

Editeur responsable :

P. SMIETS (F.I.H.-asbl) Chaussée de Marche, 604 - 5101 - Erpent - Belgique
ISSN : 1372-7974

Rédacteur en chef :

J.-M. LONGNEAUX (F.I.H.-asbl); Facultés Universitaires N.D. de la Paix, Namur

Secrétaire de rédaction :

D. JACQUEMIN (Université Catholique de Lille)

Comité de rédaction :

G. BAUHERZ (Hôpitaux Iris-Sud, Bruxelles); C. BOLLY (médecin généraliste et psychothérapeute); S. CARBONNELLE (anthropologue, Université Libre de Bruxelles); J.-M. DEBRY (biologiste); E. GRONDIN (Cliniques Universitaires UCL de Mont-Godinne); R. GUEIBE (Clinique St-Pierre, Ottignies); H. HAINAUT (Centre hospitalier Les Cliniques St-Joseph, Liège); B. HANSON (Hôpital Iris-Sud, site Molière, Bruxelles); L. RAVEZ (Facultés Universitaires N.D. de la Paix, Namur); A. SPETTANTE (infirmier, hôpitaux St-Joseph, Ste-Thérèse et IMTR, Gilly); D. VANPEE (Cliniques Universitaires UCL de Mont-Godinne).

Comité scientifique :

A. BONDOLFI (Institut für Sozialethik, Zürich); H. DOUCET (Université de Montréal); J. DUCHÊNE (Facultés Universitaires N.D. de la Paix, Namur); G. DURAND (Université de Montréal); G. HOTTOIS (Université Libre de Bruxelles); J.-F. MALHERBE (Université de Sherbrooke); J. MASSION (Professeur émérite, Université Catholique de Louvain); D. MOULIN (Université Catholique de Louvain); M.-S. RICHARD (Maison Médicale Jeanne Garnier, Paris); G. RORIVE (Centre Hospitalier Universitaire du Sart-Tilman, Université de Liège); S. ZORRILLA (Université de Santiago du Chili).

Secrétariat et abonnement :

F.I.H. asbl
Chaussée de Marche, 604
B-5101 Erpent (Belgique)
Tél.: +32/81.32.76.60
Fax : +32/81.32.76.76
e-mail : ethica.clinica@fih-w.be

Illustrations : Mylène Auquièrre

Mise en pages, impression, reliure et routage : Imprim'tout, rue de l'Égalité 61 - 7700 MOUSCRON
Tél. : 056.85.75.15

La reproduction du contenu de la revue *Ethica Clinica* n'est admise que moyennant l'autorisation expresse de l'éditeur responsable.

Editorial

Editorial

N. Guerreiro 2

Le social à l'hôpital : risque d'instrumentalisation ou opportunité éthique ?

J.-Ph. Cobbaut, S. Sion 4

De l'intervision à la remise en question. De la place du travail social en hôpital à la place du patient. De la rentabilité à l'humanité

B. Millet, C. Montreuil, C. Losfeld,
J.-F. de Waele, M. Noe, M. Callens,
N. Guerreiro 18

Pour une éthique sociale de l'hôpital

D. Jacquemin 27

Responsabilité sociale de l'hôpital : quel regard du médecin généraliste ?

Fr. Laboureur 38

Responsabilité sociale de l'hôpital. Un regard sur la politique des soins de santé

J.-M. Léonard 43

Quand l'interdisciplinarité est engagée : l'image d'une équipe psycho-sociale

P. de Bontridder, J. Deville, V. Dirick, G. Garland,
A. Jamotton, C. Montreuil 47

Le Service Social « Patients » aux cliniques universitaires Saint-Luc

J. Desbeek, D. Adam, Fr. Cochez, F. Duhamel, C. Detroghe,
A. Mathy, A. Perron, S. Willems, St Chapelle, L. Vanderbist 52

DELAMARRE Cécile, Démence et projet de vie. Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée

69

Recension

■ La responsabilité sociale de l'hôpital

La question de la « *Responsabilité sociale de l'hôpital* » a été abordée pendant les quatre demi-journées de réflexion organisées par le Service social des Cliniques Universitaires UCL de Mont-Godinne le dernier trimestre 2008. Ce thème part du constat que le rôle attribué à l'hôpital et que les règles de fonctionnement qui lui sont imposées plongent ses gestionnaires et leurs collaborateurs dans des préoccupations qui les éloignent progressivement de ce que le sujet a à nous dire en dehors du symptôme.

L'intention n'est évidemment pas de médicaliser davantage le social mais de tenir compte, dans les prises en charge, des facteurs sociaux influençant le taux de morbidité et de mortalité, de permettre au sujet d'accéder à un soin intégré mais aussi de lui permettre d'exister ou de se sentir exister pour les autres en dehors de celui-ci : in fine, de socialiser le médical. Il y va du sens et de l'humanité de nos rencontres en tant qu'assistants sociaux avec le sujet malade, et de la planification de nos interventions. Il y va aussi de la place que les enjeux sociaux peuvent occuper dans les politiques hospitalières.

Lorsque l'individu est « jeune » (<65 ans), actif, globalement en bonne santé, d'un niveau de scolarité et socio-économique moyen, voire supérieur, lorsque la pathologie est identifiable et que la médecine dispose de tous les moyens qui conduisent à la guérison, et si de surcroît, cet individu cherche l'efficacité, souhaite reprendre rapidement le cours de son existence où la maladie a peu de place, l'offre et la demande se rencontrent : nous sommes alors dans le meilleur des mondes.

Il en va tout autrement lorsque les mauvais indicateurs sociaux s'accumulent en termes de revenus, emploi, formation, logement, âge, sexe. Suivant l'échelle sociale, plusieurs constats ont pu être établis entre les classes sociales et toujours en défaveur des plus faibles : le réseau social se détériore ; les comportements à risque augmentent ; une progression accrue de 25% d'avoir au moins 30 jours d'incapacité ; un risque plus élevé de 33% de devenir invalide ; l'impact de l'éducation à la santé diminue ; chez les personnes invalides, les troubles mentaux prédominent. Au niveau de l'hôpital : la classe sociale la plus faible présente 20% de risques supplémentaires d'être admise à l'hôpital général ; cette classe sociale recourt davantage au service des urgences.

Toutes ces données démontrent l'impact des facteurs sociaux sur la santé. D'où la question : l'hôpital peut-il assumer son rôle social ? Difficilement, au regard des effets de la précarité sur le type d'hospitalisations et du mode de financement des hôpitaux. La précarité engendre généralement des durées d'hospitalisation plus longues, des coûts plus élevés, des prises en charge plus complexes avec des probabilités d'échecs plus grandes. D'autre part, le financement des hôpitaux est lié à des indicateurs de besoins, de performances d'utilisation des ressources (durée de séjours...) et de qualité des résultats thérapeutiques. Les conditions sont donc réunies pour que le rôle social de l'hôpital soit difficilement rencontré et que la question posée aujourd'hui ait tout son sens.

Cela ne veut pas dire pour autant que ce soit impossible. Pour que l'hôpital puisse assumer ce rôle, il est nécessaire que certaines conditions soient remplies. Politique, directeurs d'hôpitaux et assistants sociaux, nous avons chacun une part de responsabilité. Quant à la responsabilité politique, elle est clairement engagée rien que par le mode de financement mis en place. Le degré de sévérité des pathologies influence le budget des moyens financiers (BMF) attribués à l'hôpital. Mais cet indicateur ne tient pas suffisamment compte des facteurs sociaux susceptibles de peser sur les durées de séjour et les résultats cliniques. A cela s'ajoute le fait que le financement des services

sociaux est insuffisant voire inexistant. Quand il existe (hôpitaux universitaires, certains services), il est difficilement identifiable. Pourtant les normes d'agrément sont fixées et ses missions sont clairement définies dans une note du Conseil National des établissements hospitaliers et ratifiée par le Ministère le 8 mars 2001. Ce double discours politique crée des attentes chez les utilisateurs, les gestionnaires et les assistants sociaux qui, dans les faits, sont difficilement rencontrées.

