

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**



Université d'Oran

**Faculté des Sciences
Sociales**

**Département de
Sociologie**

Magister en Sociologie de Travail et d'Organisation

**L'IDENTITE PROFESSIONNELLE DE
L'ASSISTANTE SOCIALE DE L'ESPACE
SANITAIRE DE LA WILAYA D'ORAN**

Présentée par :

Melle Belkacem Karima

Dirigé par :

Mr DERRAS OMAR

MEMBRE DU JURY :

PR HADJIDJ EL DJOUNID

Président

Mr DERRAS OMAR

Directeur de mémoire

Mr YALAOUI AHMED

Membre de jury

Mr ADDA BOUDJLAL

Membre de jury

2013-2014

Dédicaces

A la mémoire de ma mère, qui ne fait plus partie de ce monde.

A mon cher père

A mes sœurs, Rahmouna –Souad, Soria – Nawel,

A mes frères Houari, Bouabdellah , Sofiane

*A la mémoire de ma tante Saliha, de mes oncles Mouloud et Chaâbane, morts
à la fleur de l'âge des suites du diabète.*

*A tous ces êtres chers qui nous ont quittés et dont le souvenir est resté vivant,
gravé à jamais dans nos cœurs.*

Remerciements

Je tiens à remercier Mon directeur de mémoire le professeur

DERRAS OMAR

Pour sa présence, son accompagnement, son soutien sans relâche, ses orientations, ses critiques, ses remarques avisées m'invitant sans cesse à la réflexion. Qu'il soit assuré de ma gratitude et mon profond respect.

AUSSI

Ceux et celles, Patients et Assistantes Sociales des espaces sanitaires enquêtés, qui sont au cœur de cette recherche et que je ne peux ici nommer dans le souci de préserver leur anonymat. Je leur adresse mes remerciements les plus sincères.

SOMMAIRE

L'identité professionnelle des Assistantes Sociales de l'espace sanitaire

Introduction générale :07

Première Partie

Quelques repères historiques de la Profession d'assistante sociale

En Algérie

Introduction37

Chapitre n°1 : La période coloniale

1.1 L'Assistance Familiale..... 38

1.2 L'Assistance religieuse 39

1.3 L'Assistance de l'Etat Français41

1.4 La formation de la première assistance sociale Algérienne.....43

1.5 Les Actions Sociales Françaises en faveur des familles algériennes..... 44

1.6 Les auteurs des actions sociales françaises.....45

1.7 La Contribution des Moudjahid êtes50

Chapitre n°2 : La période Post Indépendante

2.1 Les interventions des Assistantes Sociales le modèle médical toujours dominant.....53

2.2 Le rôle des Assistantes Sociales dans la lutte contre la tuberculose.....54

2.3 Des actions sociales en continuité55

2.4 Des coopérants pour la formation en service Social.....56

2.5 La réforme des études d'assistante sociale.....57

2.6 Une manière temporaire d'exercer : Les faisant fonction 'Assistante Sociale'58

2.7 Nouvelles missions pour les Assistantes Sociale..... 61

2.8 Assistantes Sociale en mission de sensibilisation.....63

2.9 Assistante Sociale à la Commission Médicale 64

Chapitre n°3 : De 1986 à nos Jours

3.1 Répercussions de la crise économique sur le corps professionnel des Assistantes.....	65
3.2 Nouveau Tutelle pour nouvelle formation de nouvelle professionnelle.....	68
3.3 La formation des assistantes sociale lancée de nouveau en urgence.....	69
3.4 Des services sociaux impuissants et inadaptés.....	70
3.5 Quand le terrorisme paralyse l'assistante sociale.....	71
3.6 Des tentatives pour le Référentiel Métier 'Assistante Sociale'	72
3.7 A présent. Un métier en question.....	76
Conclusion.....	77

Deuxième Partie

Identité pour soi

Chapitre n°1 : La socialisation des assistantes sociales

1.1 Le mode d'accès à la profession.....	79
2.2 La formation professionnelle	88

Chapitre n° 2 : les activités de l'assistante sociale de l'espace sanitaire

Introduction.....	99
2.1 Une réponse ponctuelle	101
2.2 Les contraintes.....	102
2.3 La nostalgie du passé	103
2.4 La réalité socioprofessionnelle amère et frustrant.....	106
2.5 Une identité professionnelle perdue	108
2.6 Décalage entre la formation et la réalité socioprofessionnelle.....	109
2.7 L'interrogation à présent	110
2.8 Une profession dévalorisée.....	105
2.9 Sentiments.....	112
Conclusion.....	115

Troisième Partie

Identité pour autrui

Chapitre n°1 : Les assistantes sociales en rapport avec les autres

Introduction.....117

Section n°01 : *Les rapports aux usagers*

Introduction.....119

1.1 Une population ciblée et diversifiée..... 120

1.2 La relation psychosociale valorisée..... 122

1.3 Attitudes et comportements des usagers..... 125

Section n°02 : *le rapport au démarcheur*

Introduction..... .127

1.1 La nomination du démarcheur.....128

1.2 Les perceptions des Assistantes Sociales.....129

1.3 Le comportement des Assistantes Sociales.....131

1.4 Le démarcheur dérange..... . 133

1.4 Les enjeux..... ..134

Section n°02 : *le rapport à la direction de l'hôpital*

Introduction..... 136

1.1 Des réclamations, et Toujours en situation d'attente..... 137

1.2_Manque de soutien et d'aide..... 138

1.3_La politique de l'Etat en question.....139

Conclusion.....142

Chapitre n°2 : Les représentations des malades vis-à-vis de l'assistante

Introduction..... 145

1.1 Description de l'étude..... 146

1.2 Lecture et analyse de résultats..... 151

1.3 Conclusion de l'étude..... 185

Conclusion générale..... 187

Bibliographie..... 190

Annexes 201

Introduction générale

1- Problématique et Considérations Contextuels

1.1. Choix du sujet

L'étude suivante s'appuie sur notre recherche antérieure entamée dans le cadre de mémoire de licence portant sur l'assistante sociale de la formation sanitaire. Cette étude a mis en exergue un ensemble de résultats entre autre, la méconnaissance et la non reconnaissance du travail social par la société et l'ambigüité du rôle de l'assistante sociale dans l'esprit et les mentalités des patients et les responsables de l'espace sanitaire. Elle nous a permis d'appréhender de près la catégorie Socio professionnelle des assistantes sociales et nous a offert plusieurs perspectives de recherche notamment la question de *l'identité professionnelle*.

1.2. Objectifs de l'étude

En portant notre regard sur l'assistante sociale du secteur sanitaire nous proposons de :

- 1/ Identifier les caractéristiques du métier de l'assistante sociale de la formation sanitaire.
- 2/ Dresser un état de lieu de la profession d'assistante sociale au sein de la formation sanitaire et présenter une image comme perçue au terrain.
- 3/ Déterminer le rôle de l'assistante sociale dans son espace professionnel en tenant à être au plus près de son discours et de ses pratiques.

1.3. Questionnement et Intérêt de l'étude

L'intérêt pour cette question trouve son origine dans le constat suivant :

Les assistantes sociales du secteur sanitaire sont partie intégrante de l'équipe sanitaire. Elles interviennent dans l'action sociale qui doit compléter efficacement l'aide purement médicale dans l'objet de promouvoir le « bien être social des malades »¹. Au lendemain de l'indépendance de l'Algérie, elles étaient appelées en renfort pour exécuter des tâches de soins. Elles ont joué un rôle important en matière d'éducation sanitaire, dans les domaines urgents tels que la lutte contre les maladies transmissibles, le paludisme et la vaccination obligatoire de tous les enfants pour parer au plus pressé et répondre à la situation de crise comme nous l'explique cette assistante sociale :

«Il y'avait une priorité Oui et Non, c'était l'après guerre nous avons hérité de la souffrance, beaucoup de maladies, c'était un contexte un peu particulier, il y avait beaucoup de familles à assister, c'était les problèmes du moment et le rôle de l'assistante sociale était très important, très incontournable ; la vaccination, le travail préventif ; le suivi, l'orientation et l'information. L'Algérie sortait d'une guerre et rentrait dans une autre guerre ».
(Informateur privilégié, Chef de service de Solidarité à la Direction de la santé D.D.S. Promotion 1966).

Durant les années 70, avec la promulgation de l'ordonnance relative à la gratuité de soins loi N°73-65 du 26 Décembre 1973 la Santé reste au rang des priorités de l'Etat et la couverture médicale et sanitaire atténuait les inégalités des citoyens devant la santé et leur procurait des soins à l'étranger avec une entière prise en charge. Pour ce faire des assistantes sociales sont formées sur le tas pendant 06 mois par les caisses de sécurité sociales dans le but d'assurer

¹ Déontologie professionnelle et formation de l'assistant de service social. Par : le comité national des écoles de service social (CNESS). Paris

l'aide administrative et l'accompagnement des malades transférés pour soin à l'étranger.

Par ailleurs, des assistantes sociales étaient embauchées dans les dispensaires pour la prise en charge des malades tuberculeux, (l'épidémie de l'époque). Écoutons cette assistante stagiaire à l'époque au centre pour la prise en charge des malades Tuberculeux :

« Dans le centre il y avait des malades tuberculeux Hospitalisés, encore stagiaire en compagnie de l'assistante sociale du centre, je faisais la visite à domicile pour voir les conditions de vie de la famille,(l'humidité dans la maison).Je rédigeais un rapport pour appuyer la demande de logement de la famille ; on faisait le dépistage, l'éducation sanitaire , on expliquait aux familles qu'il faut isoler le malade , on demandait aux autres membres de se présenter au centre pour l'examen clinique (Radio,). Le médecin prescrivait et donnait le traitement et moi j'étais chargée du suivi des malades (rendre des visites à la maison, voir s'il prend correctement son traitement, je donnais des conseils à sa famille, c'était une belle époque, je m'en souviens très bien d'ailleurs ». (Entretien N° 06)

Avec les débuts des années 80 et la création du Ministère de la protection sociale avec sa tête madame Zhor Ounissi ; les services sociaux vont connaître une extension pour toucher d'autres catégories sociales. Ainsi l'assistante sociale voit élargir son champ d'intervention. Observons ce témoignage : *« Avec les années 80 on avait commencé à étendre nos actions en dehors de l'assistance publique. Au départ, seuls les enfants abandonnés étaient pris en charge, par la suite, des activités polyvalentes sont venues enrichir la profession (prise en charge des handicapés, les aveugles, les sourds muets, l'ouverture des centres pour la rééducation des enfants en danger moral. On a essayé de toucher à toutes les catégories sociales se trouvant dans le besoin ».*

(Informateur privilégié, Chef de service de Solidarité à la D.D.S. Promotion 1966).

A partir de 1986, à la suite de la baisse brutale du prix de pétrole dans le marché mondial ; des réformes furent mises en place dans plusieurs secteurs particulièrement dans le domaine de la santé et le planning familial. L'Algérie connaissait une croissance démographique l'une des plus élevée du monde avec un taux de 3,2%². Ainsi, l'assistante sociale était sollicitée pour participer aux opérations de sensibilisations conduite auprès des familles à côté de la sage femme et le médecin. Observant le témoignage de cette assistante sociale qui nous évoque son expérience :

«Entre 1984-1987 vue les statistiques galopantes en croissance démographique, les pouvoirs politiques ont constaté la montée en flèche des taux de natalité. Ils ont décidé d'organiser des campagnes de sensibilisations. A cette époque ; j'exerçais sous l'égide de la direction de l'action sociale, j'étais chargée avec une équipe de (médecin et sage femme) de ce travail. On a commencé par la ville où nous avons organisé des rencontres avec les femmes pour donner des explications et distribuer les produits contraceptifs, c'était encore délicat à l'époque, il fallait convaincre les femmes pour que l'opération réussisse. Aussi, avec les gens d'assainissement et de la prévention, je me suis déplacée dans les villages et les douars pour poursuivre l'opération de sensibilisation ; parler avec les femmes les mettre en confiance : Croyez, moi j'étais surprise de l'attitude des gens et des résultats, on a bien travaillé, les femmes demandaient des explications, cherchaient à comprendre, j'étais vraiment surprise ». (Informateur privilégié, Chef de service de la Solidarité, ex assistante sociale, Promotion 1966).

²- Ali El Kenz , *Au fil de la Crise* , 05 Etudes sur l'Algérie et le Monde Arabe, Entreprise Nationale du livre , 2^{ème} Edition augmenté. p 62-65.

A partir de 1995, on assiste, à l'annonce de la fin de la gratuité de soin et l'obligation de participation des citoyens aux frais sanitaire. Ainsi, le système sanitaire qui a toujours procuré des services gratuits pour toute la population est incapable de couvrir les frais sanitaires et de répondre aux besoins et aux demandes multiples, ce qui pousse les ménages à contribuer pour l'amélioration de leur santé. A cet effet, les dépenses de santé par habitant, ont connu une évolution importante, elles ont été multipliées par sept pour la période 1995 à 2011.³

Par ailleurs, Avec l'ampleur de la crise sécuritaire et économique, on assiste à une situation sanitaire critique caractérisée par la détérioration de l'état de santé des populations, nous l'explique Abdelkrim Soulimane dans un article sur la promotion et l'éducation pour la santé (2008, p.35-38). Une simple visite d'un «profane» dans un hôpital suffira pour constater que l'accès aux soins n'est pas toujours garanti et la qualité de la prise en charge n'est pas à envier. C'est aussi l'avis de spécialistes qui émettent un avis négatif, avec l'apparition de nouvelles maladies chroniques et mentales qui ne fait que se confirmer.⁴Le même constat est souligné par le docteur Mohamed Boudarene qui fait l'évaluation suivante de la situation sanitaire. « *L'état de santé de notre système sanitaire, est mauvais. Nous ne savons pas si la médecine est gratuite ou pas dans ce pays. Le service public est obsolète et ne répond pas aux normes élémentaires pour une prise en charge digne du malade. L'accès aux soins est quelques fois impossible, Notamment pour tout ce qui a trait à la chirurgie*⁵.

³ Lila ziani Mohamed ACHOUCHE 'analyse des dépenses de sante en Algérie' *Colloque International - Cinquante ans d'expériences de développement Etat -Economie-Société.*

⁴ Aissa Merah. L'information sur la santé en Algérie. Etude d'une expérience réussie mais isolée *Article inédit. Mis en ligne le 26 mars 2009.*

⁵ Oufriha F.Z. : *Système de santé et population en Algérie*, édition ANEP, 2002. p107.

A présent, l'Algérie connaît des mutations démographiques caractérisées par l'augmentation progressive des personnes âgées avec un taux de 6,6 % en 1998 (1 929 000) à 7,1 % en 2003 et à 9% en 2010, ce qui traduit le vieillissement de la population et les nouvelles pathologies que celui-ci entraîne⁶.

Épidémiologique, avec l'émergence et le développement des maladies non transmissibles notamment les maladies chroniques qui nécessitent des prises en charge de long terme.

Sociales, avec l'apparition de nouveaux codes relationnels, et l'extension des phénomènes sociaux tels que les mères célibataires et les enfants abandonnés, et les parents délaissés. D'où la nécessité d'adapter aujourd'hui les services d'assistance à cette nouvelle réalité sociale.

Alors, dans cette nouvelle posture ; qu'en est-il réellement des services sanitaires sociaux ? Une question vient alors se greffer à la première « Que font concrètement les assistantes sociales de l'espace sanitaire en poste pour participer à cette avancée ?

Ainsi, une étude sur l'évolution importante du métier de l'assistante sociale en secteur sanitaire s'impose avec acuité pour approfondir certains aspects liés notamment à l'identité professionnelle de ce corps.

⁶ Lila ziani Mohamed ACHOUCHE 'analyse des dépenses de sante en Algérie' *Colloque International ; Cinquante ans d'expériences de développement Etat -Economie-Société.*

Il s'agit en fait, de comprendre et d'analyser les pratiques et les perceptions des assistantes sociales vis-à-vis de leur profession d'où le questionnaire formulé comme suit :

Compte tenu des évolutions dans les quelles s'inscrivent la société algérienne. Comment l'assistante sociale du secteur sanitaire assure t- elle la prise en charge des malades qui recourent vers elle ? Comment elle se représente cette prise en charge ?

1.4. Hypothèses de l'étude

Pour répondre à notre questionnaire, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

1- Les mutations connues par la société Algérienne ont permis la redéfinition et la révision du rôle de l'assistante sociale au sein de la formation sanitaire.

2- Dans le contexte des évolutions sociales. L'assistante sociale de la formation sanitaire est appelée à déplorer ses ressources, à savoir, son savoir faire et savoir être pour répondre efficacement aux besoins formulés par la société.

3- Dans le cadre général de la mutation de la société algérienne, l'assistante sociale de l'espace sanitaire se retrouve impuissante. Alors, elle s'interroge sur le devenir de son métier, sur sa position et son utilité dans le milieu sanitaire.

2- Considérations d'ordre Théorique

2.1. Approche théorique :

La catégorie socioprofessionnelle des assistantes sociales en Algérie est sous analysée et n'a pas fait l'objet de travaux de réflexions antérieurs de sociologues ou d'anthropologues à part quelques rares publications (articles de presse) d'assistantes en poste et de mémoires de fin d'études.

En revanche, la question du service social, de l'action sociale, du travail social et de l'assistante sociale a été abordée par plusieurs sociologues, anthropologues et des travailleurs sociaux en France.

A cet effet, l'ouvrage de Jean François Garnier qui dans un essai anthropologique se propose d'élaborer une « forme » voir une structure de référence, un « modèle » un « idéal type » concept emprunté à Max Weber à partir d'une analyse de la constitution historique du processus de la professionnalisation des assistantes sociales en rupture avec les modèles précédents.

Nous nous référons aussi, à la thèse de Jeannine Vers des Leroux intitulée « Le Travail Social » (1978) qui se situe dans la veine sociologique des travaux de Bourdieu et de J.C. Passerons (la Reproduction). Pour J.V ; l'assistante sociale est la souche mère de toutes les professions sociales.

Depuis les années soixante dix et jusqu'à nos jours, cette question fait toujours en France l'objet de multiples travaux de réflexions de nombreux auteurs et spécialistes qui s'interrogent sur :

1. le devenir du travail social et de la profession d'assistante dans le cadre général du développement et de la mutation de la société Française.
2. Sur l'origine dit du « malaise » vécu par cette profession.
3. Sur l'histoire, l'évolution, et la spécificité de la profession d'assistante sociale, voir même sa raison d'être.

2.2. Posture de recherche :

Interroger la question de l'identité professionnelle des assistantes sociales de l'espace sanitaire, implique un détour par les travaux sociologiques ayant traité le thème de l'identité au travail. Ainsi ; notre perspective de recherche s'appuie principalement sur les travaux de deux auteurs de l'approche interactionniste : Claude Dubar ; *Socialisation et Construction des Identités Professionnelles* 1996) et (Hervet Hughes ; *Men In Their Work* 1958).

Pour Dubar (2000, p. 95) : « Les identités professionnelles sont des manières socialement reconnues, pour les individus, de s'identifier les uns les autres, dans le champ du travail et de l'emploi. » Le sentiment d'identité professionnelle résulte des interactions développées via l'emploi. Selon lui, la construction de l'identité se fonde sur l'articulation entre deux formes de transaction, une transaction objective (avec les autres, l'identité attribuée) et une transaction subjective (avec soi-même, l'identité professionnelle pour soi) (Dubar 2002). Dans la transaction objective (ou externe), l'individu tente d'assimiler les attentes de rôles (identité pour autrui) au soi idéal (identité pour soi) ; cette transaction peut se traduire par une reconnaissance ou une non reconnaissance.

La transaction subjective (ou interne) peut avoir deux issues : une continuité ou une rupture entre identité héritée et identité visée, un décalage entre la définition de soi issue de la trajectoire antérieure et la projection de soi dans l'avenir.

Selon Dubar : « L'identité se joue entre l'espace " interne " du travail, de l'emploi et de l'entreprise et l'espace " externe " du hors travail, du chômage ou de la formation (...) » (2002, p. 118). Deux types principaux d'identification professionnelle se dégagent : l'identité catégorielle et l'identité de réseau.

Le premier type renvoie aux cultures de métiers, à des conduites d'adhésion, de soutien mutuel, de reproduction des valeurs, des normes et des comportements du corps professionnel d'appartenance.

Dans le second type d'identification professionnelle, l'individu au travail s'inscrit dans une relation de service avec tous les autres acteurs.

Cependant ; La notion d'identité professionnelle selon Claude Dubar nous renvoie à :

1/L'identité pour soi (Regard des Assistantes sur leurs pratiques professionnelles ;

2/L'identité pour autrui (Identification de l'assistante par les Autres).

Et, notamment à l'examen de deux processus complémentaires à savoir :

1/Le processus biographique personnel (trajectoire professionnelle des personnes).

2/Le processus relationnel (interactions dans l'espace professionnel).

Pour Claude Dubar, l'identité est le résultat de la socialisation à une pratique professionnelle. Une socialisation professionnelle est le passage d'une posture profane à une posture spécialisée. Cette conversion permet l'insertion progressive dans un groupe professionnel donné.

Par ailleurs, la socialisation professionnelle se dessine dans la continuité de la trajectoire de l'acteur. En effet, devenir un professionnel se joue pendant et /ou après l'obtention du diplôme.

Claude Dubar s'appuie sur de nombreuses études dont celle d'Everett C Hughes (1958), *Men at their Work*⁷. Ce dernier construit un « *schème de référence* » pour étudier la socialisation professionnelle. Ainsi, il identifie quatre modèles identitaires en rapport avec la socialisation. Cette typologie est construite à partir de recherches empiriques. Elles ont été conduites entre 1960 et 1980 dans six différentes entreprises. Cependant Dubar identifie quatre modèles identitaires :

1/ Le modèle de retrait est le premier modèle. Il indique des acteurs sans compétences certifiées. En effet, les acteurs sont attachés à un savoir empirique. Dans ce modèle, on distingue une dualité identitaire. Ils sont à la fois valorisés par leur savoir pratique mais exclus par le savoir théorique. Ces acteurs travaillent dans une entreprise caractérisée par une activité économique à faible valeur. Ils s'identifient à leur travail et non pas à l'entreprise.

⁷ Claude Dubar synthétise dans le chapitre 9 p139-142 du livre de 1996, *socialisation construction des identités sociales et professionnelles*, l'article de Hughes E.C, *Men and their work*, Glenoec : The Free Presse.1958.

2/le modèle de métier. Les acteurs attachés à ce modèle disposent de certificat attestant de leur compétence. Une formation a défini leur cadre de travail. Quand le travail n'est pas conforme à la formation, les acteurs entrent dans une situation de crise. Ils se désengagent donc de toute formation supplémentaire. Dans ce cas, les relations avec la direction hiérarchique de l'entreprise sont difficiles. Ne se sentant pas valorisés, les acteurs se méfient de cette dernière.

3/le modèle carriériste. Les acteurs, dans ce modèle, aspirent à une évolution rattachée non pas à leur travail mais à leur entreprise. Les acteurs ont une très forte appartenance à l'entreprise. La progression des acteurs se fait par la formation. Leurs compétences sont reconnues. Par conséquent, il existe de bonnes relations avec la hiérarchie.

4/le modèle affinitaire. Les acteurs sont surdiplômés en comparaison avec leur travail. Ces acteurs se définissent davantage en référence à leurs diplômes plutôt qu'à leur travail. L'entreprise est perçue comme un lieu de passage. En revanche, l'entreprise utilise toute ses ressources pour les retenir⁸.

L'approche des modèles de Claude Dubar nous semble pertinente dans la mesure où le rattachement de l'identité professionnelle des assistantes sociales de la formation sanitaire est lié à un modèle identitaire préétabli par ce sociologue.

Encore, pour cerner au mieux la notion de l'identité professionnelle des assistantes sociales du milieu sanitaire ; nous avons retenu l'approche compréhensive développée par Max Weber pour décrypter le sens attribué par les assistantes à leurs activités professionnelles.

⁸ Dubar C. *La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, 1996.

Aussi, l'approche interactionniste est privilégiée. Elle nous aidera à mettre en lumière, les interprétations des assistantes sociales quand à leur différents rapports instaurés avec les autres acteurs de leur espace professionnel particulièrement les usagers.

2.3. Le cadre conceptuel et les mots clés

L'assistante sociale :

Le service social s'exprime habituellement par une aide temporaire pouvant aller de la simple écouté à la démarche en passant par toutes les possibilités temporaires. Cette action du service social utilise les forces dynamiques d'un personnel, une praticienne dénommée l'assistante du service social que l'on appelle « l'assistante sociale » dans le jargon du social surnommée : « les piétons de la moise^(*) » (misère).

Qu'est ce que l'assistance ?

- L'assistance est, de façon générale l'aide que la collectivité publique accorde aux individus se trouvant dans un état de besoin plus au moins largement entendu⁽²⁾.

- Le terme assistance est défini généralement dans les dictionnaires français^(*) comme étant le faite de venir en aide à quelqu'un, appui, secours donné ou reçu, protection, intervenir dans les actes d'un incapable pour du secours.

- Qui dit assistance dit seconder quelqu'un, apporter une aide, donner service ou secours.

^(*)- Cette nomination était emprunté à Deschamps. F. figurant dans son ouvrage « *Journal de l'assistante sociale* ». Edition spéciale. Paris 1970.

⁽²⁾- Encyclopédie Universalis. Corpus 3. Aromaticité Berg main ; Editeur à Pris. France S.A 1990.

^(*)- Cette définition était enregistré dans l'ensemble des dictionnaires français consultés.

- La personne qui assiste, chargée de remplir un rôle d'assistance dans la société est appelé «Assistante Sociale ».

Sa technicité et son efficacité :

C'est une technicienne^(**), munie d'un diplôme d'Etat, instruite de toute la législation juridique, sanitaire et sociale, avertie des exigences, méthodes et techniques du service social a pour mission essentielle d'adapter au cas individuels l'application des lois d'assistance et de prévoyance⁽¹⁾.

Son rôle de catalyseur :

L'assistante sociale agit comme catalyseur (intermédiaire) entre l'utilisateur et son problème, l'aide apportée, présentant les garanties nécessaires impliquent de la part de l'assistante sociale un ajustement des conduites à tenir selon les besoins et le dynamisme propre à l'utilisateur et en fonction de l'environnement⁽²⁾.

L'assistante sociale de l'espace sanitaire :

En milieu sanitaire l'assistante sociale tient un rôle polyvalent, caractérisé par sa pluralité aux niveaux des actions dans la mesure où elle intervient dans toutes les branches d'activités, tant médicales que psychosociales juridico-sociales, ou encore administratives.

Sa mission tient pour l'essentiel en une phrase : Résoudre tout les problèmes socio-juridiques ou administratifs qui se présentent à l'occasion d'une hospitalisation pendant et après le séjour. Les activités de l'assistante

^(**)- Remarque :

L'Assistante Sociale est reconnue technicienne par le faite que dans son intervention elle emploie des techniques bien définis propre à son corps.

⁽¹⁾- Programme de service sociale pour Assistante Sociale de 1ère Année.

⁽²⁾- Programme de service sociale pour Assistante Sociale de 1ère Année.

sociale peuvent variés selon la nature de l'établissement ou se trouve le service social.

3- Considérations d'ordre Méthodologique

L'itinéraire que nous avons choisi d'emprunter pour la vérification de nos hypothèses d'étude passe de manière centrale par l'élaboration d'un modèle d'analyse et la réalisation de l'enquête de terrain.

3.1. Lieu d'investigation

Ce travail de recherche a été mené au niveau de la wilaya d'Oran auprès des assistantes sociales du secteur sanitaire publique. D'un point de vue pratique, la structure hospitalière (CHU d'Oran) a représenté pour notre étude, le terrain d'investigation privilégié (lieu de concentration d'un nombre important d'assistantes sociales ; réparties dans les divers services). D'autres formations sanitaires extra hospitalières, notamment (le service des urgences médico - chirurgicales, UMC, Clinique de Traumatologie (Fillaoucène) et la Maternité de Sainte Anne) ont aussi fait l'objet de notre terrain d'enquête. Notre objectif était d'aboutir à une diversification des lieux d'enquête. (Voir Schéma N°1).

3.2. Population étudiée

Le choix des personnes à interviewer s'est porté volontairement sur les assistantes sociales du secteur sanitaire ; le nombre n'a pas été fixé au préalable, ce sont les possibilités et les contraintes extérieurs et de temps qui l'ont déterminé. Cependant, nous avons touché dans l'ensemble dix assistantes sociales œuvrant dans divers espaces sanitaires. (Voir Schéma N°1).

Soulignons, que notre étude ne peut prétendre à une représentativité bien déterminée ; ce n'est d'ailleurs pas l'objectif de notre étude qualitative focalisée sur la qualité des données recueillies.

3.3. Caractéristiques des personnes enquêtées

Nous avons retenu les variables suivantes : Âge, sexe, situation matrimoniale, niveau d'instruction, année d'obtention du diplôme, lieu de formation, nombre d'années de travail, affectation antérieure pour identifier notre population étudiée.

Age : plus de la moitié de nos interlocutrices est âgée entre 50 et 55ans, alors qu'une minorité est âgée de moins de 40ans.

Sexe : Notre population enquêtée est exclusivement féminine. Le métier est exercé à 100% par des femmes. A ce propos, nos recherches sur l'historique de ce métier, nous révèlent qu'il est originaire d'œuvres religieuses, puis d'association de bienfaisance ; une activité pratiquée surtout par les religieuses et par les femmes charitables. Cette profession reste par la suite l'apanage de la femme. Marie – France Marques _ assistante sociale chef_ de nationalité française observe *qu'en France* : « *les assistants de service social sont encore aujourd'hui des femmes à 95% ... c'est dommage soupire t'elle, car en terme de statut, de carrière, de reconnaissance sociale, le fait qu'il n'y ait que des femmes dans la profession n'est pas un atout* »⁽¹⁾

Expérience professionnelle : L'ensemble des assistantes sociales témoigne d'une expérience dépassant les 15années dans le secteur sanitaire.

⁽¹⁾- Carrières sociales – ONISEP. In Avenir n° 442-443 Mars-Avril (1993). p21

Origine sociale : les assistantes sociales touchées par notre enquête sont originaires de grandes familles de l'Oranie. (Mazouna, El Bayed, Tlemcen, Ain Témouchent ... etc) dont les chefs de famille sont des fonctionnaires, des agriculteurs, des agents administratifs, des militaires, des enseignants ... etc.) , appartenant majoritairement aux couches sociales moyennes.

Le niveau d'instruction : la grande majorité de notre population enquêtée (9/10) est de niveau d'instruction secondaire. Alors qu'une seule (01/10) simplement est de niveau d'instruction moyen. Aucune assistante sociale de nos interviewées n'est bachelière. Ce ci nous amène à dire que nos assistantes sociales en poste ont opté pour une formation professionnelle et une carrière paramédicale.

Situation Matrimoniale : La majorité de nos interviewées (6/10) sont mariées, donc mènent une vie de famille, alors que (4/10) sont divorcées.

Soulignons ici, que nous avons ignoré dans nos analyses, l'impact du travail de l'assistante sociale sur sa vie de famille, car les assistantes sociales interviewées travaillent à temps partiel et ceci ne peut nuire à leur vie familiale. Ainsi, le divorce de certaines de nos praticiennes n'est strictement pas lié à ce fait.

Lieu de formation : La majorité de nos assistantes sociales en poste interrogées ont obtenues leur diplôme du même institut (I.T.S.P) d'Oran.

Nb : Plus de détails sur les caractéristiques sociales de la population étudiée exposées en tableau (Voir Annexe n°2).

4 - Enquête et Instruments d'investigation

4.1. Approche qualitative

L'approche qualitative retenue dans notre recherche repose essentiellement sur une méthodologie centrée sur l'observation qui est « une démarche d'élaboration du savoir au service de finalités multiples, qui s'insère dans un projet globale de l'homme pour décrire, comprendre son environnement et les évènements qui découlent⁹ et l'entretien définit par Wiliam Labov¹⁰ comme étant « Speech éven dans lequel une personne 'A' extrait une information d'une personne 'B' »¹¹ de type semi directif, individuel , approfondit et répété). Cette forme d'entretien répond à deux exigences : « d'une part, il s'agit de permettre à l'interviewé de structurer lui-même sa pensée autour de l'objet envisagé (...) ; d'autre part, la définition de l'objet d'étude élimine du champ d'intérêt diverses considérations auxquelles l'interviewé se laisse tout naturellement entraîner au gré de sa pensée et requiert l'approfondissement de points qu'il n'aurait pas Explicités lui-même ». (Albarelo et al, 1995, p.61).

Ce sont nos deux outils d'investigation de choix compte tenu de l'objectif de notre enquête.

Pour notre étude exploratoire nous avons conduit les types d'entretiens suivants :

- 1- des entretiens informatifs libres auprès de nos informateurs privilégiés.
- 2- des entretiens semi directifs (longs et répétés) auprès de nos enquêtées.

⁹ - Massonat Jean, *les techniques d'enquête en science sociales*, Dunod, Paris, 2000, p16.

¹⁰ - WILLIAM LABOV linguiste Américain né 1927, Fondateur de la sociolinguistique.

¹¹ - Cité par Blanchet Alain, *les techniques d'enquête en science sociales*, Dunod, 1998, p 82.

4.1.1. Elaboration du guide d'entretien

Le choix de la méthode qualitative et des entretiens semi-directifs à nécessité l'élaboration d'un guide d'entretien sous forme d'un canevas de questions ouvertes, permettant à l'interviewé de répondre avec largesse.

Cette technique permet de canaliser, sans trop les restreindre, les réponses à longueur variable des interviewées.

En plus des données factuelles sur les enquêtés, différents thèmes ont été explorés.

Le guide d'entretien adressé à notre population d'étude (ci-joint en Annexe N°) comporte les dimensions suivantes :

1- Le parcours professionnel des assistantes sociales de la formation sanitaire.

2- Le rapport à la formation (description et regards).

3- Les pratiques de l'assistante sociale au quotidien (la prise en charge de l'utilisateur).

4- Les rapports professionnels (Usagers, Démarcheurs, et Direction).

Soulignons que :

- l'ensemble des variables et indices retenus dans notre guide répond à notre problématique.

- Des questions de relance ont été prévues, afin de recentrer la discussion autour des objectifs de la recherche et d'un autre côté, faire parler de certains aspects qui risqueraient d'être omis.

4.1.2. Les indicateurs de l'étude

Les indicateurs principaux retenus dans notre étude sont contenus dans les questions principales et subsidiaires comme suit :

1/ Trajectoires professionnelle

1ere question principale :

1-J'aimerais bien avoir une idée sur votre parcours professionnel ? (choix et accès à la profession).

Questions subsidiaires :

- 1- Qui est derrière le choix de votre profession ?
- 2- Comment avez-vous accédé au poste d'assistante sociale ?

2/ Formation par rapport à la vie professionnelle

1ere question principale :

1- Parlez- nous de votre formation. Comment était- elle ?

Questions subsidiaires :

- 1- Où avez-vous effectué votre formation ?
- 2 - Quelle était la durée de votre Formation ?

2eme question principale :

1- Comment l'assistante sociale se représente la formation acquise ?

Questions subsidiaires :

- 1 -Votre formation vous a t- elle préparé à l'exercice de votre métier ?
- 2 Comment trouvez-vous votre formation ? (Points forts ; points faibles).

3/ Activité professionnelle :

1ere question principale :

1- Comment l'assistante sociale assure t- elle la prise en charge sociale du malade ?

Questions subsidiaires :

- 1- Parlez nous de votre travail au quotidien ?
- 2- A votre niveau en quoi consiste l'aide médico- sociale ?
- 3- Qu'est ce qui caractérise le mieux votre travail ?
- 4- Quelle est la tache principale ?

2eme question principale :

1- Comment l'Assistante Sociale se représente son métier ?

Questions subsidiaires :

- 1- Qu'est ce qui empêche la bonne réalisation du travail au quotidien ?
- 2- Qu'est ce qui fonctionne bien dans la prise en charge du malade et qu'est ce qui ne fonctionne pas bien ?
- 3- Comment l'assistante sociale perçoit sa présence dans le service sanitaire ?

4/ Les rapports professionnels

1ere question principale :

1- Quels sont les rapports de l'assistante sociale avec les usagers qui sollicitent son aide ?

Questions subsidiaires :

- 1- Qui sont les malades qui viennent vous voir ?
- 2- D'où viennent-ils ?
- 3- De quelles couches sociales font-ils partis ?
- 4- Quels sont les problèmes posés par ces malades ?

5- Pour quoi viennent-ils vous voir ?

2eme question principale :

1- Comment l'assistante sociale se représente les malades qui sollicitent son aide ?

Questions subsidiaires :

1- Que pensez-vous des malades qui viennent vous voir ?

2- Comment trouvez-vous leurs comportements ?

3eme question principale :

1- Quels sont les rapports de l'assistante sociale avec le démarcheur ?

Questions subsidiaires :

1- Dans quel contexte il a été nommé ? Et par qui ?

2- Quelle idée avez-vous sur lui ? Il est chargé de quoi ?

3- Comment trouvez-vous sa présence ?

4eme question principale

_1- Quels sont les rapports des assistantes sociales avec la direction de l'hôpital ?

Questions subsidiaires :

1- Parlez-nous de vos rapports avec la direction ? Comment sont-ils ?

2- Trouvez-vous soutenue par votre direction ?

3- Avez-vous réclamé les moyens de travail auprès de votre direction ?

4- Qu'avez-vous reçu comme réponses ?

5- Comment avez-vous trouvé ces réponses ?

4.1.3. L'observation

Nous avons effectué :

1-Des observations directes de l'espace professionnel des assistantes sociales (bureau ; point de vue organisation ; disponibilité de moyens).etc.

2- Des observations directes volées au cours de l'entretien ; où nous nous sommes efforcées de noter discrètement tous les faits ; les gestes produits par nos interlocuteurs (Traits de visage –Hésitations, les formes de gênes, les silences, les rires, et l'intonation de la voixetc).

3-Des observations directes d'interactions qui prendront place à notre présence vis-à-vis des malades).

Par ailleurs, le rapport de confiance instauré progressivement avec nos interviewées, nous a permis d'être au plus près de leurs situations naturelles.

Nous avons saisi cette chance pour partager leurs expériences, voir même participer avec elle.

Nous étions témoins de diverses situations à titre d'exemple les visites à domicile pour demande d'adoption ; le placement des hommes ou des femmes du troisième âge à la caserne Chaabane ; le placement d'enfants abandonnés à la pouponnière, signature de P.V d'abondons, les démarches administratives auprès du tribunal ; de la caisse et autres pour le recours de l'usager aux soins à la capitale ou à l'étranger. Ces situations, nous ont donné la possibilité de pouvoir observer certaines situations et de voir agir nos interviewées pour repérer les types de rapports noués avec les autres acteurs de divers organismes.

4.2. Approche quantitative

Pour les besoins de notre étude, notamment dans l'objet de mettre en lumière les divers regards des usagers portés sur l'assistante sociale du service sanitaire suite à une interaction avec elle.

Nous avons mené une étude quantitative basée sur l'administration du questionnaire auprès de 70 malades des deux sexes hospitalisés plus d'une semaine dans trois services dont le service médical et celui de la chirurgie de l'unité des urgences de la wilaya d'Oran, le service de Cardiologie de l'hôpital d'Oran et le service de chirurgie de la maternité de Sainte Anne. (Voir troisième partie chapitre 2. Description de l'étude).

5- Déroulement du travail de terrain

Nous réalisons que toute pratique sur le terrain et tout contact avec la population est une expérience enrichissante qui permet de mieux comprendre les acteurs de la société¹². Notre travail d'investigation sur le terrain s'est déroulé en plusieurs étapes :

5.1. Pré- enquête

Dans un premier temps, un travail exploratoire été réalisé. Composé d'un travail de lecture et d'entretiens avec trente personnes ressources telle que le chef d'option 'assistante sociale', les enseignants PE/PM/AS de l'I.T.S.P d'Oran ; et autres informateurs. C'était d'ailleurs, eux nos titres de recommandation auprès de nos futurs interviewées. A partir de cette première investigation auprès de ces personnes ressources. Une prise de contact des

¹² HADJIDJ EI- DJOUNID ; *Représentations de l'espace sanitaire*, Projet d'anthropologie de la santé, Juin 1993.

assistantes des formations sanitaires a eu lieu pour solliciter des entretiens auprès d'elles.

