oncle, apte à un apprentissage.
- c) mère de trois enfants appréhendant une nouvelle grossesse, dont le mari a une capacité de travail réduite à 60 %.
- d) menuisier en chômage, détenu libéré en instance de divorce demandé par sa femme.

De ce diagnostic découle un traitement propre à chaque cas, ce qui motive l'appellation « casework », soit « service social avec des cas individuels ». Les interventions ne peuvent être sériées par des normes, car les cas ne se superposent jamais exactement. L'étude des possibilités dynamiques de l'utilisateur en face des divers aspects de sa situation tient compte de l'interaction de sa vie affective et de sa vie sociale, ainsi que des réactions affectives de l'assistant social et de l'utilisateur l'un à l'égard de l'autre. A l'utilisateur seul appartient la décision en ce qui le concerne.

Ces critères d'intervention semblent fondamentaux dans tout travail social. Ils ne sont pas toujours respectés dans la pratique, car le mandat impératif paraît autoriser parfois des incursions inopinées dans la vie privée des gens: sous le prétexte de sauvegarder la communauté, on prive l'individu du droit de vivre en « clochard » ou en « illuminé ». Le mérite de nos collègues des Etats-Unis, d'Angleterre et de Hollande – pays dans lesquels s'est implanté le casework, tout d'abord – est d'avoir osé parler techniques et méthodes dans un domaine où l'on agissait jusqu'ici empiriquement, selon son bon cœur, stimulé par l'opinion publique et surtout guidé par l'assurance d'être soi-même dans le juste, le vrai et le bien. Certains refusent encore le casework parce qu'ils font de la technique un élément destructeur de la charité et de la vocation dont s'inspirent les institutions de bienfaisance. Ces opposants attribuent aussi volontiers au machinisme la responsabilité du divorce et au cinéma la perversion de la jeunesse. Toute technique, nous le croyons, peut être mise au service de l'individu et du bien.

Parallèlement à l'évolution du service social, la médecine s'ouvre à l'action sociale. Si le médecin de campagne voit son malade dans son milieu, dans sa « crasse » peut-être, et dans son contexte familial et social, celui de la ville prend facilement l'habitude d'isoler la maladie et le malade et de les traiter pour eux-mêmes. Le psychiatre se défend même volontiers de tenir compte des facteurs externes, car il estime que toute amélioration de l'état du patient est marquée par les progrès que lui seul fait pour prendre conscience de son état, pour réaliser l'importance de sa vie affective et l'interférence de celle-ci dans ses affections physiques et dans son comportement social.

Cependant, le praticien voit d'une part qu'à ignorer les symptômes visibles et les faits sociaux externes, son patient prend prétexte de ces faits (pauvreté, patrons incompréhensifs, conjoint exigeant, parents en conflit ou infirmité) pour refuser de chercher les difficultés en lui-même. D'autre part, le praticien

peut *traiter* un nombre limité de cas; les autres doivent être adaptés tant bien que mal à la vie sociale, malgré leur manque de collaboration, malgré leurs limites personnelles que constituent des handicaps non modifiables, telles la débilité, l'infirmité, l'épilepsie, et les hallucinations chroniques.

Lorsque le médecin prend conscience de la limite de son intervention, il peut rejeter le patient et renoncer à le suivre. Celui-ci souffre cependant ou fait souffrir. C'est alors qu'intervient l'action simultanée: la médecine sociale. Le thérapeute exige les conditions sociales indispensables à son intervention et l'assistante sociale demande le «traitement de soutien» qui semble parfois au médecin une perte de temps, mais qui procède de cet acte magique qu'est l'acte médical.

En résumé, le médecin sort de la technique médicale pour comprendre le contexte de la maladie et du malade. Il s'intéresse aux mesures palliatives précédant les mesures curatives auxquelles il associe l'assistante sociale. Celle-ci, de son côté, évite cette approximation subjective qui lui a permis jusqu'ici de parer au plus pressé, «d'assister» au lieu de libérer; elle utilise désormais une méthode, le casework, dont la psychologie et la sociologie entre autres forment la base théorique et l'étude des cas individuels, la pratique.