Le management hospitalier, quant à lui, donne la priorité à la viabilité de la structure et se concentre tout particulièrement sur les stratégies médicales et financières à pourvoir. Il faut une très grande clairvoyance des dirigeants hospitaliers pour intégrer dans leur réflexion les facteurs socio-démographiques qui vont influencer la réussite de leurs objectifs. Il faut aussi un pouvoir de conviction considérable pour que d'autres acteurs hospitaliers adhèrent à la nécessité d'une telle approche et acceptent de dégager les moyens nécessaires. Sans cette volonté, les patients confrontés à des problématiques socio-économiques seront vus comme des perturbateurs de l'efficience du système. Le rôle confié aux services sociaux sera de minimiser les effets produits par ce type de patients.

Enfin, dans l'imaginaire collectif, il n'est pas rare que l'assistant social soit perçu comme un « policier déguisé », un contrôleur de l'application des règles sociales et institutionnelles. Au regard des autres, si une personne s'adresse au service social c'est qu'elle a un problème, qu'elle est « misérable ». La plupart des professionnels hospitaliers sollicitent le service social, pour vérifier la solvabilité du patient et/ou vérifier qu'il puisse sortir de l'hôpital lorsqu'on lui signifiera de partir.

Si le service social ne veut pas être instrumentalisé, il devra s'appropriier les logiques institutionnelles, politiques et sociales qui orientent l'activité hospitalière d'aujourd'hui ; définir clairement le rôle et les missions du service, ses limites et ses possibilités ; instaurer une dialectique entre la réalité constatée, la réflexion, la parole et l'action. Nous pourrions appeler cela évaluation, formation et engagement social réflexif.

A partir de ce moment, un positionnement clair du travailleur social est possible. Sa capacité de s'exprimer et de partager sa lecture des choses devient perceptible à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital et ce, quel que soit l'interlocuteur. Sa parole peut devenir éclairante. Elle peut favoriser un univers hospitalier empreint de plus d'humanité. Cette responsabilité nous incombe à nous, travailleurs sociaux.

Ethica Clinica a réuni dans ce numéro quelques textes issus du séminaire organisé par le Service social des Cliniques Universitaires UCL de Mont Godinne. D'autres textes sont venus prolonger la réflexion. Il nous a paru également intéressant – tant le travail social à l'hôpital est méconnu – de publier un texte plus descriptif, qui présente simplement un service social dans un hôpital universitaire.

Prendre la parole, utiliser l'écriture c'est déjà agir et prendre des responsabilités. Merci à *Ethica Clinica* de consacrer cette édition à ce questionnement et à Dominique Jacquemin de nous y avoir invités.

N. GUERREIRO
Responsable du service social
UCL Mont-Godinne



■ Le social à l'hôpital : risque d'instrumentalisation ou opportunité éthique ?

Jean-Philippe COBBAUT, Centre d'Éthique Médicale, Université Catholique de Lille
Silvana SION, Cadre du Service social, Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille (GHICL), France

Introduction

Le service social assure une fonction essentielle dans l'hôpital contemporain. Il est un vecteur essentiel d'humanisation des soins dans la mesure où il permet, au-delà des soins, d'accompagner les patients dans leur trajectoire existentielle et sociale. Il œuvre à mettre en place, en particulier pour les patients les plus vulnérables, des conditions matérielles, financières, humaines qui conditionnent non seulement l'efficacité des soins mais la possibilité pour les patients de se reconstruire après la maladie ou l'accident. Les interventions du service social nécessitent une prise en considération de la situation singulière de chaque patient et le souci de respecter leur autonomie. Vu les contraintes budgétaires qui pèsent aujourd'hui sur l'hôpital et les obligations de rationaliser l'activité, l'intervention du service social peut également être l'occasion d'« optimiser » la prise en charge du point de vue de ces contraintes et de faire en sorte, par exemple, que le patient puisse sortir au plus vite de l'hôpital. Ainsi, dans le contexte actuel, on peut craindre que le service social soit mis au service de cette « optimisation » plutôt qu'au service du patient et sa trajectoire singulière. L'objet de la présente réflexion sera de se demander, au vu de l'histoire des services sociaux hospitaliers français, de la conception et de la fonction de l'action sociale dans l'hôpital aujourd'hui, quelles sont les conditions pour qu'ils puissent jouer un rôle adéquat, respectueux des différents enjeux éthiques dont l'hôpital contemporain est porteur.

I. La mise en place de la fonction sociale dans l'hôpital contemporain

On peut faire remonter la fonction sociale de l'hôpital aux premiers hospices et aux charités. Dans ce cadre, la fonction sociale de l'hôpital était en quelque sorte la fonction première de l'hôpital. Dans l'hôpital contemporain, c'est la fonction de soin qui est devenue centrale. L'intervention d'assistants sociaux s'est construite progressivement en fonction des besoins de la fonction soignante. Le rôle d'assistant social à l'hôpital trouve son origine dans la fonction de visiteuse à domicile. Cette fonction est inspirée de ce qui a été mis en place en Angleterre et aux États-Unis à la fin du 19^{ème} siècle et début du 20^{ème} siècle pour « rechercher la situation pécuniaire des malades hospitalisés afin de permettre leur admission dans un hôpital gratuit »². Ces œuvres sociales des hôpitaux vont suivre les malades jusque chez eux, les surveiller pour qu'ils continuent le régime conseillé par le médecin de l'hôpital. Ces œuvres s'intéressaient aux malades en même temps qu'aux finances de l'hôpital. En France, entre 1895 et 1918, le docteur Albert Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de sérothérapie et de recherche microbiologique à Lille, utilisait des visiteuses d'hygiène comme liaison entre le dispensaire et le domicile. L'idée était qu'il fallait soigner la tuberculose au dispensaire mais aussi au domicile. Les infirmières à domicile publiques sont utilisées dans le cas des maladies contagieuses. Dès le début du XX^{ème} siècle,

celles-ci considèrent qu'il est difficile de se limiter à la situation physique et qu'on est amené à devoir considérer la situation économique, mentale, morale des malades. La profession d'assistante sociale s'est développée à la fin du XI-X^{ème} siècle. Au départ aux États-Unis, les « *medical social workers* » ont un travail à la fois médical et social. Les visiteuses, quant à elles, faisaient plutôt partie d'une organisation médicale avec l'objectif d'améliorer l'état sanitaire des malades. La visiteuse était l'auxiliaire du médecin et permettait d'élargir la compréhension et le contrôle de la situation des malades.

Les premiers services sociaux sont créés en France à peu près cinquante ans après qu'ils aient été mis en place aux États-Unis et en Angleterre. A cette époque, des services sociaux sont introduits dans les hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris comme des œuvres autonomes et indépendantes fondées sur des bases associatives et reconnues d'utilité publique. Une des fondatrices de ces services en définit les missions comme étant celles d'« humaniser les hôpitaux, découvrir les causes sociales qui entretiennent ou aggravent la maladie, résoudre les difficultés morales et matérielles qui s'opposent au traitement, aiguiller les malades sur les services et établissements dont ils relèvent, faire agir simultanément toutes les œuvres qui peuvent venir en aide à la famille, prolonger au-delà de l'hôpital l'influence médicale afin d'éviter la récurrence, remettre en état la famille de se suffire à elle-même (...) »³ Elle indique également que le service social est un « instrument simple et pratique conçu pour

améliorer le rendement économique et social du travail hospitalier et pour rendre aussi productives que possible les dépenses que s'imposent les collectivités en vue d'entretenir leurs hôpitaux ». On voit dès la mise en place des services sociaux que leurs objectifs sont multiples et qu'ils articulent des objectifs centrés sur l'aide aux personnes et d'autres qui visent l'efficacité du travail hospitalier comme service collectif. Les services sociaux hospitaliers sont donc d'emblée pris dans une certaine ambivalence.