Nous nous sommes rendues nous même sur leurs lieux de travail, discuté librement avec elles et présenté notre travail de recherche. Auprès d'elles notre étude était annoncée comme étant de recherche Universitaire sans engagement de notre part sauf celui de l'anonymat.

5.2. Enquête

Procéder à une enquête c'est collecter et traiter de l'information dont l'analyse pourrait servir à une meilleure connaissance d'un problème.

Notre enquête de terrain auprès des assistantes sociales des formations sanitaires s'est caractérisée par une période d'interaction intense entre le chercheur et le sujet, nous permettant la proximité et la confiance et le gain considérable de données de qualités et de fiabilité. Tous nos entretiens ont été effectués à l'issue de prise de rendez vous.

Certaines assistantes n'avaient pas leur propre bureau, avec elles on est passé un peu par tout et on a eu droit au coin le plus tranquille, jusqu'au moment ou les propriétaires des lieux venaient nous déloger. La durée moyenne de ces entrevues était de trois heures

6-Traitement des données :

1. Techniques de transcription

La transcription du corpus des données s'est déroulée comme suit :

D'abord, nous avons transcrit manuellement le discours produit par nos interlocuteurs. Cette première était une transcription littérale des propos de nos interviewées ; en même temps que le déroulement de l'entrevu.

Ensuite, nous avons procédé à une deuxième transcription du discours selon sa répartition en grands thèmes après avoir repéré les éléments importants dans la conversation et restitué les idées fortes.

Enfin, nous avons procédé à une mise en forme des meilleurs témoignages afin de les rendre publiables. Cette transcription à vocation d'être publiée, c'est pourquoi, nous avons effectué une sorte de toilettage du texte pour qu'il ne soit pas trop rebutant à lire, tout en essayant de respecter le style d'expression propre à chaque assistante.

En effet ; dans un récit parlé non préparé, les hésitations, les redites, les erreurs de styles et de syntaxes sont inévitables et ne sont pas gênantes à l'écoute, mais reproduites en texte, elles deviennent ennuyeuses à lire. Le décalage entre l'orale et l'écrit fait que ce qui était bien dit devient très mal écrit, mais reste que la mise en forme est un travail délicat.

2. Techniques d'analyse

Beaucoup de chercheurs trouvent que l'analyse du matériel est la partie noble du travail qui commencerait une fois l'entretien transformé en texte.

Dans notre recherche ce sont les propos, les discours et les observations recueillis auprès de nos interviewées que nous avons à partir de l'analyse de contenu tenter de comprendre et d'analyser.

L'analyse des données discursives, des notes et des retranscriptions issues de l'investigation de terrain s'est faite par l'établissement d'une typologie. Cette dernière consiste à mettre de l'ordre dans les matériaux recueillis.

Il s'agit de les classer selon des critères pertinents, qui permettraient de trouver les variables cachées et qui expliqueraient les variations des différentes dimensions observables (Demazière ; Dubar, 1997).

Les étapes :

Suite à une lecture attentive et répétée du matériel recueilli, nous avons effectué une analyse de contenu des catégories d'informations, contenues dans les entretiens ou il était question pour nous de :

1- Répartir et classer chaque discours produit en fonction de grandes catégories ; grands sujets.

2- Comparer les éléments contenus dans les diverses catégories, faire apparaître les proximités, les ressemblances, déceler les analogues, les cohérences, les incohérences, les oppositions, et les contradictions.

3- Procéder à un travail d'interprétation, donner des significations aux regards opérés, aux points de vue exprimés, et aux différentes perceptions

produites vis-à-vis d'un certain nombre d'éléments pour une compréhension du sens attribué.

Soulignons que c'est avec un plaisir d'exploiter un matériel d'une richesse émotionnelle et d'une intensité de vécu dépassant notre attente mais aussi avec un effort soutenu toujours d'objectivité que nous avons recueilli et analysé les discours de nos interviewées. Mais, nous avons été stupéfié devant la qualité massive des données brutes, et il nous été impossible d'exploiter toute la matière.

8- Structuration de l'étude

A partir de l'analyse des données recueillies et particulièrement, celles issues des discours « autochtones » et qui constituent « *un élément central de toute recherche de terrain* » (Olivier De Sardan, 1995) et leur catégorisation.

Nous avons structuré notre travail en trois grandes parties comme suit :
La première partie est réservée à la présentation de *l'historique de la profession d'assistante sociale en Algérie* avec trois chapitres :

1.1 Le premier chapitre est intitulé : La période coloniale.

1.2 Le deuxième chapitre : La période post indépendante (de 1962 à 1986).

1.3 Le troisième chapitre : de 1986 à nos jours.

La deuxième partie est consacrée à *l'identité pour soi* '. Elle est composée de deux chapitres :

Un premier chapitre, portant sur le processus de socialisation de l'assistante sociale .Nous évoquerons et les motivations des assistantes et leurs différents regards portés sur la formation acquise dans l'objet de tracer le profil de l'assistante sociale de la formation sanitaire de la wilaya d'Oran.

Le deuxième chapitre sera focalisé sur les représentations des assistantes sociales de leur rôle et l'activité quotidienne assurée dans les structures

sanitaires en plus particulier, la prise en charge des usagers. La notion de prise en charge est entendue ici comme étant l'ensemble des pratiques et des interventions mis en place pour dispenser l'aide médico-sociale souhaitée'.

Il s'agira essentiellement pour nous de déterminer ce que recouvre la notion d'aide médico-sociale et d'appréhender les sens attribués par les assistantes sociales à cette dernière. Ainsi, nous tenterons de questionner les pratiques professionnelles des assistantes sociales (suite probable à une socialisation est l'intégration d'un groupe professionnel) aussi leurs perceptions vis-à-vis leur rôle au sein de l'espace sanitaire.

La troisième partie réservée à : *l'identité pour autrui*. Elle est divisée en deux chapitres :

En premier chapitre ; il s'agira pour nous dans un premier temps d'appréhender le rapport de l'assistante sociale à son objet de travail dans son espace professionnel où nous essayerons de déterminer la nature des liens instaurés avec les divers malades où plutôt les usagers concernés par l'aide médico-sociale. Dans un deuxième temps, nous allons mettre l'accent sur les perceptions de l'assistante sociale portées sur le démarcheur, l'agent administratif qui piétine son terrain de travail.

Dans un troisième temps, nous aborderons les regards des assistantes sociales vis à vis de l'administration.

Dans le second chapitre, nous tenterons de mettre en lumière les jugements portés par les usagers sur l'assistante sociale du service , étayé par notre étude d'ordre quantitative menée auprès de 70 malades hospitalisés plus d'une semaine au niveau d'un service de cardiologie de l'hôpital d'Oran et deux autres extra hospitalier en particulier le service des U.M.C ; et celui de la Maternité à la clinique Sainte Anne) .

Introduction

L'histoire est utile pour rappeler comment s'est construite une profession en lien avec l'évolution constante de la société dans laquelle elle inscrit son développement ; toutefois, il n'est pas question de retracer ici l'ensemble de l'histoire de la profession d'assistante sociale en Algérie.

Néanmoins, une analyse de la constitution historique du processus de professionnalisation des assistantes sociales tente de relever les traits significatifs qui caractérisent cette profession telle qu'elle apparaisse jusqu'à présent nous permettant d'un côté de rappeler les grandes étapes de ce qu'est devenue peu à peu une profession ; et de l'autre de bâtir autour de quelques notions clés les lignes forces de cette profession.

Pour ce faire, et à la carence fortuite de la documentation livresque. Nous avons eu recours à une source historique généralement reconnue mais, contestée par certains celui de l'interview, du témoignage oral des pionnières de la profession, dont, nous avons fait une source essentielle de notre présente étude après vérifications historiques à partir des recoupements avec d'autres témoignages.

L'histoire orale n'est évidemment pas une source suffisante a elle-même seule. Mais, elle reste nécessaire à la connaissance profonde d'un fait, d'une époque. Indispensable en cas d'absence de sources écrites. Néanmoins, nous estimons que ses témoignages oraux doivent être soumis à une critique historique.

1-1- AVANT 1830 : L'ASSISTANCE FAMILIALE

Les structures familiales et islamiques permettaient l'équilibre de la société Algérienne, le monde étant essentiellement rural, chaque tribu avait sa propriété terrienne qui restait de père en fils.

La famille étant traditionnelle liée à l'économie agricole, connue comme «le bread-basket»¹ (a large farming area of a country or a region which produces much more foods than it needs locally) de l'empire romain, se suffisait à elle.

Elle assurait six fonctions : la production, la consommation, la procréation, la socialisation, la transmission de l'héritage matériel, la Protection et la sécurité des veuves, des malades, des vieillards et orphelins* .

Notons que c'est dans la famille élargie des sociétés rurales que la notion d'assistance est née et était mieux assurée. Un des facteurs qui a joué en faveur de ce fait est la religion dominante de l'époque l'Islam.

Remarque ainsi, que la encore les élans de générosité et de solidarité étaient très vivaces dans une société où les liens traditionnels sont conservés.

¹- Eexpression tire de : (Cambridge International Dictionary of English) , Cambridge University First Published ; Printed In Great Britain 1995,p 159

* Texte Elaboré d'après les Cours ' Sociologie de la Famille' Mr Hammdaoui ; Enseignant Université Oran, 1997.

1- 2- L'ASSISTANCE RELIGIEUSE : CONTRIBUTION DE L'ISLAM

Nous vous proposons ici la part de contribution de l'Islam dans l'organisation des rapports entre les êtres humains, et son incitation à l'aide d'autrui à travers l'aumône.

La sagesse du bon dieu a voulu qu'il y ait des riches et des pauvres sur terre selon ce verset coranique : « c'est lui qui a fait de vous ses lieutenants sur la terre. Il a élevé certains d'entre vous de plusieurs degrés au dessus des autres pour vous éprouver en ce qu'il vous a donné .ton seigneur est prompt dans son châtement.

Il est aussi celui qui pardonne ; Il est miséricordieux ». Sourate El Annam Verset N°165

C'est à la base de ce système social que naissent, tournent les affaires, et s'intensifient les concurrences pour la subsistance.

L'islam a toujours lutté contre la pauvreté, par son incitation à la conquête et à la perception des moyens de gagner sa vie, ceci s'est interprété dans divers versets coraniques. Ecoutons : « c'est lui qui a fait pour vous la terre très soumise. Parcourez donc ses grandes étendus ; mangez de ce que Dieu vous accorde pour votre subsistance. La résurrection se fera vers lui ». Sourate El Moulk Verset N°15.

Par sa recommandation de l'aumône, il a obligé les riches d'apporter leur aide aux pauvres besogneux. Un prélèvement obligatoire calculé selon les biens au profit des pauvres et qui n'accable pas le riche, c'est ainsi qu'il a garanti la part des pauvres dans les biens des riches ceci figurait dans plusieurs versets coraniques. Examinons : « ce que vous dépensez en aumônes est à votre avantage. Ne donnez que poussés par le désir de la face de Dieu. Ce que vous dépensez en aumônes ; vous sera rendus ; vous ne sera pas lésés. Quand aux

aumônes que vous donnez aux pauvres qui ont été réduits à la misère dans le chemin de Dieu et qui ne peuvent plus parcourir la terre ». Sourate El Bakara verset N°272-273.

Pour sensibiliser ces riches, avoir leur pitié, clémence et soutien :

Une image aimable de la philanthropie et une autre misérable de la cupidité est donnée.

L'intimidation et l'inspiration sont les moyens utilisés.

Observons ces versets coraniques : « ceux qui dépensent leurs biens dans le chemin de Dieu sont semblables à un grain qui produit sept épis ; et chaque épi contient cent grains. Dieu accorde le double à qui il veut. Dieu est présent partout et il sait ». Sourate El Bakara verset N°261.

« Ceux qui dépensent leurs biens dans le chemin de Dieu et qui ne font pas suivre leurs dons de reproches ou de torts :

« Voilà ceux qui recevront leur récompense auprès de leur seigneur

Ils n'éprouveront plus alors aucune crainte. Ils ne seront pas affligés ».

« Ceux qui dépensent leurs biens, la nuit et le jour, en secret et en public, trouveront leur récompense auprès de leur seigneur. Ils n'éprouveront plus alors aucune crainte ; ils ne seront pas affligés ». Sourate El Bakara verset N°274

« Ô vous qui croyez !

Faites l'aumône des meilleurs choses que vous avez acquises et des fruits que, pour vous, nous avons fait sortir de la terre. Ne choisissez pas ce qui est vil pour le donner en aumône ». Sourate El Bakara verset N°267

« Ô vous qui croyez !

Ne rendez pas vaines vos aumônes En y joignant un reproche ou un tort,

Comme celui, qui dépense son bien pour être vu des hommes, et qui ne croit ni en Dieu ni au jour dernier ». Sourate El Bakara verset N°264².

Ainsi, le bon Dieu dans son livre sacré a organisé le rapport entre les riches et les pauvres. À travers sa recommandation de l'aumône, il a voulu assurer cette sécurité sociale entre ses deux catégories, dans le but de sauver les besogneux du désastre et protéger leur dignité.

1-3- ASSISTANCE DE L'ETAT FRANÇAIS : NAISSANCE DE LA PROFESSION D'ASSISTANTE SOCIALE

L'Algérie étant française, le sort des deux pays est lié.

Léonie Chaptal (1876-1937) petite fille de chimiste et savant fût le précurseur de l'infirmière modèle et l'apôtre de l'assistante sociale ; la première école d'infirmière est fondée à Paris, ce n'est que 10 ans après que les premières écoles de service social sont constituées dans cette capitale.

- En 1910 les premières écoles de service social se constituent dans la capitale de France³.
- En 1910 que Dr Calmette pourra employer les infirmières visiteuses ou visiteuses sociales et organiser le service social à l'hôpital pour continuer à domicile le travail entrepris à l'hôpital⁴.
- L'an 1911 : voit l'ouverture de l'école normale sociale dirigée par Andrée Butihard (1881-1955)⁵.

²- Versets Coranique Traduits par D.Masson Revue par Dr Sobhi El- Saleh dans «Essais d'interprétation du Coran » Inimitable, Dar Al Kit ab Al – Mas ri , Dar Al Kit ab Al Loubnani ; Edition Gallimard ;Bibliothèque de la Pléiade 1980.

³- Marie France Marques « Création et Evolution des Ecoles du service social » Décembre 1984.

⁴- D'Après John Ward en Collaboration avec un Groupe d'Auteurs. Citer op.

⁵- Marie France Marques. Citer op.

- En 1912 : les tribunaux pour enfants créés en France confient ainsi des enquêtes sociales à des Assistantes sociales. Le service de l'enfance en danger moral (ancêtre de l'actuel SSE, service social de l'enfance) sera créé en 1923 par une américaine, Madame Olga Spitzer.⁶
- L'an 1913 voit : la création de l'école pratique de service social à Montparnasse par le pasteur Paul Doumergue. L'innovation Américaine de 1905 du Dr Cabot n'est évoquée qu'en 1913 devant les membres de la pédiatrie française, ils décident alors de créer un «service social de l'hôpital».
- En 1914 : Marie Die mer fonde l'association des infirmières visiteuses de France avec pour objectif la lutte contre la tuberculose aux domiciles des familles⁷.
- En 1915 : l'école d'infirmières visiteuses du comité de défense contre la tuberculose est constituée par l'association des infirmières visiteuses⁸.
- L'an 1932 voit : la création d'un brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'Assistant de service social de l'Etat français. La formation est fixée à 2 ans⁹.
- Le 09-12-1944 : voit la naissance de l'Association Nationale des Assistantes de service social ; diplômés d'Etat (ANASDE). Elle a pour objectif de rassembler l'ensemble des professionnelles diplômées et de participer à la préparation d'un cadre législatif pour la profession¹⁰.

⁶- D'Après John Ward en Collaboration avec un Groupe d'Auteurs. Dans «Santé /Intervention sociale» (Historique de la Profession d'Assistante Sociale),p37. Masson. Paris .1997.

⁷- D'Après John Ward en Collaboration avec un Groupe d'Auteurs. Citer op. p 34

⁸- Marie France Marques « Création et Evolution des Ecoles du service social » Décembre 1984.

⁹- Marie France Marques « Création et Evolution des Ecoles du service social » Décembre 1984.

¹⁰-John Ward en Collaboration avec un Groupe d'Auteurs. Citer op. p(39-40.)

- En 1946 : la loi du 08 -04 –1946 impose le secret professionnel et rend obligatoire le diplôme pour pouvoir exercer.
- En 1947 : le métier et la formation d'Assistant de service social sont définis par un décret¹¹ .
- En 1948 : l'Etat Français compte 67 écoles dont 17 à Paris, 45 en province, et 3 outre mer 02 à Alger et 01 à Casablanca¹² .
- En 1984, Un congrès énumérait ainsi les techniques, la permanence, les enquêtes et les démarches, les fichiers et les rapports administratifs, il s'agit ici de tâches de (savoir faire)¹³. Entre autre avec la psychologie freudienne on introduisit la psychanalyse dans le service social¹⁴.

1- 4- LA FORMATION DE LA PREMIERE ASSISTANTE SOCIALE ALGERIENNE

- L'an 1952 voit : La formation de la première assistante sociale Algérienne. Mme Bel hadji Zoubida au niveau Maghrébin, parmi les vingt et une Françaises. Issue d'une grande famille honorable, bachelière elle sera diplômée d'Etat de l'école d'assistante sociale sise villa Marais (Ruisseau, Alger). Durant ses premières années de travail, elle a exercé au Maroc et en Tunisie, ce qui lui avait servi de couverture pour militer auprès des moudjahidines et participer à la révolution¹⁵. Grande intellectuelle, Moderne, dotée d'esprit ouvert, reconnue par ses capacités, sa rigueur et son sérieux. Elle occupa par la suite, divers postes de

¹¹- R. d'après : Thèse, live : Jeannine Verdès Leroux «le Travail Social » ; Coll. : le Sens Commun ; Ed de Minuit 1978.

¹²- Marie France Marques « Création et Evolution des Ecoles du service social » Décembre 1984.

¹³ Jean François Garnier « Pour la Redéfinition d'un Métier » (Essai Anthropologique) P27 Larmattan. Paris 99. France.

¹⁴- Programme de Formation en Service Social d'Elèves Assistante Sociale ; 1ere Année.

¹⁵ Tire de chez Zeboudj Nora PE/PM/AS à l'ITSP d'Oran dans « Réflexion sur le Service Social », fait le 11-11-1997.

responsabilités : Directrice de l'école paramédicale d'Oran. Directrice de l'hôpital Boudens, Inspectrice de population. Elle y est décédée le mois de juin 2001.

1- 5- LES ACTIONS SOCIALES FRANÇAISES EN FAVEUR DES FAMILLES ALGERIENNES

La colonisation a bouleversé la structure familiale rurale, de part l'expulsion des paysans (fellahs) de leurs terres. Ces derniers sont contraints de quitter leurs tribus et villages d'où l'exode rurale avec tout ce que cela implique de misère, maladies croissantes etc¹⁶. Les actions sociales destinées au peuple Algérien étaient entreprises d'abord par les assistantes françaises, surtout de la famille ecclésiastique (relatif à l'église membre du clergé d'une église) puis, des femmes Algériennes furent formées toujours à l'école d'assistante de la «villa Marais» et la croix rouge d'Alger. Elles étaient surtout embauchées dans la Direction de la Santé, les Mairies, les Tribunaux et les Services Sociaux de l'enfance. Leur statut était le même que celles de France.

Il s'agissait à cette époque de recenser les nécessiteux, les personnes dévouées en détresse, et leur procuré à manger ; à côté de cette action des infirmières visiteuses effectuaient des visites au prés des domiciles pour apporter leur aide. Mais c'est le bureau de bienfaisance et le SMF, le service militaire français dotés de moyens qui procuraient cette aide.

En fait, toutes ces actions s'inscrivaient dans un cadre politique, c'était pour gagner la sympathie des Algériens. Et ramener un maximum d'entre eux vers la France pour en faire des Français.

¹⁶ - Tiré de chez : Mme Zeboudj Nora PE/PM/AS/ l'ITSP Oran, « Réflexion sur le Service Social », 11-11-1997.

1- 6- LES AUTEURS DES ACTIONS SOCIALES FRANÇAISES

Grâce à Madame Zeboudj Nora (PE/PM) à l'ITSP d'Oran, nous avons échangé des lettres avec une travailleuse sociale qui a vécu et travaillait en Algérie en qualité d'assistante sociale en période de colonisation. Nous lui avons demandé de nous révéler son expérience lors de son passage en Algérie, elle n'a pas hésité. Examinons son témoignage :

«J'ai commencé mes études d'assistante sociale en 1946 après avoir fait deux années d'études d'infirmière et passé ce premier diplôme d'Etat. La première année était commune avec l'infirmière. De mon côté après mes 2 années d'infirmière de (1944-1946) j'ai fait un peu plus d'une année et demi d'études de service social (d'octobre 1946 à mai 1948) et j'ai obtenu mon diplôme d'état d'Assistante sociale en Mai 1948, et j'ai commencé à travailler après mon diplôme un an ou un an et demi au service social des étudiants et puis dans la fonction publique où j'ai été recrutée en janvier 1950.

Mon activité a été du service social polyvalent du secteur, 2 ans à Beb El Oued, puis jusqu'en 1984 à H.Dey.

De 1952-1972, j'ai travaillé plus particulièrement sur un quartier très défavorisé d'H. Dey, où avec une de mes collègues nous avons créé un centre médico-social pour répondre aux nombreux besoins de ce quartier (dispensaires-secrétariat social- centre de formation féminine- travail avec les représentants du quartier). Toutes activités gérées par une association recevant des subventions.

Nous vous proposons aussi les témoignages d'infirmières, d'Assistantes Sociales Françaises, qui ont effectué leur passage en Algérie,

Témoignages : N° 1

« En 1950 l'occasion m'est offerte de partir en Algérie, le rêve de mes 20 ans se réalise

Je fais quelques soins à domicile et me familiarise avec la langue et les coutumes. Six mois plus tard j'obtiens l'autorisation d'exercer au titre d'infirmière. Peu à peu, j'essaie de répondre à ses besoins. Ceux-ci s'expriment par l'intermédiaire d'un comité de quartier dont je suis le soutien. C'est lui qui décide l'ouverture de centres d'éducation de base pour filles et garçons ainsi que d'un secrétariat social. Ce dernier est assuré par des étudiants algériens des facultés d'Alger....

Ils assurent leurs consultations dans une carcasse d'ambulance achetée à un ferrailleur.

Quittant sans regret le service social du gouvernement de l'Algérie, je poursuis la tâche commencée en 1950 au bidonville. Madame Germaine Tillion, membre du cabinet sous-tel en Algérie et Directeur d'études à l'école pratique des hautes études me demande une relation exhaustive sur la situation des familles et de la jeunesse du bidonville. La proposition m'intéresse car l'enquête doit déboucher sur de vastes réalisations intéressant le pays tout entier. Le comité de quartier assure une partie du travail de recensement. Je visite chaque foyer. Deux infirmières me relèvent au dispensaire. Ces activités sanitaires et socioculturelles mises en place au bidonville sont adoptées comme prototype des centres sociaux. Ils essaieront dans toute l'Algérie, et cela malgré la guerre.

Contrainte de rentrer en France en 1958 par suite des conditions créées par la guerre, je considère le bilan de l'action comme positif: Algériens et Algériennes peuvent pour suivre le travail en cours.» (M-R.C. 1911)¹⁷

Sur l'Algérie encore, il convient de lire aussi le témoignage d'une assistante sociale extrêmement indépendante :

Témoignage N° 2 :

2° Birtouta--- 02.04.1961- 11.09.1961

Gros village à 25 Km d'Alger, aux douars nombreux, assez éloignés du village, et éloignés les uns des autres.

La mutualité agricole qui devenait mon « patron », me demande d'ouvrir son dispensaire au centre de Birtouta et d'ouvrir 2 postes de soins, récemment édifiés dans 2 douars éloignés. Le travail consistait en 2 consultations de médecine générale par semaine, et en soins au dispensaire le matin.

Peu de jours après mon arrivée, je commençais les soins à domicile, Très vite j'acquis la confiance des ruraux ; je circulais sans escorte militaire, même après le couvre-feu, et je ne parlais avec eux que de leurs problèmes familiaux, scolaires, de santé, et de leurs difficultés pécuniaires.

Très vite, j'ai été amenée à m'occuper des droits des ouvriers agricoles : sécurité sociale, retraites, AMG. Je devais trier, puis classer les papiers, avant de tenter des démarches : à la mairie pour l'AMG et les difficultés d'état civil ,

¹⁷-Yvonne KNIBIEHLER «Nous les Assistantes Sociales, Naissances d'une Profession» Paris - Aubier 1980. Cette Ouvrage Concerne la France, Mais dans les 10 premières Pages Plusieurs Témoignages d'Assistants Sociales Ayant travaillé en Algérie.

à Boufarik au siège de la Mutualité agricole, auprès des propriétaires de domaines agricoles, pour éclaircir la situation des ouvriers atteints par la maladie ou la vieillesse. Leurs droits étaient presque toujours discutés et souvent niés.

3° 10.10.1961- 05.07.1962

Profondément perturbée par les difficultés que rencontraient les travailleuses sociales, je suis partie pour Alger et me suis donnée 15 jours de réflexion.

J'ai demandé un poste d'assistante sociale à la caisse de sécurité sociale d'Alger, caisse du Bâtiment : la Casobal, la plus importante d'Algérie. j'ai pris mes fonctions le 10 octobre 1961.

J'avais le grand secteur industrialisé d'Alger, qui s'étendait du quartier du Ruisseau au Gué de Constantine, englobant les grosses agglomérations d'Hussein dey _ Kouba et Maison-Carrée (l'Actuel El Harrach). J'avais une jeune aide sociale algérienne, intelligente et active. Mon bureau était à Maison-Carrée. je devais assurer une permanence une fois par semaine au siège central de la Casobal à Alger. Là je rencontrais les autres assistantes sociales : 2 diplômées, et 2 aides sociales dont une avait le diplôme d'infirmière. Enfin, l'assistante chef, évidemment diplômée d'Etat pied-noir, "Algérie-Française", mais très nettement opposée aux violences.

A la fin du mois d'avril 1962, le service social cessa, par suite de la destruction des différentes caisses de sécurité sociale d'Alger, de la débâcle des services administratifs publics. Puis ce fut le tour des cliniques et de certains services hospitaliers, dont la maternité du CHU, qui furent plastiqués.

Libre de mon temps, je réfléchis pour voir dans quelle mesure je pourrais me rendre utile. Depuis plusieurs semaines, les Algériens ne pouvaient plus sortir des quartiers musulmans, où tous s'étaient réfugiés.

Des cliniques clandestines s'organisèrent pour les blessés des attentats et pour les femmes en couches. Je suis allée, avec une Algérienne qui avait travaillé dans une clinique d'accouchements, ouvrir une maternité de fortune dans un rez-de-chaussée de la "cité musulmane de la montagne" limitrophe d'Hussein Dey et de maison-carrée. Les plastiqueurs ne se sont jamais aventurés dans les quartiers musulmans. Toujours fidèle à ma conception du travail social qui doit coller à l'événement, nous avons accouché des femmes de 18 à 20 heures par jour, dans des conditions invraisemblables, mais sans aucune complication médicale.

Le 6 juillet 1962, l'indépendance proclamée, j'ai regagné mon bureau de maison carrée, le provisoire ne devant jamais devenir définitif. (A.M. 1908)¹⁸.

Les témoignages proposés méritent une attention particulière, les expériences des infirmières et des assistantes sociales françaises en Algérie les ramènent aux origines fondamentales du service social. C'est le médical et l'éducation sanitaire qui justifiaient le mieux leurs interventions dans les familles, et cette intervention et d'autant mieux acceptée, et d'autant mieux efficace.

¹⁸- Yvonne KNIBIEHLER «Nous les Assistantes Sociales, Naissances d'une Profession» Paris - Aubier 1980. Cette Ouvrage Concerne la France, Mais dans les 10 premières Pages Plusieurs Témoignages d'Assistants Sociales Ayant travaillé en Algérie.

1-7- LA CONTRIBUTION DES MOUDJAHID ETES : UNE INTERVENTION MEDICO- SOCIALE

Les femmes Algériennes particulièrement «El Moudjahid etes» ont marqué leur présence à travers leurs actions médico-sociales, conduites auprès des familles Algériennes en leurs procurant la nourriture et les soins à domicile.

Elles descendaient la nuit des maquis, pour apporter leurs soutiens aux familles et effectuer les soins nécessaires. Ce fait leur avait servi de tuyau pour nouer le contact avec ses familles, leur transmettre des messages, ainsi que bénéficier de leur aide «*C'est un social clandestin qui a fait ses chemins*». observe cette assistante sociale. (Entretien N°10 Assistante sociale, âge 50ans, 28 ans d'expérience, 8 ans à la caisse, 20 ans à l'hôpital)¹⁹.

Il est important de mentionner ici, que beaucoup de femmes parmi les Militantes ont retrouvé après l'indépendance des activités identiques à celles pratiquaient en période de guerre.

Danièle Djamila Amrane Minne nous éclaire à ce propos dans son ouvrage « Femmes au Combat ; Une Approche sur le devenir des Militantes Algériennes après l'indépendance (Enquête conduite auprès de 88 militantes Algériennes).

Examinons le tableau suivant tracé par nous même à partir des données tirées de son livre²⁰.

¹⁹-Elaboré en collaboration avec Mme Zeboudj Nora PE/PM/AS ; Suite à nos lectures et entretiens

²⁰ Danièle Djamila Amrane Minne, la *Guerre d'Algérie (1954- 1962). Femmes au Combat* ; Ed. El Rahma.

Identification et date de Naissance	Situation socio professionnelle		Situation familiale et nombre d'enfant		Activité politique dans un cadre l'égalé après l'indépendance
	Au moment de l'engagement	Après l'indépendance	Au moment de l'engagement	Après l'indépendance	
Cherifa.z 1931	Aide soignante	Assistante sociale	Célibataire	Divorcée 3 enfants	Aucune
Zoulikha.b 1921	Femme au foyer	Assistante sociale	Mariée 4 enfants	Divorcée 4 enfants	UNFA coordinatrice de wilaya
Nadia.s 1933	Aide soignante	Assistante sociale	Célibataire	Veuve 2 enfants	Aucune

Tableau N° 01

2- 1-LES INTERVENTIONS DES ASSISTANTES SOCIALES : LE MODELE MEDICAL TOUJOURS DOMINANT

Juste après l'indépendance, on assiste à un épuisement collectif d'une société durement éprouvée par sept années de guerre qui ont ébranlé la population qui a perdu 1.5 millions de Chouhadas, une augmentation dans le taux de chômage, une faible natalité, les vieux mourraient, beaucoup de maladies épidémiques ainsi que beaucoup d'enfants perdus.

Par nécessité il est confié des tâches de soins aux assistantes sociales vu le nombre restreint d'infirmières après le départ massif des étrangères. Cette mesure d'urgence a permis de parer au plus pressé, et de répondre à la situation de crise.

Examinons, les propos de cette assistante sociale témoin de l'époque qui nous éclaire sur ce point : *«..... c'était l'après guerre nous avons hérité de la souffrance, beaucoup de maladies, un contexte un peu particulier, beaucoup de familles à assister, c'était les problèmes du moment et le rôle de l'assistante sociale était très important ,très vaste ; la vaccination, le travail préventif, le suivi médical, la scolarité, l'orientation, l'information ; l'Algérie sortait d'une guerre, et rentrait dans une autre guerre»*. (Informateur privilégié, Chef de Service D.D.S/ Promotion 1966).

Remarque en fait, qu'à cette époque ci tout ce qui se rapportait au social était associé à la santé il allait de soit que toute personne amoindrie physiquement ne pouvant travailler se trouvait en situation de précarité.

Disons, Alors qu'à ce moment là, les problèmes sanitaires en Algérie étaient primordiaux c'est pourquoi les assistantes sociales étaient appelées en renfort pour exécuter des tâches de soins et assuraient aussi un rôle important en matière d'éducation sanitaire.

2-2-LE ROLE DES ASSISTANTES SOCIALES DANS LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Les Assistantes Sociales étaient au niveau des dispensaires antituberculeux pour la prise en charge des malades, dans le cadre de la lutte contre la tuberculose. Ecoutons les témoignages des assistantes sociales qui ont participé à cette action :

«J'étais chargée du suivi des tuberculeux, je faisais le dépistage dans la famille des malades et je convoquais ces membres pour l'examen médical, radios'ils ne se présentaient pas, je me déplaçais moi même vers eux pour les conduire à l'examen, il y avait beaucoup de tuberculeux notre dispensaire leur procurait le traitement nécessaire. A cet époque c'était encore disponible ».
(Assistante Sociale / Service Radiothérapie, Informateur privilégié, 40ans, 20 ans d'expérience/ hôpital).

Écoutons cette assistante stagiaire à l'époque au centre pour la prise en charge des malades Tuberculeux :

« Dans le centre il y avait des malades tuberculeux Hospitalisés, encore stagiaire en compagnie de l'assistante sociale du centre, je faisais la visite à domicile pour voir les conditions de vie de la famille,(l'humidité dans la maison).Je rédigeais un rapport pour appuyer la demande de logement de la famille ; on faisait le dépistage, l'éducation sanitaire , on expliquait aux familles qu'il faut isoler le malade , on demandait aux autres membres de se

présenter au centre pour l'examen clinique (Radio,). Le médecin prescrivait et donnait le traitement et moi j'étais chargée du suivi des malades (rendre des visites à la maison, voir s'il prend correctement son traitement, je donnais des conseils à sa famille, c'était une belle époque, je m'en souviens très bien d'ailleurs ». (Entretien N° 06).

2-3-DES ACTIONS SOCIALES EN CONTINUITE

2-3-1- LA PRISE EN CHARGE DES MINEURS

Sans pour autant omettre le volet social ; le travail étant structuré au temps de la France on assiste à une continuité des activités sociales. Le bureau d'orientation éducatif, et le service social du tribunal assuraient la prise en charge des mineurs dans un but curatif pour la prévention de la délinquance.

Écoutons le témoignage de cette assistante sociale, témoin de l'époque :

« Il n'y avait pas autant de mineurs qu'à l'heure actuelle, le nombre étant réduit, ils étaient bien pris en charge. Une audience était organisée par semaine avec la participation de l'assistante, l'éducateur et le psychologue pour écouter et discuter avec le mineur afin de comprendre ce qui pousse le mineur à commettre un tel acte et déterminer l'origine du problème(le pourquoi ?) dans un but curatif ».Elle poursuit: « grâce au service d'orientation éducatif, les éducateurs assuraient le suivi de ces mineurs pour la prévention contre la délinquance. Je regrette beaucoup cette période, il y avait une ambiance particulière.». (Informateur privilégié, Chef de Service D. D. S //Promotion 1966).

2-3-2- LE SUIVI DES ENFANTS ABANDONNES

Les assistantes sociales de la D.D.S¹ assuraient le suivi des enfants abandonnés, âgés de six ans et plus (travail et mariage). Elles contrôlaient aussi les enfants dans les familles d'accueil. Examinons le témoignage de cette assistante sociale

: «J'étais à la D.D.S, j'ai travaillé avec les enfants assistés (filles et garçons) abandonnés, et délaissés. Chacun avait son dossier, je m'occupais de l'Etat Civil de ces enfants pour la régularisation de leurs papiers. Je contrôlais aussi l'évolution des enfants placés chez des familles d'accueil (condition de vie, hébergement, santé et scolarité, voir s'il est mal traité. Pour ces enfants, nous étions des mères, c'était une belle époque, avec regret nous dit elle. (Informateur privilégié Directrice des UMC, Promotion 1966)².

2- 4 - DES COOPERANTS POUR LA FORMATION DES ASSISTANTES SOCIALES

Vu le besoin pressant de formateurs en service social, un appel à toutes les bonnes volontés est lancé pour s'en sortir. Gabrielle Cottenceau âgée de 38 ans a répondu présente, elle y ait rejoint le pays le 1963 pour apporter sa contribution, prêtée aide et assistance.

D'abord elle était chargée de la formation au centre médico-social de la Glacière (Hussein Dey) où elle assurait l'enseignant général et la formation sur le tas des jeunes filles dans les filières aussi variées que la couture, les soins infirmiers et selon les besoins de l'heure jusqu'en 1968.

¹ D.D.S : la Direction de la Santé

^{2*} - Travailler en collaboration avec Mme Zeboudj Nora suite aux données collectées auprès des personnes Interviewées.

En suite, la présidence du conseil fait appel à elle pour la prise en charge de son service social situé rue Tancrede (Alger) à la date suscitée et elle ne quitta le service que 5 ans plus tard.

Par la suite, elle occupa le même poste au centre médico-social de la SNTA ; parallèlement à son activité, M^{me} G.Cottenceau a toujours dispensé des cours en soins infirmiers et plus tard en législation sociale à l'école paramédicale d'Hussein Dey bénévolement de (1964 à 1979) puis en qualité de vacataire jusqu'à 1984.

Depuis 1985, G.Cottenceau est en retraite, chose qui ne l'empêche pas d'être la secrétaire générale de l'association « Rencontre et Développement » pour la prise en charge des Algériens de France, cas des mariages mixtes, elle active aussi auprès des Communautés Internationales pour l'aide humanitaire des réfugiés Sahariens à Tindouf³.

2-5 - LA REFORME DES ETUDES D'ASSISTANTE SOCIALE

A partir des années 70, le système de santé Algérien va connaître un développement décisif, autant en équipements et structures qu'en formation médicale et paramédicale.

Le nombre des structures de formation médicale et paramédicale, était de sept (07) en 1963, il est passé à 20 en 1973⁴.

En 1971 : Un programme est élaboré par le Ministère de la santé pour la formation des assistantes sociales dénommée alors «Agent paramédical spécialisé ».

³- Résumé d'après le journal du soir d'Algérie du jeudi 21/11/91 p19.

⁴- Ministère de la Santé Public ; Direction de la Formation ; Formation Paramédicale (1962-1987).

Ce programme est pratiquement le même que celui réformé par la France en mars 1969, [c'est à ce moment que le texte du 17-02-1938 (qui décrétait que l'enseignement de première année devait être commun pour les infirmières et les assistantes) est abrogé].

La scolarité en deux ans est maintenue pour les infirmières, tandis que celle des assistantes est portée à 3 ans.

2-6- UNE MANIERE TEMPORAIRE D'EXERCER : LES « FAISANT FONCTION »'ASSISTANTE SOCIALE' DANS LES SOCIETES NATIONALES

L'avènement de la Nationalisation des hydrocarbures et la hausse du prix de pétrole qui atteignait de 1974 à 1979 des niveaux exceptionnels permettait l'existence d'un large secteur public. L'élément dynamique de ce secteur était l'industrie animée par l'inauguration des pôles industriels, et des sociétés nationales, perçue comme étant le levier de la transformation sociale et la propagande du progrès. Elles recouvraient par leurs activités des branches entières.

Ces sociétés n'avaient pas seulement une mission économique, chacune d'entre elles s'étaient dotées d'une politique sociale et dynamique marquée par l'établissement de centres Médico-sociaux pour les travailleurs et leurs familles, ainsi que les centres de formation, et les coopératives de consommation.

La société publique dorénavant va prendre en charge les problèmes sociaux des travailleurs⁵. Le social va pénétrer cette société, elle se retrouve donc avec des fonctions sociales non productives⁶. Situation qui a engendré la constitution d'un grand nombre de (faisant fonction) exerçant à leur niveau, nous révèle cette assistante sociale. Ecoutons :

« C'est à ce moment que Sonatrach le grand pôle industriel est le premier à former des Assistantes sur le tas « faisant fonction » pour s'occuper des travailleurs et régler leurs problèmes afin d'augmenter la rentabilité». (Informateur, privilégié, Chef de Service D.D.S, Promotion 1966).

Cette autre s'exprime dans le même sens observons :

«Des assistantes sociales étaient embauchées pour s'occuper du travailleur ainsi que sa famille. Elle ajoute en disant : c'était pour accentuer le rendement du travailleur, le rendement compter le pus à cette époque ci ». (Entretien N° 10, 50 ans, 28 d'expérience, 08 ans Caisse Oran, 20ans hôpital).