#### A qui s'applique l'intervention médico-sociale?

Quatre catégories de patients nous paraissent bénéficier particulièrement de cette collaboration:

1. Ceux dont la cure doit être contrôlée: épileptiques, psychotiques soignés par le Largactil, hypertendus, Parkinsons, alcooliques, par exemple; d'autres affections nécessitent par période un traitement soutenu, telles les dépressions endogènes.

Le service social s'assure alors que l'entourage accepte l'atteinte chronique et que le malade prend ses médicaments; leur provision n'est-elle pas épuisée? Aucun facteur familial, social ou professionnel n'entrave-t-il la guérison? Pour tous ces malades en effet, de mauvaises circonstances externes favorisent les crises ou les rechutes. Au moment où l'état est le plus aigu, l'assistante sociale doit être assez bien tolérée par le patient et par son entourage pour l'encourager à retourner chez le médecin ou à accepter une hospitalisation. Hospitalisation redoutée parce que le malade se sent persécuté et croit qu'il sera l'objet de mauvais traitements à l'hôpital. Il n'a probablement pas conscience de son état morbide.

2. Une deuxième catégorie de patients est formée de ceux qui doivent être suivis parce qu'ils sont soumis à une décision judiciaire. Faute de temps, nous nous bornons à contrôler la fréquence des visites, ce qui confère à ces «traitements» un caractère impératif. Cela nuit au contact et le climat de confiance

est rarement créé. Nous aimerions souvent suivre ces patients de plus près, car leur intégration professionnelle et sociale est d'autant plus difficile qu'à leurs handicaps personnels s'ajoute la réprobation de la société. Quelques-uns seulement sont l'objet d'interventions de caractère spécifiquement social.

3. Dans une troisième catégorie, nous inscrivons les patients que nous signale le médecin parce qu'il n'y a pas de traitement médical individuel à envisager. C'est le cas des débiles mentaux et des caractériels; nous espérons pour ces derniers que le traitement collectif (psychothérapie de groupe) apportera aux solutions sociales palliatives une collaboration active. La Policlinique, cadre fictif de vie commune, ne se prête pas bien à cette forme de traitement plus facile à réaliser au sein d'une institution (colonie, prison, société, atelier, home).

4. Enfin, nous avons les patients présentant un état réactif à un conflit familial, à un conflit conjugal ou à des déboires professionnels ou sentimentaux. C'est la catégorie de patients sur lesquels le traitement a le plus de prise. Ces patients souffrent et consultent en général spontanément. Le service social intervient pour créer les meilleures conditions externes au succès du traitement.

D'une façon générale, l'action du service social psychiatrique s'exerce sur l'entourage autant que sur l'usager; il oriente la famille, le tuteur, le patron, l'institution ou encore l'autorité, sur les possibilités et les handicaps du patient, sur les symptômes de rechute, et enfin, cas échéant, sur la nécessité d'une hospitalisation. Il prépare le terrain de sortie de l'hôpital, mais aussi l'entrée ou le retour du patient à l'hôpital. Il décrit les possibilités de traitement et s'efforce de détruire les objections et les préjugés que le public nourrit à l'égard de ce genre d'hôpital ou de ce genre de médecine. La psychiatrie a certes acquis par les traitements de choc une réputation de brutalité. L'assistante sociale doit donc être au courant des traitements nouveaux; elle tend à modifier l'attitude de l'entourage d'un malade en le soulageant de son angoisse devant des affections récemment encore incurables ou à pronostic défavorable. En ce faisant, elle combat aussi le sentiment de culpabilité ressenti par la famille d'un malade qu'il a fallu conduire de force à l'hôpital.

L'intervention médico-sociale s'applique enfin aux institutions elles-mêmes, aux services sociaux non spécialisés et aux autorités qui désirent connaître quelle attitude adopter dans tel ou tel cas. Trop souvent encore, c'est un conseil ou un avis péremptoire qu'il faut donner sans être consultés, car les mesures prises à l'égard d'un patient sont insuffisantes, voire nocives.