Dès leur origine, les services sociaux hospitaliers remplissent des missions de santé publique en prolongement de l'intervention médicale, notamment dans le

cadre de la lutte contre les maladies infectieuses, mais également des missions d'humanisation, de maintien des liens familiaux en ayant recours « au placement des enfants en maison sanitaire, des tuberculeux en sanatorium, des mères célibataires en foyer et des personnes âgées à l'hospice »⁴.

Après la seconde guerre mondiale, la fonction des services sociaux va évoluer à la faveur à la fois des évolutions de la médecine et de la fonction hospitalière et des nouvelles politiques sanitaires et sociales. L'instauration et la généralisation de la sécurité sociale transforment l'horizon du travail social en le situant dans la perspective d'un meilleur accès aux droits. Par ailleurs, le développement des structures sanitaires et sociales conduit à la mise en place de structures spécifiques pour différentes populations en besoin d'aide, qu'il s'agisse d'infrastructures sanitaires et sociales pour les personnes handicapées ou les personnes âgées, la protection de l'enfance ou la Protection

« Le service social est un instrument simple et pratique conçu pour améliorer le rendement économique et social du travail hospitalier. »

¹ Cette partie historique s'appuie sur l'analyse de Janine Beaugrand et alii, *Le service social hospitalier, De l'état d'indigence à l'appropriation des droits ?*, Paris, L'Harmattan, « travail du sociale », 2001, pp. 25-71.

² *Ibidem*, p. 25.

³ *Ibid.*, p. 29.

⁴ *Ibid.*, p. 31.

⁶ R. Lafore, « Le travail social à l'épreuve d'un environnement institutionnel en recomposition », *Informations sociales*, 2009/2, n°152, p. 18.

Maternelle ou Infantile.

A la suite de l'ouverture de l'hôpital à toutes les catégories de population (loi du 21 décembre 1941) et de la réforme dite Debré mettant en place les centres hospitaliers universitaires, l'hôpital va également spécifier son intervention et se centrer sur la fonction médicale. Les CHU vont devenir des lieux de haute technicité et de recherche, les hôpitaux généraux et les cliniques vont se centrer sur les soins médicaux. « Désormais, pauvres et riches sont reçus et soignés dans le même lieu »⁵. On peut dire que durant cette période s'articulent deux mouvements complémentaires, celui du développement de la médecine et d'une fonction hospitalière organisée autour des nouvelles techniques médicales financées par une sécurité sociale en expansion et le développement d'une protection sociale à vocation universelle. La fonction médico-sociale du service social se centre à cette époque sur l'accès aux droits aux soins de santé mais très vite également sur les droits sociaux qui sont censés assurer des conditions d'existence décentes aux patients et à leur famille durant des périodes de maladies qui les fragilisent sur le plan social et économique. Dans ce cadre, l'hôpital devient « un lieu privilégié de recouvrement des droits ». Les services sociaux ont une mission d'accueil, d'écoute, d'orientation et d'aide à la réinsertion. Cette approche fondée sur les droits sera une lame de fond avec l'affirmation de plus en plus nette des droits fondamentaux comme instrument de lutte contre les exclusions (loi du 28 juillet 1998) et la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (loi du 27 juillet 1999) dont l'objet est de garantir la prise en charge de ses soins par un régime d'assurance maladie à tout résident en France. L'intervention du service social est complémentaire et relativement autonome des soins médicaux. Il s'agit de faire bénéficier les patients de leurs droits aux

soins mais, plus largement, de prendre en considération toute une partie de la réalité de vie de ces patients qui n'est pas prise en compte par l'institution médicale et de les faire bénéficier des droits sociaux. Les assistants sociaux doivent « aménager l'écart entre les normes et les personnes, soit pour donner une densité concrète à un statut de bénéficiaire pour les professions éducatives, soit pour établir un lien vécu entre des personnes et des règles-institutions qui leur sont extérieures pour les professions d'aide. Ils se situent donc à l'intersection entre un cadre juridico-institutionnel et des personnes (...). Cette position autorise qu'ils se construisent une identité professionnelle spécifique et qu'ils revendiquent une autonomie par rapport aux organisations qui les emploient »⁶.

L'évolution du contexte socio-économique va modifier la donne. En effet, le développement conjoint des systèmes de soins et de la protection sociale qui a rendu cette expansion possible va s'enrayer du fait de la crise économique à partir de la fin des années 70. Plusieurs facteurs vont affecter la dynamique d'expansion à l'œuvre. C'est la fin de l'expansion sans limite de la fonction hospitalière. On va réguler l'offre. Les hôpitaux vont être contraints d'équilibrer leur budget et donc d'être attentifs à leurs coûts et à leurs recettes.

On va mettre progressivement en place des politiques visant à limiter l'offre de soins (programmation, numerus clausus,...), à réguler les coûts par des systèmes de financement prospectif, à imposer des systèmes d'évaluation de la qualité de l'offre. Une attention en amont comme en aval aux paiements par les patients qui sont de plus en plus nombreux à ne pas avoir une couverture sociale du fait de la crise est développée. Dans un tel contexte, on peut avoir tendance à mobiliser les services sociaux hospitaliers pour faire face à ces

nouvelles contraintes. Cependant, pour faire face à ces difficultés, on a renforcé les droits fondamentaux et le caractère universel de la couverture en soins de santé.

Parallèlement à ces transformations des systèmes de soins et des institutions durant les années 80-90, la situation socio-économique, démographique et épidémiologique a beaucoup évolué. Malgré le renforcement de la couverture sociale, il y a eu un accroissement de la pauvreté et peut-être surtout de la précarité au point qu'un auteur comme R. Castel parle aujourd'hui de précarité.⁷ Dans nos systèmes de protection sociale de type bismarckien, de plus en plus d'individus, notamment privés d'emploi, se sont retrouvés sans couverture sociale. Par ailleurs, le développement de la médecine et des systèmes de soins a rendu les parcours des patients plus complexes et donc moins accessibles pour les plus fragiles. De plus, ces patients fragiles sont de plus en plus nombreux vu le vieillissement de la population et donc de l'augmentation du nombre de patients âgés. Avec les progrès de la médecine, il y a aussi plus de patients chroniques vu les nouvelles capacités de la médecine mais aussi le développement de certaines pathologies comme le cancer ou l'apparition de nouvelles pathologies comme le sida. Ces évolutions demandent une transformation des modes de prise en charge et un accompagnement plus global des patients dans lequel les services sociaux ont bien évidemment un rôle à jouer.

Sur le plan politique, plusieurs réformes accompagnent ces évolutions. On remet

en cause la figure de l'hôpital comme entité complète, homogène et centralisée (loi du 31 juillet 1991). On initie un mouvement de déconcentration, une transformation de la manière de concevoir l'action publique dans le secteur en visant l'organisation, au niveau régional, d'une complémentarité des différents acteurs du sanitaire et du médico-social qui a débouché sur la mise en place des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ordonnances du 24 avril 1996) et bientôt des Agences Régionales de la Santé qui actualiseront cette recherche d'une meilleure articulation des acteurs de la santé et du social.