Examinons encore les révélations de cette assistante qui évoque de manière générale le rôle de l'assistante sociale dans l'entreprise :

«Dans le cadre d'une entreprise ; l'Assistante sociale exerce son action auprès des travailleurs elle participe à la mise en œuvre de l'action sociale et collabore avec le médecin du travail pour une meilleure recherche du bien-être du travailleur et de la préservation de ses droits sociaux ». (Informateur privilégié /Assistante sociale /Entreprise Nationale).⁷

⁵- Ali El Kenz ; Au fil de la crise ; 5 études sur l'Algérie et le Monde Arabe ; Entreprise Nationale du livre ; 2^{ème} Edition augmenté.

⁶- D'après les Cours. Professeur Mebtoul Mohamed «Analyse Sociologique de l'Entreprise Algérienne» (1998-1999).

⁷-D'après nos entretiens avec des personnes ressources et nos interviewées

2-6-1- QUAND LES FAISANT FONCTION PORTENT ATTEINTE AU METIER D'ASSISTANTE SOCIALE

Pour nos interviewées le phénomène des 'faisant fonction' a porté atteinte à l'image de l'assistante sociale et a contribué considérablement à la détourner de ses vraies attributions. Ecoutons cette assistante qui trouve qu'il est impératif d'avoir le titre (diplôme de l'Etat) pour exercer en qualité d'assistante Sociale, et pour être reconnue et considérée comme telle.

D'un ton nerveux elle nous dit : « *Les faisant fonction d'assistante sociale sont au niveau des sociétés et des entreprises nationales. Elles sont reconnues comme telle, alors que, nous les diplômées avons fait trois ans d'études pour avoir ce titre, je trouve ça figeant.* Elle ajoute : « *quelqu'un qui fait fonction ne connaît pas le vrai rôle de l'assistante sociale et ces faisant fonction font n'importe quel travail, elles prennent en charge le directeur et sa famille, alors qu'on principe c'est les travailleurs et leurs familles. Nous les diplômées, on connaît notre travail, on a reçu toute une formation pour ça* » (Entretien N° 7 45ans, 23ans expériences, 19ans Entreprise).

Cette autre met l'accent sur les limites des faisant fonction en matière d'intervention notamment l'aspect relationnel. Examinons : « *Le travail des faisant fonction se limitait au taches administratives, elles étaient des agents administratifs, des convoyeuses. Elles n'effectuaient pas des enquêtes et des visites à domicile.* Elle ajoute : « *Certaines n'ont pas donné la bonne image de l'Assistante (elle s'explique) : « leur plus gros défaut est l'aspect relationnel, la relation Assistante- usager est inconnu pour elles, parce qu'elles manquent de formation ; Alors que nous les diplômées avons reçu toute une formation à ce propos (stages et cours) ».* (Entretien N° 10, 50 ans, 28 d'expérience, 08 ans Caisse Oran, 20 ans hôpital).

Néanmoins, d'autres assistantes s'expriment positivement sur ces faisant fonction. Examinons : « *On ne peut juger mal toutes les faisant fonction ; moi personnellement j'ai connu certaines qui assuraient bien le rôle de l'Assistante sociale* ». (Entretien : N°07 Assistante sociale du Service de la Chirurgie générale, 45ans 23 ans d'expérience).

Écoutons encore les propos cette autre : « *Je ne veux pas généraliser ça sur toutes les faisant fonction et je ne dit pas non plus que les diplômées sont à la hauteur ; certaines faisant fonction remplissaient correctement le rôle de l'Assistante diplômée* ». (Entretien : N°08 Assistante sociale /polyclinique ,48ans, 22 d'expérience)⁸.

2-7- NOUVELLES MISSIONS POUR LES ASSISTANTES SOCIALES : ACCOMPAGNEMENT DES MALADES A L'ETRANGER

Le 01-01-1974 voit : la promulgation de l'ordonnance relative à la gratuité des soins qui supprimait les inégalités des citoyens devant la santé.

La médecine donc devient accessible à tous les malades⁹, dont les soins ne peuvent être dispensés en Algérie sont transférés à l'étranger pour lesquels l'état et la sécurité sociale ont mobilisé des sources financières importantes¹⁰.

Ainsi, des assistantes sociales sont formées sur le tas (6mois) par les caisses de sécurité sociale afin d'assurer uniquement l'aide administrative et l'accompagnement des malades transférés pour soins à l'étranger.

⁸ -Suite à nos entretiens.

⁹ - Ministère de la Santé Publique ; Direction de la formation ; Formation paramédicale (1962-1987).

¹⁰ - Demain l'Algérie l'état du territoire ; la Reconquête du Territoire ; les Dossiers de l'Aménagement de Territoire ; Office des Publication Universitaire ; R.A Ministère de l'Équipement de l'Aménagement de Territoire.

Examinons le témoignage de cette assistante sociale : « *A la caisse d'Oran, mon travail se limitait à l'accompagnement des malades à l'étranger* ». (Entretien N° 2, 45 ans, 21 ans d'expériences).

Dans le même sens s'exprime cette autre : « *A la caisse, je me limitais aux dossiers des prises en charge, les malades étaient des numéros acheminés à l'étranger, beaucoup de malades sont partis pour des soins à l'étranger, ils étaient pris en charge sans distinction, et avaient un recours au soin à l'étranger et les gens profitaient de cette manne* ». (Entretien N° 10 âge 50 ans, 28 d'expérience, 08 ans à la caisse d'Oran, 20ans à l'hôpital).

Il est vrai que la logique du modèle de développement adoptée dans les années 70 accordait la prééminence à l'industrie et aux activités industrielles dérivées des hydrocarbures comme moteur de développement, et que tous les indicateurs classiques de la croissance étaient en hausse. Telle que la couverture médicale et sanitaire avec le socialisme idéologie dominante, et les slogans de cette époque « la révolution pour le peuple et par le peuple » ; « un travail pour tout le monde », « un logement pour tout le monde ». Mais, il est clair que c'est à partir de ce moment que l'Algérien commence à devenir « un Assisté » qu'il consomme surtout, mais ne produit pas beaucoup.

Cette situation a fait en sorte que les assistantes sociales des Directions de Santé, des A.P.C, et des Tribunaux se retrouvent au chômage technique. Elles ont de moins en moins leur raison d'exister puisque le citoyen est entièrement pris en charge par l'Etat, observe cette assistante : « *Le malade était pris en charge totalement avec sa famille les services étaient disponibles, la nourriture, l'hébergement, les médicaments ; les médecins ; il n'avait pas besoin de*

recourir à l'assistante sauf pour les prises en charge ». (Informateur privilégié, Chef service de solidarité D.D.S/ Ex-assistante sociale, Promotion 1966). *

En plus, remarque Mme Zeboudj Nora que l'augmentation des «faisant fonction» des entreprises, des enquêtrices de mairie, et des accompagnatrices des caisses de sécurité sociale contribue grandement à la déformation du rôle initiale de la véritable travailleuse sociale*.

2-8- ASSISTANTES SOCIALES EN MISSION DE SENSIBILISATION CONTRE LA CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE

Avec la baisse du prix de pétrole de 34 Dollars en octobre 1981 à 29 Dollars en Mars 1983, masquée encore par la hausse de la monnaie d'échange. Le discours a changé en adoptant une nouvelle perspective : « le travail et la rigueur pour garantir l'avenir ». Ainsi, une politique de restructuration fut insérée traduite par de massives opérations touchant tous les niveaux. On s'attaque à la croissance démographique qui se trouvait être l'une des plus élevés du monde : « le baby-boom » de l'indépendance c'était maintenue au même rythme et des actions ont été entreprises pour sensibiliser la famille.

Cette assistante sociale avait participé à cette action.

Examinons :

« Entre (1984-1987) vue les statistiques galopantes les pouvoirs politiques ont constaté la montée en flèche, ils ont alors décidé d'organiser des campagnes de sensibilisation, a cette période j exerçais sous l'égide de la Direction de l'Action Sociale, j'étais chargée avec une équipe (Médecin, Psychologue ; Sage femme) de ce travail. On a commencé par la ville, avons organisé des rencontres avec les femmes, donné des explications, et distribué des produits contraceptifs. C'était encore délicat à l'époque, il fallait être convainquant pour que l'opération réussisse. Avec les agents d'assainissement

* -Travailler en collaboration avec Mme Zeboudj Nora PE/PM/AS. Suite à nos entretiens

* - Remarque de : Mme Zeboudj Nora PE/PM/AS ; « Réflexion sur le Service Social » ; 11/11/1997.

et de la prévention je me suis déplacée dans les villages et les douars pour poursuivre l'opération de sensibilisation il fallait mettre les gens en confiance, croyez- moi, j'étais surprise de l'attitude des gens et des résultats, on a bien travaillé, les femmes surtout demandaient des explications, elles cherchaient à comprendre, j'étais vraiment surprise ». (Informateur privilégié, Chef de service de solidarité D.D.S ; Ex -Assistante sociale ; Promotion 1966)

2-9- ASSISTANTE SOCIALE A LA COMMISSION MEDICALE : AGENT MEDIATEUR

En 1984, fut crée la Commission Régionale Médicale. Cependant, la décision du recours des malades pour soins à l'étranger est accordée au président de cette commission (Professeur) après concertation des autres membres de la commission, en particulier les médecins chefs de services. Dispositif prit suite aux manifestations des médecins spécialistes de l'hôpital, gêné par le fait que les médecins conseils de la caisse de sécurité sociale s'en chargeaient (décidaient).

L'assistante sociale est membre de cette Commission Médicale. Elle nous décrit son rôle. Ecoutons : *« J'étais choisie par le professeur (cite son nom). Je recevais les Assistantes Sociales et les malades des willayas de l'ouest pour des avis de recours pour soins à l'étranger et des rendez vous avec nos médecins spécialistes. Je me déplaçais aussi pour l'hospitalisation de ces malades (courir pour trouver un lit). En plus, je m'occupais des requêtes des malades pour les prises en charges. Elle s'explique : « Dans le cas des avis défavorables, je demandais aux malades d'écrire une requête, et je l'appuyais de mon coté auprès de la commission, en cas de refus, je me débrouillais pour les caser dans une structure nationale pour recevoir les soins nécessaires ».* (Entretien N°7 42ans, 19ans d'expérience)¹¹.

¹¹- Informations recueillies auprès des personnes concernées.

3-1- LES REPERCUSSIONS DE LA CRISE ECONOMIQUE SUR LE CORPS PROFESSIONNEL DES ASSISTANTES SOCIALES

La réduction des recettes extérieures causée par la crise financière générée par la baisse du prix de pétrole (le baril à 12\$ en février / le dollar à 7FF), et les fluctuations du dollar ont révélé à partir de 1986 les faiblesses structurelles de l'économie nationale. L'Algérie s'installe donc dans la crise et par nécessité une réforme profonde commence à s'imposer avec la remise en question de tous les niveaux telle que l'offre de soins¹.

A cette période la compression d'effectif -opération encore timide- avait touché les Assistantes diplômées de la caisse qui ont rejoint les formations sanitaires ultérieurement *

Observons le discours de cette assistante sociale de la Caisse témoin de l'époque :

« Il y avait la crise de pétrole, c'était une bombe à la caisse, on pouvait plus payer les gens, il fallait ...c'était plus économique que politique. En principe, on devrait être licenciés, mais... ». (Entretien N° 10 âge 50 ans, 28 ans d'expérience, 8 ans à la caisse, 20 ans à l'hôpital).

Encore cette autre qui nous révèle que l'origine du non licenciement est politique. Examinons :

« On (elle ne déclare pas qui) n'a pas pu nous licencier, c'était politique ». (Entretien N° 8 âge 48 ans, 22 d'expérience).

¹- Ali El Kenz ; «Au fil de la Crise» ; 5 Etudes sur l'Algérie et le Monde Arabe p (62-65) ; Entreprise Nationale de livre ; 2^{ème} Edition augmenté.

* - Information collectée auprès de nos interviewées.

3-1-1- Résistance et difficultés d'adaptation à l'espace sanitaire

RESISTANCE :

L'intégrations des assistantes sociales de la caisse du milieu sanitaire fût marquée par la résistance vue les avantages dont elles bénéficiaient, notamment le salaire nous explique cette assistante sociale.

Écoutons : « *les assistantes sociales diplômées de la caisse ont protesté après avoir rejoint l'Hôpital, certaines ont carrément démissionné, (elle fait référence à ces consœurs assistantes sociales). Elle ajoute en disant : « à la caisse j'étais bien, j'encaissais bien, c'était l'endroit qui payait le mieux, par rapport à l'hôpital, considéré comme nul, on (l'ensemble des Assistantes Sociales) cherchait l'argent le fric ».* (Entretien N° 10 âge 50 ans, 28 ans d'expérience, 8 ans à la caisse, 20 ans à l'hôpital).

DIFFICULTE D'ADAPTATION :

Leur adaptation du nouvel espace fût difficile pour les deux raisons suivantes évoquées par nos interlocutrices et résumées ainsi :

- le sentiment d'être in désiré par leurs collègues de l'hôpital.
- La nature de l'espace sanitaire par rapport à celui de la caisse.

Examinons ces propos : « *les assistantes sociales de l'hôpital n'ont pas voulu de nous, pour elles c'est leur hôpital et nous sommes venues de l'extérieur ; avons pris leurs places en plus, on travaillait sérieusement, nous avons pris le pli, et la discipline. Alors les Médecins de l'hôpital et le personnel nous comparaient à celles de leurs services, ceci ne plaisait pas à ces dernières.* Elle poursuit en disant : « *la caisse était un pool, mais l'hôpital, c'est le grand espace, l'anarchie, la galère, ça nous paraissait misérable et nous les Assistantes de la caisse étaient livrés à nous même on a beaucoup souffert.*

Elle s'explique : « *on ne pouvait pas s'adapter avec les paramédicaux, on supportait mal qu'une infirmière nous commandait* ». (Entretien N° 10 âge 50 ans, 28 ans d'expérience, 8 ans à la caisse, 20 ans à l'hôpital).

Nous comprenons alors, le désappointement de cette assistante touchée par cette mesure (disposant d'un statut prestigieux à la caisse), qui nous avoue qu'elle n'arrive toujours pas à s'adapter avec le milieu hospitalier. Elle nous fait part de ses sentiments. Examinons :

«Depuis 1986 je me sens toujours étrangère, ça me bousille, je n'aime pas cette ambiance de l'hôpital, je ne me sens pas fait pour le milieu hospitalier j'ai essayé, mais ..., j'ai demandé à changer, j'ai essayé à la CNASAT, et ça n'a pas donné grande chose». (Entretien N°02 Assistante Sociale/ Unité des U.M.C).*

3-2- NOUVEAU TUTELLE POUR NOUVELLE FORMATION DE NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Entre 1987et 1993, le Ministère de la Santé Publique ne forme plus d'Assistants Sociales sorties de la deuxième promotion en1987. C'est le Ministère de la protection sociale qui se charge de prendre la relève par l'intermédiaire de son centre national de formation du personnel spécialisés(CNFPS) de Birkhadem institué par le décret 87/258 du 01-12-1987.

C'est ainsi que des élèves assistantes sociales sont formées selon un programme élaboré à prédominance sociale plutôt que médicale.

* - Texte élaboré d'après les témoignages des Assistants Sociales concernées et touchées directement par l'événement.

Ces Assistantes Sociales sont destinées au terme de leur formation à œuvrer auprès des établissements à caractère social (pouponnières) ; FEA (Foyer pour enfants abandonnés), FDPA (Foyer pour des personnes), CSR (Centre Social de Rééducation) ; SOEMO (Service d'Observation en Milieu Ouvert)²

3-3-LA FORMATION DES ASSISTANTES SOCIALES LANCEE DE NOUVEAU EN URGENCE

A partir des années 90, l'économie Algérienne touche le fond. Le taux de croissance est négatif, les réformes entreprises depuis 1989 se sont avérées inefficaces. Les faits sont palpables :

- La situation sécuritaire est marquée par de fortes violences.
- Quatre millions d'Algériens vivent au dessous du seuil de pauvreté, et 14/25 millions appartient à la couche moyenne.
- Les conditions d'hygiène, de nutrition et d'hébergement se sont tellement dégradées qu'on a l'impression de repartir à zéro avec les récurrences telle que la syphilis, la tuberculose, la fièvre min agite, la gale, ...Etc³ .

Cette situation semble avoir motivé la décision du Ministère de la Santé et de la Population à reprendre en 1993 la formation des Assistantes Sociales antérieurement cédée au Ministère du Travail et des Affaires Sociales depuis 1987. Le Ministère de la Santé et de la Population a lancé de nouveau la formation des Assistantes Sociales et ceux pour renforcer les services sociaux qui s'étaient dégarni.

² - D'après Mme Zeboudj Nora. PE/PM/AS ; I. T. S. P ; Oran. « Réflexion sur la Formation Actuelle des Elèves Assistantes Sociales ». 1997.

³ - Ahmed Bouyakoub. « L'Economie Algérienne et Le Programme d'Ajustement Structurel » ; Confluence. Printemps 1997. -

Cette formation pour la santé ne pouvait être qu'Alger, Oran, et Constantine vue le manque d'encadrement. Malgré cela un effectif a tout de même était formé a Blida, Bejaia, Biskra, Batna, Bechar, Tlemcen et Médéa par un personnel non qualifié (sans professeurs d'enseignement paramédicale option Assistante Sociale et un plateau psychopédagogique inadéquat.

Remarque ainsi, que tous ces établissements ont appliqué le programme de 1980 avec des apports de celui de 1971, sans aucune actualisation officielle, par conséquent. Nous nous interrogeons sur le résultat de cette formation (efficacité, opérationnalité des futures assistantes sociales* .

3- 4- DES SERVICES SOCIAUX IMPUISSANTS ET INADAPTES

Globalement les résultats de l'application du programme d'Ajustement structurel s'annonce bonne, traduisant une nette amélioration de la santé de l'économie Algérienne, mais reste que la situation est loin d'apporter satisfaction et répondre aux espérances car les privatisations et la libération du commerce entamées permettent des ascensions sociales fulgurantes.

En effet, les répercussions du plan d'ajustement sont déjà perceptibles et risquent dans un avenir proche d'attendre des proportions dramatiques :

- La dégradation des conditions d'existence de larges couches sociales dans les cités populaires où notamment la déperdition scolaire et le chômage s'étendent de façon alarmante.

- La violence quotidienne est indescriptible.

- le chômage est en forte progression, avec un taux qui a atteint 30% à cause de la réduction des effectifs qui a touchés 55.783 salariés de l'industrie dont 402 entreprises.

* - Travailler en collaboration avec Mme Zeboudj Nora PE/PM/AS à l'ITSP d'Oran.

- De plus en plus de mendiants dans les rues, signe révélateur d'une crise très grave⁴.

Les services sociaux de différents secteurs qui ne se sont pas préparés, car encore habitués à fonctionner en veilleuse sont impuissants devant une telle situation, l'aide qu'ils peuvent apporter dans ce désordre ne représente qu'une goutte d'eau dans un océan* Comme nous l'explique cette assistante sociale. Ecoutons :

«Nous avons de plus en plus du mal à agir. La crise socioéconomique et la mal vie constituent autant de problèmes dans les quel se débat le travailleur moyen quand il a la chance de pouvoir conserver son poste, car nous nous pouvons même intervenir en cas de compression pour les faibles revenus». (Informateur privilégié/ Assistante Sociale Entreprise).

3-5- QUAND LE TERRORISME PARALYSE L'ASSISTANTE SOCIALE

La situation sécuritaire du pays avec le terrorisme qui frappait fort dans les années 90 a engendré des victimes de terrorisme qui nécessitaient particulièrement des prises en charge conduites par les assistantes sociales.

Néanmoins ce même facteur contribue à rétrécir le champ d'intervention de l'assistante, notamment le déplacement pour effectuer des enquêtes et visites à domicile vu le manque de sécurité sur les routes et dans les quartiers à risque.

Observons ce témoignage : *« Maintenant, à cause du terrorisme, on part par avion à Alger pour déposer et récupérer les dossiers des malades auprès de la commission, non pas par route. Elle ajoute : « Moi, à présent ; je ne fais plus d'enquête à domicile par manque de sécurité dans certaines ville. Mes malades*

⁴- Données tiré de chez Hélène Bravin .dans « L'inquiétante Détérioration de la Situation Economique en Algérie » Confluence Printemps 1997.

* - Remarque Mme Zeboudj Nora PE/PM/AS. Dans «Réflexion sur la formation Actuelle des Elèves Assistantes Sociales». 1997.

ne sont pas d'Oran, ils habitent Tlemcen, Arzew, Chelf, Relizaine Je ne me déplace pas, j'ai peur, je me contente de leurs réponses et je les place à l'hospice. Evoque un cas : « J'avais une malade qui habite Negria (Arzew), zone de terrorisme, je lui ai fait une quête, je l'ai accompagnée pour prendre un taxi et rentrer chez elle. Elle ajoute : « Quand je fais mon enquête, je suis tranquille, mais, parfois c'est difficile et c'est dangereux. Evoque un autre cas : « j'avais dans mon service une vieille femme âgée, qui m'avait fourni son adresse. Elle habite à Ras El Ain - quartier dangereux - . Je me suis déplacée avec le chauffeur sur place pour faire mon enquête et fais tout le tour du quartier jusqu'à la Forêt sans rien trouvé. Alors, j'ai fini par la placée à l'hospice ». (Entretien : N°09 / assistante sociale, Service de Traumatologie, 36ans ; 14ans d'expérience)⁵.

3-6- DES TENTATIVES POUR LE REFERENTIEL METIER 'ASSISTANTE SOCIALE'

A partir de 1995 et les années qui suivirent, des efforts seront déployés par différents organismes (D.D.S, I.T.S.P, E.C.P.M.....etc) en collaboration avec les assistantes sociales de divers champs professionnels pour l'élaboration de « Profil de poste» ou « Référentiel métier». Des rencontres, des réunions, ainsi que des journées d'études ont eu lieu depuis. Nous vous proposons ainsi l'ensemble des travaux réalisés.

- En 1995 ; L'I.T.S.P d'Oran a regroupé le 24-10- à 14H, quelques assistantes sociales du secteur sanitaire et d'entreprises publiques et parapubliques des wilayas suivantes Oran, Tlemcen, Tiaret et Bechar. Deux P.E.P.M option assistante sociale . Un juriste, un sociologue, un psychologue, deux journalistes, le directeur de L'I.T.S.P ainsi que le directeur des études

⁵- Suite à nos entretiens.

spécialisés. Dans le but de trouver un moyen pour créer un réseau d'échange entre les assistantes sociales ; de révéler la situation actuelle de l'assistante sociale et de proposer des solutions pour redynamiser la profession et améliorer l'image de l'Assistante Sociale.

- L'an mille neuf cent quatre vingt seize (1996). L'Ecole Paramédicale de Constantine lance un appel aux assistantes sociales de l'est d'Algérie ainsi qu'aux assistantes sociales formaient par son école pour réfléchir sur le projet « profil de poste » 'assistante sociale'. Au bout de trois jours du 20 au 22 Avril, des points de travail ont été cernés, et des groupes de réflexion ont été formés. A la suite de séances de travail et de débats un profil de poste est mis en œuvre.

Cette expérience est qualifiée comme étant très constructive selon les propos de cette assistante sociale exprimant un sentiment de regret devant l'in exploitation de ce projet par les autorités responsables. Ecoutons : *«on (parle des Assistantes Sociales qui ont participé) avait espéré une suite, malheureusement ce projet n'a pas été exploité par le Ministère de la Santé, et le profil de poste n'existe toujours pas jusqu'à nos jours»*. (Informateur privilégié/Assistante sociale /Centre de Rééducation pour Filles).

- En 1997 : L'institut national pédagogique de la formation paramédicale organe du Ministère de la Santé et de la Population institué par décret 96/187 du 27-04-1996, déclenche un processus de réajustement du programme de formation pour rendre les nouvelles professionnelles plus opérationnelle sur le terrain et visent la performance de ce corps afin de réhabiliter les services sociaux.

- Du 26 au 28 octobre 1997, s'est tenue à L'I.N.P.F.P école des cadres une rencontre de travail sur le projet «profil de poste » ' Assistante Sociale'.

- En 1997, le seize du mois de novembre s'est tenue au sein de l'Institut Technologique de Santé Publique d'Oran une réunion de travail regroupant les Assistantes Sociales de divers espace de travail, sous la présidence du Monsieur Guennoune Houari, Directeur des Etudes et des Stages dont l'animation était assurée par Madame Zeboudj Nora. Ce travail avait pour objectif :

- De communiquer et continuer le travail entrepris par l'école des cadres un mois auparavant pour l'élaboration d'un profil de poste.

- De définir le référentiel métier 'Assistante Sociale'.

- De désigner une représentante au niveau de l'institut pédagogique d'Alger.

- En 1998, la D.D.S en collaboration avec quelques assistantes sociales œuvrant dans divers espaces, tentent d'élaborer un « Référentiel Métier». Cette expérience est jugée positive parmi les participantes. Ecoutons :

« En 1998, la direction de la santé a convoqué les assistantes sociales de divers secteurs sanitaires et d'autres pour travailler sur un projet de référentiel métier. Au cours de trois jours de travail, chaque assistante a parlé de son travail et a exprimé son sentiment ; nous avons partagé beaucoup de choses, problèmes de responsables, problèmes quotidiens ; dommage les assistantes sociales de l'hôpital n'ont pas participé. Elle ajoute : « j'ai trouvé beaucoup de plaisir, j'ai découvert le travail de l'assistante sociale dans les autres structures. Jamais, nous n'avons eu de pareilles journées de travail. C'était favorable, sur le tas, encore chaud des propositions sont faites : Profil de poste ; Association... ». (Entretien N°8 ; âge 48 ans ; 22 ans d'expérience).

En outre ; ces deux autres assistantes évoquent avec beaucoup de regret cette expérience, touchées par le fait qu'elles n'avaient plus entendu parler de ce travail depuis sa mise en œuvre. Examinons

: «...c'était bénéfique ; les Encadreurs nous on fait des promesses. Mais, depuis ; on a rien reçu ; rien du tout ». (Entretien N°7 ; âge 40 ans ; 20 d'expérience à l'hôpital).

Cette autre nous dit : «*Depuis que nous avons déposé le document, on a rien reçu, rien du tout. Nous (Assistants sociaux) avons espéré une suite et un changement de la part des responsables de la Santé, une fois sensibilisé sur notre situation (métier dévalorisé) mais, depuis rien ; absolument rien* ». (Entretien N°8 ; âge 48 ans ; 22 ans d'expérience).

Le 7 juillet 1999 s'est tenue une journée de l'assistante sociale à Diar El Rahma de Bir Khadem regroupant les assistantes sociales de différentes wilaya tes d'Algérie ; dans l'objectif de redynamiser le travail social au niveau des divers champs sociaux, et repenser un travail social véritable au sein d'une cellule de proximité.

Reste que seules les bonnes volontés ne suffisent pas. Toutes ses tentatives sont loin de répondre aux espérances des assistantes sociales, puisque aucun « Profil de Poste » ni « Référentiel Métier » précis de la profession d'Assistante Sociale n'existe jusqu'à l'heure actuelle.

En effet, cette absence rend l'exercice de la fonction très mal aisée et finie par dérouter même les meilleures volontés.

3-7- A PRESENT UN METIER EN QUESTION

Avec l'insertion de l'Algérie de plus en plus dans l'économie mondiale, et les mutations socio économiques engendrées par ce fait.

Des actions sociales de grandes envergures s'imposent, notamment pour la prise en charge des personnes malades.

Cependant, qui pourrait mieux que les services sociaux menés ses interventions d'où l'interrogation aujourd'hui :

Qu'en est-il réellement des Services Sanitaires Sociaux ? Une question vient alors se greffer à la première :

« Que font concrètement les Assistantes Sociales de l'espace sanitaire pour participer à cette avancée ?

Ainsi, une étude sur l'évolution importante du Métier de l'Assistante Sociale en secteur sanitaire s'impose avec acuité.

Ce qui nécessitera pour autant un travail collégial de fond, de longue haleine qui requiert des moyens financiers conséquents.

De notre part, par la présente étude nous souhaitons apporter notre humble contribution.

Conclusion :

Retracez ici quelques expériences professionnelles d'assistantes sociales, a travers les différentes époques d'histoire d'Algérie , nous a permis d'affirmer l'existence et l'émergence de la notion d' « assistance » depuis bien longtemps dans la société Algérienne sous diverses formes pilotées par différent acteurs .

En effet, en période de colonisation, Le service social était l'auxiliaire du choix des responsables de la colonisation.

Dans les années (70-80) le corps professionnel des Assistantes Sociales a servi de support à l'idéologie dominante « Paix sociale » : (Accès égalitaire aux soins ; Egalité de tous ...).Voir même diriger la vie sociale (Adhésion aux programmes de santé et de prévention, lutte contre la tuberculose et l'accroissement démographique.

Durant la décennie 90, les bouleversements socio économiques connus depuis 1986 ont occasionné l'apparition et l'aggravation de certains fléaux sociaux. C'est pourquoi l'activation des services sociaux devrait être à son paroxysme, par conséquent, la travailleuse sociale ne devrait pas chômée mais bien au contraire, être sollicitée de tout part.

A présent, vue la conjoncture actuelle, il semblerait que la demande en assistante sociale commence à se faire sérieusement ressentir contrairement au temps où elle était taxée de produit de luxe, nécessaire que dans les pays développés. Alors, l'Assistante Sociale va t- elle pouvoir faire face aux sollicitations, aux besoins désespérés d'une population nombreuse, diversifiée et de plus en plus fragilisée.

Deuxième Partie

La Socialisation des assistantes sociales

Chapitre 1

1- Mode d'accès à la profession d'assistante sociale

Introduction

Le choix d'un métier ou d'une profession est souvent guidé par des intérêts, une nécessité ; ou même une vocation. Il peut être confirmé ou repensé au cours de la trajectoire professionnelle même de l'acteur. En d'autres termes, le choix professionnel peut ne pas être définitif.

Pour Claude Dubar¹, le choix d'un métier est au départ le résultat d'une dynamique interpersonnelle, la personne cherche à construire une « stratégie identitaire mettant en jeu l'image de soi, l'appréciation de ses capacités, et la réalisation de ses désirs ».

Ainsi, il est pertinent de découvrir les raisons pour lesquelles une personne ne décide d'exercer une profession plutôt qu'une autre

A partir des données recueillies sur les trajectoires socioprofessionnelles des assistantes sociales en poste interviewées ; il apparaît explicitement que l'accès à la profession est dû en premier lieu à cette rupture avec l'enseignement général ; ainsi, nos interviewées nous révèlent quelles ont opté pour une formation professionnelle. Cependant le parcours scolaire inachevé les a poussées vers un choix rapide et intéressant.

Dans ce sens J.QUENDET², à partir d'un échantillon de travailleurs sociaux établit la constante suivante : « Tous évoquent une scolarité un peu chaotique ou une mauvaise maîtrise des filières scolaires, parfois une révolte face à une institution à laquelle ils ne se sont jamais adaptés, préférant s'orienter

¹ DUBAR.C., *L'identité*, coordonnée par JC RUANO-BORBALAN, Auxerre, Sciences Humaines, 1998, p112.

² J. QUENDET in « Comment se construisent les trajectoires des éducateurs spécialisés », lien social, n° 495 du 15/8/99, p 15.

vers une formation à finalité professionnelle, quitte à revenir, plus tard, pour certains, sur un cursus inachevé».

Mais, il y' a effectivement d'autres facteurs plus subjectifs qui rentrent aussi en considération. En effet ; l'orientation vers le métier d'assistante sociale est liée à la rencontre avec une professionnelle, (le modèle) et à certaines contraintes de l'ordre du social telles que les attentes familiales.

Nous allons à présent exposé et essayé de discerner les raisons subjectives qui ont motivé les assistantes à exercer cette pratique professionnelle.

1-1- Une représentation idéalisée de l'assistante sociale :

Nous retrouvons dans cet extrait une image idéalisée de l'assistante sociale, incarnée lors de sa rencontre, suite à une prise en charge d'un proche. Ce modèle de référence a marqué cette assistante sociale dont le père est agriculteur et la orientée vers un choix décisif de la profession.

Ce choix remonte à l'enfance et l'inspiration représente une source de construction de l'identité professionnelle.

Examinons : « *J'ai aimé le travail d'assistante sociale à travers Djamane* (Nom de la première Assistante Sociale de l'hôpital d'Oran) *elle avait accompagné mon père en France. J'étais jeune à l'époque mais, je me souviens bien qu'à ce moment là je me suis dit lorsque je serai grande, je deviendrai comme elle.* Elle confirme : *oui c'était ça*, elle ajoute en insistant : « *ce métier moi je l'ai choisi par amour et je le fais par amour* ». (Expression répétée deux fois). (Entretien : N°06 Assistante Sociale /Service de Cardiologie/ Hôpital Oran).

Cette autre interlocutrice invoque la rencontre déterminante avec une assistante sociale religieuse, qui l'avait encouragé et incité à présenter sa candidature au concours d'assistante sociale, influençant ainsi son choix professionnel.

Cette spécificité est notée dans l'ouvrage de BOUQUET et JOVELINE³ (2005) ; la proposition d'un tiers peut être l'élément qui décide une femme à exercer cette activité.

³ BOUQUET.B. JOVELINE E., *Histoire des métiers du social en France*, Paris, Edition ESF, 2005, p 215.

Examinons ces propos :

« Je me retrouvais à Batna où j'ai fais la connaissance d'une sœur, assistante sociale ,nous avons discuté un petit peu de son travail , j'ai aimé sa façon de parler , de concevoir les choses ;(d'un air émerveillé elle ajoute) :il fallait la voir, elle continue : « peu après elle est venu me rendre visite chez moi et ma proposé et encouragé à passer le concours pour la formation d'Assistante Sociale ; c'est comme ça que (ne trouve pas le mots). Elle ajoute avec fierté et nous affirme : « j'ai aimé ce métier, j'ai toujours aimé être Assistante sociale, c'était mon choix, d'un ton certain elle nous dit : « j'exerce mon métier avec amour et bravoure, j'aime travailler dans les structures de santé et je suis là pour les autres ». (Entretien : N°05 Assistante sociale du service de Maternité. Clinique Santal).

1- 2- Les attentes de la famille :

La rencontre de l'assistante sociale lors de la prise en charge d'un proche n'est toujours pas l'élément déclencheur en matière de choix du métier ; le poids ou les attentes de la famille paraissent plus suprême, confrontant ainsi, les désirs de certaines de nos interlocutrices. Le cas de cette assistante.

Écoutons

: « Lorsque j'étais jeune je voyais comment l'assistante sociale s'occupait de ma sœur handicapée pour ses soins à l'étranger et j'ai aimé ; mais je voulais être inspectrice de douane. Alors que, mes parents me poussaient à suivre la formation pour devenir assistante particulièrement ma mère qui me conseillait le plus. Alors au lieu de passer mon bac ; j'ai suivi cette formation ». (Entretien : N°07 Assistante sociale /Service de Chirurgie générale / Hôpital Oran).

1-3- L'influence de la mère :

D'autres assistantes reconnaissent l'influence des parents en particulier la mère, agent principal dans leurs orientations professionnelles.

Cet extrait illustre ce propos. Observons : *«Ma mère m'a poussé à faire ce métier et mon frère m'a beaucoup encouragé »*. (Entretien : N°03 Assistante Sociale /Service de Rééducation/ Hopital Oran).

Cette autre s'exprimant dans ce même sens nous déclare sa motivation et son attrait pour le métier d'assistante sociale avant d'entamer sa formation en nous affirmant avoir une idée plutôt vague au départ. Son métier répond à ses aspirations en particulier l'aspect mobilité.

Écoutons

: *«Je n'ai pas choisi ce métier, c'est ma mère qui a envoyé mon dossier pour la formation, c'est elle qui m'a encouragé. Elle ajoute : «j'avais une idée sur le rôle de l'Assistante Sociale (elle s'explique) : quand j'étais au lycée , ma copine me parlait souvent de l'assistante qui venais chez eux en visite ; elle m'avait dit qu'elle s'occupait des travailleurs et de leurs familles qu'elle les aident, qu'elle se déplaçait beaucoup et ça m'avait plu surtout ça comme je n'aimais pas le travail de bureau, ;Alors après avoir échoué à mon bac ma mère m'a encouragé à le faire »*. (Entretien : N°09 Assistante Social /Service de Traumatologie. Clinique Fillaoucène).

1- 4- Une profession qui permet de rompre avec la routine :

Pour cette toute autre assistante s'exprimant dans le même sens. Son père militaire est derrière son orientation professionnelle. Elle nous révèle ainsi, qu'elle n'était aucunement motivée par cette formation au départ .Mais elle nous affirme aujourd'hui son attrait pour cette profession qui n'est pas routinière (mobilité) et qui répond à ses aspirations selon ses propos.

Examinons

: « Ce n'était pas mon choix, je n'ai pas eu mon bac. Alors, mon père m'a conseillé de suivre la formation pour devenir assistante sociale. Elle ajoute : « au départ le travail ne me plaisait pas mais, par la suite j'ai fini par aimer, on s'ennuie pas c'est enrichissant. Elle confirme : « J'aime bien à présent mon travail, c'est un métier qui ouvre mes horizons. Elle s'explique : « Je me déplace beaucoup et j'apprends d'avantages ; je ne connaissais pas beaucoup de structures, de lieux maintenant oui, je ne me sens pas dépasser ça me mets toujours en actualité, et ça me permet de vivre mon époque, il faut vivre son époque » (nous dit elle). (Entretien : N°10 Assistante Sociale /Service de Marphon, Hôpital).

1-5-Un choix aléatoire :

Alors, que certaines de nos interlocutrices nous parlent d'orientation familiale. Pour d'autres, par contre, il n'est question que d'un choix aléatoire, au hasard.

Examinons, cette assistante sociale qui sans hésiter nous révèle

: « Je n'ai pas choisi cette formation ; je l'ai fais comme ça (elle s'explique) moi et ma copine avons vu une annonce au journal ; Alors nous avons abandonné nos études de sage femme pour suivre cette formation ; et

c'est comme ça que.... (Elle ajoute) : *d'ailleurs le transfert à cette époque ci était facile*». (Entretien : N°02 Assistante Sociale /Service de psychiatrie).

Conclusion :

Le regard sur les motivations qui ont conduit nos interlocutrices à la formation en métier d'assistante sociale nous permet d'avancer ce qui suit :

Les raisons objectives du choix du métier sont liées aux parcours inachevés de la scolarité, et au besoin de travailler, et opérer également une conversion professionnelle.

Par ailleurs, les raisons subjectives résident plutôt dans l'inspiration du modèle de la travailleuse sociale rencontrée, et à l'influence de la famille en particulier les parents, à leur tête la mère, fréquemment évoquée dans les discours de nos interviewées.

Il est pertinent de souligner ici que l'origine de l'orientation professionnelle de nos interlocutrices n'est pas liée en priorité aux soucis d'aide, ou aux besoins d'être utile à la société. A notre sens cela trouve explication dans le manque d'information sur le rôle de l'assistante sociale chez nos interviewées avant d'entamer la formation.

Ainsi ; la question de service social comme métier où vocation sera un débat récurrent. Marie-France Marques ; assistante sociale française en polyvalence de secteur nous emmène plus loin dans la réflexion sur ce fait dans un article apparu dans (Onisep Avenirs –« les carrières sociales» n°442-443 p21) où elle nous fait part de son point de vue : « *Travailleur social n'est pas un métier car le métier représente l'échange consciencieux d'un travail contre de*

l'argent mais, ne requiert point le don complet d'un travailleur social ; toute sa force, toute sa puissance affective ou encore ».

Ainsi, elle trouve que : *« le service social est une vocation, et c'est pour l'amour des autres et seulement par amour qu'il faut aborder cette apostolat ».*

Il nous semble que l'aspect « vocation » s'impose encore très longtemps car nous estimons que la profession d'assistante sociale exige surtout des qualités humaines, de courage, de combativité et d'esprit d'initiative.

En effet, vouloir être 'Assistante' c'est souhaiter avoir une relation d'aide ; c'est pourquoi à notre avis la vocation doit précéder la formation et non pas le contraire.