Si le psychiatre traite un patient ou conseille ceux de son entourage qui s'adressent à lui, l'assistante sociale collabore donc essentiellement avec des groupes (scolaire, familial, professionnel, social), avec des services sociaux et d'autres instances: gérances, commerçants, assurances, assistance, etc. Nous verrons que ce n'est pas sans risques.

### **Qu'attend le médecin de l'assistante sociale ?**

L'enquête sociale qu'il demande parfois ne doit être menée qu'avec l'assentiment du patient. Cette enquête sert d'une part à déterminer les possibilités d'adaptation de l'usager dans son milieu, d'autre part à évaluer la qualité, les réactions et la capacité d'adaptation de ce milieu à la maladie et au malade. L'assistante sociale prend tout d'abord contact avec le patient et choisit ses sources de renseignement avec lui.

Sur la base des faits recueillis, le service social doit rechercher et éliminer les causes de conflits possibles. Entre autres, il fait tolérer à l'entourage certaines excentricités ou même des récidives parfois pénales que la répression n'empêche pas. Tout conflit ne peut être résorbé : un caractériel ne peut pas cesser de mentir ou de voler, s'il en a pris l'habitude ; il ne peut pas maîtriser ses explosions colériques. Par contre, un entourage éclairé lui évite les occasions de mentir, de voler ou de se mettre en colère. Il en est de même des débiles mentaux qui ne dominant pas leur ruse ou leur agressivité. Placés chez des tiers patients, bons et fermes, qui ne jugent ni ne condamnent, ces patients sont parfois capables d'un travail régulier. Ils n'ont plus à se défendre contre une société qui les élimine, lorsqu'elle ne les absorbe pas.

Le médecin demande surtout à l'assistante sociale de respecter la personne de son patient. Il exige d'elle une discrétion absolue dans ses démarches. Il préfère qu'elle renonce à l'enquête, plutôt que de courir le risque de troubler la relation de confiance médecin-malade et assistante sociale-usager.

### **Qu'attend du médecin l'assistante sociale ?**

Des usagers lui sont signalés qui ne veulent ou ne peuvent venir en consultation. Elle attend du médecin qu'il l'éclaire sur les causes de tel ou tel comportement dissocial, qu'il la prépare à suivre à domicile, puisque lui-même ne se déplace pas, ceux dont l'état ne nécessite pas une hospitalisation. Certains malades doivent être vus plusieurs fois à domicile avant d'accepter la consultation. Leur « cas » est peut-être diagnostiqué une fois pour toutes et leur traitement ne revêt pas d'intérêt pour le médecin ; celui-ci a toutefois sur eux une action bienfaisante, car « Le Médecin » rassure ou ordonne et ses prescriptions sont basées sur la Science, que respecte l'opinion publique et plus encore le malade souffrant.

Certains malades dissimulent leurs idées malades : l'assistante sociale demande au praticien qui est parfois un médecin « officiel » de les examiner non seulement en fonction de leur état présent, mais du comportement constaté par le milieu. Il est possible qu'elle se trompe et que le milieu soit malade : là encore, les explications du médecin lui seront utiles.

Il faut admettre encore qu'un patient ne vit pas seul. En voici un exemple: M<sup>me</sup> B. peut être maintenue, quoique délirante, dans le milieu familial; mais ses enfants sont induits et vouent à leur entourage la même méfiance. Qui vaut-il mieux préserver?

Tel patron est convaincu de garder un employé malade: n'oublions pas qu'il compromet peut-être sans le savoir le calme et la sécurité même de son atelier. L'assistante sociale se fait alors l'avocat de la sécurité publique, apparemment contre l'intérêt de l'usager: elle demande au médecin de comprendre que la santé des usagers indirects qui forment l'entourage est en danger et que le patient encourt des vexations et des échecs.