Dans ce contexte, le rôle et l'intervention des services sociaux se sont modifiés. Comme l'indique l'étude des assistantes sociales de l'AP-HP, du médical - infirmière visiteuse - un glissement s'est opéré vers le social. On est passé d'un cadre d'intervention médico-sociale à un cadre socio-éducatif dans lequel le décret n°93-652 du 26 mars 1993 signe une indépendance du service social hospitalier à l'égard du service médical. C'est surtout vrai pour les interventions hors du champ médical mais plusieurs interventions sociales, notamment celles d'orientation d'aval de l'hospitalisation, restent articulées au champ médical. Si les interventions sociales dans le cadre de l'hôpital technicien étaient devenues largement indépendantes des interventions médicales, les services sociaux interviennent pour orienter les malades qui ne relèvent plus de l'hôpital vers d'autres lieux. Aujourd'hui, la situation a encore évolué. Les pressions évoquées ci-dessus transforment l'hôpital et, plus globalement, les systèmes de prise en charge sanitaires

« Le service social est à la fois indépendant du point de vue de sa mission de réinsertion sociale mais dépendant de l'administration hospitalière du point de vue hiérarchique et budgétaire. »

⁷ Robert Castel parle même d'un passage de la précarité au « précarariat » qui correspond à une sorte d'installation dans la précarité pour beaucoup de jeunes et de moins jeunes, « Les ambiguïtés de l'intervention face à la montée des incertitudes », *Informations sociales*, 2009/2, n° 152, p. 24.

et sociaux. La prise en charge des maladies chroniques à fortes composantes médico-sociales nécessite un travail en réseau où le maillage des acteurs est absolument nécessaire. Dans ce cadre, les assistants sociaux ne sont certes plus, comme les infirmières visiteuses, des auxiliaires téléguidés d'une médecine sociale. Ils ou elles n'ont plus seulement des fonctions médico-sociales traduisant la « synergie des prescriptions médicales à la réparation du risque maladie et accidents du travail »⁸. Ils ou elles ont aujourd'hui une fonction socio-éducative transversale (décret de 1993). Si l'intervention sociale est aujourd'hui « confiée à l'entière discrétion » des assistants sociaux, il s'agit néanmoins d'une intervention qui est de plus en plus transversale, c'est-à-dire qui commence dès l'entrée à l'hôpital et se prolonge avec la sortie. A ce titre, elle est largement articulée au projet de soin et aux différents acteurs de ce projet. L'enjeu de l'intervention sociale est la mise en « adéquation du projet de soins au projet de vie (...) par l'accueil, l'écoute, l'information, l'orientation et la culture du lien entre l'individu et son environnement »⁹. Le service social est à la fois indépendant du point de vue de sa mission de réinsertion sociale mais dépendant de l'administration hospitalière du point de vue hiérarchique et budgétaire. Malgré son indépendance, l'assistant social hospitalier est, pour reprendre l'expression de Crozier et Friedberg, un « marginal sécant », c'est-à-dire qu'il est au centre de plusieurs systèmes d'acteurs en relation (les bénéficiaires, les autres professionnels de l'hôpital, les gestionnaires) et qu'à ce titre, il est un intermédiaire et un interprète privilégié des logiques d'action à l'œuvre. Il se situe à l'articulation entre la liberté de choix du bénéficiaire, des politiques sociales et le projet, le mode de fonctionnement de l'établissement dont il dépend.

Comme l'indique encore l'étude faite

auprès des cadres socio-éducatifs de l'AP-HP, on voit que le rôle de l'assistant social a évolué et s'est construit en fonction du contexte et de la manière dont la question sociale était posée au sein de la société. Une constante de cette évolution est certainement que la fonction de l'assistant social se trouve à l'articulation de l'individu et du social. Comme l'indique une récente définition internationale du travail social reprise dans cette même étude : « la profession d'assistante sociale tend à promouvoir un changement social, à résoudre les problèmes de relations humaines à habiliter et libérer les individus, afin d'améliorer leur bien-être personnel »¹⁰. L'assistant social se trouve à l'interface entre des dispositifs collectifs (environnement social, système de protection sociale, hôpital) et les individus dont il faut promouvoir le respect et le bien-être. Cette position est par définition difficile et ambiguë puisqu'elle matérialise une articulation qui est devenue de plus en plus complexe dans nos sociétés contemporaines. On a vu à travers l'histoire de la construction de la fonction d'assistant social hospitalier que l'intervenant social était à la fois le représentant du collectif et de l'individu. Dans les deux points suivants, nous verrons tout d'abord que, malgré certaines constantes, les relations entre les assistants sociaux et les institutions dans ou avec lesquelles ils travaillent se sont transformées ainsi que les bases sur lesquelles appuyer la légitimité de leur intervention. Dans ce cadre, nous nous demanderons dans un dernier point comment il est possible de penser les bases d'une éthique de l'intervention sociale dans le cadre d'un service social hospitalier aujourd'hui.

2. Evolution du travail social et recomposition institutionnelle

Comme nous venons de le voir, le travail social à l'hôpital a évolué depuis son apparition dans le champ de la santé et, plus particulièrement, au sein de l'hôpital. Néanmoins, il reste que l'intervention sociale à l'hôpital est une intervention transversale, globale devant nécessairement mettre en lien et en dialogue différents services, différents professionnels, à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital. Cette intervention est basée sur la relation qui se tisse avec le bénéficiaire mais également avec les institutions dont elle dépend. Aussi bien l'évolution démographique que l'apparition de nouvelles pathologies ou encore la dégradation des conditions socio-économiques des populations les plus vulnérables ont rendu cette intervention plus complexe et dépendante de son environnement institutionnel.

Dans une contribution récente, Robert Lafore, professeur de droit public et spécialiste de l'action sociale, souligne combien les différentes réformes intervenues récemment dans le champ de l'action sanitaire et sociale ont conduit à une transformation du travail social. Ces transformations se marquent à la fois dans les rapports avec les usagers mais également dans les rapports avec les organisations qui emploient les travailleurs sociaux. En effet, à côté de la loi relative à la lutte contre les exclusions, la création de la Couverture Médicale Universelle ou encore de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, ces dernières années plusieurs réformes sont venues modifier le secteur du handicap (2005), la protection de l'enfance (2007), la protection des majeurs (2007). A celles-ci, viennent s'ajouter les développements de la

décentralisation qui attribuent de nouvelles compétences aux collectivités territoriales en matière d'action sanitaire et sociale concernant les personnes âgées, handicapées, l'aide sociale à l'enfance, le logement, ... Tous ces changements conduisent à modifier l'environnement mais aussi la substance des pratiques des travailleurs sociaux.

Comme nous l'avons vu, le modèle d'assistance qui a présidé jusqu'à la seconde guerre mondiale s'est largement modifié avec la mise sur pied de la sécurité sociale. Les conceptions des problèmes sociaux, la forme des prises en charge et les pratiques des professionnels spécialisés se sont transformées tant du point

de vue des rapports aux usagers, que des modes de fonctionnement institutionnels. Ainsi à la notion d'indigence qui était au centre du modèle d'assistance s'est substitué, avec l'émergence de la sécurité sociale, un modèle de l'inadaptation. « Ce modèle, qui vise à réparer un écart constaté avec les normes sociales, opère dans une logique

catégorielle »¹¹, verticale et sectorielle. Les professionnels du social vont être positionnés à l'interface entre les organisations spécialisées et les bénéficiaires. Le modèle de l'action sociale sera essentiellement d'aménager « l'écart entre les normes et les personnes »¹². Dans ce cadre, les professionnels vont revendiquer une autonomie par rapport aux organisations qui les emploient et développer une intervention basée sur la relation pour mettre les situations et les personnes en adéquation avec les cadres réglementaires. Dans les années 80, ce modèle va se transformer en substituant le vocable « exclusion » à celui d'« inadaptation » et l'intervention des

« Les services sociaux et les cadres socio-éducatifs ne bénéficient pas d'une reconnaissance d'autorité et d'une place suffisamment définie et précisée dans l'organisation hospitalière. »

¹¹ R. Lafore, op.cit., p. 17

¹² Ibidem, p. 18.

⁸ Ibid., p.39.

⁹ Ibid., p.39.