2- La formation des Assistantes Sociales : L'acquisition d'une culture professionnelle

Introduction

Avant 1987, la formation d'Assistante Sociale était dispensée par le Ministère de la santé. En fait les institutions qui ont commencé à former les Assistantes Sociales dont les ancêtres sont les infirmières visiteuses sociales, sont les écoles paramédicales qui accordaient un enseignement plutôt centré sur la prévention sanitaire et sociale, elles axaient leur formation surtout dans l'action : « Médico-sociale ».

Par la suite, le Ministère des affaires sociales hérita de cette tâche après la création des centres nationaux de formation du personnel spécialisé c'est depuis peu que le centre national du personnel spécialisé (CNEPS) de Bir Khadem à Alger, crée par décret n° 87/258 du 01 Décembre 1987 assure également une formation qui spécifie le domaine d'intervention de l'Assistante Sociale dans l'action socio-éducative.

Par ailleurs ; le niveau d'accès à la formation (spécialité Assistante Sociale exige le bac scientifique ou littéraire).

La durée de la formation s'étend sur une période de 3 années, elle est organisée en semestre et comprend l'enseignement théorique effectué au sein de l'école et pratique (stages) auprès des services sociaux et hospitaliers.

Le diplôme d'Etat 'Assistante Sociale' est obtenu à la suite d'un examen pratique, et une épreuve écrite passée avec succès selon l'arrêté n°145 extraits du journal officiel du 30 Septembre 1990 portant réglementaire¹.

Cependant, l'acquisition d'une formation donnée permet à l'élément (Formé) de s'inscrire officiellement dans la trajectoire professionnelle.

Selon Claude Dubar. Cette phase initiale est une appropriation d'« *une culture professionnelle* » (Dubar C, 1991, p 101) impliquant un savoir scientifique et une conversion au rôle professionnel.

De son côté Hughes considère cette acquisition de la culture professionnelle comme étant la rupture avec le monde profane et l'implication dans le monde professionnel. Pour lui c'est : « *Le passage à travers le miroir* ». Ou « *regarder le monde derrière soi en sorte qu'on voit les choses écrites dans le miroir* ». (Cité par Dubar C 1996).

Nous allons maintenant montrer comment les assistantes sociales issues de différentes formations sanitaires perçoivent et pensent la formation dispensée durant leur cursus.

Il ressort de manière générale de nos entretiens que les assistantes sociales de divers services issues de divers espaces professionnels estiment dans leurs discours avoir reçu une formation polyvalente de qualité argumentée soit par le fait que la formation théorique était bonne , et les stages pratiques en particulier bénéfiques soit par la qualité du plateau psychopédagogique.

¹- Informations recueillis auprès du chef d'option Assistante Sociale'I.T.S.P d'Oran

2-1- Un encadrement de qualité :

Dans les extraits suivants nos interlocutrices se focalisent sur la qualité de l'encadrement pour exprimer leur satisfaction envers la formation.

Examinons les propos de cette assistante sociale : *« J'ai suivi ma formation à l'école d'Alger. On (parle de sa promotion) était encadré par des européennes ; des femmes âgées d'un certain niveau intellectuel, j'ai fait trois ans d'études ; une année de soins médicaux avec les infirmières, et deux autres années en service social. On a eu un peu de tout, la psychologie, la sociologie, le droit. A partir de la 2eme année on a commencé à pratiquer le social. On assurait les permanences toute seules. En 3eme année on avait que des stages à plein temps auprès de la caisse, la D.D.S, les services de l'hôpital, la pouponnière ; les entreprises nationales (Sonatrach, Sonal gaz), les administrations publiques. Elle ajoute : « Durant ces stages, j'ai beaucoup appris (elle cite) : comment traiter un cas. Comment le régler ? Elle confirme : « Ma formation était polyvalente et très utile ». (Entretien : N°05 Assistante Sociale /Service de Maternité, Clinique Sainte Anne).*

Cette autre s'exprime dans le même sens. Ecoutons : *« On était formées par des cadres Algériens et des professeurs Français ; psychologues, sociologues, on a fait le droit et on se basait beaucoup sur le social. Elle ajoute : « ma formation était formidable ». (Entretien : N°06 Assistante Sociale /Service de Cardiologie, Hôpital).*

2-2- Un contenu théorique riche :

Dans les discours qui vont suivre nos interlocutrices accordent l'importance au contenu diversifié de leur formation répartie entre le médical et le social pour marquer sa spécificité et sa différence par rapport aux autres formations paramédicales.

Écoutons : « *Je pense que ma formation était complète, on (parle de sa promotion) a eu une année médicale de soins généraux puis, en 2ème année on s'est spécialisée en service social, où on a eu le droit, la psychologie, le module d'éthique professionnelle. Elle ajoute : « D'ailleurs, se sont des Algériens qui nous ont formé, c'était une très bonne formation ».* (Entretien : N°01 Assistante Sociale / l'unité des UMC).

Encore les propos de cette assistante sociale : « *J'ai suivi mes études à l'ITSP d'Oran, une formation médico-sociale, on (parle de sa promotion) avait le médical, des médecins qui nous ont encadré et le social, des cours et des stages à l'hôpital, à la D.D.S....c'était sérieux à l'époque et notre formation était parmi les meilleures ».* (Entretien : N°07 Assistante sociale / Service de la Chirurgie générale, Hôpital).

2- 3- Les stages pratiques valorisés :

Pour certaines de nos interviewées la satisfaction exprimée par rapport à la formation acquise se justifie beaucoup plus dans le champ pratique où les stages pratiques. Observons, cette assistante qui nous révèle :

« Je faisais partie de la 2ème promotion formée à l'ITSP d'Oran, pendant ma formation j'ai eu la théorie et la pratique, des stages à l'hôpital ; où je suis passée par tous les services ». (Entretien : N°02 Assistante sociale du service de Psychiatrie, Hôpital).

Cette Assistante met le point dans son discours sur le mode de déroulement de sa formation, l'alternance entre la théorie et la pratique. Écoutons : *« j'ai reçu une formation de trois ans à l'ITSP d'Oran, on (parle de sa promotion) a commencé par une année de soins généraux entre-commun avec les infirmières puis, en 2ème année, on avait la théorie et la pratique, les stages dans plusieurs services, notre formation était importante surtout la pratique ; et puis quand tu pratiques tu n'oublies pas (ajoute-elle).* (Entretien : N°09 Assistante sociale du Service de Traumatologie, Fillaoucène).

Pour cette assistante sociale, les stages permettaient l'immersion dans le monde professionnel et la confrontation avec les situations et la réalité pour acquérir le savoir faire. Examinons : *« c'était une très bonne formation avec un très bon encadrement, en 1ère année on a eu les soins médicaux ; en 2ème année (elle cite) la sociologie, la psychologie, la Méthodologie, où on avait les stages le matin et les cours l'après midi. Mais en 3ème année c'était que des stages de 3 mois à plein temps dans les différents services de l'administration et de l'hôpital ; où on a travaillé autant qu'Assistante diplômée avec les coopérantes étrangères qui s'occupaient bien de nous, on devait savoir faire les démarches, comment mener des enquêtes et des visites à domicile ? et comment*

traiter avec le malade ? ». (Entretien : N°10 Assistante Sociale/ Service de Marphon, Hopital).

2-4- Une formation globalement utile :

Ainsi, l'atout de cette formation reste pour beaucoup de nos praticiennes son aspect pratique ; C'est pourquoi, elles reconnaissent son utilité et jugent qu'elle les a effectivement préparées à leur métier.

Ecoutons les dires de cette Assistante : « *Ma formation m'a servi dans mon travail* ». (Entretien : N°07 Assistante Sociale /Service de Chirurgie générale/ hôpital Oran).

Celle ci aussi : « *Ma formation est utile surtout les stages, c'est dans ces stages qu'on apprend à se débrouiller, à faire des enquêtes à domicile pour les cas d'adoptionces stages nous ont beaucoup aidé dans notre travail actuel* ». (Entretien : N°09 Assistante Sociale /Service de Traumatologie, Hôpital Oran).

Toujours à ce propos. Ecoutons cette Assistante qui nous déclare sa satisfaction : « *Ma formation est suffisante, elle m'a servi dans mon travail, les lettres qu'on rédigeait....on a tout appris* ». Ajoute t-elle. (Entretien : N°02 Assistante sociale du service de psychiatrie).

Pour cette assistante l'apprentissage théorique la préparé et la initié au futur travail exercé : « *En théorie on a appris à rédiger les comptes- rendus et ce point nous a aidé à tous les besoins, notre formation nous a préparé à ce type d'activité, elle nous a beaucoup aidé* ». Nous le confirme t-elle. (Entretien : N°01 Assistante Sociale de l'unité des UMC).

Examinons le discours de cette assistante qui nous parle de l'apport de la formation par rapport à l'activité exercée :

« *Ma formation était polyvalente et je trouve que c'est bien ; dans mon travail je me sers de la méthode que j'ai reçue je l'applique maintenant ; Elle ajoute : « si je n'avais pas eu cette formation je ne travaillerais pas à l'hôpital, je bénis la formation que j'ai eu ».* Nous dit- elle. (Entretien : N°10 Assistante Sociale/ Service de Marphon, Hôpital).

2-5- Les limites de la formation :

Mais, reste que nos interviewées ne sont pas entièrement satisfaites de cette formation ; d'ailleurs elles mettent l'accent dans leurs propos sur ses limites où elles semblent intéressées par la formation continue et le recyclage, et manifestent un grand désir. Elles ressentent le besoin de se perfectionner.

Écoutons cette assistante qui sans hésiter nous exprime son souhait : « *J'aimerais bien suivre une formation continue c'est utile pour moi* ». (Entretien : N°09 Assistante Sociale /Service de Traumatologie, Fillaoucène).

Cette autre déclare l'utilité de sa formation mais, situe sa limite par rapport à un champ social vaste.

Examinons : « *Quand on sort de l'école, on sait beaucoup de choses mais, rien en profondeur, on doit être à la hauteur si on veut être prise au sérieux ; elle ajoute : « J'attends de ma formation qu'elle me donne des appuis théoriques et méthodologiques pour faire évoluer ma formation, mais elle est restreinte et le social est vaste ».* (Entretien : N°05 Assistante Sociale /Service de Maternité, Sainte Anne).

Examinons cette autre qui trouve que l'assistante doit être en actualité avec le développement de nouvelles méthodes et approches de travail :

« La formation est utile mais impossible suffisante il y a toujours à apprendre, de nouvelles méthodes de travailla science et les techniques changent ; l'Assistante doit être au courant de tout ça. Elle exprime son souhait : « j'aimerais bien suivre un recyclage pour me perfectionner ». (Entretien : N°07 Assistante Sociale /Service de la Chirurgie générale, Hôpital Oran).

2-6- Le besoin de recyclage et de la formation continue :

Ici, nos praticiennes se plaignent de ne pouvoir évoluer sur le plan scientifique dans leurs différents espaces de travail et soulèvent l'absence de moyens de documentations et le manque de stages pour le recyclage et la formation continue. Alors qu'elles perçoivent que ses éléments leur permettent d'être à jour et surtout d'améliorer leurs prestations de services.

Examinons les propos de cette assistante qui dénonce le manque flagrant en la question : *«Ca fait 15 ans que je suis à l'hôpital, je n'ai reçu aucun recyclage, aucun, il n'y a rien, ni séminaire, ni réunion c'est la négligence totale, par contre lorsque j'étais à la caisse là ...oui, on était gâté à l'époque. Elle ajoute : « à présent à l'ITSP d'Oran ils organisent toujours des journées d'études, à la D.D.S aussi. Mais, on a jamais reçu d'invitation, nous sommes pas informé, l'information ne circule pas, ils font appel à toutes les Assistantes des autres établissements, sauf celles de l'hôpital, on est déconsidéré ; alors on se recycle nous même, moi, (parle d'elle même) je lis beaucoup et je me documente tout le temps. (Entretien : N°10 Assistante Sociale /Service de Marphon, Hôpital Oran).*

Écoutons cette autre qui nous explique qu'elles ont réclamé des stages à la direction mais sans aucune réponses : « *On a entendu 2 ou 3 fois parler de recyclages en 1996 mais, rien on (parle des Assistantes) a réclamé auprès de la direction et, toujours rien.* Elle ajoute : « *le recyclage est important, on apprend de nouvelles méthodes, parce que les lois et la législation changent tout le temps.* Elle exprime son souhait : « *J'aimerais bien suivre une formation continue pour être à jour* ». (Entretien : N°04 Assistante Sociale à la direction de l'action sociale).

Écoutons cette autre qui met l'accent sur le nombre très limité des stages reçus tout au long de sa carrière : « *Normalement, il faut qu'il ait une formation continue, un recyclage c'est important pour nous Assistantes ça nous permet d'éveiller ce qu'on a eu en formation à l'école,* d'un air triste elle ajoute : « *notre 1^{er} recyclage date de 1986 et le 2^{ème} de 1992, où on a entamé le rôle de l'Assistante pendant un mois et c'est tout !; depuis il n'y a rien eu c'est malheureux* ». Nous dit-elle. (Entretien : N°06 Assistante Sociale/ Service de Cardiologie, Hôpital Oran).

C'est d'ailleurs dans le même sens que s'exprime cette autre pour nous éclairer sur le peu d'intérêt accordé à la question : « *Pendant mes vingt ans de carrière j'ai fait trois recyclages et c'est peu ; les techniques de travail changent constamment ; il y a toujours du nouveau et le recyclage est bénéfique.* Elle exprime son souhait : « *j'aimerais bien être recyclée chaque année, on se réunissait entre Assistantes, on discutait de notre travail...Mais malheureusement ce n'est pas le cas à présent* ». Entretien N°03 Assistante Sociale / Service de Rééducation, Hopital Oran).

En conclusion :

L'idée forte que l'on peut tirer de ses entretiens est que s'agissant d'une profession basée sur une action médico- sociale qui fait appel à une palette de compétences très large qu'il faut remettre à jour continuellement car les lois et les règles changent tout le temps .Il est nécessaire que les assistantes sociales en poste ne perdent pas le contact avec l'ambiance de la culture scientifique. Nos interviewées demandent à ce que le principe des journées d'études, de regroupement et des séminaires soit développé et elles perçoivent que des actions de formation et de perfectionnement doivent être engagées.

3- Les activités de l'assistante sociale au sein de la formation sanitaire

Introduction

Selon F. Aballéa¹ « Les professions évoluent ou si elles n'évoluent pas elles finissent par être désajustées par rapport aux besoins auxquels elles sont censées répondre et par disparaître. En réalité, lorsque l'on s'intéresse à l'histoire des professions, on s'aperçoit que la dynamique des professions repose sur un double mouvement : un mouvement d'adaptation au contexte de leur exercice qui leur permet de répondre à l'évolution de la demande :

Une transformation de la profession par les intéressés eux-mêmes qui les conduit à chercher à développer sans cesse le champ de leur intervention et à s'imposer face à d'autres professions qui peuvent être perçues à un moment ou à un autre, comme concurrentes ».

A cet effet, nous allons nous focaliser dans un premier temps sur les tâches réalisées par l'assistante sociale de l'espace sanitaire et dans un deuxième temps sur les représentations véhiculées à l'égard de l'exercice de l'activité au quotidien.

Au préalable, il est important, de souligner qu'un des traits dominant du discours recueilli auprès de nos assistantes sociales interviewées est la nostalgie et l'embellissement du temps ancien. Le passé est souvent le beau passé et les souvenirs agréables sont le plus évoqués. Tout le discours de nos interlocutrices est structuré autour d'une comparaison et un va et vient entre la situation actuelle et celle du passé où elles estiment d'un côté que leur profession était

¹François Aballéa, Isabelle Benjamin, François Menard, *Le Métier de conseiller(ère) en économie sociale familiale* Paris - Ed. La Découverte et Syros -

socialement valorisée et appréciée dans la société et de l'autre côté qu'elle pouvait réaliser leur fonction dans toute sa diversité dans un contexte et conditions bien adaptées.

En outre, de manière générale les assistantes sociales de divers services issues de différentes formations sanitaires emploient le terme polyvalence pour identifier leurs activités au quotidien, elles insistent fortement dans leurs propos sur les multiples tâches qui caractérisent leur rôle médico-social. Selon elles il s'agit d'accueil de malades, de démarches administratives ; d'enquête ou de visite à domicile ; d'accompagnement de malade fragilisés et de déplacement à Alger ...etc.

Ainsi, leur fonction est évoquée dans son aspect technique et perçue dans sa diversité. Mais, nos praticiennes reconnaissent dans leurs discours que par faute de moyens à présent, il leur est impossible d'assurer la prise en charge globale de l'utilisateur, notamment le suivi.

Cependant, elles nous révèlent qu'elles se contentent d'informer et d'orienter l'utilisateur vers les réseaux d'entraide, et qu'elles s'occupent des dossiers des malades pour les soins à l'étranger, ainsi que des placements des personnes délaissées auprès de foyers et maisons d'accueil.

Ainsi, elles perçoivent que leurs interventions actuelles restent extrêmement réduites et limitées marquant ce décalage entre les connaissances acquises au cours de leurs études et le travail réalisé au quotidien révélant cette impossibilité d'exercer leur fonction dans le sens souhaité, selon la logique de la formation apprise d'où ce sentiment de frustration et de désenchantement au contact de la réalité socioprofessionnelle.

Illustration :

3-1- Une réponse ponctuelle :

Nos interlocutrices nous expliquent que devant les difficultés d'ordre matériel notamment structurels ; financiers, organisationnels à savoir logistiques ; elles se débrouillent à présent comme elles le peuvent pour apporter plus au moins une aide aux cas sociaux (Mères célibataires ; enfants abandonnés ; parents délaissés). Ainsi elles nous avouent carrément quelles ne pratiquent pas ou peu le social ; en nous faisant remarquer dans leurs propos que leurs interventions actuelles rentrent de plus en plus dans le protocole administratif.

Examinons le discours de cette assistante, qui nous explique qu'elle se débrouille pour apporter l'aide aux personnes vulnérables : « *Je fais de mon mieux pour aider les malades nécessiteux ; j'essaye à travers les quêtes auprès du personnel, je me débrouille pour un rendez vous d'hospitalisation, pour lui faire des radios gratuitement, pas grande chose, je fais ce que je peux.* Elle ajoute d'un air triste : « *à présent, on est entrain de tâtonner, on fait ce qu'on peut, c'est difficile, ce n'est pas toujours évident, il y a beaucoup de choses qui nous dépassent* ». (Entretien N°07 ; assistante sociale du service de chirurgie générale).

Dans le même ordre d'idée cette assistante sociale nous révèle : « *Il y 'a un minimum qui est assuré, oui, il nous reste que les grandes lignes, nous sommes incapables de faire notre métier, on se débrouille ; je fais ce que je peux, le rôle de l'assistante sociale est de naviguer dans toutes les eaux* ». (Entretien N°08, assistante sociale).

Cette autre nous déclare qu'elle tente le tout pour répondre aux besoins des malades de son service.

Écoutons : « *Je suis là pour régler les problèmes des malades de mon service, je fais l'impossible pour ça, j'essaye toujours de trouver des solutions. Je ne peux pas rester sans rien faire pour le pauvre malheureux, alors je me débrouille, je bouge, je voie avec le centre d'appareillage, les associations, plusieurs endroits même s'ils ne m'aident pas beaucoup. Je fais des quêtes auprès du personnel, mes amis, mes collègues alors, que c'est interdit ! Elle s'étale plus dans son discours : (point de vu social je ne peux pas grande chose pour le malade, il y 'a beaucoup de problèmes, et je ne peux rien faire pour lui, je connais mes limites -c'est la vérité- et ceci me touche beaucoup. Elle ajoute : « Si je n'arrive pas à régler un problème d'un malade nécessiteux je suis déprimée ; et je regrette carrément d'avoir choisi cette profession ».* (Entretien : N 09 Assistante sociale/ Service de Traumatologie).

3- 2- les contraintes :

Ainsi, nos interviewées estiment dans leur discours que l'évaluation de leur activité passe par leur approvisionnement en matière de moyens appropriés. Critères perçues parmi elles pour assurer la prise en charge de l'utilisateur.

Écoutons : « *On est là pour travailler, seulement on veut des moyens pour pouvoir aider le malade nécessiteux, des structures pour la formation et l'accueil des enfants et des jeunes ... Elle exprime son souhait : « j'aurais aimé avoir les moyens pour régler le plus vite possible les problèmes des malades nécessiteux ».* (Entretien : N°09 Assistante sociale/Service de Traumatologie, Fillaoucène).

Observons les dires de celle là

: « *On peut faire beaucoup de choses mais, à présent, avec le manque de moyens et la situation actuelle, c'est difficile, on ne peut pas grande chose pour le malade, on travaille avec les moyens de bords. D'un ton impératif elle ajoute : « Il faut nous donner les moyens, améliorer nos conditions de travail si on veut que l'Assistante soit rentable ».* (Entretien : N°03 Assistante sociale/ Service de Rééducation).

Encore celle ci

: «*Tout dépend des moyens, et moi, je ne peux pas travailler dans de telles conditions. Si j'avais vraiment les moyens, elle cite : le véhicule, le téléphone, le faxe à ma disposition ; j'assumerai toute seule tout les services de l'hôpital, je m'organiserai avec le fichier, je classerai les dossiers, et j'assurerai la permanence Mais, à présent je travaille avec les moyens de bord et je ne peux pas aider le malade nécessiteux pour un logement, où un travail ».* (Entretien : N°05 Assistante Sociale/service de Maternité, Clinique Sainte Anne).

3-3- Nostalgie du passé :

Ici, dans leurs discours elles remontent en arrière et évoquent avec beaucoup de regret leurs passés socioprofessionnels pour effectuer la comparaison.

Examinons ces propos : «*Maintenant, c'est plus dur, l'Assistante ne peut pas grande chose pour le malade. Par contre, avant, à l'époque du président Boumediene Oui, il y 'avait beaucoup d'argent et énormément de social, tout était gratuit, les soins, les médicaments, c'était une belle époque ; l'Assistante était importante et très demandée, elle rendait énormément de services. Moi, (parle d'elle même) j'ai embauché pas mal de personnes ; j'ai placé beaucoup*

de malades sans famille, j'avais 80% des solutions aux problèmes. Oui, tout était facile, et même les gens étaient ouverts, il y avait une complicité quelque part. Mais, à présent, tout à changé ; il n ' y a pas de moyens, pas d'argent, pas de structures, et je ne peux rien faire pour le malade Je n'aide même pas le 20 % des malades qui viennent me voir », (Entretien : N°07 Assistante sociale Service de Chirurgie générale, Hôpital).

Observons les révélations de cette assistante qui nous décrit l'âge d'or de sa profession :

« Avant la crise de 1986, l'Algérie était un pays riche avec peu de gens, le social était bien assuré à l'époque. C'était le bien être de l'Algérien, Tout était gratuit, tout le monde était content. Nous les Assistantes étions dans le mouvement, sollicitées de tout part, tout le monde nous faisait la cour». Tout était à notre disposition, l'accès à tous les moyens ; l'ambulance équipée, la commission nous accordait les prises en charge. On voyageait avec le malade à l'étranger, on s'occupait bien des enfants de l'assistance avec les éducateurs français, il y' avait beaucoup d'activités, de sortie, on réglait facilement leurs papiers pour l'adoption et la scolarité, c'était une très belle époque, nous dit-elle~, on n'avait pas de difficultés, on était bien accueillis. Tout le monde nous recevait avec plaisir. Silence puis, reprend : « peu après, avec la crise, la dégradation ; pas de moyens, pas de bureaux, pas de véhicule, plus de voyages pour l'étranger, L'Etat n'a plus à présent les moyens et l'Assistante est gênée par ce fait, le malade doit se débrouiller lui même et c'est malheureux. d'un ton triste, Nous dit elle (Entretien N°10 Assistante sociale / Service de Marphon/ l'hôpital

Pour effectuer la comparaison, cette assistante relate la position professionnelle prestigieuse de l'assistante dans les années 70 et 80.

Écoutons :

« Dans les années 70 et 80 l'Assistante avait sa place, son existence, tout le monde nous recevait à bras ouverts, on avait beaucoup d'avantages ; les choses marchaient très bien mais, par la suite, je ne sais pas ce qui s'est passé ! Elle s'interroge : Est ce nous qui ont changé ? Où, est-ce la société Algérienne qui a complètement changé ? (Entretien : N°06 Assistante sociale du Service de Cardiologie, Hôpital).

Encore cette autre qui évoque les bonnes conditions du passé.

: « Avant c'était spécifique, j'étais seule à mon bureau à côté du téléphone, j'avais le fax, le cahier de démarches, la permanence, je pouvais facilement trouver de l'emploi où un logement pour un chômeur, ou un nécessiteux, c'était vraiment ! ... ne trouve pas le mot. Mais, maintenant, ce n'est pas possible, on est bloqué, avec le manque de moyens on ne peut rien faire pour le malade ». (Entretien : N°05 Assistante Sociale/ Service de Maternité, Sainte Anne).

Cette autre met en avant la politique d'avant pour nous expliquer la position

Encore celle ci

: « Le social est lié au politique, et la politique d'avant nous encourageait à travailler, le socialisme, le bien être de l'individu. Maintenant, la politique actuelle n'aide pas la santé et ne prend pas en charge le pauvre malheureux ». (Entretien : N°02 Assistante sociale du service de psychiatrie, Hôpital).

3- 4- Réalité socioprofessionnelle amère et frustrante :

En plus, nous révèlent nos interviewées vient se greffer la nomination du démarcheur (1987)² et la réduction des prises en charge des malades pour soin à l'étranger ; note apparue à ce propos en 1995³. Cependant elles nous disent qu'elles se retrouvent à présent derrière le bureau confinaient dans les démarches administratives à faire peu de choses, à gérer la précarité. Voir même à effectuer des tâches qui ne sont pas les leurs où même sans rien faire. Elles nous décrivent leur situation et nous font aussi part de leurs sentiments.

Écoutons le témoignage de cette assistante sociale qui nous décrit sa situation à présent : « *Chacun a son travail, à présent l'Assistante non, elle n'a rien, maintenant, vous pouvez restez derrière le bureau à ne rien faire et avoir votre paye. Moi, (parle d'elle même) : « j'étais très active dans le temps, mais, du jour au lendemain, je me suis retrouvée sans travail, une fois les prises en charge pour l'étranger arrêtée. Elle ajoute : « Nous sommes un personnel qualifié mais, on est là à ne rien faire, je ne me sens pas très utile dans mon service) on n'est pas trop fonctionnelle en ce moment, aucune de nous ne fait son travail et on est mal vue par tout le personnel, c'est désolent ; alors soit on*

² Démarcheur : Agent Administratif nommé par la direction de l'hôpital

³ Les transferts à l'étranger ont subi une diminution, passant de 6300 malades en 1985 à 2100 malades en 1990, soit une baisse de 66,66 %. Cette diminution s'explique par la crise économique qu'a connue le pays durant les années 80 et la diminution des recettes d'exportation des hydrocarbures durant cette période, puis il a été multiplié par deux passant de 2100 en 1985 à 4539 en 1994. De 1995 à 2009, le nombre de malades transférés à l'étranger a connu une baisse considérable, passant de 2411 en 1995 à 1003 en 2009. Cette baisse est le résultat des mesures prises par les pouvoirs publics algériens pour réduire les dépenses de transferts pour soins à l'étranger à travers la réduction du nombre de pathologies donnant droit aux transferts, la diversification des pays d'accueil et l'incitation de la venue en Algérie d'équipes médicales étrangères. Malgré la réduction du nombre de malades transférés à l'étranger, les dépenses liées à ce poste ne cessent d'augmenter, elles ont été multipliées par 2 en espace de 14 ans passant de 0,76 milliards de DA en 1985 DA à 1,5 milliards de DA en 2009. Cette augmentation s'explique par le fait que les soins prodigués à l'étranger sont caractérisés par des maladies lourdes nécessitant des coûts élevés.

accepte soit ..., on n'a pas le choix et ça ne fait que s'aggraver, je vis très mal ces derniers temps. Prend un grand souffle puis soupire : «et oui, c'était une période, on a servi pendant un moment et c'est tout ». (Entretien : N°08).

Toujours à ce propos, cette Assistante nous révèle :

« Les transferts à l'étranger se sont rétrécis comme une peau de chewing-gum, rien n'existe à présent, ni accompagnement médical ni social, il n'y a pas d'argent. Avant, c'était claire, ils nous payaient le billet d'avion et même l'hébergement. Maintenant, non, depuis 1995 les choses ne marchent plus ; ils (ne déclare pas qui) nous ont enlevé les prises en charge, alors le volume du travail s'est rétréci, ce n'est pas notre faute. Elle ajoute : «D'abord, ils ont transféré la commission à Alger puis arrêté les transferts, c'est voulu. Nous dit elle, ce sont les décideurs, tout vient du haut, le social n'existe plus à présent .il va disparaître ; je suis réaliste». (Entretien : N° 10 Assistante Sociale/ Service de Marphon, l'hôpital).

C'est dans la même voix que s'exprime cette Assistante pour nous révéler qu'elle est à la conquête d'un positionnement dans son espace professionnel

: « En ce moment il y 'a moins de prise en charge, et il y, a moins de travail, des fois, je me retrouve sans rien faire et il me parait que je n'ai pas ma place ici autant qu'assistante ». (Entretien : N°09 Assistante sociale ; Service de Traumatologie, Fillaoucène).

Par contre, cette assistante semble trouver le moyen pour conserver sa place. Examinons :

« Maintenant, ma fonction est tellement limitée que je suis obligée de faire tout ce que mon médecin chef me demande même pour lui rendre service il faut bien faire quelque chose, mieux que de ne rien faire Elle ajoute : « Parfois, pour m'occuper je fais n'importe quel travail, je vais au archives pour classer

les dossiers, j'essaye de gagner mon argent honnêtement». (Entretien : N°07 Assistante sociale/ Service de Chirurgie Générale, Hôpital Oran).

3- 5- Une identité professionnelle perdue :

Disons ainsi ; que l'activité de l'assistante sociale a subi un détournement où c'est le travail administratif qui prime sur celui du social. Ce travail est loin de répondre aux espérances de nos interviewées qui perçoivent qu'il remet en question tout leur rôle dans la formation sanitaire.

Observons les dires de cette Assistante :

«On est mangé par le travail administratif. Alors que le confort qu'on apporte au malade est la base du travail de l'Assistante Sociale ». (Entretien : N°10 Assistante sociale ; Service de Marphon ; Hôpital).

Encore cette autre :

« On est transformé en secrétaire, alors qu'on est censé dispenser une aide médico-sociale ». (Entretien : N°02 Assistante sociale service de psychiatrie, Hôpital).

Écoutons celle là qui nous avoue que l'assistante sociale n'assume plus son rôle :

« On joue le rôle, d'accompagnatrice, de surveillante médicale, de commissionnaire ; mais, on ne joue pas notre propre rôle. Maintenant, je me sens mal utilisée et sous utilisée dans mon ». (Entretien : N° 01 Assistante sociale de l'unité des UMC).

3- 6- Décalage entre la formation et la réalité socioprofessionnelle :

Ici dans leurs discours elles font référence à leur imaginaire sur le service social et s'expriment avec beaucoup de regret sur leur formation pour nous expliquer que le travail présenté est en rupture totale avec celui qui devrait être réalisé en principe. Alors, elles nous parlent d'écart et de décalage entre les connaissances acquises et la réalité socioprofessionnelle.

Examinons les propos de cette assistante sociale

: « *Les connaissances qui nous en étaient dispensées ne sont pas appliquées dans l'exercice de notre profession* ». (Entretien : N°02 Assistante sociale ; service de psychiatrie ; Hôpital).

Encore cette autre qui d'un air désappointé nous dit

: « *C'est malheureux ! Nous n'appliquons même pas le tiers de ce que nous avons eu au cours de nos études* » (Entretien : N° 07 Assistante sociale ; Service de Chirurgie générale ; Hôpital).

Toujours à ce propos observons celle là

: « *J'ai appris le droit, la sociologie, la méthodologie alors, qu'à présent je me retrouve à m'occuper des placements des malades pour l'étranger, chose que je n'ai jamais apprise à l'école pendant ma formation. Elle ajoute : « le terrain est tout autre chose, la réalité est amère c'est valable pour tout le monde »*. (Entretien : N° 08).

C'est d'ailleurs dans le même sens que s'exprime cette Autre

: « *Le problème est que lorsqu'on a eu notre formation, on croyait tenir Oran entre nos propre mains. Mais on s'est retrouvé à l'hôpital avec les prises en charge à l'étranger ! On est sorti carrément du rôle de l'assistante sociale, et*

on a oublié tout ce qu'on a eu à l'école. Elle confirme : « Oui, le départ était mal et personnellement, ceci m'avais étonnée. Je me disais : « Pourquoi donc je me suis cassée la tête, et fais trois ans d'études pour faire ce travail ? (Entretien : N°06 Assistante Sociale /Service de Cardiologie).

3-7- L'interrogation à présent :

Il est clair ici, que c'est tout le statut des assistantes sociales qui est en jeu et qu'elles sont à la recherche de leur identité professionnelle perdue.

En effet, ce contexte conduit nos interviewées à remettre en cause leur utilité dans le service sanitaire, voir même dans tout le secteur de la santé.

Elles s'interrogent : « Notre travail a t- il encore une utilité pour la société? ». « A quoi sert ce que nous faisons actuellement ? ».

Telles sont quelques unes des questions que se posent à présent les assistantes sociales des formations sanitaires, relevées auprès d'elles.

Écoutons : « *L'assistante n'est pas à sa place, elle est carrément mise à l'écart, malheureusement elle n'a que le titre. On 'est pas trop fonctionnelle en ce moment, on se sent pas trop utile dans notre métier, on a jamais joué notre propre rôle. A présent, je ne sais pas quel est notre vrai rôle?, ceci mérite toute une réflexion* ». Nous dit-elle. (Entretien N°08 Assistante sociale).

Examinons encore ce témoignage

: « *Ici, pratiquement, on a tendance à oublier l'assistante sociale ; elle n'est pas utile, la situation est critique, il n'y a pas de moyens, pas de social. Alors on n'a pas besoin d'elle, elle n'est plus importante ni nécessaire, pas comme avant. Elle ajoute : « le social a tendance à disparaître, nous on ne rempli pas notre rôle, je ne vois pas pourquoi ils nous gardent encore à hôpital.*

(Entretien N°07 Assistante Sociale/Service Chirurgie Générale, Hôpital, Oran).

3- 8- Une profession dévalorisée :

Ces extraits nous renseignent sur le malaise que vit la profession d'assistante sociale. Examinons :

« Maintenant le social n'est pas important et même l'Assistante n'est pas valorisée," d'ailleurs ils (ne déclare pas qui) nous le disent si vous êtes là où pas vous ne fêtes rien ; on peut dire que c'est une situation donnée ; il ' y a un malaise, vous ressentez que vous n'êtes pas intégrer dans le groupe. Elle ajoute : «l'assistante est ce qu'on a voulu quelle soit actuellement, ils nous ont utilisé tout le temps, c'est eux (ne déclare pas qui) qui décide de notre sort ; et maintenant ils doivent nous garder uniquement pour l'image du pays. Pour la direction nous sommes des fonctionnaires de la santé, on fait parti de la santé ; et il nous garde encore pour s'occuper des dossiers des malades c'est tout ».
(Entretien : N° 10 Assistante sociale / Service de Marphon, l'hôpital).

Observons les dires de celle là : *« Ici, pratiquement on a tendance à oublier l'Assistante sociale elle n'est plus utile ; la situation est critique ; il n'y a pas de moyens, il n'y a pas de social. Alors, on n'a pas besoin d'elle, elle n'est plus importante, elle n'est nécessaire nul part, pas comme avant ».* Elle ajoute : *« le social à tendance à disparaître, et nous on ne remplit pas notre rôle, -c'est pas vrai- alors, je ne voie pas pourquoi ils nous gardent encore à l'hôpital ? ».*
(Entretien : N°07 Assistante sociale /Service de Chirurgie générale).

Celle ci aussi

: *«A présent, la situation actuelle est critique l'Assistante a beaucoup de problèmes et elle ne joue pas son rôle ; elle n'est pas pris en considération, elle n'est pas valorisée et sincèrement, je trouve qu'ils n'ont pas besoin d'elle en milieu hospitalier bien qu'elle est nécessaire »*. (Entretien : N°09 Assistante sociale du Service de Traumatologie ; Fillaoucène).

3-9- Sentiments :

- Dégouts et désintérêt :

Frappées par le sentiment d'impuissance devant de tel contexte. Nombreuses de nos interviewées préfèrent ne pas trop s'impliquer à présent au travail. En début où en fin de carrière où totalement démotivées ; elles aiment bien gagnées sagement leur vie sans problèmes, elles semblent totalement désintéressés. Sans aucune ambition professionnelle leur seul objectif est l'aspect pécunié. Elles nous l'avouent carrément, elles continuent à exercer principalement pour le salaire.

Elles pointent, elles ne font pas beaucoup d'efforts en attendant leurs retraites. Ces dernières sont hostiles ayant de l'aversion pour leur métier. Même si elles ont choisi où pas cette profession, détournées de leur vocation, elles regrettent ce métier et sont décidées pour autant de l'abandonner. Elles s'expriment Examinons :

« Maintenant, je ne peux pas abandonner mon poste, j'ai mon salaire, je fais mon travail et c'est tout. Si ça abouti où pas, ce n'est pas mon problème je m'en fous, je ne ressens rien du tout ». (Entretien : N°10 Assistante sociale du Service de Marphon).

Écoutons encore le témoignage de cette assistante qui sort très bien tôt en retraite : « *Je travaille et finalement je vais prendre ma retraite, il me reste que 2 ans, je cherche à ouvrir une crèche, d'un ton triste elle ajoute : « Celles qui ont abandonné la fonction ont tous réussi, elles sont à présent des directrices d'école, beaucoup plus mieux que moi ici».* (Entretien : N°02 Assistante Sociale / Service de psychiatrie, hôpital Oran).

Encore cette autre qui nous déclare son insatisfaction :

« *Je ne suis pas satisfaite de mon travail, je me sens un petit peu désabusée, et dans cette état d'esprit je termine mes années de travail et c'est tout, je préfère ne pas trop m'impliquer. J'aurais aimé que ça soit autrement, mais, c'est la conjoncture ».* (Entretien : N°01 Assistante Sociale/ Unité des UMC).

Toujours à ce propos cette assistante met l'accent sur les limites de son intervention, fait provocant son dégoût :

« *Quand il y 'a du travail je travaille. Mais, des fois je suis complètement dégoûtée, il y 'a des choses qui nous dépassent, tous devient de plus en plus difficile actuellement, je ressens la misère et je sens ma faiblesse. Le fait de ne rien pouvoir faire pour le malade me révolte. Alors, à présent je reste marginale, je ne pousse pas au fond, j'essaye d'éviter le fond ; je sais que je ne peux rien faire. Notre métier n'a pas sa place en Algérie ».* (Entretien : N°07 Assistante Sociale/ Service de Chirurgie générale ; Hôpital, Oran).

Cependant, nous estimons que ces dernières, sans le vouloir contribuent grandement à la dévalorisation de la fonction d'assistante sociale ; et si cette situation devrait perdurer, il faudrait s'attendre à la mort certaine de cette profession.

- L'enthousiasme :

Peu nombreuses de nos interlocutrices semblent montrées de l'enthousiasme envers leur fonction. Elles considèrent leur action comme une véritable lutte et nous parlent d'un geste humanitaire pour le bon Dieu, et pour le mieux être de l'individu. C'est ainsi, qu'elles se représentent leur activité à présent. Malgré leur situation désastreuse, elles ne veulent pas changer de métier, elles y tiennent et souhaitent une amélioration.

Examinons les révélations de cette Assistante :

« Le manque de moyens n'est pas un prétexte pour rester sans rien faire, on ne peut pas refuser de travailler si nous n'avons pas les moyens, lorsqu' on veut aider un malade ce n'est pas question de moyens, on trouve toujours une solution. Moi (parle d'elle même), malgré mon âge et avec tous ces problèmes, je fais mon travail avec conscience, amour et bravoure, si j'avais plus de possibilités ça serai encore mieux. J'aide les pauvres malheureux. Je fais tout ce qui est de mon possible pour ça. Elle confirme : « c'est avec joie que je fais mon travail et j'essaye et espère faire encore plus pour le malade point de vue social » (Entretien N°05 Assistante sociale Service de Maternité Santal).