Enfin, lorsque le patient vient en consultation pour des maux imaginaires ou pour se plaindre éternellement des mêmes ennuis familiaux, il est souhaitable qu'il soit écouté avec patience et crédulité. Le médecin peut user de son pouvoir magique – ne serait-ce que par un placebo – pour calmer l'inquiétude et l'abandon de ces «plaignards» qui demandent chroniquement de l'aide. Le patient insatisfait incommode d'autant plus sa famille ou ses voisins. Il réagit parfois en avalant des produits toxiques ou en prenant un bain de pieds glacé.

L'assistante sociale souhaite aussi que le médecin tolère son incapacité devant certains problèmes. Le malade se présente à lui comme un individu, tandis que le travailleur social se heurte davantage aux circonstances de l'individu qu'à lui-même. Il se meut par excellence au milieu de familles et de groupes qui deviennent dans leur ensemble ses usagers. Il tend alors à l'intégration sociale de la famille et à celle du groupe, autant qu'à celle du premier usager.

## Les obstacles à la médecine sociale

### 1. *L'usager lui-même*

L'usager présente en soi des limites. Il les accepte en général vis-à-vis du médecin qui intervient sur sa souffrance. Par contre, il n'aime pas que sa famille, son patron ou des amis les lui fassent sentir. Ceux-ci forment *la société*, une société souvent étrangère ou opposée à la liberté individuelle et surtout à la liberté de n'être pas «normal». Or le service social traite l'usager en fonction de cette société, donc de l'entourage journalier. Il leur est assimilé et ses interventions courent le risque d'être rejetées comme les conseils des proches.

### 2. *Les institutions*

Le «médecin social» et «l'assistante médico-sociale» s'identifient plus que d'autres, peut-être, à l'usager lorsqu'il s'insurge contre l'Autorité et l'Assistance (avec un grand A), la Politique, la Police et la Justice.

### **Contact avec l'administration**

Les lois et les règlements nous permettent de vivre en collectivité. Ils sont là pour la sécurité et l'ordre publics et nous concernent nous aussi. Dans son intervention, le service médico-social s'attache donc à en expliquer les modalités, les rouages et la nécessité à l'usager révolté ou aigri. Il le prépare à affronter un guichet et une audience ou à répondre à un questionnaire apparemment fastidieux. Il l'encourage à faire une démarche personnelle pour mettre dans son contact avec l'administration une note humaine et un visage, plutôt qu'un papier souvent mal rédigé.

### **Le secret médical et social**

Les autorités ou les représentants de l'ordre et du bien publics, qu'ils soient politiques, économiques, syndicalistes, religieux ou sociaux, n'ont pas toujours les mêmes critères d'appréciation que le service médico-social psychiatrique. Dans leur effort pour faire entrer l'usager et son problème dans un cadre, un budget ou un règlement, ils ne peuvent respecter ni les aspirations, ni les besoins de chaque individu. Ils s'entourent d'un nombre et d'une qualité de renseignements qui posent, aux collaborateurs occasionnels que nous sommes, des problèmes d'éthique professionnelle très importants: le respect du secret médical et du secret social ainsi que le secret du dossier, même si les renseignements qu'il contient sont de notoriété publique. Il faut reconnaître que cet obstacle à la collaboration médico-sociale est sérieux.

Le médecin est préservé des indiscretions – encore que ses expertises sont souvent utilisées à des fins imprévisibles dans des procès en divorce, par exemple. L'assistante sociale, par contre, entre en contact avec des groupes, comme nous l'avons vu plus haut; elle est journallement placée devant la question suivante: peut-elle orienter tel ou tel représentant de l'autorité, ou tel employeur, sur le fait même qu'elle intervient pour un usager? Les renseignements qu'elle donne servent peut-être celui-ci dans l'immédiat, mais peuvent par la suite lui faire grand tort.

Ne nous étonnons donc pas de la réticence des milieux médicaux à l'égard de la collaboration médico-sociale. Les services sociaux ne peuvent unanimement ni intégralement, puisque beaucoup sont nantis d'un mandat impératif, respecter la personne de l'usager. Combien n'entreprennent aucune démarche ou ne déposent aucun rapport sans avoir, d'une part, clairement exposé à l'intéressé la nécessité, le pourquoi et la nature de cette démarche ou de ce rapport, et, d'autre part, sans avoir obtenu son accord?