¹⁰ Ibid., p. 41 citant l'*Historic Agreement on International Definition of Social Work*, Press release, 29 juin 2001

travailleurs sociaux va se concevoir sur le modèle de l'insertion ou de la réinsertion. Il s'agira toujours d'un déficit par rapport à la norme mais par rapport auquel l'intervention sociale va se concevoir comme une dynamique visant à permettre aux bénéficiaires de rejoindre les normes et les capacités requises par le fonctionnement social. Il s'agit de ramener le plus possible les différentes catégories à « un fonctionnement social de droit commun »¹³ en organisant l'accompagnement des personnes à travers des contrats d'insertion, contrats de séjour, projets de vie, ... Cette transformation génère des modifications dans la relation avec les usagers. On constate une généralisation d'une forme de relation contractuelle dans laquelle il s'agit d'engager la personne dans une démarche d'émancipation. Les travailleurs sociaux perdent leur monopole dans la gestion de l'interface institution-individu car c'est l'ensemble des organisations concernées qui s'engagent, ce qui peut faire ressentir des effets d'instrumentalisation de leur pratique. Dans ce cadre, la spécificité professionnelle et l'autonomie organisationnelle du travail social sont mises en cause. Il s'agit dans cette logique de manipuler un ensemble d'instruments pour soutenir la démarche des bénéficiaires. A cet égard, on peut dire que l'ensemble du champ de l'action sociale se rapproche de la situation des intervenants sociaux hospitaliers qui par leur polyvalence et leur positionnement se trouvaient déjà depuis longtemps dans une situation assez analogue.

Par ailleurs, comme le souligne Robert Lafore, cette évolution a également une incidence importante sur les modes de gestion des institutions et, par ce biais, sur l'action des cultures professionnelles. De la logique catégorielle et verticale qui prévalait dans les années 60-70, avec une juxtaposition/superposition et une très forte autonomie des

professions au sein des organisations,¹⁴ on s'engage aujourd'hui dans un nouveau paradigme organisationnel dans lequel l'individualisation ainsi que la contextualisation des prestations sont devenues une donnée majeure.¹⁵ Cette évolution correspond également à un mouvement de « déconstruction des spécialités »¹⁶ pour leur substituer des formes plurielles et décloisonnées de prestations ainsi que tout appareillage visant en externe à relier les établissements et les services. On passe d'un système organisationnel « administré » par le haut à un système mixte articulant des contraintes externes et des capacités d'auto-normalisation. D'une certaine manière, on n'est plus dans une cohérence institutionnelle donnée mais à construire.¹⁷

D'une certaine manière, on peut dire que la situation du service social hospitalier préfigure ici également la situation et l'évolution décrites par Robert Lafore. En effet, depuis plusieurs années, le service social hospitalier se trouve dans la position d'un intervenant de type polyvalent ayant à concevoir de manière autonome un accompagnement social des patients passant par l'hôpital. Le décret relatif au statut des assistants socio-éducatifs hospitaliers envisage cette intervention dans une logique d'insertion, c'est-à-dire dans une démarche de soutien au parcours à accomplir par le patient pour retrouver son autonomie.¹⁸ Le décret stipule en effet que les assistants sociaux ont pour mission « d'aider les personnes, les familles ou les groupes qui connaissent des difficultés sociales à retrouver leur autonomie ». Comme le précisent les auteurs de l'enquête menée au sein des services sociaux des hôpitaux de l'AP-HP, « l'assistant socio-éducatif examine les situations individuelles des malades dans le contexte hospitalier, il prend en compte de multiples facteurs médicaux et thérapeutiques, de capacités, de limites et d'interactions : psy-

chologiques, de réseaux naturels et réseaux organisés proches de la personne, professionnelles et/ou occupationnelles, financières et budgétaires »¹⁹. Il s'agit d'une intervention personnalisée qui s'inscrit dans une démarche globale et interactive, qui doit tenir compte du travail hospitalier et être ouverte à l'environnement interne et externe à l'hôpital. Il s'agit souvent d'intervenir pour « réparer le dysfonctionnement des services pourtant qualifiés mais cloisonnés ». Ainsi, on voit que le service social hospitalier à une fonction transversale de spécification des prestations au profit du parcours d'une personne. Pour réaliser cette mission, le service social bénéficie d'une autonomie mais il est aussi amené à interférer avec l'organisation hospitalière ainsi qu'une série d'organisations externes à l'hôpital.

L'intervention du service social se déploie au croisement de deux logiques. C'est tout d'abord une logique de proximité et de compréhension du patient afin de pouvoir le soutenir au mieux dans son parcours, dans la mise en place des conditions qui pourront rendre le traitement de sa maladie efficace et la construction ou la reconstruction de son avenir possible. Par ailleurs, il ne peut travailler uniquement dans le face à face avec le patient. Son action est fondée sur la « capacité à fabriquer du lien social »²⁰ ; elle s'inscrit dans la pluridisciplinarité, dans l'interaction entre l'environnement interne et externe de l'hôpital. Il doit tenter de contribuer à la meilleure articulation entre le projet de soin et le projet de vie du patient. A cet égard, l'organisation de la sortie des patients est sans doute l'exemple le plus parlant de ce travail délicat d'arti-

culatation entre différents acteurs internes et externes qui ont des logiques professionnelles et organisationnelles propres et des intérêts qui ne convergent pas nécessairement et spontanément avec ceux du patient. Cette problématique est d'autant plus délicate aujourd'hui que le nombre de personnes âgées et de malades chroniques est en croissance, que les contraintes économiques ou organisationnelles pèsent plus lourdement et que les possibilités d'accueil adéquates hors de l'hôpital sont insuffisantes. C'est précisément dans ce cadre que l'on parle d'une éventuelle instrumentalisation des assistants sociaux qui pourraient être amenés à servir d'autres intérêts que ceux du patient.

Par rapport à cette situation, on peut dire que l'assistant social est, comme déjà évoqué, dans une position de « marginal sécant »²¹. Selon l'approche développée par Crozier et Friedberg,²² le marginal sécant est partie prenante de plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et peut de ce fait jouer le rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre plusieurs logiques d'action. Cette position offre à la fois des possibilités d'action dans l'organisation mais elle est souvent inconfortable dans la mesure où elle n'est pas clairement identifiée dans l'organigramme avec une légitimité propre.

Pour les auteurs de l'enquête menée à l'AP-HP, les services sociaux et les assistants sociaux hospitaliers sont dans une position inconfortable. Ils doivent à la fois faire preuve d'expertise et d'indépendance pour promouvoir l'autonomie des individus par l'insertion sociale tout en étant dépendants d'une orga-

²⁰ *Ibidem*, p. 123.

²¹ *Ibidem*, p. 19.

²² M. Crozier et E. Friedberg, *L'acteur et le système*, Paris, Le Seuil, 1977, p. 73.

¹³ *Ibid.*, p. 19.

¹⁴ *Ibid.* p. 20.

¹⁵ *Ibid.* p. 21.

¹⁶ *Ibid.* p. 21.

¹⁷ *Ibid.*, p. 21.

¹⁸ Article 1 du Décret n°93-652 du 26 mars 1993 portant statut particulier des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière.