Écoutons cette autre :

« Ce n'est pas toujours questions de moyens, je n'ai jamais arrêté de travailler à cause du manque, si je n'ai pas de voitures je fais toujours mes démarches, je vais en taxi avec le malade, je me déplace même avec mon propre argent, je ne reste pas les bras croisés, je ne peux pas laisser le malade partir sans rien faire pour lui. Il a besoin de moi et je fais mon possible pour l'aider ». (Entretien : N°03 Assistante sociale /Service de Rééducation, Hopital, Oran).

Conclusion :

A partir de toutes les représentations formulées par les assistantes sociales en poste vis-à-vis de leur activité au quotidien.

Nous pouvons avancer que l'absence quasi-totale de moyens structurels, organisationnels, et logistiques dont nos interviewées situent la responsabilité parmi l'Etat et les supérieurs hiérarchiques qui ne tiennent pas compte de leurs demandes et réclamations, représentent pour nos praticiennes l'obstacle majeur entraînant une rupture de la réalisation de leurs tâches au quotidien les empêchant ainsi, d'intervenir efficacement auprès des usagers, et d'assurer une prise en charge dans sa globalité.

Cette situation pousse nos interviewées à se débrouiller comme elles le peuvent pour assurer la prise en charge primaire de l'utilisateur. Cependant nos assistantes sociales interrogées perçoivent leur intervention actuelle reste extrêmement réduite ne correspondant pas à la logique de la formation sociale acquise, remettant en question tout leur rôle dans la formation sanitaire qui est en principe l'aide médico-sociale.

En plus ; vient se greffer la nomination du démarcheur et la réduction des prises en charge pour soin à l'étranger. Ainsi l'assistante sociale de l'espace sanitaire pratiquant peu le social se retrouve face à un dilemme dramatique soit elle opte pour des activités plus conventionnelles par rapport à son milieu de travail à savoir secrétaire, surveillante médicale, soit elle n'exerce aucune activité. Elle ne sait quoi faire, déviée de son propre rôle, perdue ; inutile, c'est alors que s'installe chez elle le malaise. Alors elle s'interroge sur sa légitimité voir son existence et son utilité pour la société. Cependant la profession d'assistante sociale traverse une réelle crise d'identité.

Introduction :

L'identité professionnelle du travailleur social se construit dans la relation à l'autre, dans une relation sociale. On ne construit pas son identité seul dans son coin ; c'est la « relation entre *tu* et *je* »¹ dirait Heinz Von Forester.

En outre, l'identité se construit et se transforme à travers de multiples interactions du sujet, avec son environnement.

Ce présent chapitre a pour objet de mettre en exergue d'un côté les relations des assistantes sociales avec les usagers et de l'autre les rapports instaurés avec le démarcheur et la direction de l'hôpital dans l'optique d'identifier la nature de ces rapports et les perceptions des assistantes sociales à l'égard des trois acteurs présents dans son espace professionnel.

Pour nous, il est important de mettre en lumière le premier point car, ce sont les usagers qui donnent aux professionnels leur légitimité. Ils contribuent - à leur insu - à construire, reconstruire ou consolider une identité professionnelle positive². D'après P.Fustier³, dans notre héritage culturel il y a une triple obligation, celle de faire des dons, celle de les accepter et celle de les rendre...c'est une histoire sans fin. Dans une situation professionnelle, qui est premier dans l'échange ? C'est souvent le travailleur social qui fait don de son temps, de son écoute, de ses compétences à l'utilisateur. En retour le contre-don peut consister à reconnaître l'autre comme bon professionnel, à lui accorder sa

¹ Forester Von Heinz, « La construction d'une réalité » in Watzlawick P. (éd.), *L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme*, Paris, Seuil, 1988, p. 69.

² Ecole Supérieure d'Action Sociale ; « Identité professionnelle des assistants sociaux et formation » ; Belgique ; Juillet 2002.

³ P.FUSTIER, *Le lien d'accompagnement. Entre don et contrat salarial*, Dunod , Coll. Action Sociale, Paris 2000.

confiance, à entrer en relation avec lui, à lui procurer des gratifications, ou encore à lui offrir un changement allant dans le sens attendu⁴.

En outre, il est pertinent d'élucider les perceptions des assistantes sociales en poste à l'égard du démarcheur car ce dernier grignote leur champ d'intervention de part le travail accompli, dans le but de répondre à un nombre important de nos interrogations. Notamment, les raisons de sa nomination, les réactions des assistantes en poste et aussi les rapports entretenus avec lui.

Par ailleurs, se focaliser sur les relations nouées avec la direction de l'hôpital nous semble important dans cette étude, afin de rendre compte de la proximité des assistantes sociales avec les responsables de l'hôpital et le type de communication. En effet, ces relations montrent la façon dont les assistantes sociales revendiquent leurs causes.

⁴ Ecole Supérieure d'Action Sociale ; « Identité professionnelle des assistants sociaux et formation » ; Belgique ; Juillet 2002.

1- les rapports aux usager

Introduction

Aborder la relation des assistantes sociales à l'utilisateur nécessite de faire un choix théorique. Pour cerner cette question, nous avons opté pour l'étude de l'aspect relationnel de la fonction d'assistante sociale du milieu sanitaire dans l'approche du travail social sous l'angle de « l'aide »⁵.

En effet, « être assistante sociale » laisse entendre qu'apporter une aide est au centre du travail social. Les relations entre assistantes sociales et usagers passent par la prise en compte, par les professionnelles, du fait qu'ils doivent rendre service à l'utilisateur, lui apporter une aide (Boujut, 2002).

En outre la relation à l'utilisateur est le cœur du métier de l'assistante sociale. Cette relation comme la présente Dubet⁶ : « *La référence ultime, c'est la Relation, toujours perçue comme le sel du métier, comme son espace héroïque, comme celui qui signe une spécificité professionnelle, puisque seul un technicien de la Relation salarié bénéficie de l'indépendance et de l'autonomie morale qui lui confèrent une efficacité symbolique (...) Elle permet aussi de participer à l'ordre psychiatrique et psychanalytique qui gouvernent les cadres intellectuels du travail social* »⁷.

Interroger le travail social comme une relation d'aide nous permet d'un côté d'envisager les conditions de production d'une relation professionnelle dans le face à face (Strauss 1992) entre les assistantes sociales et les usagers, et

⁵ - Boujut.S., Le service social comme relation de service ou la gestion des émotions comme compétence professionnelle, *Déviance et Société* 2005/2, Volume 29, p.141-153.

⁶Sociologue. Université de Bordeaux II.

⁷ Dubet F, *Le déclin de l'institution*, Seuil, Paris, 2002

de l'autre côté de faire parler le terrain en considérant la qualité et la réalité de l'aide sociale fondatrices de l'identité professionnelle des assistantes sociales⁸.

1- 1- Une population ciblée et diversifiée :

Il est important de mentionner en premier temps que les assistantes sociales en poste interviewées opèrent une nette distinction des usagers par rapport aux services dont elles ont la charge. Elles nous parlent de malades hospitalisés, ceux présent dans leurs services et autres malades 'externes' un public hétérogène.

Ainsi dans leurs divers discours les usagers sont qualifiés à partir de deux critères pertinents :

- La déficience d'ordre physique (la pathologie qu'ils présentent),
- le dispositif de prise en charge.

Écoutons cette assistante sociale :

« On reçoit tout l'ouest, des gens habitant en dehors d'Oran, ont des problèmes d'hébergement ; ils ne savent pas qu'il ' y'a une assistante sociale qui aide les gens, ils ne connaissent pas le rôle d'assistante sociale, c'est les gens d'extérieur qui causent des problèmes. Quand ils viennent chez moi ils n'ont rien pu faire. Parfois, ils viennent pour une information pour compléter un dossier, ce sont des gens qui viennent de l'extérieur d'Oran ça dépend des gens, j'ai à faire à plusieurs esprits et mentalités ». (Assistante Sociale/ Service de Cardiologie, Hôpital).

⁸ - Boujut.S., Le service social comme relation de service ou la gestion des émotions comme compétence professionnelle, *Déviance et Société* 2005/2, Volume 29, p.141-153.

En outre ; les usagers sont qualifiés dans le discours de nos interlocutrices le plus facilement, par les caractéristiques propres telles que la situation économique, le niveau d'instruction ; et le lieu de résidence. ; En nous précisant qu'elles ont à faire beaucoup plus, aux cas sociaux. Population en accroissement massif s'adressant à leurs services en raison de l'augmentation des personnes touchées par la précarité et la pauvreté.

Examinons :

« ...y' a pas de spécificités, des gens malades avec différentes pathologies, des illettrés, on reçoit tous les gens, Il y 'a beaucoup de gens pauvres, qui n'ont pas ». Entretien : N°06 Assistante sociale Service de Cardiologie, Hôpital).

Cette autre assistante sociale nous dit :

« Je reçois les malades, les personnes démunies, les handicapés, les cas sociaux, ils sont de la population rurale et citadine, de tous les niveaux, ils posent des problèmes sociaux et économiques ». (N°09 Assistante sociale du Service de Traumatologie, Fillaoucèn).

Encore cette assistante du service des urgences qui nous révèle :

« J'ai à faire à une population, la plus défavorisée, les accidentés, les S.D.F⁹, nombreux ces dernières années, les fugueurs ; ». (Entretien : N° 01 Assistante Sociale/ Unité des UMC).

⁹ S.D.F : les sans domicile fixe ou les sans abris

1-2- La relation psychosociale valorisée :

Une fois que l'assistante sociale a choisi une profession d'aide elle doit être capable d'entrer en relation avec n'importe quel usager même ceux qui sont disposés à parler et à écouter. Cette relation d'aide s'établit ainsi par l'intermédiaire d'entretien, même lors de l'accueil de la personne tout au long de la prise en charge et du traitement.

- L'entretien offre à toute personne en difficulté un espace de communication dans un contexte bien défini pour arriver à un échange, une prestation de service de l'assistante nommée relation d'aide "psychosociale" :

- Eh, bien, l'entretien se définit par une relation professionnelle entre l'usager et l'assistante, relation spécifique caractérisée par l'aide psychosociale qu'apporte l'assistante à l'usager⁽¹⁾.

Nos interlocutrices accordent un intérêt particulier à l'entretien avec le malade qui recourt vers elles. Dans leurs divers discours, elles insistent fortement sur son importance. Écoutons cette assistante sociale : «.....
durant l'entretien, je vois ce que je peux faire. L'accueil est très importante, à travers l'accueil vous avez les démarches, le suivi ou bien l'orientation vers d'autres structures ...tout dépend du cas, le travail d'écoute est très important, moi je me déplace pour parler au malade, l'élément primordial du travail de l'Assistante sociale c'est l'accueil et l'écoute avec l'entretien avant d'intervenir ». (Entretien : N°10 Assistante sociale /Service de Marphon, Hôpital).

⁽¹⁾- ZEBOU DJ Nora. PE.PM/AS. ITSP Oran. Service Social "guide pratique" (1997/1998).

Par ailleurs, pour les assistantes sociales les relations nouées avec les usagers sont marquées par leurs diversités. Dans leurs discours elles insistent fortement sur le fait de bien accueillir les usagers, aussi sur le travail d'écoute et le soutien psychologique pour réussir à nouer un rapport de confiance ; privilégié avec le malade.

Écoutons les révélations de cette assistante sociale qui nous explique que l'accueil est important : « *L'accueil est importante, le mettre en confiance, lui donner de l'espoir vous lui ouvrez une petite fenêtre* ». Entretien : N°05 Assistante sociale du service de Maternité Santal).

Cette autre nous explique dans cet extrait que c'est la première chose à faire puis procéder à autre chose. Examinons

: « *Dès que le malade rentre, vous lui demandez de s'asseoir, déjà il se sent soulagé, vous l'écoutez attentivement, après vous entamez l'entretien avec lui* ». Entretien : N°06 Assistante sociale Service de Cardiologie, Hôpital).

En effet ; lorsque l'utilisateur, vient voir l'Assistante Sociale, c'est toujours pour demander en apparence une aide matérielle, mais en profondeur, en réalité pour demander des conseils, des avis, un partage.

Il faut donc à l'assistante sociale beaucoup de jugement et une grande disponibilité que seul l'utilisateur compte pour l'assistante sociale au moment où il est en relation avec elle.

En outre, l'écoute est la clé de voûte de cette relation, elle suppose de prendre conscience des effets de la souffrance mentale de l'individu sans pour autant de considérer tant que sujet humain. Sa période peut parfois s'étaler sur

un temps longs. Elle vise à maintenir le contact et à déterminer et dresser un cadre de travail quand à la résolution du problème¹⁰.

A ce propos cette assistante nous révèle :

« Vous l'écoutez totalement, normalement c'est le vraie rôle de l'Assistante sociale, vous avez la permanence vous recevez votre cas, vous lui parler, le malade se plaints, rien que faire un sourire au malade, il se vide et il raconte son problème ». Moi je le faisais mais à présent ici ce n'est pas toujours ». Entretien : N°05 Assistante sociale du service de Maternité Santal).

Cette assistante nous explique que le travail d'écoute est partie prenante des taches de l'assistante sociale. Ecoutons

: « L'écoute c'est la composante du travail, je les laisse parler, le temps qu'il faut, je réfléchis en même temps. Il déballe ce qu'il a dans le ventre ». N°09 Assistante sociale / Service de Traumatologie, Fillaoucène).

Pour cette autre l'écoute demeure un moyen pour avoir la confiance de l'utilisateur observons

: « L'écoute est importante ça peut aller jusqu'à 30mn, le mettre en confiance de voir son problème. Elle poursuit « Quand tu connaîtras ses secrets, tu t'approche plus de lui, ça peut tirer la confiance du malade, il faut le guider et l'orienter ». (Entretien : N°02 Assistante sociale/ Service de psychiatrie, Hôpital).

¹⁰- ZEBoudj Nora. PE.PM / AS. A l'ITSP d'Oran. Service Social "guide pratique" (1997/1998).

Cependant, nous pouvons dire que la qualité de la relation qui s'instaure entre assistantes sociales et usagers induit le type de travail qui peut être réalisé.

Ainsi. La pratique du métier de l'assistante sociale suppose l'usage d'un certain nombre d'outils généraux et le recours à certaines ressources. Telle que le travail d'écoute.

1- 3- Attitudes et comportements des usagers :

Selon les assistantes sociales en poste interviewées, le rapport social instauré avec les usagers est établi selon la logique et le langage de ces derniers. Elles trouvent qu'il est nécessaire de tenir compte de cet élément pour pouvoir traiter avec eux.

Cette autre assistante sociale nous dit à ce propos : « *Il est nécessaire de tenir compte de son langage, il faut se mettre à son niveau pour mieux communiquer* ». Entretien : N°09 Assistante sociale du Service de Traumatologie, Fillaoucène).

Examinons leurs discours : « *Pour le contact, je n'ai aucun problème, je parle avec tout le monde ; la communication pas de problème, il faut le mettre à l'aise ; en général j'utilise le dialecte, après tu vois quel type de personne est en face de vous, en français, en Arabe* ». Entretien : N°06 Assistante sociale Service de Cardiologie, Hôpital).

Par ailleurs, les assistantes sociales s'appuient sur la participation des usagers dans la résolution du problème pour interpréter leur comportement.

Écoutons cette assistante qui nous éclaire sur la forme de participation de l'utilisateur : « *le malade, participe, s'il y a un dossier à fournir, il le ramène. Évoque un cas : « Une fois, le démarcheur était en congé, le père d'un malade*

est parti à Alger avec le dossier, ...c'est au malade d'envoyer les radios, de faxer, de payer. Des fois c'est lui qui propose d'envoyer le dossier ; le fax, les lettres .Ceux qui sont pressés, ils participent, d'autres comptent plus sur nous. Généralement les malades demandent pas de l'aide, c'est pour les prises en charge, autres problèmes de consultation, de rendez vous éloignés ». (Entretien : N°05 Assistante Sociale /Service de Maternité Sainte Anne).

Cette assistante sociale nous explique dans cet extrait que par défaut de moyens actuellement, l'utilisateur est appelé à contribuer. Examinons : *« Moi je n'ai pas les moyens pour contacter les autres établissements, pour faxer, téléphoner c'est un problème, c'est plus comme avant, on résout le problème tout seule, alors l'utilisateur le fait, s'il peut ramener la paperasse...je le laisse faire. Je fais participer le malade administrativement, tout dépend de la personne qui est devant toi ».* (Entretien : N°10 Assistante /Service de Marphon, Hôpital).

Pour cette assistante sociale, la participation de l'utilisateur est un moyen de s'autonomiser. : *« Le malade doit participer à la résolution de son problème afin qu'il apprenne à se prendre en charge lui-même dans d'autres problèmes ».* (Entretien : N°07 Assistante sociale /Service / Chirurgie générale. Hôpital).

Cette autre nous explique dans son discours qu'à présent c'est aussi la méthode adoptée et suivie par ces consœurs : *« Au premier contact avec le malade, je vois s'il est en mesure de régler son problème, tu sauras s'il peut faire quelque chose. A travers la discussion, on voit, si on peut compter sur ces personnes ; les cas ne se ressemblent pas. S'il peut régler son problème ou plus au moins essaye de participer ok, sinon j'interviens, la plus part des cas sont incapables de régler la paperasse. Toutes les assistantes sociales procèdent de la même manière. ».* (Entretien : N°02 Assistante sociale/ Service de psychiatrie).

2- Le rapport au démarcheur

Introduction

Soulignant en premier temps que la direction de l'hôpital a trouvé solution au problème de déplacement des assistantes sociales en poste sur Alger par la nomination en 1987 d'un démarcheur (agent administratif) chargé d'effectuer les taches suivantes suite à notre entretien avec lui :

- Déposer les dossiers des malades au niveau de la CNAS ;
- Déposer les dossiers des malades à la Commission d'Alger pour soin à l'étranger ;
- Récupérer les décisions (Avis favorable, défavorable) ;
- Réserver à Air Algérie pour les malades
- Effectuer le change pour les malades hospitalisés évacués en France pour soin ;
- Déposer les dossiers à Alger au niveau du Ministère de la Santé

Tout en sachant que ces tâches sont une partie prenante du travail de l'Assistante sociale. Alors, Ne peut-on pas dire que ce démarcheur grignote le champ d'action des Assistantes sociales.

Interrogations :

Dans quel contexte ce démarcheur a été nommé ? Connaît-il du point de vue des assistantes sociales à propos de cette question ? Pour en savoir plus. Nous avons discuté à son sujet avec nos praticiennes et nous avons relevé ce qui suit :

2-1- Nomination :

Soulignons au départ que le discours de nos interviewées à propos de la nomination du démarcheur est opposé. Alors que certaines nous expliquent que c'est l'administration qui l'a créé ; le cas de cette Assistante : « *Le démarcheur a été créé par l'administration* ». (Entretien : N°07 Assistante sociale du Service de Chirurgie générale).

Et de Cette autre plus précise dans ses propos : « *C'est le responsable administratif qui a nommé le démarcheur* ». (Entretien : N° 10 Assistante sociale / Service de Marphon, l'hôpital).

D'autres, nous révèlent que c'est plutôt la direction qui est derrière cette nomination. Examinons : « *Oui, c'est le directeur de l'hôpital qui a créé ce démarcheur* ». (Entretien : N°05 Assistante sociale du service de Maternité Santal).

Observons cette autre : « *Je me souviens qu'on (parle des Assistantes sociales) était en plein réunion avec le directeur et il nous a annoncé qu'il va créer un démarcheur* ». (Entretien : N°03 Assistante sociale/ Service de Rééducation ; Hôpital).

2- 2 - Les motifs :

Mais, pour l'ensemble de nos interviewées la raison de cette nomination reste la même. Ecoutons

: « *On avait le véhicule de hôpital, il y 'avait beaucoup de travail ; entre nous Assistantes on s'entendait pas, la voiture partait en démarches 2 où 3 fois par jour à la caisse et ceci nous a posait un grand problème. Alors ils (ne déclare pas qui) nous ont enlevé le véhicule et ont créé le démarcheur* ». Entretien : N°05 Assistante sociale/ Service de Maternité, Sainte Anne).

Encore cette Assistante

: « *Moi, j'étais absente à cette période, en congé de maternité. Mais, bien avant on (parle des Assistantes) a eu un conflit avec notre directeur à cause du problème de véhicule. Elle s'explique : « le chef de parc borné ; illettré (le décrit- elle) nous donnait la voiture qu'en présence du malade hospitalisé. Alors, les filles (les Assistantes) n'ont pas voulu travailler, c'est pourquoi, ils (ne précise pas qui) ont proposé ce démarcheur et lorsque je suis rentrée de mon congé je l'ai trouvé là ».* (Entretien : N°06 Assistante sociale Service de Cardiologie, Hôpital).

2-3- Les perceptions

Ce qui nous semble important à relever aussi est que lorsque nos interviewées nous parle de ce démarcheur, d'une manière générale elles élaborent un discours marquant la satisfaction.

Illustrons :

2-3-1-Satisfactions :

La majorité des assistantes sociales interrogées se disent satisfaites de ce démarcheur et nous parlent surtout de ses qualités intellectuelles et personnelles où elles estiment que sa présence est un plus. Écoutons cette Assistante qui nous énumère surtout ses qualités

: « *... c'est un type qui travaille à l'hôpital, un employé d'un milieu assez intellectuel, un homme très bien élevé qui a une personnalité exceptionnelle et qui s'est avéré un homme de confiance, très efficace et très bon, je trouve que c'est un plus ; c'est un soutien pour les malades. Avant on (parle des Assistantes) perdait un temps fou en démarches. Partir à Alger, récupérer les dossiers, les réponses et les visas. Tandis qu'à présent ce démarcheur nous aide beaucoup ; il nous évite les pertes de temps et ça nous permet de s'occuper plus*

des malades ». (Entretien : N°10 Assistante sociale Service de Marphon, Hôpital).

Observons encore cette autre qui partage son point de vue à son propos : *« je connais ce démarcheur depuis bien longtemps il est gentil, utile et surtout connu, il a plus de contacts et ça facilite son travail ; il est toujours présent, et toujours là. Normalement il fait carrément le travail d'assistante sociale »*. Ajoute t- elle ». (Entretien : N°07 Assistante sociale/ Service de Chirurgie générale, Hôpital).

2-3-2 Reproches :

Mais, en revanche, bien que cette assistante reconnaisse l'aide apportée par ce démarcheur elle lui reproche le fait qu'il reste limité dans ses responsabilités. Examinons

: *« Personnellement, je ne suis pas contre ce démarcheur, on travaille en équipe avec lui, il nous aide beaucoup, c'était un agent de bureau qui faisait la réception et les billets de salle, à présent il est démarcheur, il s'engage à faire les démarches, il a droit au billet, il part à Alger dépose et récupère les dossiers (accord, rejet) mais, c'est tout. Il se contente de la liste des malades donnée, il ne demande pas de précisions où d'informations auprès du secrétariat comme je pourrais le faire moi-même, je connais mes malades et ceux des autres Assistantes. Alors, je cherche à comprendre et j'insiste. Elle ajoute : « s'il ne me fourni pas les renseignements nécessaires je serais lente dans mes démarches. Elle exprime clairement son point de vue : « il n'y a pas mieux que l'assistante pour faire ces démarches »*. (Entretien : N°03 Assistante sociale Service de Rééducation, Hôpital).

4- Comportements des assistantes sociales vis-à-vis du démarcheur :

Nous distinguons deux comportements dans leurs propos :

1- Un comportement de consentement relevé chez la majorité qui trouvent l'idée bonne justifiée par le soutien apporté par ce démarcheur, le cas d'ailleurs de cette assistante. Ecoutons

: « *Moi ; je n'ai jamais travaillé avec ce démarcheur, je ne sais comment c'était réfléchi? Ni à quel moment ils ont décidé de l'avoir ?* Tout en souriant elle ajoute : « *j'espère que ce n'est pas l'idée des assistantes de l'hôpital. D'un côté, je trouve que c'est une bonne chose, s'il se charge de l'aspect administratif dans la mesure d'aider l'assistante, point de vue efficacité et organisation pour qu'elle ne bouge pas et s'occupe mieux de son service* ». (Entretien : N°08 Assistante sociale/ clinique Fillaoucène).

Encore Cette autre :

« *L'idée était bonne au départ, je trouve que c'est bien, ce démarcheur nous aide beaucoup ; je suis contente ; personnellement, je trouve que c'est plus pratique de rester ici et que le démarcheur se déplace et fait les démarches. Il vaut mieux être la pour le malade* ». (Entretien : N°10 Assistante sociale du Service de Marphon, la l'hôpital).

2- Un comportement de protestation, marquant le refus et le rejet. Interprété dans les expressions suivantes. Examinons

: « *En principe il ne devrait pas y' avoir de démarcheur ; normalement c'est l'Assistante qui se déplace à Alger* ». (Entretien : N°03 Assistante Sociale / Service de Rééducation Hôpital).

Cette autre assistante nous révèle : « *Non, normalement non, il ne doit pas exister ; c'est un personnel non qualifié qui n'a rien à avoir avec le médical, ça*

ne doit pas se faire, mais c'est notre mauvaise direction». (Entretien : N°05 Assistante sociale Service de Maternité Santal).

Mais, ce n'était que verbal d'après cette assistante qui estime personnellement que c'est trop tard pour agir. Écoutons

: « *Oui, certaines Assistantes ont protesté, elles étaient contre, mais leur protestation était verbale, elles n'ont rien fait ; et maintenant, c'était trop tard pour agir, il fallait le faire dès le début* ». (Entretien : N°03 Assistante sociale service de Rééducation ; Hôpital).

Alors que cette autre, nous a fait remarquer dans son discours qu'elle avait proposé à ses consœurs d'écrire une lettre adressée à la direction mais ça n'a pas été le cas. Elle nous explique pourquoi. Examinons :

« *Certaines Assistantes veulent que ce démarcheur reste d'autres Non. Moi, personnellement je suis contre. -je suis désolée c'est notre travail, et c'est un planton-. Alors, j'ai proposé à mes consœurs de rédiger une lettre et s'imposer auprès de la direction pour nous enlever ce démarcheur, je leur avais expliqué que toute notre fonction est en danger. Elles étaient d'accord mais, il n'y a rien eu, rien du tout et le démarcheur a été mis au courant de notre intention* ». (Entretien : N°06 Assistante sociale du Service de cardiologie, Hôpital).

Par ailleurs, cette assistante qui se dit contre l'idée. Nous révèle :

« *Je ne cherche pas à comprendre, moi, ça ne me gêne pas, alors que les anciennes de l'hôpital Oui, d'ailleurs, elles se sont réunies pour poser le problème auprès de la direction. Elle ajoute : « Oui, normalement c'est notre travail, mais maintenant, je ne peux pas suspendre un agent de ses fonction pour prendre le relais .Non !, je ne ferai pas ça,»*. (Entretien : N°07 Assistante sociale/ Service de la Chirurgie générale).

5- Le démarcheur dérange :

En fait, la présence de ce démarcheur dérange les assistantes sociales des formations. Même, si certaines hésitent à l'avouer. D'autres, nous expriment, par contre explicitement leurs perceptions. Elles trouvent que la fonction attribuée à ce démarcheur est partie prenante de leur travail sociale. Elles vont plus loin dans leurs discours pour nous signifier qu'il est mieux reconnu et considéré par l'ensemble du personnel de la santé par rapport à l'assistante; d'où cette inquiétude et ce sentiment de gêne ressentie parmi elles.

Examinons :

« Le démarcheur gêne parce qu'il s'occupe de l'administratif, c'est une tâche secondaire pour l'assistante mais, ça complète son travail. Elle ajoute : « Au début, c'était nous qui donnait le travail au démarcheur. Mais à présent le médecin chef fait directement appel à lui et non pas à l'assistante. Maintenant, on ne connaît même pas les dossiers des malades, moi je suis là, j'ai entre mes mains leurs dossiers mais, les autres Assistantes Non ». (Entretien : N°06 Assistante Sociale du Service de Cardiologie, hôpital).

Écoutons cette assistante qui nous explique pourquoi ce démarcheur gêne

: « Le problème est que ce démarcheur est intelligent, il a commencé à faire des initiatives. Elle s'explique : « le contact direct des malades, prendre des rendez vous pour eux, il croyait bien faire ; mais il a été contesté par quelques Assistantes qui l'ont refusé et trouvaient ça anormal (pourquoi? Et comment ? Il n'est pas Assistante sociale) ». (Entretien : N° 10 Assistante Sociale / Service de Marphon, l'hôpital).

6- Les enjeux :

D'après toutes ses illustrations, il est clair ici, que c'est tout le statut de l'assistante sociale qui est en jeu.

Mais, n'était pas étonnant que les assistantes en poste n'ont entrepris aucune action et ont fini par acceptés ce démarcheur.

Devant un fait réel imposé. Nous nous demandons ainsi si elles n'avaient le choix que de faire avec.

Examinons les propos de cette assistante

: « *A cause du terrorisme on ne pouvait pas se déplacer sur Alger, alors que le demandeur oui, l'hôpital lui paye le billet et les frais de mission et il prend les dossiers des malades, c'est surtout pour ça et ceci nous arrange bien* ». (Entretien N°05 Assistante sociale/ Service Maternité Santal).

Encore celle-ci

: « *On ne pouvait rien faire, ils (ne déclare pas qui) nous ont dit vous allez avoir un démarcheur pour s'occuper de l'administratif ; alors, qu'en réalité, ce n'était pas uniquement pour ça. Nous, on l'a accepté. Elle confirme. « Oui, on a accepté ce démarcheur parce qu'il nous débarrasse de la Caisse, d'Air Algérie c'est ça. Elle ajoute : « Maintenant, certaines Assistantes sont conscientes des faits ; elles s'interrogent mais, jusqu'à heure actuelle rien n'a été fait et le problème n'est pas encore résolu, il faut qu'on bouge. Nous attendons l'arrivée du nouveau directeur pour en discuter, il parait que c'est un connaisseur du métier de l'assistante sociale, il pourra nous aider* ». Nous dit-elle. (Entretien : N 06 Assistante sociale /Service de Cardiologie ; Hôpital).

Ceci nous laisse croire que nos praticiennes sont perçues dans leurs différents espaces de travail comme étant des agents d'exécution et non pas de perception. En effet, nos praticiennes se sentent exclus de la prise de décision dans leur milieu de travail.

Écoutons :

« On (parle des Assistantes Sociales de l'hôpital) ne peut rien faire, on ne décide pas, nous sommes des fonctionnaires de la santé, des agents techniques ; nous n'avons jamais été aux postes de décisions ». (Entretien : N°10 Assistante sociale /Service de Marphon, Hôpital).

Toujours à ce propos examinons ce discours

: « Normalement, l'assistante est apte pour prendre des décisions, son travail est d'activer et non pas de traîner. Elle ajoute et nous fait part de son expérience : « une fois je voulais activer les choses pour le transfert des malades pour soin à l'étranger ; mon médecin chef me l'avait reproché, depuis, ça m'avait marqué ». (Entretien : N°07 Assistante sociale Service de Chirurgie générale, Hôpital).

3- Le rapport à la direction et aux responsables de l'hôpital

Introduction

Les relations des assistantes sociales avec la direction de l'hôpital semblent importantes dans cette étude.

Elles rendent compte de leurs proximités avec les responsables de l'hôpital et le type de communication.

En outre, ces relations nous dévoilent la manière dont les assistantes sociales revendiquent leurs causes.

A partir de notre travail d'enquête auprès des assistantes sociales de l'espace sanitaire hospitalier il ressort que :

Pour les assistantes sociales, les rapports avec la direction de l'hôpital sont très limités, marquant l'existence d'une grande distance.

En outre, les relations sont empreintes d'incertitude et de manque de confiance.

Les assistantes sociales se sentent délaissées par la direction de l'hôpital. Les rares contacts sont marqués par les tensions.

Par ailleurs, les assistantes sociales critiquent la direction de l'hôpital qui a diffusé une image dévalorisante de leur métier.

Elles perçoivent que la direction est indifférente face aux conditions de travail d'où la méfiance.

Illustrations :

3-1- Des réclamations, et Toujours en situation d'attente :

Nos interlocutrices nous en fait savoir qu'elles ont adressé à maintes reprises des demandes et réclamations de moyens à l'administration voir même la direction mais, ces derniers n'ont pas tenu compte.

Ainsi, elles nous révèlent qu'elles sont toujours en situation d'attente. Cependant, elles perçoivent qu'elles ne sont pas soutenues par leurs supérieurs hiérarchiques, alors qu'elles conçoivent que ces derniers sont seuls capables de les doter en matériaux appropriés.

Examinons les propos de cette assistante :

« On se heurte à la porte close. Nous ne sommes pas considérées par la direction, on réclame les moyens à chaque, ils promettent de nous aider et régler nos problème. Ils ont promis de créer un service social à l'hôpital, de regrouper l'ensemble des assistantes et partager entre elles le travail, on attend toujours ! Elle ajoute : « De nouveaux directeurs sont arrivés, ils nous demandent d'attendre, mais, absolument rien, on est resté comme ça. Elle poursuit : « Maintenant, je travaille avec les moyens de bord, et je ne réclame plus puisque c'est toujours négatif ; à mes débuts oui, j'étais jeune et exigeante, j'ai crée beaucoup de problèmes à mon chef de service, je ne me déplaçais pas sans ambulance, je réclamaï à chaque fois les moyens, à présent fini, je ne le fais plus ». (Entretien : N°02 Assistante sociale du service de psychiatrie, Hôpital).

Encore cette autre : « *Ça fait trois ans que je suis à l'hôpital, il y a eu 4 nouveaux directeurs, chacun a promis de nous aider et toujours rien. Elle s'interroge : « à qui parlé donc ? Une petite Assistante n'est pas reconnue à quoi bon réclamer. D'un ton nerveux elle ajoute : « tu n'arrives même pas à avoir tes propres droits. Moi, j'exerce ici depuis 3 ans et je suis toujours payée autant que stagiaire alors, qu'en principe, après 9 mois je suis titulaire j'ai réclamé, mais, ça n 'a rien donné.».* (Entretien : N°07 Assistante Sociale, Service de la Chirurgie générale, Hôpital).

3-2- Manque de soutien et d'aide :

Écoutons celle là :

«Maintenant, c'est plus fort que nous il y 'a de plus en plus de malades nécessaires. Vous ne pouvez rien faire, il n y a pas de moyens. Elle s'interroge

« A qui demander l'aide? A qui s'adresser ? Où sont les responsables et les services concernés ? On est chapoté par des gens qui n'ont rien à avoir avec le social et ils ont pris des postes de ! Ils ne cherchent pas à voir le fond des problèmes. Elle ajoute : *« on a réclamé pendant toute notre vie, tout le temps, ça n'a jamais rien donné, le social n'intéresse personne, et puis, avec le temps tu te retires, tu dis ils ne vont pas me prendre en considération ».* (Entretien : N°10 Assistante Sociale/ Service de Marphon, l'hôpital).

Celle ci aussi nous explique dans cet extrait le regard véhiculé par les acteurs de la direction et l'administration vis-à-vis de l'assistante sociale. Examinons : *« Notre problème est qu'au niveau de la direction et l'administration il y' a des gens qui nous stoppent, on est mal reçu, on expose nos problèmes et ils nous donnent pas raison, ils nous disent vous ne fêtes rien.* D'un ton nerveux, elle ajoute : *«On a été dégradé par notre administration et personne n'a intervenu ; nous n'avons pas des gens sur lesquels compter, sinon,*

on ne saurait pas arriver là, j'étais déçue par notre administration, on n'est pas aidé par nos directeurs, ils n'ont aucune notion sur la fonction d'assistante sociale, tu as bot à expliquer et à réclamer (ni paperasses, ni téléphone, ni véhicule). Mais ; Rien ... toujours rien ». (Entretien : N°06 Assistante Sociale /Service de Cardiologie, Hôpital).

Pour cette assistante le manque d'aide est à l'origine du blocage de son activité. Observons

: «On n'est pas aidé par notre administration, pas tellement, maintenant ; tu n'arrives même pas à régler un petit problème d'un malade nécessiteux». (Entretien : N°09 Assistante Sociale /Service de Traumatologie, Fillaoucène).

Encore cette autre qui trouve que l'aide des responsables indispensable. Ecoutons : *«...seulement nous n'avons pas de moyens pour aider le malade. Il nous faut l'aide des responsables».* (Entretien : N°02 Assistante sociale du service de psychiatrie, Hôpital).

3-2- La politique de l'Etat en question :

Mais, nos praticiennes se retournent vers un autre acteur pour lui attribuer la responsabilité. Elles désignent du doigt l'Etat.

En effet ; nos interviewées incriminent l'Etat parce qu'elles perçoivent que son désengagement sous prétexte que le social coûte cher a engendré des problèmes d'ordre matériel et humain, bien qu'elles font référence dans leurs discours à la dimension politique et à la crise économique auxquelles le pays a été confronté pour nous expliquer ce fait.

Examinons les propos de cette assistante

: « *Pour le gouvernement c'est le social qui a ruiné le pays alors, à présent l'Etat a bloqué tous ce qui est social, -c'est à eux de décider- c'est politique, le temps à changé, c'est fini, chacun doit compter sur lui même. L'Etat ne vous donne plus les moyens pour assurer votre travail, elle n'a pas les moyens, il n'y a absolument rien, le président lui même a déclaré que l'Etat ne peut plus faire du social. Alors, ce que vous pouvez faire, fêtes le et c'est tout, ne cherchez pas à comprendre. Evoque un cas : « un malade nécessiteux vous demande de l'aider mais, avec quoi? Tout ce que vous pouvez faire c'est sortir 200 où 300 DA de votre poche et le lui donné. D'un air pessimiste, elle ajoute : « le social a tendance à disparaître comme vous pouvez le sentir et l'assistante doit disparaître avec, l'Etat n'a plus besoin d'elle ».* (Entretien : N° 07 Assistante / Service de Chirurgie générale, Hôpital).

Ecoutons cette autre qui nous explique que le temps du socialisme et l'Etat providence s'est écoulé

: «*C'est politique, maintenant le discours social a changé, fini la médecine gratuite, ça n'aboutit pas, et avec la théorie qui dit que c'est le social a ruiné le pays. L'Etat ne s'investi plus dans la santé, elle ne s'implique plus ; il ne faut plus compter sur son aide. Elle ajoute : « c'est vrai qu'il y a eu un social très très fort et que tout le monde était bien pris en charge mais, par la suite et avec la crise économique, les caisses se sont vidées et à présent, on ne veut pas que le social existe. Alors, il en faut : pas non plus demander à l'Assistante d'activer ; en principe c'est au gouvernement d'activer, aux décideurs de voir, tout vient du haut, il faut que les autorités, les responsables trouvent des solutions ; et là on doit retourner la question nous dit elle est ce que les décideurs veulent que les assistantes jouent complètement leurs rôles ?».* (Entretien : N°10 Assistante sociale /Service de Marphon, Hôpital).

Cette dernière met l'accent dans son discours sur le désengagement de l'Etat.

Examinons

: *« Nous avons eu l'habitude que l'Etat nous prend en charge ; mais, à présent cette prise en charge a régressé, on le voit tout les jours, les gens qui ont des problèmes le sentent et le vivent chaque jour. Nous ne pouvons rien faire nous les assistantes ? Nous n'avons pas une baguette magique ! Il n'y a pas de moyens ; maintenant, il faut se mettre à l'évidence. Il faut apprendre à se prendre en charge soit même. Elle ajoute : « c'est politique, le social est lié au politique et c'est au gouvernement de nous aider, les responsables précise t elle.- Si le politique décide de donner de l'importance à l'assistante, alors, elle sera mise en valeur ».* (Entretien : N°08).

Celle ci s'exprime dans le même sens et incrimine aussi l'économie de marché. Observons

: *« Maintenant, la politique sociale actuelle est nulle, avec l'économie de marché on fait la politique de l'Autriche il n'y a pas de vrai politique, on y peut rien et les responsables s'en foutent »* (Entretien : N° 01 Assistante Sociale de l'unité des UMC).

Conclusion :

Nous avons essayé dans ce chapitre de cerner les représentations des assistantes sociales de la formation sanitaires vis-à-vis de certains acteurs de son espace professionnel notamment l'objet de son travail l'« usager » et le démarcheur à partir de nos réflexions portées sur les différents rapports entretenus avec eux.