### **Paternalisme et moralisme social**

Les autorités et les institutions d'assistance portent parfois sur leurs bénéficiaires des jugements de valeur ou s'immiscent dans leurs affaires privées:

leurs enquêteurs demandent des renseignements dépassant le cadre des données nécessaires à la rédaction de leur rapport (la nature de la maladie, par exemple). La maladie ou l'infirmité semblent devoir être un «laisser-passer» pour plus de tolérance et de largeur d'esprit; or une vieille dame à l'estomac rétréci qui se contente de peu et un corpulent épileptique qui passe pour paresseux sont l'objet des mêmes normes: fr. 90.- par mois pour vivre. Telle obèse peu travailleuse – et pour cause – doit se faire des grillades avec cette même somme. Des parents débiles mais affectueux, et ceux qui «oublent» leur enfant sont classés dans la même catégorie, «incapables»; le service chargé du droit de garde ne se soucie guère de leurs attaches. Parfois un délinquant névrosé et amendable doit d'abord «payer» la faute, comme un récidiviste impénitent, même s'il n'est pas entièrement responsable; le traitement médical ordonné par la suite risque fort d'échouer.

Beaucoup de principes aussi sont évoqués pour maintenir en équilibre certaines familles-problèmes, telles qu'on en voit parmi les cas d'assistance chronique. Un père profère des menaces ou commet quelque indécatesse: aussitôt sa famille est indirectement punie par la réprobation morale et peut-être le refus d'aider. L'union libre, solution de pis-aller là où le mariage est impossible, donne ici un cadre de vie affective aux enfants d'un époux; cette situation sitôt connue la «mauvaise mère» se voit couper tout secours.

Enfin, M<sup>me</sup> X., mère de jumeaux, est enceinte, ce que son mari n'accepte pas. Elle demande l'interruption de sa grossesse qu'aucun danger n'autorise le médecin à approuver. Il suffirait en effet d'alléger les soucis financiers de ce foyer. Mais les revenus amputés d'un cinquième par l'achat de meubles à tempérament dépassent les normes d'intervention de l'assistance publique ou privée.

Devant un certain nombre de situations, l'assistante sociale se trouve donc démunie. Après une série impressionnante de démarches, elle s'entend parfois dire: «l'enquête n'est pas terminée», «le dossier est à l'étude», «les crédits sont limités», «le règlement est le règlement», «tous les assistés sont à la même enseigne», «ce ne sont pas des gens intéressants», etc.... Or il s'agit en général de cas où l'assistance devrait être immédiate pour soulager et une «future prise en considération» ne calme pas l'angoisse.

Ces réponses, nous les supportons mal, d'autant plus que certains services demandent des certificats médicaux et des renseignements sociaux renouvelés dont ils ne tiennent parfois pas compte. Faut-il s'étonner que nos patients les supportent moins encore et qu'ils soient désagréables lorsqu'il leur est répondu derrière un guichet public, devant lequel écoutent d'autres personnes «qu'on va examiner la question», ou «qu'il faudrait bien savoir pourquoi il ne travaille pas», que l'on met en doute la gravité de la maladie ou «qu'on vient trop souvent»?

## Nos limites

Elles existent non seulement parce que nous manquons de temps, qu'il y a trop d'usagers ou que le marché du travail est défavorable: ce pourraient être des excuses. Nos limites viennent plus souvent de notre agressivité à l'égard d'un « vieil embêtant », d'une caractéristique instable, d'un « mou éternel » ou encore d'un incorrigible satisfait de lui-même dont tout le monde se plaint. Nous croyons aussi voir des limites dans certaines institutions. Il a suffi d'un échec avec l'une ou l'autre, à une occasion, pour juger définitivement de son incapacité. Peut-être l'avons-nous mal renseignée ou au contraire lui avons-nous demandé des services qui n'étaient pas de sa compétence.

Nous aimons aussi être rassurés sur la qualité de notre travail: devant l'anormalité de nos usagers ou de leur situation, nous sommes tentés d'exiger de la société et des institutions humaines qu'elles s'y adaptent sans limites alors que nous acceptons les limites de nos patients, parce que tel est notre travail.