¹⁹ J. Beaugrand & alii, *op.cit.*, pp. 118-119.

nisation et d'un fonctionnement dans lequel leur place n'est pas clairement identifiée. Dans le cadre tracé par le décret de 1993, les auteurs de l'enquête estiment que les services sociaux et les cadres socio-éducatifs ne bénéficient pas d'une reconnaissance d'autorité et d'une place suffisamment définie et précisée dans l'organisation hospitalière. L'autonomie technique du service social « est contingente de l'interdépendance de l'organisation hospitalière »²³. On peut se demander si les marges de manœuvre et la responsabilité technique des services sociaux permettent réellement de « garantir la qualité et la continuité de la prestation de service social »²⁴. L'enquête montre qu'il y a un impact des contraintes de l'organisation sur l'autonomie de la pratique de l'intervention sociale. « Le manque de moyens pour assurer la continuité de la prestation sociale et la pression exercée par les différents services, notamment les services de soin, augmentent le stress des professionnels et parasitent l'accompagnement social qui permet entre autres l'accès (effectif) aux droits et l'accès aux soins de la clientèle »²⁵. Cela se marque particulièrement au niveau des conditions de travail (locaux, gestion des personnels, recrutement,...), de l'absence de définition de règles pour l'exercice du métier de cadre socio-éducatif, de l'accès à la formation. « Pour toutes ces raisons, la responsabilité technique, partie visible de l'iceberg, requiert de s'étendre à la gestion de l'organisation »²⁶ et nécessite, suivant les auteurs de cette enquête, une meilleure définition des modes d'organisation du service social et une reconnaissance plus explicite du pôle social dans l'organisation hospitalière.²⁷

A cet égard, le décret de 1993 se contente de prévoir que les assistants socio-éducatifs « participent à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement dont ils relèvent ainsi que des projets sociaux et éducatifs.

Sans remettre en question l'intérêt que pourrait représenter une meilleure définition de la place et du mode de fonctionnement du service social, on peut néanmoins se demander si la situation actuelle ne préfigure pas, elle aussi, celle qui est envisagée par Robert Lafore concernant le cadre organisationnel de l'action sociale. De son point de vue, il y a aujourd'hui un changement du paradigme organisationnel de l'action sociale dans lequel on constate à la fois la montée en puissance des droits des usagers (notamment la loi du 4 mars 2002 relatif aux droits des patients et à la qualité du système de soins et la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale) qui infléchissent la logique verticale des organisations vers une individualisation et une contextualisation des prestations et, parallèlement, une exigence d'auto-normalisation des établissements et des services (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, évaluations)²⁸. Dans le *Déclin de l'institution*, F. Dubet décrit un mouvement similaire de transformation du « programme institutionnel » comme programme pyramidal et rigide qui structurerait et intégrerait le « travail sur autrui » pour s'orienter vers un autre type d'intégration de ce travail sur autrui et des cadres institutionnels qui rendent possible l'articulation des exigences de reconnaissance du sujet, des besoins de l'utilisateur et de l'égalité des citoyens.²⁹

De ce point de vue, on pourrait dire que la situation des services sociaux hospitaliers préfigure une situation dans laquelle il s'agit de chercher de nouvelles articulations entre d'une part une autonomie dans laquelle les professionnels s'approprient un espace d'intervention et développent des techniques propres d'accompagnement des personnes et d'autre part l'intégration de ces interventions dans un cadre plus vaste, plus collectif, plus interactif – que ce soit à l'intérieur ou l'extérieur de l'hôpital pour

ce qui est des assistants sociaux hospitaliers – dans lequel il faut se poser « avec les autres corporations les questions du sens de l'action collective, de son efficacité et de ses modalités légitimes »³⁰. Pour R. Lafore, le travailleur social est forcé de trouver un nouvel équilibre entre sa position institutionnelle et celle qu'il a auprès du bénéficiaire. « C'est une nouvelle culture professionnelle qui doit se mettre en gestation, les organisations d'aujourd'hui requérant de leurs membres une implication pour produire et reproduire constamment leur sens et leurs raisons d'agir »³¹.

3. Instrumentalisation ou créativité

Dans cette perspective, la question devient donc : de la situation de flou relatif qui entoure les services sociaux hospitaliers aujourd'hui, peut-on faire une opportunité de créativité institutionnelle et d'amélioration du service rendu aux usagers les plus vulnérables de l'hôpital ?

« Les conditions institutionnelles de développement d'un service social de qualité ne sont pas réunies aujourd'hui. »

De l'indépendance professionnelle à la coopération

Le décret du 28 mars 1993 définit les missions de l'assistant socio-éducatif à l'hôpital. Il se doit « de conseiller, d'orienter et de soutenir les personnes accueillies et leurs familles, de les aider dans leurs démarches et d'informer les services dont ils relèvent pour l'instruction d'une mesure d'action sociale. Ils apportent leur concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales rencontrées par la population ou d'y remédier ».

L'intervention sociale dans le milieu hospitalier est marquée par le contexte dans

lequel elle intervient. Même si le décret de 1993 institue l'indépendance du service social hospitalier à l'égard du service médical, elle reste malgré tout largement liée à la prise en charge médicale du patient. D'une certaine manière, « le travail d'un assistant social est fort proche, par sa nature, de celui d'une profession libérale (les assistants sociaux peuvent d'ailleurs parler de leur « client ») même lorsqu'il exerce à l'hôpital public »³². Cet aspect intimiste de la relation malade-assistant social nécessite un cadre adapté qui repose sur des règles éthiques et déontologiques somme toute fort proches de celle des soignants : respect de la dignité, non discrimination, information/consentement, confidentialité/secret, compétence, indépendance,...)³³. Avec l'affirmation d'une intervention socio-éducative plus que médico-sociale, l'objectif est d'aider les patients à « retrouver leur autonomie ». Il ne s'agit plus, comme dans un modèle de lutte contre l'indigence, d'une normalisation essentiellement par la mise en œuvre

d'actions concrètes mais de l'instauration d'une relation permettant que le patient retrouve dans son environnement les moyens de conduire sa vie de manière autonome. Néanmoins, le travail social a eu tendance à s'envisager dans le cadre d'une relation duelle, comprise comme relation d'aide, dans laquelle l'aspect relationnel a eu tendance à devenir un outil d'intervention en tant que tel et à brouiller les frontières entre le travail social et le travail psychothérapeutique³⁴. Or, il apparaît de plus en plus clairement que le service social s'inscrit dans une démarche globale, ouverte sur l'environnement³⁵. Il est de plus en plus clair que le travail socio-éducatif

²³ J. Beaugrand et alii, *op. cit.*, p. 68.

²⁴ *Ibidem*, p. 68.

²⁵ *Ibid.*, p. 68.

²⁶ *Ibid.*, p. 69.

²⁷ *Ibid.*, p. 70.

²⁸ R. Lafore, *op. cit.*, p. 21.

²⁹ F. Dubet, *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil, 2002, pp. 77 à 83.

³⁰ R. Lafore, *op. cit.*, p. 22.

³¹ *Ibidem*, p. 22.

³² J. Ward (Dir.), *Santé : intervention sociale*, Paris, Masson, 1997, p. 108.

³³ Code de l'A.N.A.S (Association National des Assistants Sociaux), 28 novembre 1994

³⁴ M. Christen, « La supervision en travail social. Une approche de la complexité bricolée au quotidien », *Droit et société*, 46, 2000, pp. 475-484.