De ce qui précède nous pouvons conclure que le regard porté par nos interlocutrices sur les usagers est basé sur une logique de catégorisation. Nos praticiennes interviewées s'appuient largement dans leurs divers discours sur un ensemble de critères ; Certains propres (Niveau d'instruction ; lieu de résidence...), autres pertinents (Pathologies ; Problèmes posés, comportements et attitudes) pour l'identification de la population s'adressant à leurs services.

En plus, toute l'attention des assistantes en poste va être focalisée sur la relation d'aide qualifiée comme étant le cœur de leur métier et l'élément fondateur de leur rapport avec l'usager.

L'instauration de cette relation avec l'usager est basée sur des outils inculqués lors de la formation en service social dont l'accueil, l'écoute ; l'entretien), mais sa réussite est conditionnée par la qualité des outils mis en œuvre pour ce faire et dépende aussi en grande partie de la personnalité de l'assistante et ses qualités.

Quand aux perceptions des assistantes sociales en poste véhiculaient à l'égard du démarcheur, l'agent administratif. Nous pouvons avancer que leur différents discours témoignent d'un côté de la place et de la position privilégiée qu'occupe ce dernier dans leur espace professionnel, et de l'autre mettent l'accent sur la situation vécue par elles.

En effet, les taches attribuaient à ce démarcheur par la direction de l'hôpital piétine le terrain de l'assistante sociale notamment le volet le plus important de sa fonction en milieu sanitaire qui est l'administratif, remettant ainsi en cause tout son rôle dans l'espace sanitaire.

Pour ce qui est des relations instaurées avec la direction de l'hôpital nos interlocutrices, évoquent la limite de ces dernières traduisant la distance entre ces deux acteurs.

Introduction :

Les relations font partie intégrante de la construction de l'identité professionnelle. L'acteur est identifié par les autres personnes. Cette identification est élaborée tout au long des interactions. L'identité professionnelle est la corrélation de la conception de soi au travail et de l'identification collective. (Haïssat Sébastien, 2006).

Par ailleurs, Doise (1990) à travers « l'identité interindividuelle » et Dubar (1991) grâce à « L'identité pour autrui » insistent sur l'importance de la reconnaissance et de la valorisation sociale du métier pour la construction des processus identitaires liés à la profession.

Dans le but de mettre en lumière cet aspect de l'identité professionnelle chez l'assistante sociale, nous avons conduit une étude d'ordre quantitative sous la forme d'un questionnaire adressait à 70 malades des deux sexes (Femmes, Hommes) hospitalisés (es) plus d'une semaine au sein du service de Cardiologie de l'hôpital d'Oran et, deux autres services extra hospitalier, en particulier le Service des UMC, et celui de Maternité de la Clinique (Sainte Anne de la wilaya d'Oran).

Nous allons à présent décrire notre étude quantitative

1- Description de l'étude

1-1- Objet de l'étude :

La détermination des représentations des usagers, vis-à-vis de l'assistante sociale de l'espace sanitaire suite à une interaction avec elle.

1- 2- La population retenue :

Le choix de l'échantillon a été arrêté, compte tenu des contraintes de la représentativité de l'enquête, et des possibilités et limites consenties par le temps. Nous n'avons pas procédé à un tirage de l'échantillon comme le veut la tradition. Nous avons touché 70 malades hospitalisés dans les services cités ci-dessus pour la période réservée à notre étude.

1- 3- Les espaces enquêtés :

Le choix des services s'est opéré en fonction du critère de la présence de l'assistante sociale, ainsi que la diversité de la population (malades présentant différentes Pathologies). Notre enquête à été effectuée auprès des services suivants :

1/ le service de chirurgie de la Maternité, Clinique Sainte Anne :

28 femmes interrogées, dont trois mères célibataires. Nos interlocutrices présentaient des pathologies différentes, (cancers, polypes, fibromes...), les ovaires (kystes bénins ou malins...), le sein (adénomes...), la grossesse, (intervention volontaire ou thérapeutique, Les affections nécessitant une chirurgie aboutissent le plus souvent à une ablation ou une amputation de l'organe concerné).

2/ le service des Urgences médico-chirurgicale de la wilaya d'Oran.

06 malades hospitalisés plus de 24h au sous service d'hospitalisation médicale, et 09 au sous service d'hospitalisation Chirurgicale (toutes pathologies confondues).

3/ le service de Cardiologie de l'hôpital d'Oran

27 malades posant un problème cardiaque suite aux problèmes d'hypertension et autres.

1-5- Outils d'investigation :

Le principal outil d'investigation est le questionnaire. Il est structuré selon le modèle joint en Annexe comme suit :

- Une fiche de consentement : ou les dispositions éthiques (Le respect de la liberté de participation ; Le respect des propos et des opinions avancés, Le respect de l'anonymat et de la confidentialité) furent communiquées préalablement à toute personne appelée à apporter sa contribution, de près ou de loin, pour la réalisation de la présente étude.

- (04) Pages comportant au final 24 questions, incluant à la fois des questions d'ordre factuel, et autres d'opinion et de motivation ; Fermées et ouvertes formulées dans un Français très simple dont une seule question ouverte, 11 questions à choix multiples et 12 autres dichotomiques (Oui, Non).

Il se décline en catégorie suivantes :

- 1- Les caractéristiques socioculturelles : (Age, Sexe, Statut Matrimonial, Activité ; Niveau d'étude, Lieu de résidence ...).
- 2- Prise de conscience et connaissance du rôle de l'assistante sociale
- 3- l'importance de l'assistante sociale
- 4- les représentations des malades vis-à-vis de l'assistante sociale.

1-6- Elaboration du questionnaire :

La constitution des questions s'est faite, compte tenu des indicateurs portant sur les représentations des usagers à l'égard de l'assistante sociale notamment la mesure de la satisfaction par rapport à l'aide dispensée.

L'élaboration du questionnaire s'est déroulée sur 03 étapes :

1-Rédaction d'une première version qui fut présentée à des personnes ressources expérimentées dans le domaine ;

2 - Des réajustements ont été faits à la lumière des observations des personnes ressources ;

3 - Le questionnaire fut testé auprès d'un groupe de 09 malades hospitalisés tirés de la population ciblée. Ce test nous a permis de vérifier la pertinence, la clarté et la compréhension des questions par les malades. Suite aux résultats du pré-test, la dernière version du questionnaire fut finalisée et adoptée pour la phase suivante de collecte de donnée.

2- Conduite de l'enquête :

Après avoir arrêté et adapté notre outil d'investigation, apporté notamment les modifications nécessaires quant à la formulation des questions posées compte tenu de la langue parlée et de la culture de notre population d'étude. Le processus de collecte de données a été enclenché.

Suite à la sélection des services et au consentement des malades pris en compte dans notre étude après explication de l'objet du questionnaire et de la recherche nous avons procédé nous même à leur l'interview, conduit un entretien face à face pour remplir le questionnaire, où nous nous sommes entretenues en privé avec le malade, pour obtenir à la fois et son attention et des réponses engageant sa seule personne. Cette méthode nous a offert la possibilité

d'avoir un plus fort taux de réponses à un maximum de questions et un gain considérable en matière de temps.

NB :

- L'enquête a été menée entre le 04 Aout 2012 et le 25 septembre 2012 auprès de l'ensemble des malades au sein des Institutions Sanitaires
- Les malades hospitalisés ont été saisi dans les services au sein des formations sanitaires l'après midi une fois le calme établi.

3- Description du plan d'analyse des données :

Dans l'ensemble 70 questionnaires étaient distribués, restitués, exploités et traités en derniers lieu par le biais de la statistique descriptive.

Les résultats obtenus sont présentés et reflétés de manière strictement linéaire sous forme de tableaux et graphiques informatisés, par configuration de fréquence et de pourcentage au regard des objectifs et du devis de l'étude.

4- Les limites de l'étude :

Le choix de réaliser une enquête d'ordre quantitatif pour appréhender les regards des malades vis-à-vis de l'assistante sociale de l'espace sanitaire nous a permis de travailler sur le questionnaire. Contrairement à l'entretien, cette technique est fondée sur le recueil quantitatif des données. Elle est largement utilisée en raison de son aspect pratique et standardisé¹. En outre ; cette source quantitative présente l'avantage de se prêter à la vérification, ce n'est pas le cas de la méthode qualitative qui ne peut jamais provoquer l'unanimité². Cependant cette méthode a aussi ses limites, le choix des thèmes abordés et la formulation

¹ Blanchet. A. Gotman A, *l'enquête et ses méthodes*, Ed : Nathan Université, Paris 1992.

²ALBARELLO L., DGENEFFE F., HIERNIAUX J.P., MAROY C, RUOUOY D., de SAINT-GEORGES P., *Pratique et méthodes de recherché en sciences sociales*, Paris : Armond Colin 1995.p179.

des questions restreignant la libre expression des individus. Dans notre cas l'exploitation, du questionnaire a mis en évidence les limites de notre étude tels que le nombre réduit des enquêtés et des espaces d'enquête (Services Sanitaires). C'est pourquoi elle restera relativement fiable ; localisée et déterminée en raison des moyens misent en œuvre pour sa réalisation.

5-Lecture et analyse des résultats

1 - Les caractéristiques générales des enquêtés

01- Genre des enquêtés :

La configuration des malades enquêtés par genre nous révèle que le nombre des femmes est supérieur à celui des hommes.

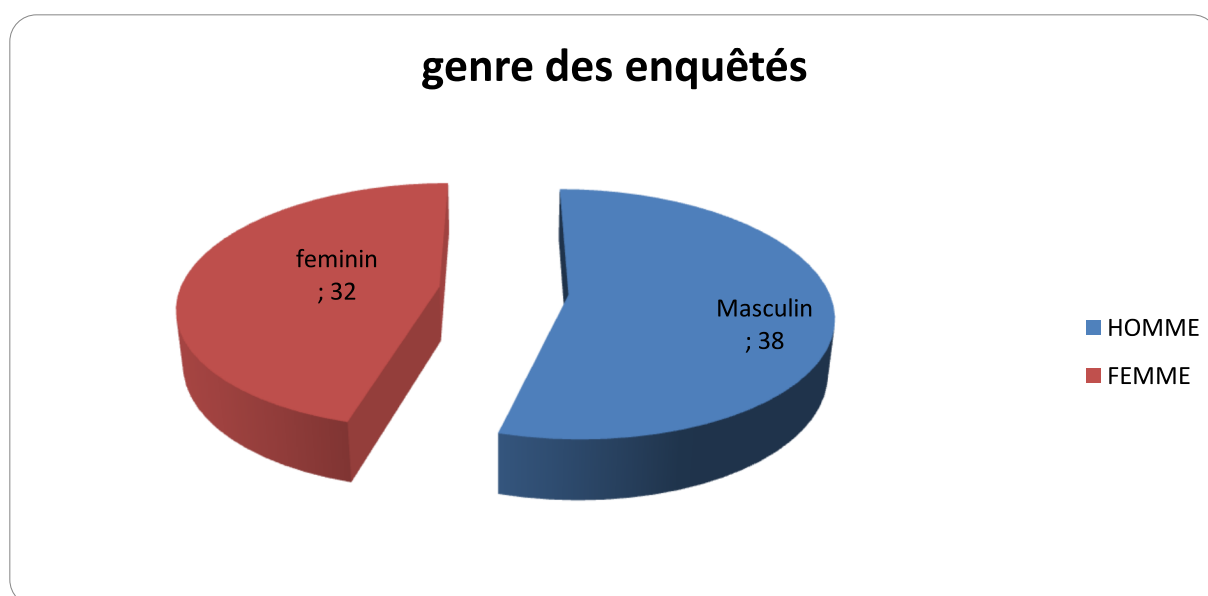


Figure N° 1 : Répartition des malades par genre

02- Age des enquêtés :

- La pyramide des âges des malades touchés par l'enquête indique que la tranche d'âge des malades hospitalisés questionnés est comprise entre 18 et 75ans.

- Les catégories les plus présentes se situent entre 35 et 55ans.

- Une présence remarquable des usagers âgés

Ainsi, nous avons touché une population de malades adultes.

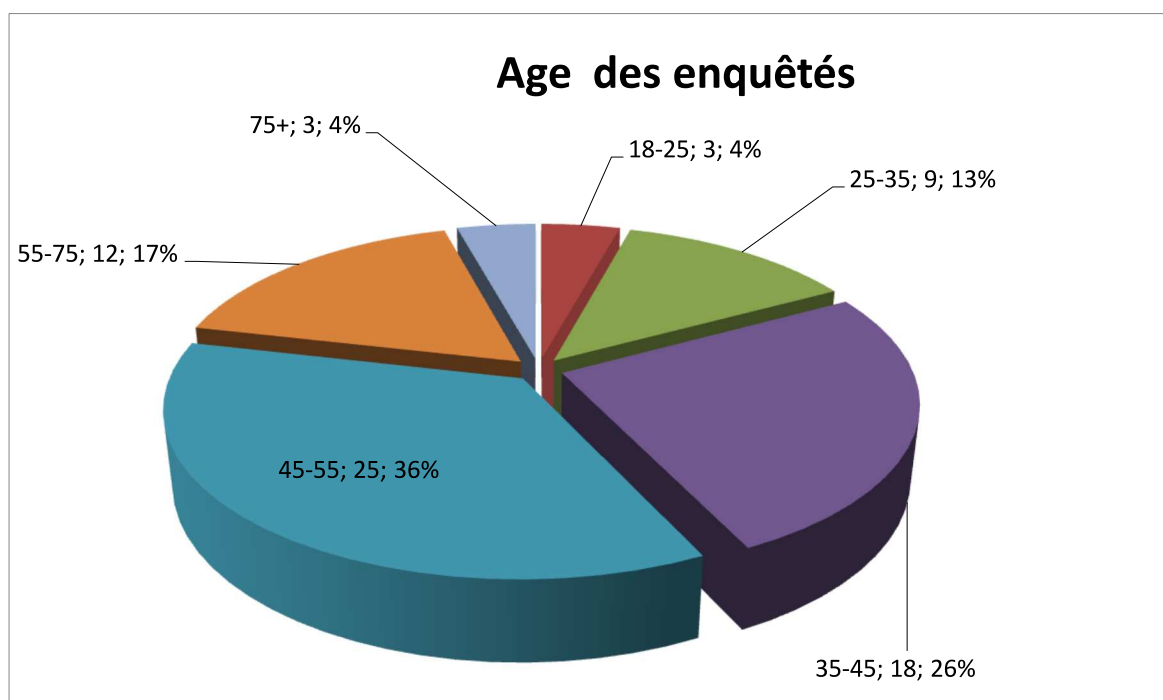


Figure N° 02 : Répartition des malades selon l'âge

3- Niveau d'instruction :

La lecture du graphe suivant montre :

- Une proportion importante de malades dotés (e) de niveau d'instruction moyen avec un taux de 27,14.
- Un pourcentage plus au moins élevé parmi les malades sans niveau d'instruction avec un taux de 24, 28.
- Un taux plus au moins équitable de 18,57et 17,14 de malades de niveau secondaire et primaire.
- Une proportion de 8,57% de malades qui ont été à l'école Coranique.

- Une proportion de 4, 28% chez les malades scolarisés dans les écoles Françaises.

Cependant, nos malades interrogés son relativement instruits

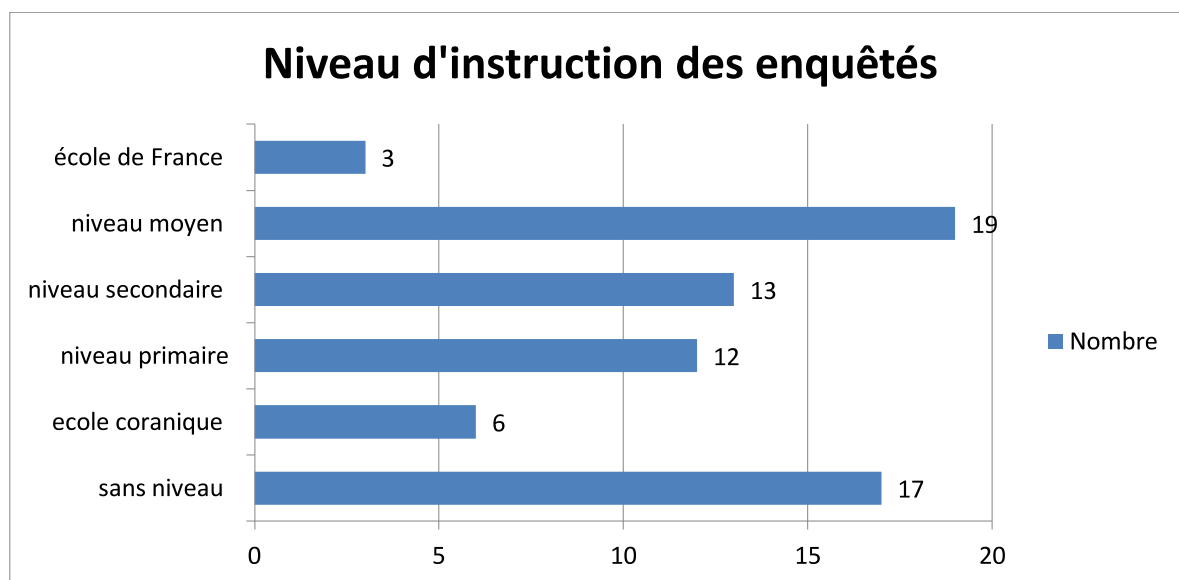


Figure N°3 : Répartition des malades selon le niveau d'instruction

Nb : Le dernier résultat est obtenu d'après les réponses autres

4- Statut Matrimonial des enquêtés :

D'après la figure ci dessus il ressort :

- Que plus que la moitié des malades interrogés sont mariés.
- Que les proportions parmi les malades divorcés et veufs (ves) sont respectivement approximatives avec un taux de 9à 10%.
- Que parmi notre échantillon d'étude figure des mères célibataires avec un taux de 04,285%.

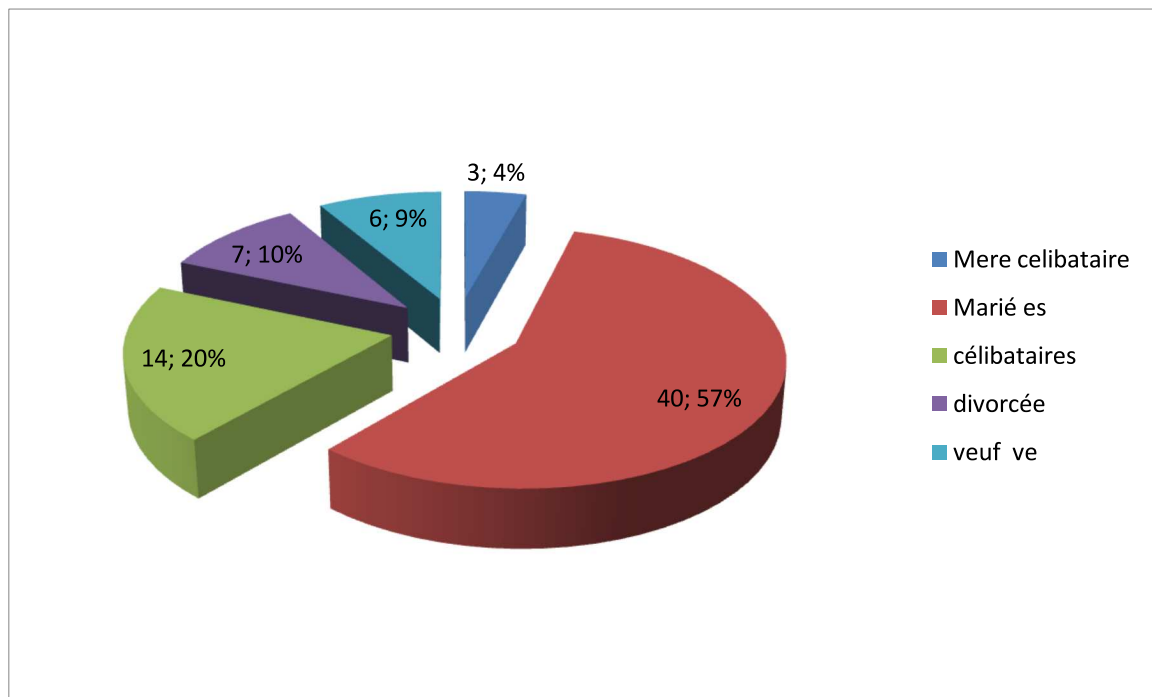


Figure N°4 : Répartition des malades selon la Situation Matrimoniale

N.B

L'information sur les mères célibataires est obtenue grâce à l'assistante sociale du service de Maternité de Sainte Anne.

05 - Profession des enquêtés

Il ressort d'après la figure n°05 que la moitié de notre population enquêtée se déclare sans revenu alors que l'autre deuxième moitié se trouve à l'abri du besoin.

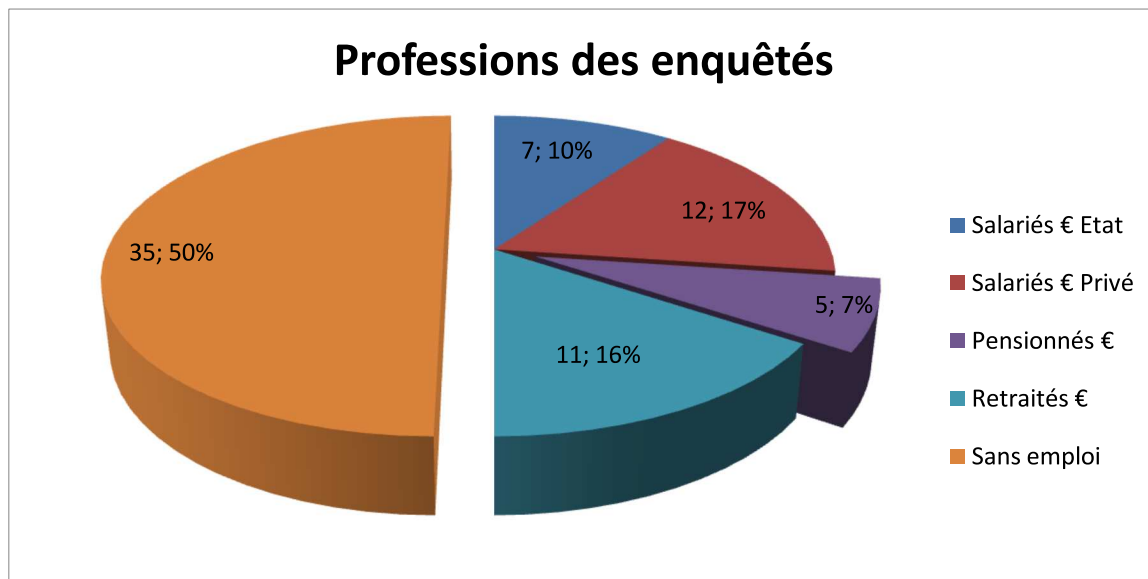


Figure N°5 : Répartition des malades selon l'activité

06- lieu de résidence des enquêtés

D'après les résultats de la configuration nous pouvons constater

- La prédominance des malades résidant hors la wilaya d'Oran, avec un taux de 58%.
- Aussi ; La présence d'un taux de 20% de malades demeurant à Oran ville.
- En plus, une proportion de 14% de malades habitant Oran Centre.
- Nous enregistrons un taux de non réponse de 9 % à cette question.

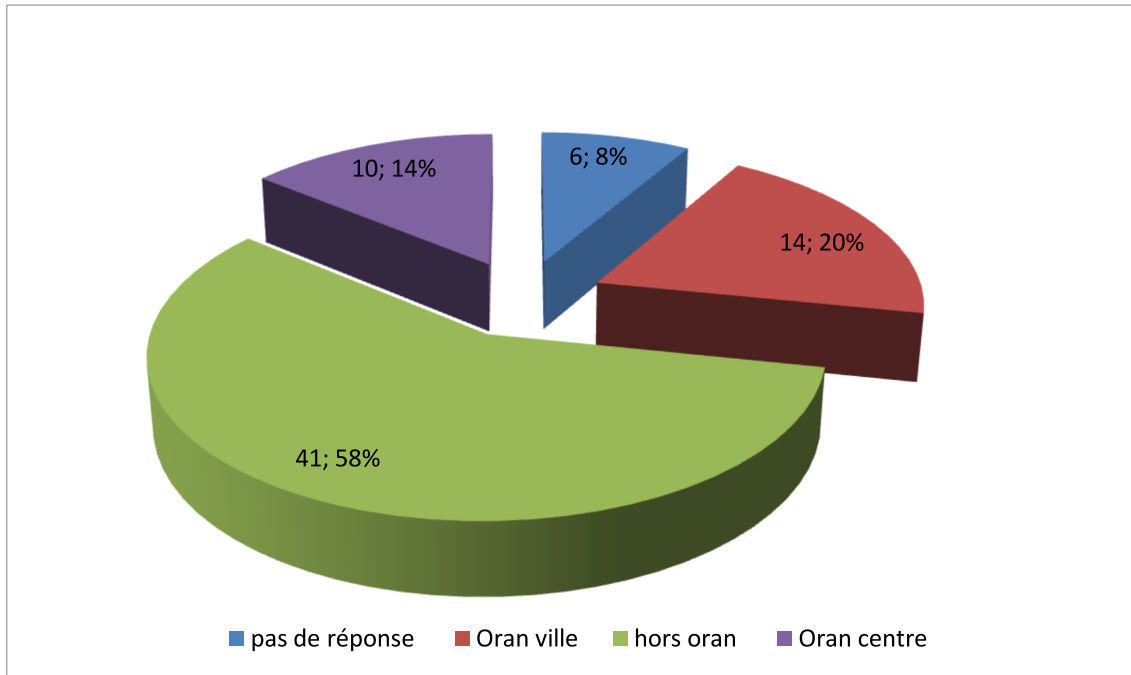


Figure N°6 : Répartition des malades selon le lieu de résidence

Nb :

Les non réponses à cette question ont été relevés chez 03 mères célibataires de notre échantillon d'étude et chez 03 malades délaissés par leurs familles.

Synthèse de la première rubrique : Identification des malades enquêtés

Notre première série de questions portant sur les caractéristiques socio-démographiques a pour objectif de dresser le profil de notre sujet interrogé dans un souci d'identification.

Notre étude quantitative menée auprès de 70 malades des deux sexes hospitalisées plus d'une semaine au sein du service de Cardiologie à l'hôpital d'Oran et deux autres services extra hospitalier (Service des UMC, Service de Maternité, Clinique (Sainte Anne). Portant sur le regard des Malades vis-à-vis de l'assistante sociale du service nous révèle que :

Les malades qui se sont prêtés à notre étude se répartissent de manière non équitable selon les tranches d'âges suivantes : 18 à 25 ans ($n = 03$) ; 25 à 35 ans ($n = 09$) ; 35 à 45 ans ($n = 18$) ; 45 à 55 ans ($n = 25$) ; 55 à 75 ans ($n = 12$) ; + de 75 ans ($n = 03$).

Avec plus d'une moitié (41/70) mariée et un taux de 04,285% de mères célibataires en plus d'un pourcentage de 10% de malades divorcés et de 14% célibataires.

Ils sont relativement instruits avec un nombre fort important possédant un niveau scolaire initial primaire (12sur70) ou secondaire (13sur70). En nombre moins important (17/70) sans niveau d'instruction.

Provenant en majorité (40 malades sur 70) hors la wilaya d'Oran et en minorité de la ville (13/70) ou du centre (09/70). Une moitié d'entre eux se dise démunies (35/70). Alors que l'autre moitié (35/70) se déclare à l'abri du besoin et possède un revenu.

2- Sensibilisation sur le rôle de l'assistante sociale

Quest : Avez-vous de manière générale une idée sur le métier de l'assistante sociale ?

Les réponses à cette question font ressortir que :

Plus de la moitié de nos malades hospitalisés interrogés affirment avoir une idée sur le métier d'assistante sociale représentant un taux de 57 % contre un nombre assez important de nos malades se prononçant négativement sur cette question avec un taux de 30 % en précisant en n'avoir absolument pas d'idées.

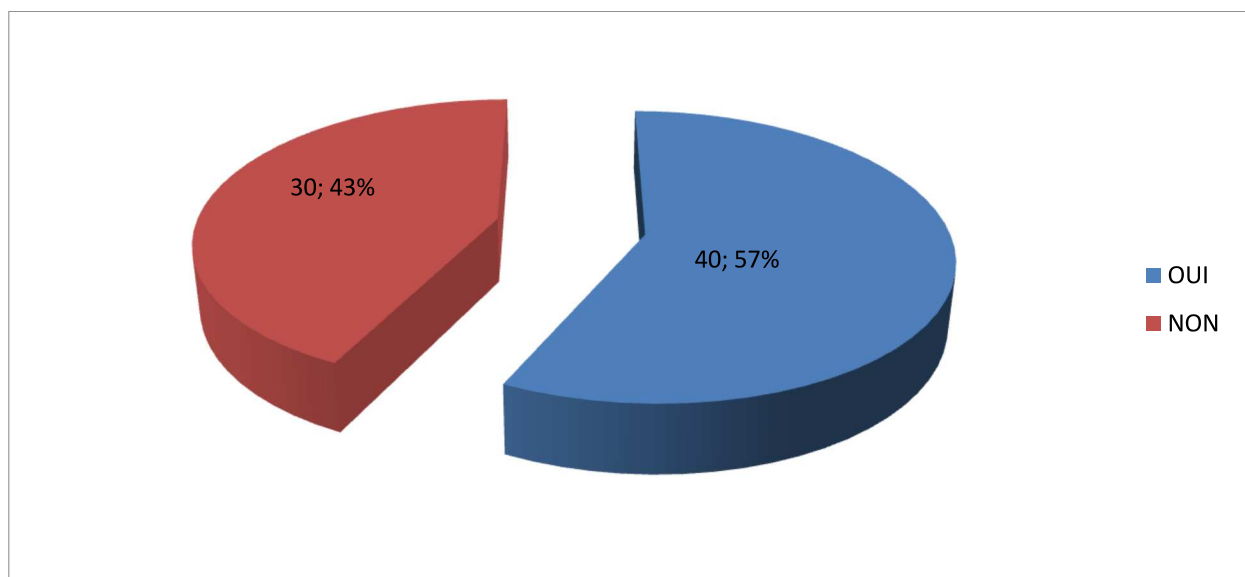


Figure N°7 : Répartition des malades selon l'information sur le rôle de l'assistante sociale

Tableau N° 02 : Répartition selon les moyens d'information sur le métier d'assistante sociale.

Réponses (Items)	Nombre (Nbre)	Pourcentage%
Télévision et Radio	10	25,00%
Entourage et Famille	13	32,5%
Presse écrite	02	05,00%
Milieus Professionnels	08	20,00 %
Rencontre de l'assistante sociale Algérienne	03	07,50 %
Contact avec L'AS Française en période de colonisation.	04	10,00 %
Total	40	100,00%

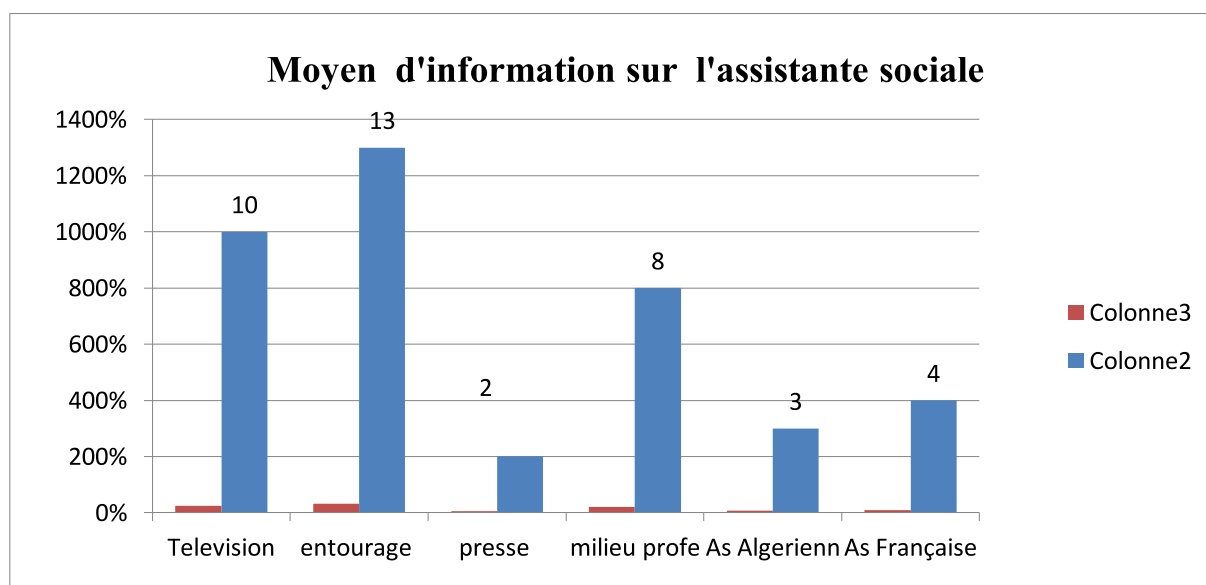


Figure N°8 : Répartition des malades selon le moyen d'information sur l'assistante sociale.

La réponse à cette question nous révèle que :

- La famille et l'entourage est à l'origine de l'information de notre majorité de malades sur l'assistante sociale avec une première position.
- La radio et la télévision arrivent à la deuxième place. Sources de renseignement d'une bonne partie de nos interrogés sur l'assistante sociale.
- Le milieu professionnel occupe la troisième position comme étant moyen d'information sur l'assistante sociale pour le nombre de huit malades.
- Nous enregistrons des réponses dans la case autres notamment le contact avec l'assistante sociale Algérienne et avec l'assistante sociale Française en période coloniale. Nous révélons ainsi, d'autres sources de renseignement sur la question.

N.B : Parmi l'effectif des malades déjà entendu parler de l'assistante sociale (N=40).

Tableau N° 03 : Répartition des malades selon la description du rôle de l'assistante sociale

Réponses (Items)	Nombre (Nbre)	Pourcentage%
Aide les personnes incapables, Parle à la place du malade, prend des Rdv ; et accompagne le malade d'un hôpital à l'autre	16	40 %
Résout les problèmes familiaux des vieillards, aide les enfants assistés et place les enfants abandonnés dans les familles d'accueil	18	45 %
Dispense une aide médicale et sociale aux travailleurs malades et s'occupe de leurs dossiers	06	15 %
Total	40	100, 00%

Après de notre échantillon d'étude qui estime connaître le rôle de l'assistante sociale nous enregistrons :

- Un taux de 40% qui fait référence à l'assistante sociale du milieu sanitaire pour nous résumer ses attributions en l'accompagnement des malades incapables vers les structures de soin ; la prise de la parole auprès du médecin et les rendez vous de soins.

- Un pourcentage de 45% qui identifie le rôle l'assistante sociale par rapport à la société et nous parle d'aide aux gens nécessiteux, de résolution des problèmes familiaux, de vieillards, et de placement d'enfants abandonnés dans les familles d'accueil.

- Une proportion de 15 % qui fait appel à l'assistante sociale de l'administration et de l'entreprise pour nous avancer que son rôle consiste en la

prise en charge des dossiers du travailleur malade et l'attribution d'aide médico-sociale.

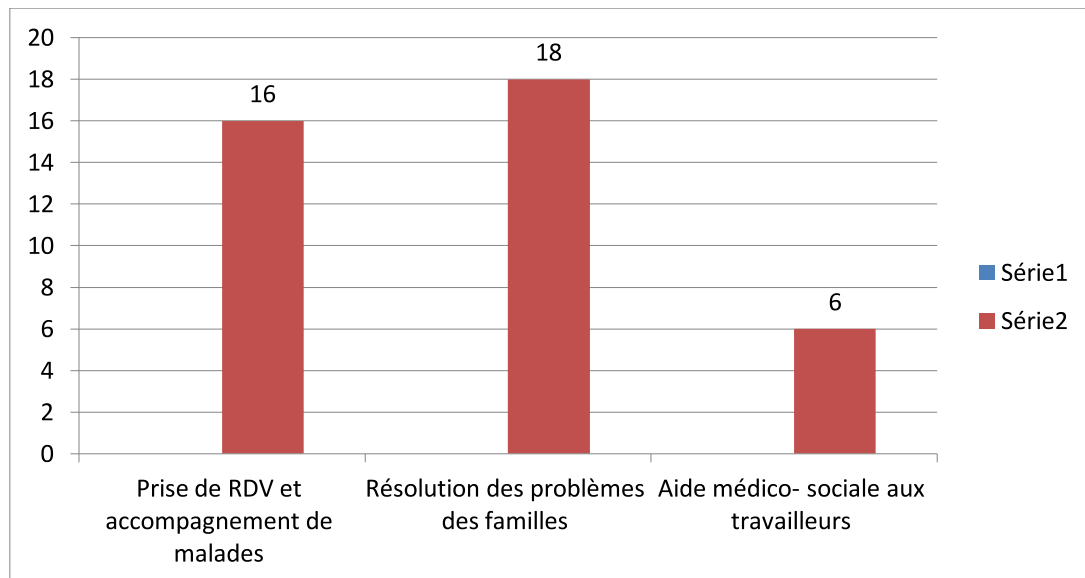


Figure N°9 : Répartition des malades selon la description du rôle de l'assistante sociale

N.B :

- Les réponses proposées par notre échantillon d'étude (N=40) se structurent autour de la notion d'aide avec bien des petites variations.
- Nous avons retenu les réponses les plus fréquentes et nous les avons classées pour avoir le tableau ci-dessous.

2-1- Les résultats de la rubrique n°02 : Sensibilisation sur le rôle de l'assistante sociale

Les résultats relatifs à la sensibilisation des malades sur le rôle de l'assistante sociale peuvent être résumés en points suivants :

1/ Prise de conscience légère sur le rôle de l'assistante sociale parmi les malades enquêtés.

2/Engagement faible des moyens de télécommunication en matière de sensibilisation sur le rôle de l'assistante sociale.

3/Très peu d'intérêt accordé à la sensibilisation de l'utilisateur par l'assistante sociale.

4/ Faible curiosité des malades qui ne demandent pas à être informé sur le rôle de l'assistante sociale lors de sa rencontre.

2-2- Discussion des résultats :

En interrogeant les malades sur la connaissance du métier de l'assistante sociale en articulant le questionnement comme suit ; avez-vous de manière générale une idée sur le métier de l'assistante sociale ? Par quel moyen ? Selon vous que fait l'assistante sociale ?

Nous voulions vérifier les résultats d'une étude conduite par une élève assistante sociale auprès du C.H.U d'Oran portant sur « la « Méconnaissance de la profession d'assistante sociale »³ qui a révélé que le rôle de l'assistante sociale n'est pas clairement défini dans les mentalités des malades voir même sa fonction demeure vague dans leur esprit.

³ Soria Chouab, la méconnaissance de la profession d'assistante sociale, 1999

D'après notre étude, plus de la moitié des malades interrogés représentant un taux de 57 % attestent avoir de manière générale une idée sur le métier d'assistante sociale contre un taux de 42,587% soit 30 malades se prononçant négativement sur cette question en précisant en n'avoir absolument pas d'idées.

L'information sur le métier d'assistante sociale provient de diverses sources selon les réponses obtenues de nos malades informés. Les classements opérés par la majorité d'entre eux mettent en avant la modalité 'Entourage et famille' comme source principale de renseignement sur les attributions de l'assistante sociale. Ceci nous laisse supposer que l'assistante sociale est présente dans l'entourage proche de cette catégorie d'utilisateurs

-La deuxième réponse qui apparaît le plus fréquemment est 'Radio et Télévision ' cette dernière est source de renseignement d'une bonne partie de nos malades enquêtés. Nous pensons ici, en particuliers aux émissions télévisées des chaînes étrangères (la Parabole).

-Le milieu professionnel est classé en troisième position, moyen d'information de huit malades de notre population interrogée. Ainsi cette catégorie d'utilisateurs a pris connaissance du métier de l'assistante sociale à travers sa présence sur leurs lieux professionnels. En effet, Le corps professionnel des assistantes sociales œuvre toujours dans diverses administrations tels que la DAS⁴, la CNAS⁵ ...etc. il est également présent en nombre limité au sein des entreprises publiques en raison des transformations économiques connues

- Le contact avec assistante sociale Algérienne occupe la quatrième place. Ainsi, avoir à faire à l'assistante sociale ou rentrer en contact direct avec elle, permet à l'utilisateur d'observer de près ses actes et d'élaborer une idée sur sa fonction.