## Possibilités de la médecine sociale

Le service social psychiatrique de Cery et Lausanne bénéficie de privilèges incontestables grâce à la compréhension des médecins qui encouragent l'évolution du service social et le perfectionnement des assistantes sociales. Celles-ci peuvent participer aux rapports et colloques psychiatriques, aux cycles d'études et aux séminaires organisés localement ou sur les plans national et international.

Le service social intégré dans l'action médicale peut à son tour contribuer à intégrer la médecine dans l'action sociale. En intéressant le praticien au sort familial ou professionnel du patient qu'il a traité à l'hôpital ou ambulatoirement, en faisant part d'observations basées sur un certain nombre de situations sociales, il enrichit à son tour la médecine d'une contribution scientifique. Il participe aux travaux de recherche ou en organise lui-même. L'action médico-sociale dépasse alors le cadre des assurances, des services d'hygiène ou des maladies dites sociales; au delà de l'usine, de l'école et de la prison, elle intervient lorsque l'homme malade cesse d'être seul pour le protéger contre lui-même ou contre la société et pour adapter les lois de la communauté à l'intérêt réel de l'individu, en modifiant parfois des attitudes morales séculaires (sort de l'enfant illégitime ou traitement des délinquants, par exemple).

Si cette évolution nous paraît positive pour le service social, elle ne va pas sans certains risques. L'art médical repose sur des siècles de recherches et d'expériences; même si l'autorité du médecin n'est guère contestée celui-ci n'a guère d'occasions de s'initier aux problèmes médico-sociaux au cours de ses études. Les compétences de l'assistante sociale, par contre, ne sont

pas encore bien délimitées. Sa profession n'est pas protégée dans ce pays où n'importe qui, ou à peu près, peut faire du « travail social ». L'assistante sociale aimerait voir assurer sa liberté de diagnostic et de traitement social, mais elle n'offre pas encore des garanties équivalentes à celles du praticien.

## Conclusions

Nos expériences en matière de médecine sociale seraient donc encourageantes s'il n'y avait pas l'ombre traditionnelle: chacun n'est pas apte à jouir de sa liberté. Certains ne se sentent pas malades ou ne veulent pas se soigner; d'autres ne distinguent pas le bien du mal, car leurs facultés d'appréciation sont émoussées. En les protégeant contre eux-mêmes et en protégeant la société malgré eux, le service social psychiatrique leur rend indirectement service, car la société ne tolère pas longtemps les écarts; sa justice et son traitement sont plus rigoureux que l'intervention médico-sociale. Celle-ci, dans ces occasions, est à double tranchant et nous en sommes conscients.

La plupart des services médico-sociaux de Suisse et de l'étranger vivent l'évolution décrite ici. La médecine, sortant de ses fioles et de l'organisme humain, considère l'homme dans sa totalité, avec ses attaches et ses besoins sociaux. A l'opposé, le service social se dépouille d'une optique essentiellement collective. Il renonce à placer les enfants dans des dortoirs de 10 à 12 lits. Il préfère tolérer le taudis plutôt que supprimer les liens affectifs. Il évite de grouper les anormaux et les asociaux dans des asiles monumentaux. Il aimerait laisser les vieillards à leurs habitudes plutôt que de les assembler dans des institutions. Il accepte même qu'un individu refuse sa collaboration.

Il doit s'adapter à de nouvelles fonctions. Cela ne va pas sans tâtonnements ni erreurs; il intervient parfois trop hardiment ou au contraire néglige la gravité d'un cas. Les médecins comprennent heureusement qu'au delà de ces erreurs, les travailleurs sociaux percevront mieux la complexité de leurs interventions respectives.

La médecine sociale s'applique donc comme toute autre discipline à donner à l'homme sa pleine capacité. Le médecin est le spécialiste de son adaptation psychosomatique tandis que l'assistante sociale est le « spécialiste », grâce à quelques techniques récemment acquises, de son adaptation sociale. A la différence toutefois des autres disciplines, la médecine sociale s'adresse à l'individu atteint, qu'il le sache ou non, dans son intégrité et paralysé dans ses possibilités de libération, en face d'une société qui tend à supprimer l'individualisme.