³⁵ J. Ward, *op. cit.*, p. 108.

ne peut plus gérer et répondre seul aux situations complexes des patients dans un contexte où la précarité tend à s'amplifier, l'organisation hospitalière à se rationaliser et où les services externes ne sont pas toujours à la hauteur des besoins. Il est apparu de plus en plus clairement qu'il y avait lieu de tenir compte de l'environnement proche de l'utilisateur et des autres intervenants médico-sociaux. Pour les travailleurs sociaux intervenant en institution, il y a lieu également de tenir compte des spécificités et des interactions entre les équipes avec lesquelles ils sont amenés à travailler. L'assistant social intervient donc dans un univers complexe dans lequel il y a lieu de tenir compte et d'articuler les attentes parfois complexes des usagers, les possibilités de soutien et d'assistance de professionnels mais aussi de l'entourage ou de bénévoles, ce qui demande des collaborations, un décloisonnement des institutions et des métiers. A travers la visée d'insertion et l'affirmation des droits des usagers, les prestations sociales sont aujourd'hui adossées à l'idée d'une gestion individualisée des parcours. « La compétence de relation d'aide, qui était la propriété du travailleur social, devient partagée, l'action d'accompagnement est conçue comme ensemble institutionnel, avec l'émergence d'une culture du résultat, le travailleur social fait partie d'un projet institutionnel »³⁶. Dans des domaines qui se situent au croisement du sanitaire et du social, comme dans l'intervention sociale à l'hôpital, la complexité des situations de personnes âgées ou de personnes atteintes de maladie chronique, éventuellement en situation de précarité, semble demander des modalités d'intervention renouvelées, nécessitant une approche collective, une alliance avec les usagers et des partenariats³⁷. A cet égard, le développement de réseaux socio-sanitaires est particulièrement significatif. Au-delà des réseaux formels, il s'agit souvent d'initiatives de profession-

nels de la santé et de travailleurs sociaux pour chercher des solutions à la prise en charge des publics en difficulté. Ainsi, comme le rapporte M. Le Bris dans les *Actualités Sociales Hebdomadaires*, du partenariat entre la ville d'Alès (Gard), le conseil général, les établissements de soins, les associations de professionnels et de patients résultent aujourd'hui dix réseaux de santé qui visent à favoriser « une prise en charge globale et cohérente des personnes sur le plan médical, psychologique et social »³⁸. Ces réseaux constituent des lieux ressources pour les professionnels. Ils organisent des formations inter-disciplinaires, des rencontres thématiques entre professionnels et usagers dans le domaine de l'addiction, de la psychiatrie, ... Cependant, la grande difficulté de ces initiatives est le manque de reconnaissance des tutelles pour pérenniser les dispositifs. Ce type d'initiative et de processus de recherche de solutions nouvelles et plus adaptées à la situation et aux attentes des patients chroniques ou âgés se retrouve également à l'hôpital. Ainsi, dans un hôpital comme le Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille, des projets et des groupes transversaux se sont mis en place dans le domaine des maladies chroniques ou de la gériatrie. Pensons notamment au dispositif des « soins de support ». Il s'agit d'une initiative visant une prise en charge globale et un soutien des patients en oncologie tout à la fois sur le plan médical (douleur, ...), du confort (soins socio-esthétiques), du soutien psychologique ou social. Cette démarche demande un apprentissage de la part des différents intervenants en vue d'articuler leurs interventions, de s'articuler adéquatement avec la structure hospitalière et, peut-être surtout, d'être en phase avec le parcours du patient au sein et en dehors de l'hôpital. Le parcours hospitalier des personnes âgées est également un enjeu important d'organisation ou de réorganisation de

l'intervention des différents professionnels ou des établissements et des services pouvant contribuer à la qualité du séjour hospitalier et, plus globalement, au parcours existentiel des patients en aval de l'hôpital, qu'il soit à domicile ou en institution. Là-aussi, il y a un véritable enjeu d'apprentissage de la part des différents partenaires à organiser et coordonner leurs interventions dans la perspective de la meilleure qualité possible des soins et du meilleur respect possible des souhaits des patients et de leur famille. Dans ce cadre, la fonction sociale est évidemment centrale. Elle pose également des questions éthiques délicates par rapport aux impératifs économiques, au *turnover* des patients et aux pressions qui pourraient être faites pour accélérer la sortie des patients. De ce point de vue et sans faire d'angélisme, il semble que le travail social, mais plus généralement les dispositifs de prise en charge, « doivent sortir de leur *invisibilité*, savoir se raconter, se décrypter et porter des propositions (...) »³⁹. Pour ce faire, ces démarches demandent que se mettent en place des processus d'apprentissage explicites dans lesquels se construisent, se co-construisent collectivement des représentations et s'élaborent des stratégies innovantes pour venir mieux en aide et en appui des projets de vie des patients. Le projet est un enjeu croisé pour l'individu concerné et le contexte humain et institutionnel du patient⁴⁰.

Le caractère explicite de cette démarche d'apprentissage est aussi un creuset opératoire pour lutter contre l'instrumentalisation administrative, politique ou économique. Cette démarche fait d'ailleurs peur à certains dans la mesure où, dans ces conditions, il est plus difficile d'instrumentaliser des professionnels « qui ont développé de sérieuses compétences en modélisation de la complexité et savent concevoir des stratégies pour faire avancer leurs idées au service des

usagers »⁴¹. Grâce aux « compétences conjointes des usagers et des réseaux de professionnels, grâce aux opportunités offertes par de multiples dispositifs, ils peuvent rouvrir des choix, rendre aux usagers, même les plus démunis, la faculté de prendre des décisions pour leur vie, leur permettre donc de redevenir acteurs et citoyens »⁴².

Un soutien et une capacité de remise en question institutionnels

Ces processus d'apprentissage sont nécessaires pour faire face à la complexité des situations et développer les capacités qui permettront de mieux prendre en compte les paramètres qui conditionnent la satisfaction d'objectifs multiples engagés dans ces situations comme la qualité des soins par la coordination des interventions, le respect de l'autonomie des usagers, la prise en compte des principaux éléments de leur environnement, des limites en termes de moyens ou de budget, des partenariats. Ils conditionnent également la capacité des professionnels et des institutions dans lesquelles ils sont amenés à intervenir, de fournir plus globalement des réponses à la fois plus adéquates et plus légitimes aux usagers qui relèvent d'eux.

Comme le soulignait l'étude de l'AP-HP, la qualité et la continuité des services que peuvent rendre les services sociaux hospitaliers et, en particulier, les cadres socio-éducatifs sont fonction de la reconnaissance et de l'appui que peuvent offrir les cadres institutionnels dans lesquels ils sont amenés à intervenir. A cet égard, ils insistent sur le fait que les conditions institutionnelles de développement d'un service social de qualité ne sont pas réunies aujourd'hui. Ils estiment qu'il est nécessaire de garantir de meilleures conditions de travail aux assistants sociaux hospitaliers (effectif, lieux de travail, budget, partenariat), de favoriser la possibilité d'un réel positionnement du cadre du

³⁶ R. Lafore cité par M. Le Bris, « Oser le sursaut pour ne pas disparaître », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 20 février 2009, n°2597, p. 30

³⁷ M. Le Bris, *op. cit.*, p. 30.

³⁸ *Ibid.*, p. 31.

³⁹ *Ibid.*, p. 32.

⁴⁰ Céline Maury-Zing et alii, « Projet de vie et projets de soins personnalisés dans les hôpitaux gériatriques », *Soins Gériatriques*, n°77, mai/juin 2009, p. 30 et svt.

⁴¹ M. Christen, *op. cit.*, p. 484.

⁴² *Ibidem*, p. 484.

social dans l'organisation, notamment, en améliorant sa formation. Ils reconnaissent également la nécessité d'une souplesse, d'une autonomie et d'une faculté d'adaptation de la part de ces services, ce qui n'est pas facile dans le domaine sanitaire et social. Il semble donc que les conditions de développement d'un travail social de qualité, adéquat aux enjeux d'une prise en charge globale, respectueuse de l'autonomie des patients et réaliste quant aux moyens qu'il est possible de mettre à disposition des patients demandent une sorte de refondation de l'articulation entre les missions professionnelles et la gouvernance institutionnelle. Il s'agit, par exemple, « de réfléchir aux moyens d'associer les travailleurs sociaux à l'évolution du projet associatif et, inversement, d'impliquer les administrateurs dans le projet technique de l'établissement »⁴³. Il faut donc que les efforts d'apprentissage des professionnels et des organisations à fournir des prestations complexes adéquates puissent être reconnus et soutenus par les institutions. Il s'agit pour les différents corps professionnels et les différentes parties prenantes de l'institution de « négocier sa position spécifique avec les autres et (d') adapter ses valeurs, ses savoirs et ses pratiques de manière à façonner une cohérence institutionnelle qui n'est plus donnée mais à construire »⁴⁴. Dans cette mesure, l'article 2 du décret de 1993 est relativement précurseur puisqu'il prévoit que les assistants socio-éducatifs doivent participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement dont ils relèvent. Sans doute cette logique est-elle à approfondir pour ne pas rester marginale dans ce processus mais, au contraire, s'inscrire pleinement dans le développement des institutions. Pour J. Haeringer, il s'agit dans cette perspective de renouveler le pacte d'engagement associatif, de ne pas opposer