⁴ - DAS : Direction de l'action Sociale

⁵ - CNAS : Caisse de sécurité nationale.

- Nous retrouvons en dernier, côte à côte la presse écrite et le contact avec l'assistante sociale française en période de colonisation avec des proportions identiques. Une autre source de renseignement sur le rôle de l'assistante sociale révélée par nos enquêtes.

Les résultats soulevés auprès de notre échantillon témoignent de l'engagement faible des moyens de télécommunications tels que l'audio visuel et la presse écrite dans la sensibilisation du public sur le rôle de l'assistante sociale. Aussi, du peu d'intérêt accordé à ce propos par l'assistante.

Il est pertinent de mentionner ici, que les résultats obtenus de nos interrogés sur notre question formulée comme suit : Lors de votre contact avec l'assistante sociale du service, vous a-t-elle informé sur son rôle ? Révèlent un nombre très limité de malades (3sur25) qui déclarent que l'assistante sociale du service les a informés sur ses attributions. Contre une majorité (22sur 25) qui témoigne du contraire. Il est encore important de noter qu'ils sont à l'unanimité à ne pas avoir demandé à l'assistante des précisions sur son travail suite à leur contact avec elle.

Cependant nous pouvons avancer que l'origine du peu connu et du méconnu de la profession d'assistante sociale par le public réside en :

- La non sensibilisation sur son rôle la presse écrite et les moyens audio visuels.
- La non prise en charge de cet aspect par l'assistante sociale auprès des usagers.
- Le malade, préoccupé par son problème, doté d'une faible curiosité (ne cherchant pas à en savoir sur le métier d'assistante sociale.

3- l'importance de l'assistante sociale :

Tableau N° 10

Quest : Savez vous qu'il y'a une assistante sociale dans le service ou vous êtes admis ?

Réponses (Items)	Nombre (Nbre)	Pourcentage (%)
Oui	12	17,142%
Non	50	71,428%
Ne sais pas	08	11,428%
Total	70	100,00%

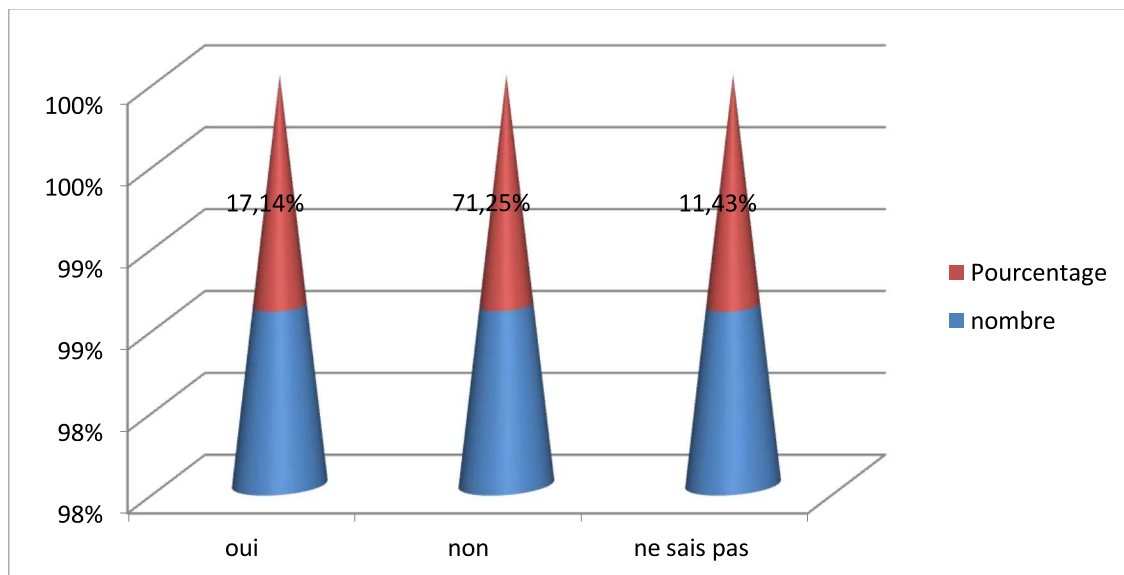


Figure N°10 : Répartition selon l'information sur l'existence de l'assistante sociale.

D'après les résultats du tableau il apparait en clair qu'un nombre assez large de nos malades (50) ignorent l'existence de l'assistante sociale au niveau du service ou ils sont admis, contre seulement 15 malades avouant être au courant de sa présence dans le service et un nombre faible de malades s'exprimant dans le doute à propos de cette question (ne rien savoir).

Tableau N° 11

Quest : Sauriez-vous intéressé par savoir son rôle ?

Réponses (Items)	Nombre (Nbre)	Pourcentage %
Oui	60	85,71%
Non	00	00,00%
Ne sais pas	10	14,285%
Total	70	100,00%

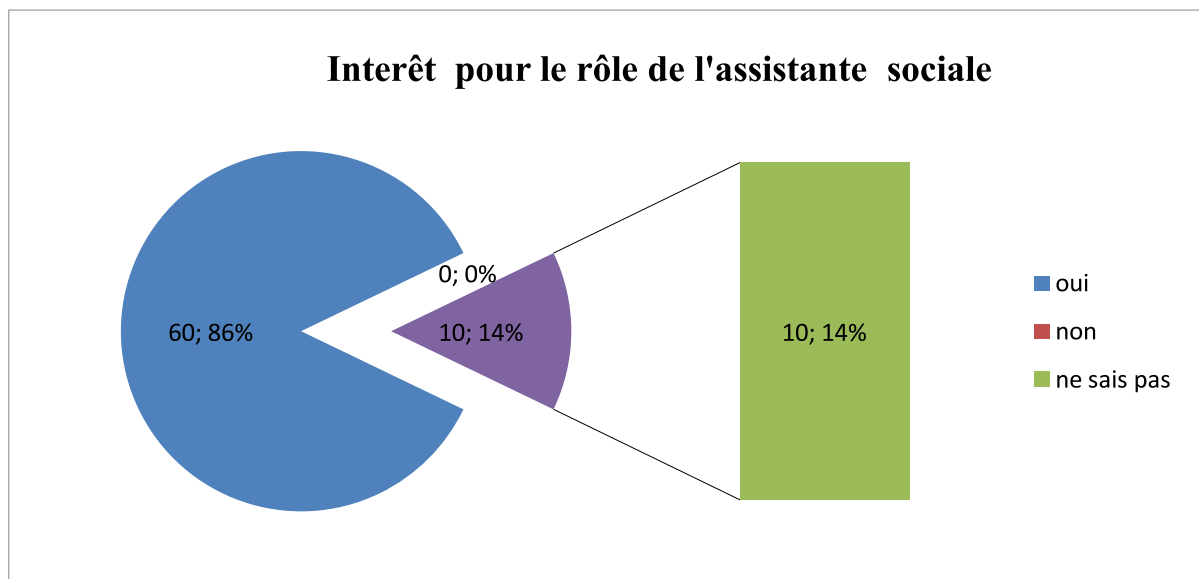


Figure N°12 : Répartition des malades selon l'intérêt pour le rôle de l'assistante sociale.

Environ l'ensemble des malades interrogés exprime le désir de connaître l'assistante sociale du service où ils sont hospitalisés pour un éventuel recours en cas de besoin contre une minorité qui reste moins déterminée à ce propos, ne trouvant peut-être pas d'intérêt dans ce fait.

Tableau N°13

Quest : Auriez- vous souhaité qu'on vous informe, dès votre entrée de l'existence de l'assistante sociale dans le service ou vous êtes hospitalisé ?

Réponses (Items)	Nombre (Nbre)	Pourcentage
Oui	65	92,857%
Non	00	00,000%
Ne sais pas	05	7,142%

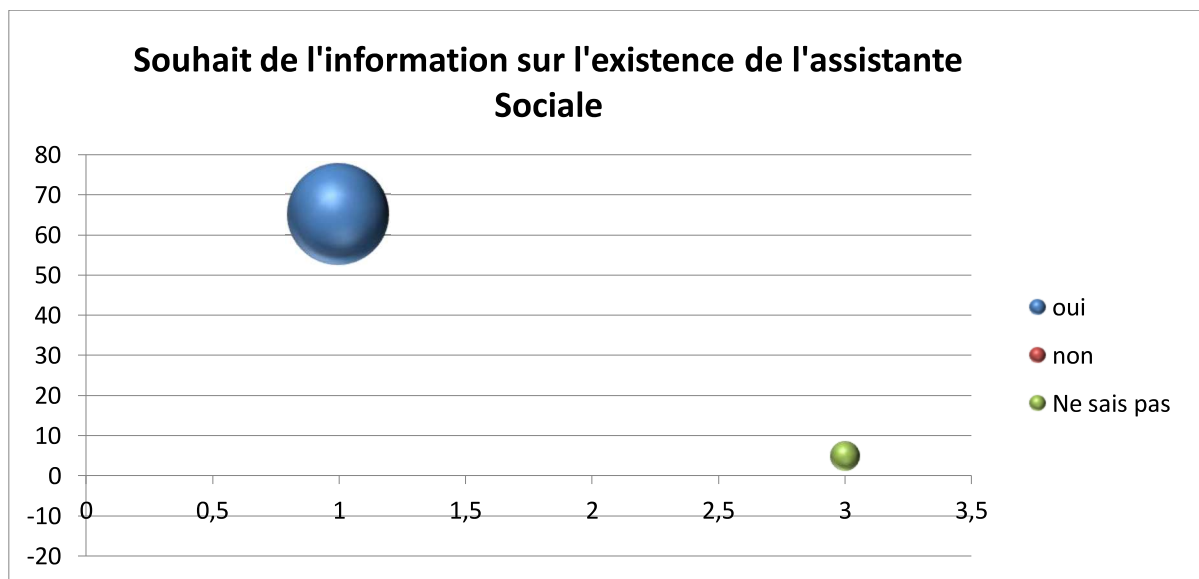


Figure N° 13

Les malades interrogés répondent massivement par oui et trouvent judicieux le fait d'être tenu informé de l'existence de l'assistante sociale une fois admis dans le service pour solliciter son aide en cas de besoin. Alors que très peu ont du mal à se déterminer sur cette question.

Tableau N° 14 : Répartition des malades selon l'acceptation d'aide de l'assistante sociale

Réponses (Items)	Nombre (Nbre)	Pourcentage %
Oui	62	88,571%
Non	00	00,000%
Ne sais pas	08	11,428%
Total	70	100,00%

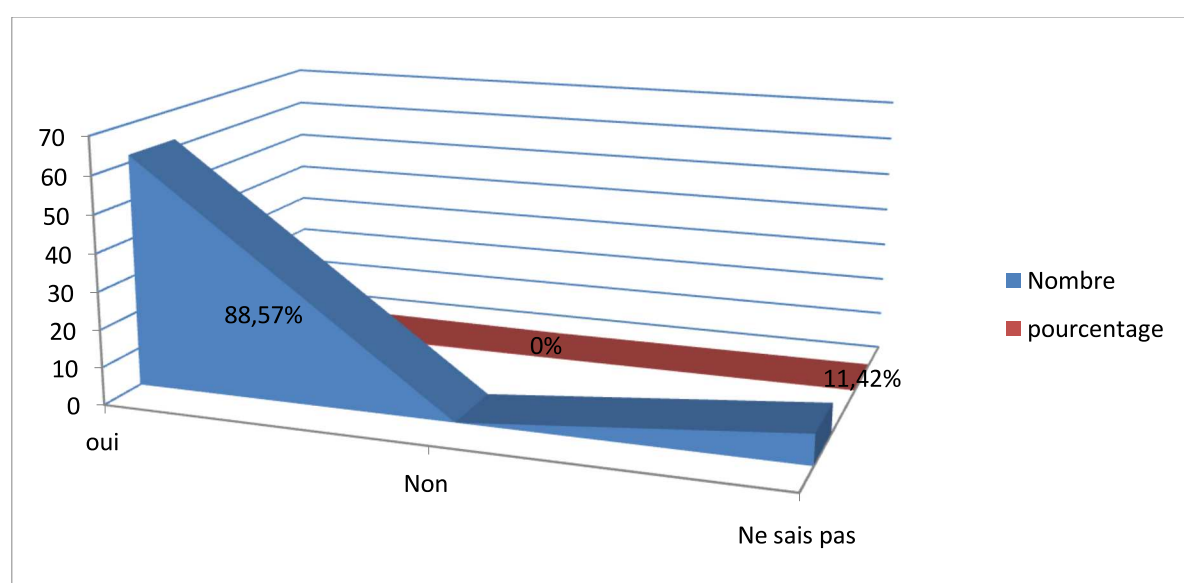


Figure N°14 : Répartition des malades selon l'acceptation de l'aide de l'Assistante Sociale

Sur les (70) malades interrogés sur cette question ; (62) se prononcent en faveur de demande d'aide à l'assistante sociale du service en cas de besoin. Contre un nombre limité de (08) malades qui ont du mal à se déterminer sur cette question.

Tableau N° 15 : Répartition des malades selon le contact de l'assistante du service

Réponses (Items)	Nombre (Nbre)	Pourcentage %
Oui	25	62,5%
Non	15	37,5%
Total	40	100,00%

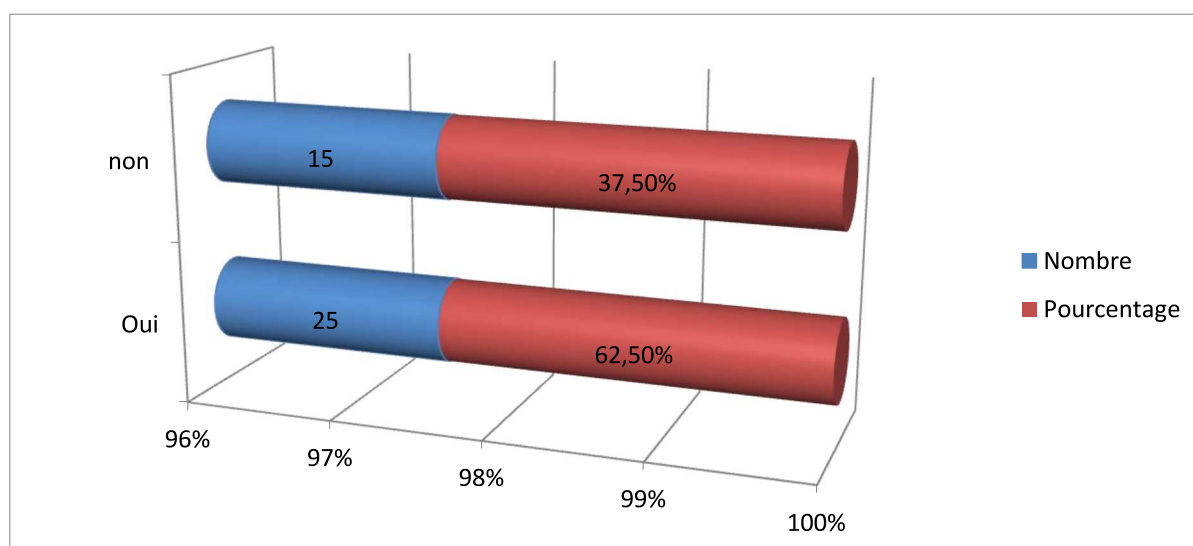


Figure N°15 : Répartition des malades selon le contact de l'assistante sociale du service

Parmi les 40 malades interrogés sur cette question, une minorité simplement (25 personnes hospitalisés) déclare avoir pris contact avec l'assistante sociale du service ; il s'agit d'un public diversifié. Des malades normaux, démunis, et des cas sociaux. (Mères célibataires, Malades âgés délaissés).

Tableau N°16 : Répartition des malades selon le mode d'orientation vers l'assistante sociale du service

Réponses (Items)	Nombre (Nbre)	Pourcentage%
Initiative Personnel le	00	000,00%
Guide et Orientation	25	100,00%
Autres (Précisez)	00	000,00%
Total	25	100,00%

Les malades en majorité privilégient la réponse 02. Et rejettent la réponse 01. Ainsi, ils nous affirment le fait de s'orienter vers l'assistante sociale du service non pas selon leur avis personnel mais plutôt guidé toujours par une personne jugeant de la nécessité de la situation. Les résultats de cette question vont dans le sens de ce que l'on serait tenté de penser.

Nb : Les réponses de 25 malades qui sont rentrés en contact avec l'assistante sociale.

Tableau N° 17 : Répartition des malades selon la connaissance du Nom ou le prénom de l'assistante sociale du service.

Réponses (Items)	Nombre (Nbre)	Pourcentage %
Oui	04	16,00%
Non	21	84,00%
Total	25	100,00%

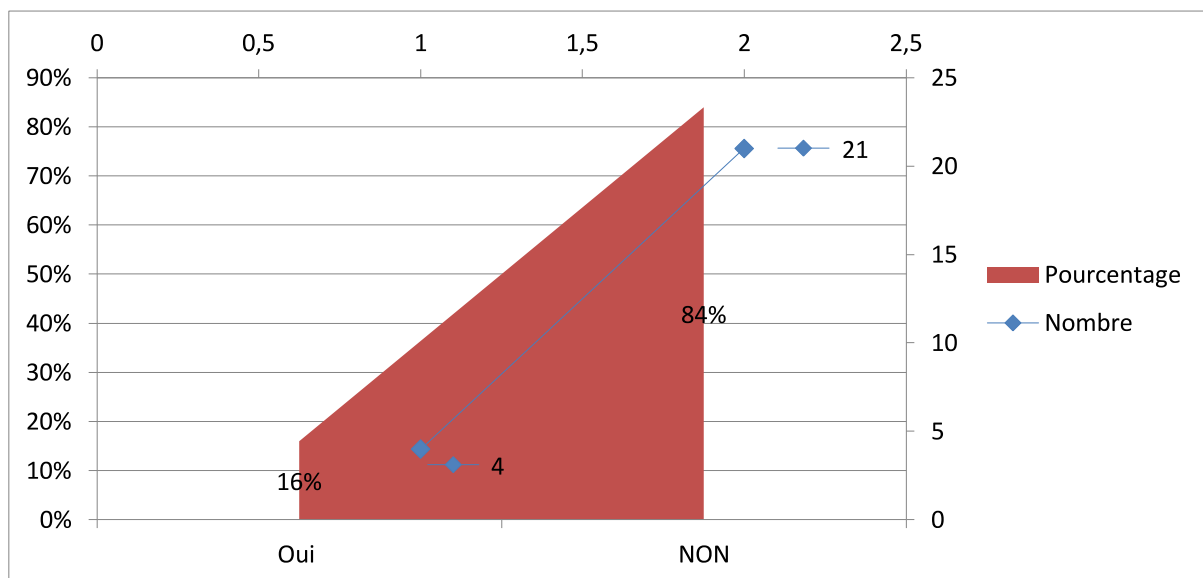


Figure N° 16 : Répartition des malades selon la connaissance du Nom ou le prénom de l'assistante sociale du service.

A l'exception de 04 malades hospitalisés la grande majorité reconnaît ne pas savoir le nom ou le prénom de l'assistante sociale.

N.B : Parmi l'effectif des malades qui sont rentés en contact avec l'assistante sociale du service ou ils sont admis. (N= 25).

Tableau N° 18 : Répartition des malades selon l'agent d'orientation vers l'assistante sociale

Réponses (Items)	Nombre (Nbre)	Pourcentage %
Médecin traitant	18	72,00%
Personnel Paramédical	07	28,00%
Personnel Administratif	00	00,00%
Responsables	00	00,00%
Autres (Précisez)	00	00,00%
Total	25	100,00%

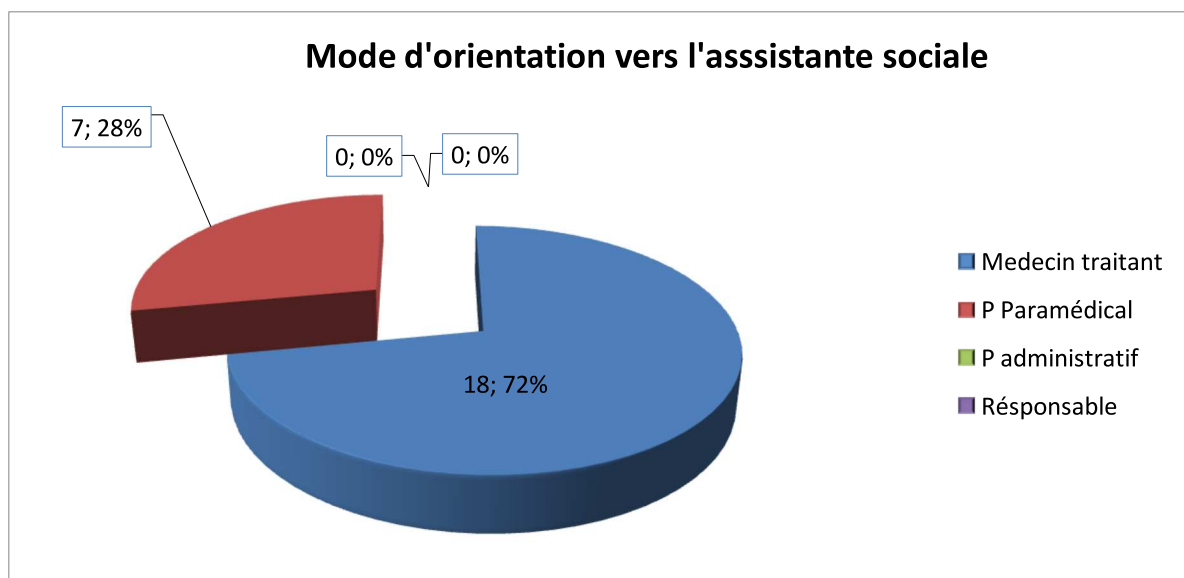


Figure N° 17

Les réponses à cette question se répartissent de manière non équitable entre la première et la deuxième proposition avec un rejet de la 03 et la 04eme réponse. Mais, La bonne partie des malades orientés accorde l'avantage à la réponse N° 01. Alors que le choix de peu d'entre eux va plutôt à la proposition N°02.

Tableau N° 19

Quest : lors de votre contact avec l'assistante sociale du service, vous a t- elle informé sur son rôle ?

Réponses (Items)	Nombre (Nbre)	Pourcentage %
Oui	03	12,00%
Non	22	88,00%
Total	25	100,00%

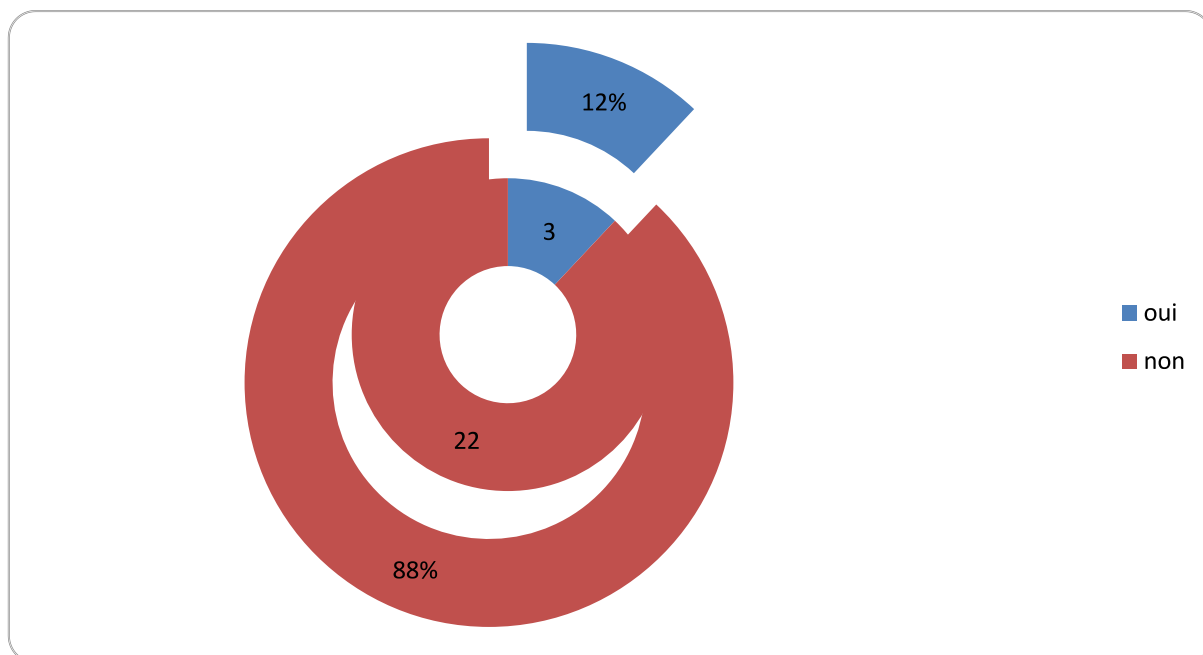


Figure N° 18 : Répartition des malades selon l'information sur le rôle de l'assistante sociale.

Seuls trois malades de notre échantillon affirment que l'assistante sociale du service les a informés sur son rôle lors d'un contact proche avec elle.

Tableau N° 20 : Répartition des malades selon la demande de précisions sur le rôle de l'assistante Sociale

Réponses (Items)	Nombre (Nbre)	Pourcentage %
Oui	00	00%
Non	25	100%
Total	25	100%

Les malades qui sont rentrés en contact avec l'assistante sociale déclarent à l'unanimité ne pas avoir demandé des précisions sur ses attributions. Ceci nous laisse entrevoir que leur seul objectif reste l'atteinte du service demandé sans chercher à comprendre plus.

Tableau N°21 : Répartition des malades selon les Motifs du recours à l'assistante sociale

Réponses Malades	Les malades Normaux	Les malades démunis	les Cas Sociaux
	16%	48%	36%
Orientation et information	+	+	+
Aide Médicale (Rdv , Transfert à l'étranger)	+	+	+
Aide administrative ; juridique. Régulation et obtention de droits).		+	+
Aide sociale (Insertion professionnelle ; emploi ; logement ; placement).			+

Les résultats du tableau font ressortir un écart entre notre échantillon d'étude traduit en ce qui suit :

Seuls (04) sur 25 malades de notre échantillon représentant 16% se trouvant à l'abri du besoin précisent que le recours à l'assistante sociale a pour première raison la recherche d'information sur les procédures et l'orientation pour satisfaire les principaux besoins en santé tel que le transfert pour soin à l'étranger.

Pour les malades démunis représentant 48% de notre population d'étude, la saisie de l'assistante sociale du service a en plus de l'accès au soin l'aide matérielle et financière et l'accompagnement social pour l'ouverture de droits.

Pour ce qui est des cas sociaux tel que les mères célibataires, les sans abri et personnes rejetées représentant 36% de notre échantillon.

La demande de cette catégorie se situe encore plus dans l'aide sociale pour un placement du bébé et l'hébergement auprès de foyers ou hospices.

3-1- Résultats de la rubrique n°03 : L'importance de l'assistante sociale

Les résultats de cette rubrique nous indiquent ce qui suit :

1/ - l'existence de l'assistante sociale est méconnue auprès d'une très grande partie des usagers.

2/- Le manque d'information sur l'existence de l'assistante sociale dans son espace professionnel.

3/- L'intérêt manifesté chez la masse de nos malades interrogés pour la connaissance de l'assistante sociale, l'information sur son existence au service, et le recours vers elle dans le cas de besoin et de nécessité.

3-2- Discussions des résultats :

Le recours à l'assistante sociale du service passe par sa connaissance c'est pourquoi, il nous semble pertinent d'accorder de l'intérêt à son degré de connaissance par l'utilisateur.

A cet effet, notre étude nous révèle que sur les 70 malades interrogés un nombre assez large (50/70) ignore l'existence de l'assistante sociale au sein du service alors qu'une simple minorité déclare être au courant de sa présence.

Quelque soit le genre, le niveau d'instruction, la situation matrimoniale, ou la fonction, l'ignorance est partagée parmi nos enquêtés. Mais c'est plutôt les malades résidant hors la wilaya d'Oran qui déclarent cette méconnaissance. Cela trouve explication partielle à notre sens dans l'absence de l'assistante sociale dans ses zones.

Soulignons à ce propos que le corps professionnel des l'assistantes sociales n'est pas présent dans tous les services sanitaires ou administrations du territoire national. Cette seule raison n'explique pas se fait puisque nos enquêtés

de la wilaya d'Oran ignorent aussi l'existence de l'assistante sociale dans le service d'hospitalisation.

Les réponses formulées par les enquêtés sur la question de la connaissance de l'assistante sociale dévoilent le manque d'information de la population sur sa présence dans son espace professionnel.

Notre présence sur les lieux du travail de l'assistante sociale nous a permis de relever l'observation suivante : Aucun indicateur, affiche, ou plaque se trouve à la porte du bureau de l'assistante sociale.

Ainsi, la diffusion de l'information sur la présence de l'assistante sociale demeure nécessaire dans son milieu professionnel. Alors que, sa présence suscite l'intérêt des usagers qui s'expriment positivement à ce propos avec un taux de 85, 71% contre une minorité, en proportion de 14, 28% qui se prononcent dans le doute à ce propos, ne trouvant pas d'intérêts en la question.

En plus, en forte proportion (92,857%) ils aspirent être avisés de la présence de l'assistante sociale dès leur admission dans le service dont (88,571%) ne trouvant pas d'inconvénients dans le fait de solliciter son aide en cas de besoin en acceptant son intervention sans gêne. Alors qu'un faible taux de (11,428%) reste indéterminé à ce sujet.

Il est important de mentionner que le manque d'information sur l'existence de l'assistante sociale dans le service parmi nos interrogés est lié à l'absence du recours vers elle.

À ce propos, les réponses formulées par nos (25) enquêtés, qui ont touché l'assistante sociale nous montrent que le contact de l'assistante du service ne relève pas de leur propre initiative (réponse rejetée par la masse de nos enquêtés). Mais, reste à priori sous orientation du médecin traitant en particulier (réponse retenue par la majorité de nos malades interrogés avec un taux de 72%

ou encore, par le personnel paramédical, proposition choisie par le reste des malades en proportion de 28%.

Par ailleurs, les résultats de notre étude apportent un témoignage clair sur les situations du recours à l'assistante pour la demande l'aide.

Nous avançons concernant ce point qu'ils sont 25 malades sur les 40 d'un public diversifié de notre échantillon d'étude à avoir sollicité l'aide de l'assistante sociale.

Parmi ce public une part importante (12/25) de personnes démunies, voir même des cas sociaux, (9/25) à savoir des personnes délaissées, sans abris, aussi des mères célibataires.

La demande de cette catégorie dépasse la satisfaction en matière de principaux besoins de santé ou l'aide financière ; et se situe beaucoup plus dans l'aspect social, foyers ; hébergement ; et accompagnement social, à la différence d'une autre catégorie représentant un faible effectif (04/25) de personnes interrogées dont la raison de la saisie de l'assistante sociale réside surtout dans l'information et l'orientation sur les procédures d'accès aux soins notamment le transfert pour soin à l'étranger.

Par l'intermédiaire de notre deuxième série de questions nous voulions vérifier l'opinion commune qui consiste à penser que la société Algérienne est caractérisée par la solidarité et que le patient continu encore à requérir l'aide de sa famille et de son entourage dans l'espace sanitaire malgré la présence de l'assistante sociale, et mettre aussi la main sur l'importance de l'assistante sociale . Ainsi, notre étude prouve que même si le malade jouit toujours de l'aide de sa famille ou de son entourage, dans le cas de l'absence de ses derniers et dans l'incapacité, il sollicite l'aide d'un professionnel en la matière qui est l'assistante sociale.

4- Les regards des usagers portés sur l'assistante sociale

Tableau N° 22

Quest : Est-ce qu'elle a pu vous apporter de l'aide ?

Réponses (Items)	Nombre (Nbre)	Pourcentage %
Oui	19	76, 00%
Non	06	24, 00%
Total	25	100, 00 %

Sur les 25 malades qui ont eu recours à l'assistante sociale. 19 personnes représentant un taux de 76, 00% trouvent qu'elle a pu les aider. Alors que les 06 restants comptabilisant 24, 22% se prononcent négativement sur cette question et nous dévoilent l'incapacité de l'assistante à leur venir en aide.

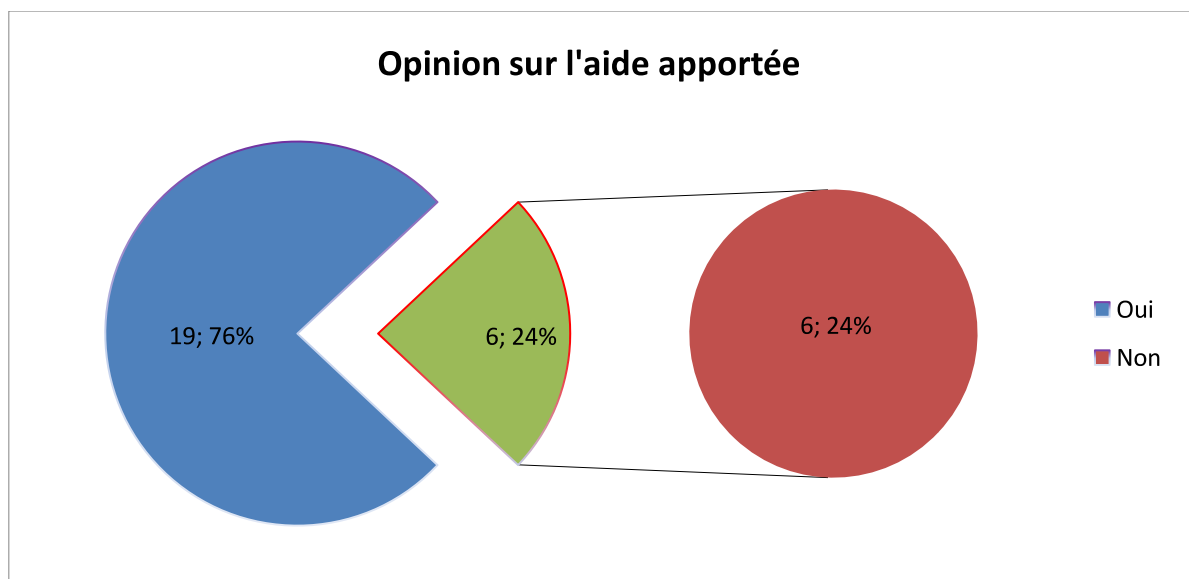


Figure N°19

Tableau N° 23 : Répartition des malades selon la satisfaction de la prestation du service

Réponses (Items)	Nombre (Nbre)	Pourcentage %
Totalement	14	56,00%
Partiellement	07	28,00%
Insatisfait	04	16,00 %
Total	25	100,000%

Au vue des résultats obtenus nous pouvons constater que :

- Les malades s'exprimant sur cette question se disent totalement satisfaits de la prestation du service de l'assistante avec un taux de 56,00% contre 28,00% soit 07 de nos interrogés qui déclarent être partiellement satisfaits. Alors que 04 malades se prononcent négativement sur cette question et nous révèlent leur insatisfaction.

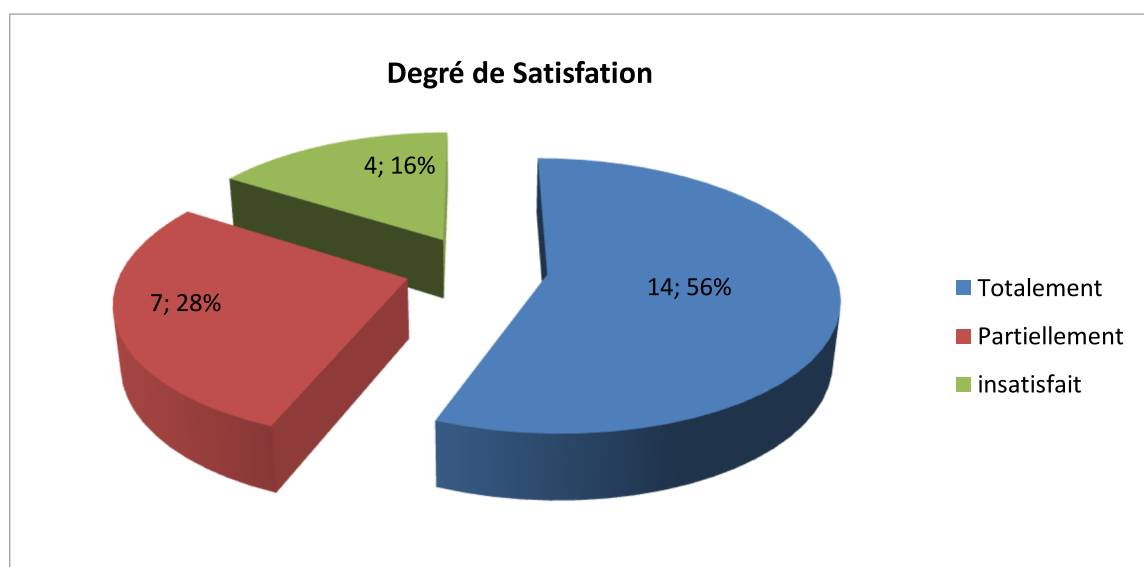


Figure N°20

Tableau°24 : Répartition des malades selon l'opinion sur l'assistante sociale

Réponses	19 Malades (76%)	06 Malades (24%)
Relativement sympathique	Choix n° 01(4)	
Relativement honnête et sincère	Choix n°03(2)	
Relativement attentive	Choix n°03(2)	
Relativement tolérante et compréhensive	Choix n°02(3)	
Relativement communicative et confiante	Choix n°03(2)	
Très active	Choix n°03(2)	
Peu attentive		Choix n°03(2)
Peu communicative et confiante		Choix n°02(3)
Peu compréhensive		Choix n°4 (1)
Peu active		Choix n°01(4)

- Les malades qui se sont prononcés positivement sur cette question avec un taux de.76%.ont eu du mal à se déterminer. Leurs réponses oscillent entre les propositions avec une préférence pour la réponse n°02. Le reste de leurs réponses se répartit de manière assez équitable avec en deuxième choix la réponse n°04.

- Par ailleurs, 24% soit 06 malades de notre échantillon s'exprimant négativement sur cette question ont choisi majoritairement la réponse n°10 et ont eu des difficultés à se prononcer sur le reste des propositions. Leurs réponses vont plutôt assez légèrement sur la proposition n° 08, placée en 2eme position et la réponse n°07 classée en 3eme place.et en fin en 4eme position la proposition n°09.

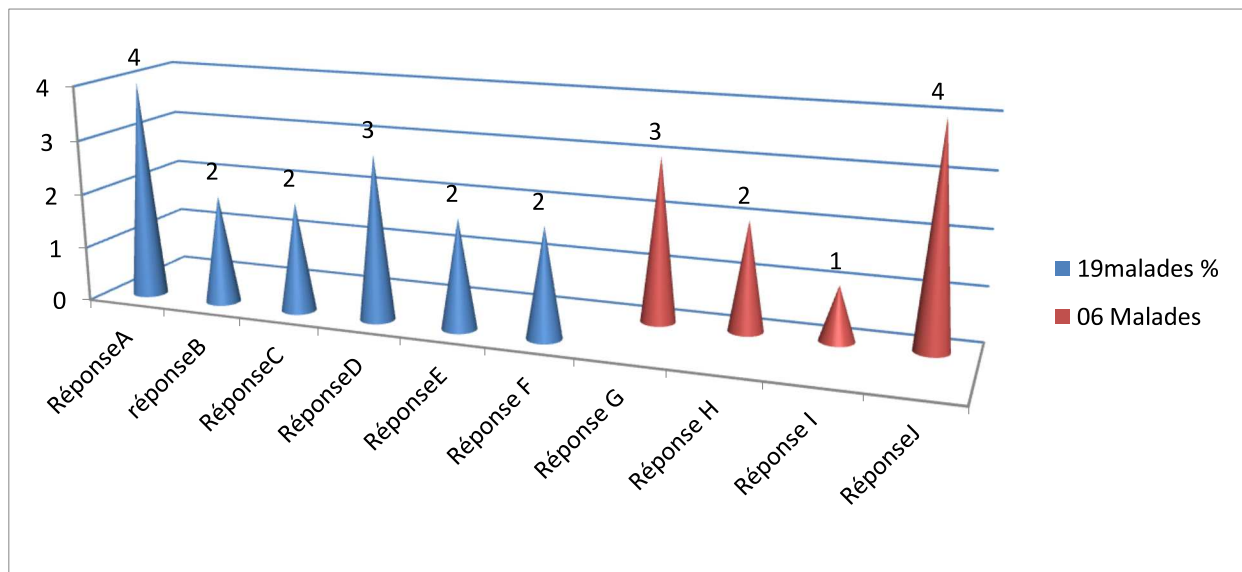


Figure N°21 : Répartition des malades selon l'opinion sur l'assistante sociale

4-1 Les résultats de la rubrique n°04 : Les regards des malades portés sur l'assistante sociale :

L'étude de la satisfaction portant sur la catégorie des usagers qui sont rentrés en contact avec l'assistante sociale du service lors de leur hospitalisation. Nous révèle : que

1/ - la satisfaction est en rapport étroit avec l'appréciation ou pas de l'aide apportée par l'assistante sociale.