## Résumé

L'intégration du service social psychiatrique vaudois dans l'action médicale est facilitée par l'attention qu'accordent les médecins au travail d'équipe. De son côté, en intéressant le praticien au sort familial, professionnel et social du patient traité à l'hôpital ou à

la Polyclinique, le service social contribue à intégrer la médecine dans l'action sociale et l'enrichit de recherches scientifiques. La médecine sociale dépasse alors le cadre des assurances, des services officiels de santé et des maladies dites sociales; elle intervient lorsque le malade n'est plus seul, pour le protéger contre lui-même ou contre la société, et pour adapter celle-ci à son but: épanouir la personnalité de chaque individu.

La rencontre de la psychiatrie et du service social permet de déterminer à qui s'applique l'intervention médico-sociale, et ce qu'attendent respectivement médecin et assistante sociale l'un de l'autre. Cette évolution se heurte à quelques difficultés: les limites psychiques des usagers du service social, la structure de certaines institutions ou les règles de l'administration; dans son travail au milieu des groupes et de la constellation familiale et professionnelle, l'assistante sociale se heurte au danger d'effritement du secret médical et social. Sa profession n'est pas protégée encore.

### *Zusammenfassung*

Im Waadtland wird die Eingliederung des psychiatrischen Fürsorgedienstes in die medizinische Behandlung durch die Aufmerksamkeit, die die Ärzte der Gruppenarbeit widmen, erleichtert. Indem der Arzt auf die familiären, beruflichen und sozialen Verhältnisse des im Spital oder in der Poliklinik behandelten Patienten aufmerksam gemacht wird, trägt der Fürsorgedienst dazu bei, die Medizin in die Fürsorge einzugliedern und bereichert sie durch wissenschaftliche Forschungen. Die Sozialmedizin wächst damit über die Gebiete der Sozialversicherungen, der öffentlichen Gesundheitsdienste und der Volkskrankheiten hinaus; sie greift ein, sobald der Kranke nicht mehr allein ist, um ihn vor ihm selber oder vor der Gesellschaft zu schützen, und um diese seinem Ziel anzupassen, nämlich der freien Entwicklung der Persönlichkeit jedes einzelnen.

Das Zusammentreffen von Psychiatrie und Fürsorge gestattet festzulegen, wo das medizinisch-soziale Eingreifen angebracht ist und was Ärzte und Fürsorgerinnen gegenseitig voneinander erwarten. Diese Entwicklung stößt auf einige Schwierigkeiten: die psychischen Grenzen des Fürsorgeschützlings, die Struktur gewisser Institutionen oder die Vorschriften der öffentlichen Verwaltung; durch ihre Arbeit in Gruppen, in Familien- oder Berufskreisen, läuft die Fürsorgerin Gefahr, das Ärzte- oder Berufsgeheimnis zu verletzen. Ihr Beruf ist noch nicht geschützt.

## **Psychologische Menschenkenntnis**

Von *Friedrich Liebling*, Zürich.

### **Astrologie – Physiognomik – Testmethoden**

Die Bedeutung der Menschenkenntnis für das Leben des einzelnen wie der Gesamtheit wird kaum in Zweifel gezogen werden können. Gewiß hat jede Art von menschlicher Einsicht einen bestimmten Wert, aber das Verständnis für die seelischen Reaktionen des Mitmenschen erhält seinen besonderen Rang dadurch, daß es unmittelbar unsere Lebensführung beeinflußt. In fast allen Situationen unseres Lebens sind wir darauf angewiesen, andere Menschen zu erkennen und zu verstehen. Die soziale Natur des Menschen bedingt, daß jede seiner Daseinsäußerungen auf Mitmenschen bezogen ist und demgemäß unter der Forderung steht, andere Menschen richtig zu erfassen und zu beurteilen. Um einen Naturvorgang sinnvoll zu verwerten, muß man in der Lage sein,