2/- La satisfaction n'est pas ressentie au même degré entre les usagers selon les trois types de catégories de l'enquête.

3/ - le taux de satisfaction est élevé chez la catégorie des cas sociaux en particulier les mères célibataires et les personnes délaissées.

4/ - Les reproches formulés à l'assistante sociale sont beaucoup plus focalisés sur son intervention (peu active) que sur ses qualités personnelles (peu communicative).

5/- Les représentations des usagers vis-à-vis de l'assistante sociale sont corrélées de façon significative avec le degré de satisfaction ressenti de sa prestation du service.

4-2 Discussions des résultats :

Dans la relation de proximité, les usagers sont amenés à juger les assistantes sociales. Ce sont eux qui donnent aux professionnels leur légitimité. Ils contribuent - à leur insu – à construire, reconstruire ou consolider une identité professionnelle positive⁶. Ainsi, le regard posé par eux sur elles mérite une attention particulière.

A partir de notre dernière série de questions formulées comme suit « De manière générale comment avez-vous trouvé l'assistante sociale suite à votre contact avec elle ? » nous souhaitons mettre en lumière les impressions développées chez les malades hospitalisés à l'égard de l'assistante sociale du service lors d'un traitement avec elle pour cerner en mieux leurs représentations

Il est pertinent de souligner que les représentations des usagers vis-à-vis de l'assistante sociale sont corrélées de façon significative avec le degré de satisfaction ressenti de sa prestation du service.

En effet, les usagers satisfaits de la prise en charge de l'assistante véhiculent des représentations positives de cette dernière. Le peu ou la non satisfaction procurée chez les usagers quant à elle, est liée à des représentations négatives ; ou aucune représentation clairement identifiée de l'assistante sociale.

Il est important à mentionner encore que le degré de satisfaction est en connexion avec l'aide obtenue de l'assistante sociale du service.

À ce juste titre les résultats de notre étude nous indiquent que

⁶ Ecole Supérieure d'Action Sociale, *Identité professionnelle des assistants sociaux et formation*, Juillet 2002, Belgique,

l'opinion exprimée de l'aide dispensée par l'assistante sociale est positive chez un taux de 77, 07% soit 19 malades de notre échantillon d'étude, dont nous enregistrons une satisfaction totale chez 14 malades parmi eux en proportion de 56% et une satisfaction partielle chez le reste des 05 malades contre un nombre réduit de 06 malades qui dénoncent l'incapacité de l'assistante sociale du service à leur venir en aide néanmoins deux d'entre eux se prononcent partiellement satisfaits. Alors que l'insatisfaction touche au quatre malades restant avec un taux de 16%.

Par ailleurs, les représentations des usagers de l'assistante sociale du service s'accommodent en bien et se relie plus au moins nettement à leurs images élaborées d'elle.

Notre dernière question de la série relative à ce propos met en avant l'image gardée ou fondée chez les personnes interrogées de l'assistante sociale du service suite à une interaction avec elle.

Précisons tout de suite que les malades s'exprimant sur cette question ont eu des difficultés à choisir entre les réponses.

En forte proportion avec un taux de 76% ils se prononcent positivement sur cette question et s'orientent vers les trois premières qualités relationnelles en privilégiant la première pour évoquer l'image de l'assistante sociale et la présentée de manière générale comme une personne relativement sympathique (choix N°01) ; relativement tolérante et compréhensive (choix N°02) ou encore relativement communicative ; confiante et attentive (choix N°03) en plus d'être très active.

En revanche, ils sont en faible taux de, 24% soit 06 malades de notre échantillon à conférer une image négative à l'assistante sociale en lui reprochant le fait d'être peu active, peu communicative, peu attentive ou encore peu compréhensive.

En conclusion :

A travers l'enquête quantitative, notre étude projette de manière plus précise la détermination des représentations des malades vis-à-vis de l'assistante sociale de l'espace sanitaire suite à une interaction avec elle.

Le questionnaire qui a guidé notre étude s'est proposé dans un premier temps de vérifier quelques hypothèses relatives au rôle de l'assistante sociale et en deuxième temps de mettre en exergue les images véhiculées par les malades à l'égard de l'assistante sociale de l'espace sanitaire.

Les résultats de notre enquête nous révèlent que l'image fondée de l'assistante sociale est en étroite rapport avec le degré de satisfaction.

La mesure de la satisfaction se structure autour de l'appréciation positive ou négative des prestations du service de l'assistante sociale.

En effet, les malades sollicitant l'aide de l'assistante sociale possèdent des attentes, et l'assistante sociale est censée apporter des réponses crues à ces attentes.

A cet effet, les jugements portés par les malades se conjuguent avec la qualité des réponses obtenues de l'assistante sociale notamment l'aide procurée en rapport avec le besoin exprimé.

Cependant, la satisfaction demeure une notion subjective et relative, véhiculant ainsi l'image élaborée.

Conclusion générale de l'étude :

Notre objet de recherche s'est intéressé à l'analyse de l'identité professionnelle des assistantes sociales du milieu sanitaire à partir de notre approche théorique adoptée, basée essentiellement sur les travaux de Claude Dubar.

Les idées fortes auxquelles nous sommes parvenues peuvent être résumées de la manière suivante :

1/ Les assistantes sociales du secteur sanitaire se définissent d'abord, par ce qu'elles font. Elles adaptent leurs pratiques au contexte de l'établissement sanitaire ou à la particularité des situations rencontrées. Elles s'inscrivent dans le travail social par la défense de l'intérêt des malades vulnérables et donc des familles, mais elles se définissent aussi comme partie prenante de l'institution sanitaire.

2/ Les assistantes sociales de l'espace sanitaire, peu nombreuses et peu visibles souffrent d'un déficit de reconnaissance institutionnelle dans l'exercice de leur travail quotidien.

3/ Les assistantes sociales sont confrontées aux profondes mutations de la société Algérienne et de l'institution sanitaire. Ces évolutions ont permis de définir en creux les missions du service social en milieu sanitaire. Les assistantes sociales de l'espace sanitaire travaillent à leur reconnaissance au sein des établissements. Elles y défendent une place.

Il va s'en dire que nous avons omis d'analyser plusieurs aspects de la profession de l'assistance sociale notamment le travail de l'assistante sociale dans le milieu pénitencier particulièrement lors de la signature des accords et conventions internationales propre aux droits des détenus.

D'autres études dans les domaines de l'action sociale dans les différents secteurs économiques et éducatifs peuvent enrichir la compréhension du travail de l'assistante sociale et son utilité pour la société.

Références bibliographiques :

Ouvrage :

- ABALLEA F., SIMON C., *Le service social du travail. Avatars d'une fonction, vicissitude d'un métier*. Paris : L'harmattan, 2004.
- Abd El Karim El San houri, *Origine du Service Social Individualisé*, Bureau Egyptien moderne, 4ème Edition, P 39, 43,44, 45,50,
- Aecse, *Les sciences de l'éducation. Enjeux, finalités et défis*, Paris, AECSE – INRP, (2001).
- ALBARELLO L., DGENEFFE F., HIERNIAUX J.P., MAROY C, RUOUOY D., de SAINT-GEORGES P., *Pratique et méthodes de recherché en sciences sociales*, Paris : Armond Colin 1995.p179
- Alfred Schutz, *le Chercheur et le quotidien, phénoménologie des sciences sociales* ; Traduit par : Anne Noschis- Gilliéron ; Méridiens Klincksieck, Paris, 1987.
- Ali El Kenz, *Au Fil de la Crise, 05 Etudes sur l'Algérie Et le Monde Arabe* Edition Augmentée, Entreprise Nationale du livre, 1986.
- Bailleau. F., Lefaucheur N., Peyre V. (dir.), *Lectures sociologiques du travail social*, Paris , Les éditions ouvrières, (1985),
- Blanchet. A. Gotman A, *l'enquête et ses méthodes*, Ed : Nathan Université, Paris 1992.
- Blanchet. A, *l'entretien dans les sciences sociales* ; Ed : Dumond ; Paris, 1985.
- Bouquet.B. Joveline E., *Histoire des métiers du social en France*, Paris, Edition ESF, 2005, p 215.
- Bresson M. (dir.) *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan, (2006),
- Bichot J., *Les politiques sociales en France au XXe siècle*, Paris : Armand Colin 1997.
- Bardin L., *L'analyse de contenu*. Paris, P.U.F., 1996.

- Chevreuse, *Pratiques inventives du travail social, Paris, Les Editions ouvrières, 1979.*
- Chauvière M., *Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation, Paris, La Découverte. (2007).*
- Chauvière M., Tronche D. (dir.), *Qualifier le travail social. Dynamique professionnelle et qualité de service, Paris, Dunod. (2002).*
- Chauvière M., Ladsous J., Belorgey J.-M. (dir.) *Reconstruire l'action sociale, Paris, Dunod, (2006).*
- Chauchat. H., *L'enquête en psychosociologie ; Edition PUF , Paris, 1985.*
- Claude Lesaunier, *les Métiers du secteur social, Educateur, Assistant social ; Animateur, Bayard Edition Paris 1990.*
- Collectif, *Service de proximité et vie quotidienne, sous la Direction de Bonnet M. Et yvonne B, Ed Puf, paris 1998.*
- Chopart J.-N. (dir.), *Les mutations du travail social. Dynamiques d'un champ professionnel, Paris, Dunod, (2000).*
- Dechamps. M., *Journal d'une Assistante sociale, Edition Spéciale ; Paris 1970.*
- Danièle Djamila Arnrane Minne, *la Guerre d'Algérie (1954- 1962). Femmes au Combat ; Ed El Rahma.*
- DIEBOLT Evelyne, *Les femmes dans l'action sanitaire, sociale et culturelle, 1901-2001. Les associations face aux institutions. Paris, Femmes associations, 2001.*
- Dubar C. *La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles, Paris, Armand Colin, 1996.*
- Dubar Claude, *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles, Paris, Armand Colin, 1999 (2ème édition).*
- Dubar Claude, *La crise des identités. Paris, PUF, 2001.*

- Dubet F, *Le déclin de l'institution*, Seuil, Paris, 2002.
- Ervin Goffman, *la mise en scène de la vie quotidienne, la présentation de soi* ; Traduction de l'Anglais Par Alain Accardo, Paris, 1973.
- Ecole Supérieure d'Action Sociale ; « Identité professionnelle des assistants sociaux et formation » ; Belgique ; Juillet 2002.
- FINO-DHERS Aline. , *Assistante Sociale, un métier entre indétermination et technicité*, Paris, L'harmattan, 1994.
- Fablet D. (coord.) *Les interventions socio-éducatives. Actualité de la recherche*, Paris, L'Harmattan, (2002).
- Fablet D. (coord.) *Les professionnels de l'intervention socio-éducative. Modèles de référence et analyses de pratiques*, Paris, L'Harmattan. (2007),
- Fablet D. (coord.) *Intervenants sociaux et analyse des pratiques*, Paris, L'Harmattan. (2008),
- Fassin .D et Jauffrer : *Enquête de terrain et rigueur du qualitatif, Entretien et Observation*, Marseille Shadyc - CNRS EHESS Paris 1990.
- Foucault. M, *Naissance de la clinique*, Paris Puf 1983.
- Forester Von Heinz, *La construction d'une réalité in Watzlawick P. (éd.)*, L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme, Paris, Seuil, 1988, p. 69.
- François Aballéa, Isabelle Benjamin, François Menard, *Le Métier de conseiller(ère) en économie sociale familiale* Paris - Ed. La Découverte et Syros
- George Grani : *technique d'enquête Sociologique*, In *Traité de Sociologie*, sous Direction de George Gurvitch, 3eme Edition.
- George Balandier : *les Représentations sociales*, Sous Direction de Denis Jodelet ; *Sociologie d'aujourd'hui*, Presse Universitaire de France, 1ere Edition Paris 1989.
- Gram. M., *Espace Social du travail, Rétrécissement et Recomposition*, In *travail en question*, Sous la Direction de Nadir Marouf ; Paris ; Edition l'Harmattan 1996.

- Garnier Jean-François, *Assistante sociale : pour la redéfinition d'un métier*. Paris, L'harmattan, 1999.
- Guerrand. R.H., RUPP M.A., *Brève histoire du service social en France, 1896-1976*. Toulouse : Privat, 1978.
- Guibert Joël, Jumel Guy, *La sociohistoire*, Paris, Armand Colin, 2002.
- Igas ; *L'intervention sociale, un travail de proximité. Rapport annuel 2005*, Paris, La Documentation française. (2006),
- Ion J. (1998), *Le travail social au singulier*, Paris, Dunod.
- Ion J., Ravon B., *Les travailleurs sociaux*, Paris, La Découverte. (2002)
- ION Jacques, *Le travail social au singulier*. Paris : Dunod, 1998.
- ION Jacques, TRICART Jean-Paul, *Les travailleurs sociaux*. Paris : La découverte, 1998.
- ION Jacques, *Le travail social à l'épreuve du territoire*, Paris : Dunod, 1996.
- Jeannine Verdès Leroux, *le travail Social*, Collection le sens commun, Ed de Minuit 1978.
- John Ward en collaboration avec un groupe d'auteurs, *Santé Intervention Sociale -Historique de la profession d'Assistante sociale-* Masson. Paris. 1997.
- Jean Copains, *l'enquête Ethnologique de terrain*, Sous la Direction de François de Singly, Edition Nathan 1999.
- Jean Claude Kaufman, *l'Entretien Compréhensif*, Paris, Ed Nathan, 1996.
- KNIEBIELHER Yvonne, *Nous les assistantes sociales. Naissance d'une profession*. Paris, Aubier, 1980.
- Laville J.-L., *Sociologie des services. Entre marché et solidarité*, Ramonville-Saint-Agne, Eres, (2005).
- LE Tallec Cyril, *Les assistantes sociales dans la tourmente 1939-1946*, Paris, l'harmattan, 2003.

- Massonat Jean, *les techniques d'enquête en science sociales*, Dunod, Paris, 2000, p16.
- Mebtoul. M., *Une Anthropologie de la proximité, Les Professionnels de la Santé* ; Paris Edition.
- Michel Deslolonge, *sociologie des professions de Santé, Qu'est ce qu'un Métier ?*
- Morand G., *Identité professionnelle et formation permanente des assistantes sociales*, Paris, Bayard éditions, 1992.
- MUCCHIELLI R., *L'analyse de contenu des documents et de communications*. Paris, E.S.F., 1974.
- Oufriha F.Z., *le Système de santé et population en Algérie*, édition ANEP, 2002. p107.
- Patrick Di Maria, *Passeport pour la santé*, Ed Balland. Paris. 1990.
- P.FUSTIER, *Le lien d'accompagnement. Entre don et contrat salarial*, Dunod Coll. Action Sociale, Paris 2000.
- Robert A., Bouillaguet A., *L'analyse de contenu*. Paris, P.U.F., 1997.
- Raymond Boudon, *les Méthodes en sociologie*, Que Sais-je ; Presse Universitaire de France 1970.
- Roger Pinto et Madeleine Grawitz, *Méthodes des sciences Sociales* ; 3eme Edition. Dalloz 1969.
- Marie France Marques : *Création et Evolution des Ecoles de Service Social (1911- 1985)*.

Revue Scientifiques :

- Ahmed Bouyakoub. « L'Economie Algérienne et Le Programme d'Ajustement Structurel » ; Confluence. Printemps 1997.

- Boujut.S., Le service social comme relation de service ou la gestion des émotions comme compétence professionnelle, *Déviance et Société* 2005/2, Volume 29, p.141-153.

- DUBAR.C., *L'identité*, coordonnée par JC RUANO-BORBALAN, Auxerre, Sciences Humaines, 1998, p112

- Piot T. (2007), « Formation de formateurs dans le travail social. Un espace de tensions plurielles », *Recherche et formations*, n° 54, p. 87-100.

- De Montalembert M. (2006), « Une reconfiguration (en cours) de la formation. Entre école et Université », *Informations sociales*, n° 135, p. 72-80.

- CHAMBOREDON H., PAVIS F., SURDEZ M., WILLEMEZ L., *S'imposer aux importants. A propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien* », *Genèses*, n°16, 1994, pp. 114-132.

- Beynier D., Tudoux B., Momic M. (2005), « Les métiers du travail social hors aide à domicile », *Études et résultats*, n° 441.

- Blum Françoise, *Regards sur les mutations du travail social au XXe siècle. Le Mouvement Social*, 2002 ; n° 199, avril-juin, pp. 83-94.

- Bressé S. (2004), « Le personnel des services d'aide à domicile en 1999 », *Études et résultats*, n° 297.

- GADREY Jean, « Les relations de service et l'analyse du travail des agents », *Sociologie du travail*, N° 3, 1994, pp 381-388.

- Grenat P. (2006), « Les étudiants et les diplômés des formations aux professions sociales de 1985 à 2004 », *Études et résultats*, n° 513.- 4.

- Henri Thiery : Animation, Action Sociale, Action culturelle. In recherche sociale N°32 / Novembre -décembre 1970.
- Masson : le travail social n'est pas en retard d'une crise. Economie et Humanisme. N°286 ; 11/1985, p (16 - 24).
- Thierry : Malaise dans le travail social ? Economie et Humanisme ; n° 286, 11/1985 (7-10).
- Thevent : Pourquoi le travail social ? Economie et Humanisme n°281 ; 01/1985. P83/86.
- Henry they : travail social et développement régional ; In Recherche sociale, N°25 ; 10/1969 P (3-67).
- J.QUENDET in « Comment se construisent les trajectoires des éducateurs spécialisés », lien social, n° 495 du 15/8/99, p 15.
- Durtrenit : Fonction Médicale et Travail Social à l'hôpital psychiatrique ; Revue Française de Sociologie, n002, 04/ 1977 P (301- 315).
- Viril 10 : les Contradictions du travail Social ; Economie et Humanisme n° 234.P (14-89).
- Coussin : les Mutations du travail social ; de la transformation du Public au changement dans les modes de prise en charge, Sociologie du Travail n° 02. 04/1996, P (141- 161).
- Malewska - Peyre Hanna ; Bulletin de psychologie ; n° 443, 09/ 1999 (615-623).
- Cauletin: Tenir à tout prix une position intenable. Economie et Humanisme n°286 ; 11/1985 P (25-31).
- Ahmed Bouyacoub : l'Economie Algérienne et le programme d'ajustement Structurel. Confluence ; Printemps 1997.
- François Aballea : l'Action sociale Volontaire In Recherche Sociale 1970.
- Hélène Bravin : L'inquiétante détérioration de la situation Economique en Algérie, Confluence, Printemps 1997.
- Le Malaise des travailleurs sociaux, Projet, n°134 ; 04/1979 P (442-447).

- Devenir du travail Social, In Recherche Sociale, n°31, p (3-78).
- La Norme d'internationalité dans l'évaluation du travail social : le cas des Enfants maltraités ; In Bulletin de psychologie ; n0417 ; 09/ 1994 ; P (570-587).
- La Formation des Assistantes Sociales : le Nouveau Programme des Etudes de service Social en France ; In Action Sociale et services sociaux, Mars -Avril n°03 et 04 ; 1963.
- The United State Information Agency : le Système de Protection Sociale en Amérique. Panorama des Etats Unis 1986.
- The United State Information Agency: Medicine et Santé. Panorama des Etats Unis ; 1986.
- Henri Thiery : Fondation pour la Recherche Sociale : n°32 ;1970.
- Le dernier Professionnel, Situation Energétique de la France. Economie et Humanisme n° 250.
- Les Cahiers de la Reforme, collection dirigée par Hadj Nasser Abderrahmane Rostoum. ENAG / 2eme Ed 1990.
- Identité Professionnelle Fragile In Sciences Sociales et Santé ; 1998 ; Juin, Vol.16, N°02.
- l'Assistante Sociale aux personnes Agées et aux invalides en URSS. Problèmes Economiques N°2220 du 10/04/1991.
- Les Carrières Sociales : Crise des Vocations ; Avenirs - ONISEP- Les Professions Sociales n°442 - 443 Mars - Avril 1993.
- Les Professions de Service Social, In les professions Sociales N°248
- Sanchou P.), « Les travailleurs sociaux et leurs formations : quelques enjeux actuels », Les dossiers des sciences de l'éducation, n° 17, (2007), p. 13-23.
- Woitrain E. « Les travailleurs sociaux en 1998 : environ 800000 professionnels Reconnus », Études et résultats, n° 79. (2000).

Rapports, Séminaires et Colloques et Code de déontologie :

- Christina de Roberti, Directrice de l'école de service Social de Toulon : Déontologie professionnelle et Formation de l'Assistant de service Social, CNESS.
- Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la protection sociale Direction des hôpitaux, Nomenclature des emplois types de l'hôpital Elaboré avec l'appui Méthodologique de l'Association Développement et Emploi, Ed : ENSP Renne 99.
- Code de Déontologie des Assistants de Service Social, Association Nationale des Assistants de service Social ; Paris.
- Lila ziani Mohamed ACHOUCHE 'analyse des dépenses de sante en Algérie : *Colloque International : Cinquante ans d'expériences de développement Etat -Economie-Société.*
- Office des Publications Universitaires R.A Ministre de l'équipement et l'aménagement de territoire : Demain l'Algérie, les Dossiers de l'aménagement de territoire
- Séminaire de Roger Mucchielli. : L'interview de groupe : Connaissance du Problème ; la formation permanente en Sciences sociales.
- Ministère de la Santé Publique, Direction de la Formation ; Formation Paramédicale (1962- 1987).
- Mebtoul M : Le Sens des Pratiques Médicales ; U.R.A.S.C. Août 1992.
- Mebtoul. M : Contribution de l'Anthropologie à un problème de Santé ; Structures de Soins, Pouvoir et Société, les logiques des Acteurs de la Santé.
- Zeboudj Nora PE/PM//AS ; I.T.S. P d'Oran « Réflexion sur le Service Social » le 11-11-1997.
- Zeboudj Nora PE/PM/AS, I.T.S.P d'Oran ; Service Social -"Guide Pratique" (1997-1998).
- Mc PAGES : l'Aide Psychosociale Interpersonnelle». Adapté de Perle main. A. Psychologue - Constantine.

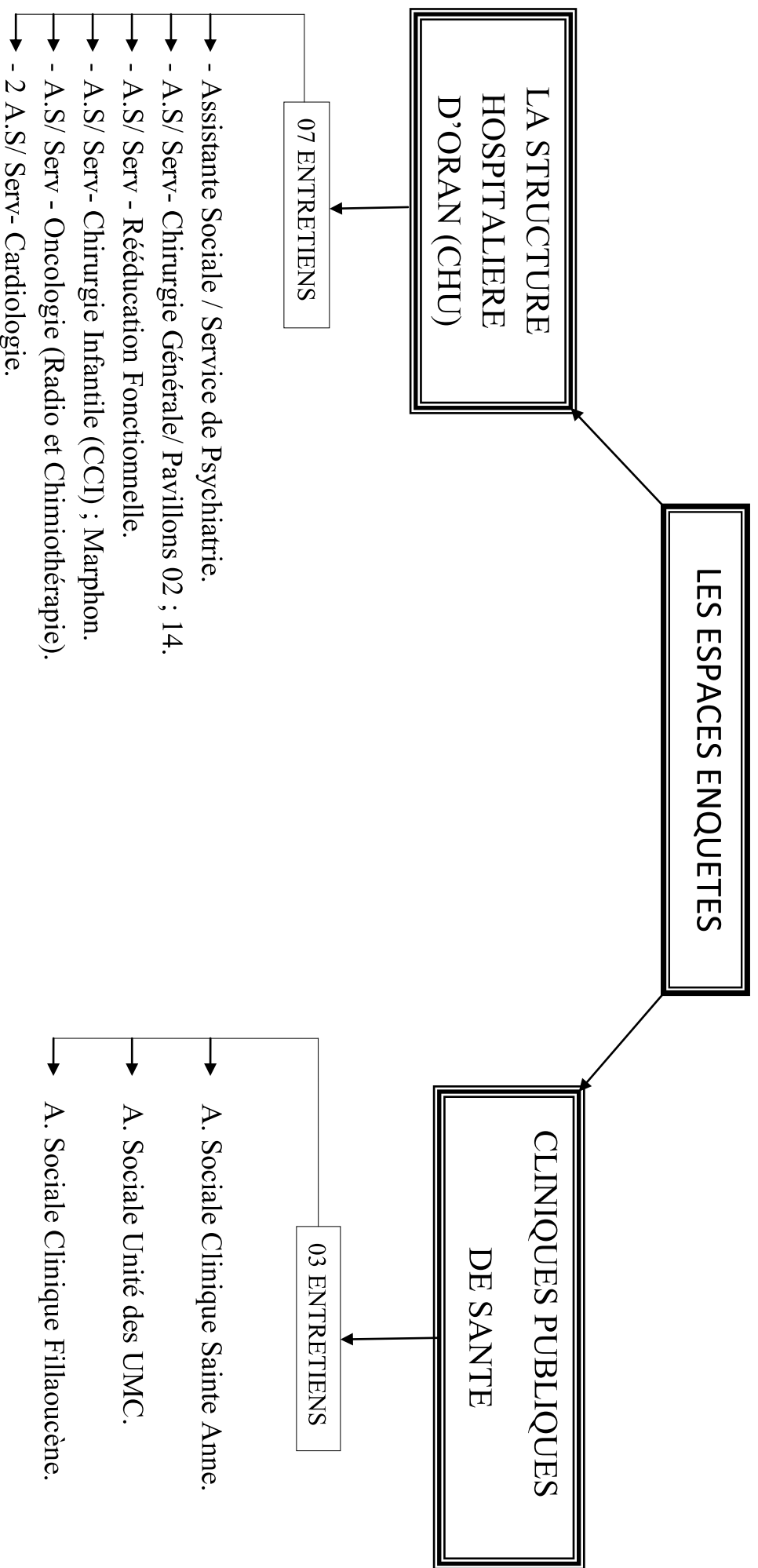
- Mohamed Mebtoul; Mustapha Bouziani, Acte du Séminaire National; Science Sociales et Santé, 22-23 Décembre 1997, ITSP Oran .
- HADJIDJ El- DJOUNID ; Représentations de l'espace sanitaire, Projet d'anthropologie de la santé, Juin 1993. –
- Marie France Marques : Création et Evolution des Ecoles de Service Social (1911- 1985).

Dictionnaires et Encyclopédies :

- Encyclopédie Universalise ; Aromaticité Bergman ; Corpus 03, Paris, France, S.A 1990.
- Cambridge International Dictionary of English), Cambridge University First Published; Printed In Great Britain 1995, p 159
- Dictionnaires de Français

Articles de Presse :

- MEFTAH - N : Une Profession longtemps Méconnue, Art : « le Quotidien d'Oran du Dimanche : 19/02/1995.
- N.B : La femme de la Semaine, GABY DE Bab El Oued, Art : «Le Soir d'Algérie du jeudi 21/11 /91.
- Fayçal Metaoui : l'Algérie des Nouveaux Pauvres », Art : « El Watan, le Quotidien indépendant du jeudi 20 Mai 1999 N^o2563.
- Farah Boumediene : Les Assistantes Sociales imposent leurs Rôles et adaptent leurs Missions, Art : « El Watan » du 25 /02/95.



Annexe N°01

SCHEMA N°01

Nbre	AS	AGE	Affectation Antérieure	Affectation actuelle (Service)	Nombre d'Années d'Expérience	Situation Matrimoniale			Lieu de Résidence	Origine Sociale	Profession du père	Profession de la mère	Profession du Mari	Nombre D'enfants
						D	M	V						
01	UMC	50 ans	-Caisse des Travaillleurs (CNAS) - Cardiologie	Urgences Médico Chirurgical (UMC)	26 ans (16) ans Secteur Santé	X			Oran	Sebdou	Professeur de lettre	Femme au foyer	Procureur	01 enfant
02	CHU Oran	52 ans	-En polyvalence à l'hôpital	Psychiatrie Neurologie	30 ans		X		Oran	Oran	Maçon	Couturière	Agent Administratif	02enfants
03	CHU Oran	45 ans	Cardiologie	Rééducation Fonctionnelle	25 ans		X		Oran	Mostaganem	Commerçant	Couturière	Commerçant	04 enfants
04	CHU Oran	51 ans	-Polyclinique -Service O.R.L -Marphon	Oncologie (Radiothérapie)	29 ans	X			Oran	Tlemcen	Commerçant	Femme au foyer	Avocat	04 enfants
05	CHU Oran	55 ans	-En polyvalence à hôpital Oran	Maternité Sainte Anne	32 ans		X		Oran	Tlemcen	Militaire	Femme au foyer	Militaire	01 enfant
06	CHU Oran	46ans	-Clinique Conio -Service Ophtalmologie -C.E.A Conseil Scientifique	Cardiologie	24 ans		X		Oran	El Bayed	Agriculteur	Femme au foyer	Commerce libre	03 enfants
07	CHU Oran	54ans	SONACOM	Pavillon 14 Pavillon 10 Pavillon 02	28 ans		X		Oran	Ain Témouchent	Ouvrier	Femme au foyer	Cadre à l'entreprise	02 enfants
08	CHU Oran	48ans	Service de Cardiologie (CHUO).	Clinique à Alger Direction de la protection Oran CHUO (P2 ; P5 ; P10. REA Médicale)	25 ans		X		Oran	Alger	Militaire	Femme au foyer	Militaire	01 enfant
09	Clinique Fillaouçène	42ans	- La Direction de la Santé (DDS). - Maternité des Amandiers	Clinique Fillaouçène TRAUMATOLOGIE	19 ans En Secteur Sanitaire		X		Oran	Béni Saf	Ouvrier	Couturière	Commerçant	01 enfant
10	CHU Oran	55ans	Maternité Sainte Anne. Service pédiatrie CHUO CCI ; CNAS	Chirurgie Infantile (CCI) ; Marphon ; DAPM.	32 ans 25 ans Hôpital		X		Oran	Mazouna	Militaire	Femme au foyer	T.S en électro Mécanique	02 enfants

I- Identification :

Sexe :

Age :

Niveau d'instruction :

Situation familiale :

Affectation actuelle

Affectation Antérieure

Nombre d'années de travail

II Parcours Professionnel :

1. J'aimerais bien avoir une idée sur votre parcours professionnel ?

Motifs ; Raisons.

Accès à la profession

III- Activités professionnelles :

1. Parlez- nous de vos activités quotidiennes (Tâches, Contraintes, Manières de faire, Moyens) ?

2. A votre niveau en quoi consiste l'aide médico- sociale ?

3. Comment définiriez-vous de façon concrète votre travail au sein du service ?

4. Qu'est ce qui le caractérise le mieux ?

5. Quelle est la tâche principale ?

IV- Les rapports professionnels :

1. Qui sont les malades qui viennent vous voir ? D'où viennent-ils ?

- Origines géographiques.
- Origines Socio économiques CSP.

2. Quels sont les problèmes posés par ces malades ?

3. Dans la prise en charge des malades, qu'est ce qui selon vous fonctionne bien, et ce qui ne fonctionne pas bien ?

4. Comment trouvez-vous les malades qui sollicitent votre aide ?

- Comportement
- Attitudes

V – Le démarcheur :

1. Dans quel contexte était il nommé ? Par qui ?

2. Quelle idée avez- vous sur lui ? Il est chargé de quoi ?

3. Comment trouvez- vous sa présence ?

VI- La direction de l'hôpital :

1. Parlez-nous de vos rapports avec la direction ? Comment sont-ils

2. Avez- vous réclamé les moyens de travail auprès de votre direction ?

3. Qu'avez-vous reçu comme réponses ?

4. Comment trouvez-vous ces réponses ?

5. Trouvez-vous soutenue par votre direction ?

Fiche de consentement oral pour l'enquête auprès des malades

Bonjour / Je m'appelle Belkacem Karima

Je suis ici à l'hôpital au sein de ce service pour mener une étude Universitaire sur le métier de l'assistante Sociale, et avoir l'opinion des malades sur son rôle.

Je vous ai choisi pour participer à cette étude et enrichir notre recherche, vous pouvez refuser de collaborer, mais il est important de coopérer pour mettre en lumière cette profession et faire connaître le rôle de l'assistante auprès de la population.

Notre entretien durera environ 30 à 45 minutes, je vous poserai si possible quelques questions, les informations que nous collectons auprès de vous ne seront pas divulguées, et votre identité ne sera pas dévoilée.

Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question, ou mettre fin à l'entretien à n'importe quel moment

Nom de l'enquêté :(e).....

Service :

Date :

Section I Informations Socio – Démographiques

Je souhaiterai vous posez quelques questions sur vous-même

Numéro de la question	Questions	Réponses Proposées	Passez à la Question
01	Le sexe du répondant	Homme..... Femme.....	
02	L'âge du répondant Quel âge avez-vous ?	18-25..... 25-35..... 35-45..... 45-55..... 55-75..... +75.....	
03	Le niveau d'instruction du répondant Quel est votre niveau d'instruction ?	Primaire..... Secondaire Supérieur Ecole Islamique ou coranique..... Autres (précisez) Sans instruction	
04	Avez-vous une activité génératrice de revenu ?	Oui Non	
05	Le Statu Matrimonial du répondant Quelle est votre Situation Matrimoniale ?	Célibataire Marié(e)..... Veuf (ve)..... Divorcé(e).....	
06	Lieu de résidence du répondant Quel est votre lieu de résidence ?	Oran centre..... Oran ville..... Hors Oran..... Autres(Précisez).....	

Section II Prise de conscience et connaissance du rôle de l'assistante sociale

Je voudrai à présent vous posez des questions sur l'Assistante Sociale

Numéros de questions	Questions	Réponses Proposées	Passez à la Quest
01	Avez-vous de manière générale une idée sur le travail de l'Assistante Sociale ?	Oui..... Non.....	
02	Comment ?	Télévision ou Radio..... Entourage et famille..... Presse écrite Milieux professionnel..... Autre (Précisez).....	
03	Selon vous que fait l'Assistante Sociale ?	Oui..... Non.....	
04	Savez vous qu'il y'a une Assistante Sociale au sein de ce service	Oui..... Non..... Ne sais pas	
05	Sauriez-vous intéressé (e) par savoir son rôle ?	Oui..... Non..... Ne sais pas	
06	Souhaitez-vous être informé de l'existence de l'Assistante Sociale dès votre admission ?	Oui..... Non..... Ne sais pas.....	
07	Accepteriez-vous l'aide de l'Assistante Sociale en cas de besoin ?	Oui..... Non..... Ne sais pas	
08	Êtes-vous déjà rentré en contact avec l'Assistante Sociale du service ou vous êtes admis ?	Oui Non.....	→ Page 3

Section III Les perceptions des malades vis-à-vis de l'assistante sociale de l'espace sanitaire

Je voudrai vous posez des questions à propos de l'Assistante Sociale que vous avez contacté

Numéro de la Question	La Question	Les Réponses Proposées (Items)	PASS à la Quest
01	Comment êtes vous renté en contact avec l'Assistante Sociale du service ?	Initiative Personnelle Guide et orientation Autres (Précisez).....	
02	Qui vous a orienté vers elle ? <i>(Multiple réponses autorisées).</i>	Personnel Médical..... Personnel Paramédical Personnel Administratif..... Responsables..... Autres(Précisez).....	
03	Connaissez-vous le nom ou le prénom de l'Assistante Sociale ?	Oui Non.....	
04	Lors de votre contact avec l'Assistante Sociale vous a-t-elle informé sur son rôle ?	Oui..... Non.....	
05	Lui avez- vous demandé des précisions sur son rôle ?	Oui..... Non.....	
06	Pour quoi avez-vous recouru à l'Assistante Sociale ? <i>(Multiple réponses autorisées).</i>	Aide Médicale..... Aide Matérielle..... Aide Administrative..... Aide Sociale..... Autres (Précisez).....	

07	Est-ce qu'elle a pu vous aider ?	Oui..... Non.....	
08	Êtes-vous satisfait(e) de sa prestation de service ?	Totalemment..... Partiellement..... Insatisfait (e).....	
09	De manière générale comment avez-vous trouvé l'Assistante Sociale suite à votre contact avec elle ? <i>(Multiple réponses autorisées).</i>	Relativement honnête et sincère ;..... Relativement attentive ;..... Relativement sympathique ;..... Relativement communicative et confiante ; Relativement tolérante et compréhensive ; Très active ;..... Peu attentive ;..... Peu communicative et confiante..... Peu compréhensive ;..... Peu active.....	

Liste de figures :

Annexe n°05

Figure n°1 : Répartition des malades selon l'âge.

Figure n°2 : Répartition des malades selon le sexe.

Figure n°3 : Répartition des malades selon le niveau d'instruction.

Figure n°4 : Répartition des malades selon la situation Matrimoniale.

Figure n°5 : Répartition des malades selon Le Revenu.

Figure n°6 : Répartition des malades selon leur lieu de Résidence.

Figure n°7 : Répartition selon la connaissance de l'assistante sociale.

Figure n°8 : Répartition selon le moyen d'information sur l'assistante sociale.

Figure n°9 : Répartition selon la connaissance du rôle de l'assistante sociale.

Figure n°10 : Répartition selon la description du rôle de l'assistante sociale.

Figure n°11 : Répartition selon le renseignement sur l'existence de l'assistante.

Figure n°12 : Répartition selon l'intérêt pour le rôle de l'assistante sociale.

Figure n°13 : Répartition selon le souhait de l'information sur l'assistante sociale.

Figure n°14 : Répartition selon l'acceptation de l'aide de l'assistante sociale

Figure n°15 : Répartition selon le contact de l'assistante sociale du service.

Figure n°16 : Répartition selon le mode d'orientation vers l'assistante sociale du service.

Figure n°17 : Répartition selon la connaissance du Nom ou le prénom de l'assistante.

Figure n°18 : Répartition selon l'agent d'orientation vers l'assistante sociale.

Figure n°19 : Répartition selon l'information sur le rôle de l'assistante sociale.

Figure n°20 : Répartition selon l'opinion sur l'aide apportée.

Figure n°21 : Répartition selon la satisfaction de la prestation du service.

Figure n°22 : Répartition selon l'opinion des malades sur l'assistante sociale.

Liste des tableaux :

Annexe N°06

Tableau n°8 : Répartition selon le moyen d'information sur l'assistante sociale.

Tableau n°10 : Répartition selon la description du rôle de l'assistante sociale

Tableau n°11 : Répartition selon le renseignement sur l'existence de l'assistante.

Tableau n°12 : Répartition selon l'intérêt pour le rôle de l'assistante sociale.

Tableau n°13 : Répartition selon le souhait de l'information sur l'assistante sociale.

Tableau n°14 : Répartition selon l'acceptation de l'aide de l'assistante sociale.

Tableau n°15 : Répartition selon le contact de l'assistante sociale du service.

Tableau n°16 : Répartition selon le mode d'orientation vers l'assistante sociale.

Tableau n°17 : Répartition selon la connaissance du Nom de l'assistante.

Tableau n°18 : Répartition selon le mode d'orientation vers l'assistante sociale.

Tableau n°19 : Répartition selon l'information sur le rôle de l'assistante.

Tableau n° 20 : Répartition selon la demande de précisions sur le rôle de l'assistante.

Tableau n°21 : Répartition selon les motifs du recours à l'assistante sociale.

Tableau n°22 : Répartition selon l'opinion sur l'aide apportée.

Tableau n°23 : Répartition selon la satisfaction de la prestation du service.

Tableau n°24 : Répartition selon l'opinion des malades sur l'assistante sociale.