la logique associative (d'action sociale) et la logique gestionnaire⁴⁵ mais d'introduire la première dans la seconde. Il ne s'agit pas de réduire la logique d'action sociale et de proximité à une logique de rationalisation des organisations mais d'introduire celle-ci dans les processus de gestion de l'organisation afin que ceux-ci tiennent compte des exigences de l'action de proximité avec les destinataires de l'action sociale. Il s'agit d'arriver à transformer les processus de décision et de gestion pour qu'ils puissent tenir compte des expérimentations menées sur le terrain. Pour cela, il semble nécessaire de promouvoir la capacité d'agir des usagers dans les espaces institutionnels mais aussi une capacité des cadres institutionnels de se transformer pour faire droit, voire pour stimuler ces démarches d'engagement collectif autour des patients. Il faut que le cadre institutionnel favorise les expérimentations qui permettent d'articuler les logiques médicale et sociale tout en faisant droit au point de vue des usagers, en acceptant de se modifier pour tenir compte des résultats de celles-ci.

Les conditions d'un apprentissage de la fonction sociale à l'hôpital

Il semble donc que l'enjeu central d'un développement et d'un renforcement éthiques de la fonction sociale à l'hôpital réside dans l'émergence et la reconnaissance de processus permettant aux acteurs concernés d'apprendre à concilier une réelle prise en compte de la situation des individus singuliers tout en respectant les intérêts collectifs que sont censés matérialiser les institutions sanitaires et sociales et les cadres réglementaires qui les régissent. Pour ce qui concerne les services sociaux hospitaliers, il faut que les professionnels se mobilisent pour développer une meilleure compréhension et donner une meilleure visibilité aux enjeux de la prise en charge sociale des patients

fragiles. Il faut que ces mobilisations et les processus qui en émanent puissent intégrer les cadres institutionnels de l'hôpital. Il faut, d'une part, rendre les services sociaux capables d'effectuer cette recherche collective quant aux meilleures manières d'offrir un soutien social aux patients et, d'autre part, que l'institution hospitalière rende possible et soutienne cette démarche tout en se rendant capable de transformer ses cadres de décision et de gestion pour donner aux services sociaux une place qui tienne compte des enseignements des expérimentations menées. La place relativement indéfinie sur le plan structurel des services sociaux hospitaliers semble pouvoir être une opportunité pour le développement d'une prise

en charge adéquate des patients aujourd'hui dans la mesure où cette indétermination facilite la mise en œuvre de démarches innovantes de la part des acteurs concernés et la possibilité d'une adaptation des cadres de l'action sociale à l'hôpital. Une telle dynamique demande sans doute la mise en place plus explicite de mécanismes d'évaluation adaptés de la fonction des services sociaux en coopération avec d'autres acteurs au sein de l'hôpital pour assurer et combiner les visées de qualité des soins, de respect de l'autonomie et de justice qui sont au principe de l'activité hospitalière.

⁴³ M. Le Bris, *op. cit.*, p. 31.

⁴⁴ R. Lafore, *op. cit.*, p. 21.

⁴⁵ J. Haeringer, « Quelle modernisation pour les associations », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 17 avril 2009, n°2605, p. 23.



■ De l'intervision à la remise en question. De la place du travail social en hôpital à la place du patient. De la rentabilité à l'humanité

Béatrice MILLET, Catherine MONTREUIL, Colette LOSFELD,
Jean-François DE WAELE, Marie NOE, Muriel CALLENS,
Nelson GUERREIRO, Belgique

Les réflexions présentes dans cet article ont émergé dans le cadre d'un travail d'intervision regroupant des assistants sociaux de services sociaux hospitaliers¹.

Il nous apparaît intéressant de présenter dans un premier temps la démarche d'intervision qui a été la nôtre pour ensuite plonger au cœur de situations que nous avons travaillées et que nous rencontrons dans notre quotidien. Pour terminer, nous dégagons des questions que ces situations soulèvent et qui nous semblent essentielles à prendre en considération pour apporter plus d'humanité dans le monde hospitalier.

A l'origine, une démarche d'intervision².

Au cœur de l'intervision : la retranscrite de l'expérience professionnelle

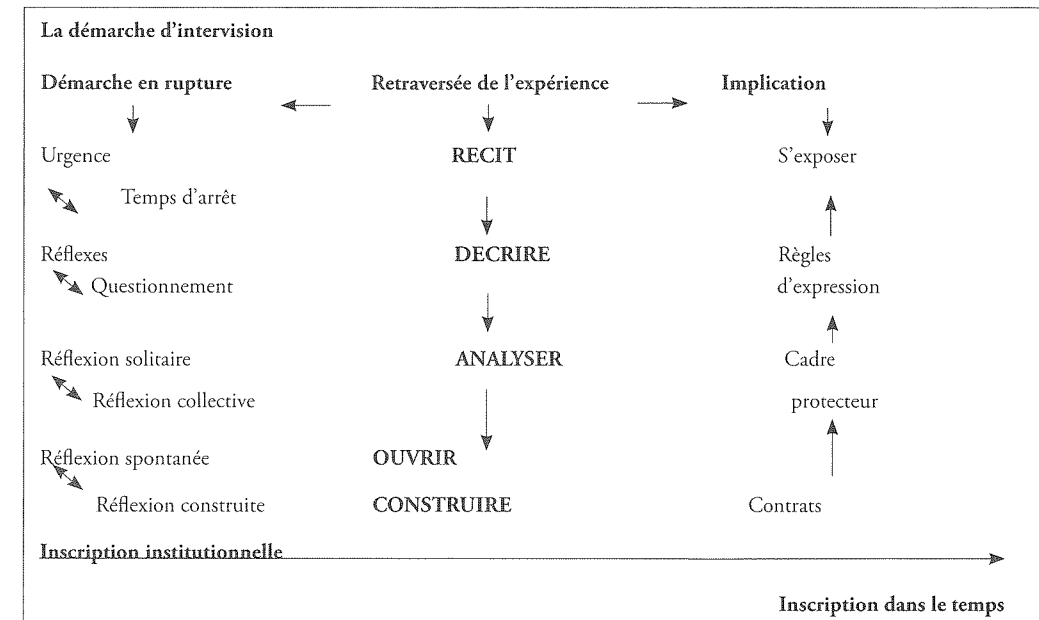
La démarche d'intervision permet au sein d'un groupe de professionnels la mise au travail de situations qui leur posent question. Au cœur de l'intervision, il y a la retranscrite de l'expérience professionnelle. Il s'agit de raconter sa pratique, de la décrire, de l'analyser, afin de saisir ce qui s'y joue et de mieux rebondir demain dans le quotidien tant individuellement que collectivement.

L'intervision se veut un lieu pour penser son travail et soulever les différentes questions qui traversent la pratique de l'intervenant. La réflexivité est au cœur de cette démarche d'analyse collective

qui se situe d'une certaine manière en rupture avec la réalité quotidienne du travailleur social. Dans celle-ci, le professionnel est souvent pris par l'urgence des situations qui se suivent. L'intervision offre alors un moment d'arrêt par rapport à « l'enchaînement » des situations qui caractérise son quotidien.

Au fil des années, le professionnel met également en place des manières de faire « réflexes ». La prise de recul et le questionnement ne sont pas toujours évidents car il y a un manque de temps et de lieux pour les soutenir. C'est aussi souvent une réflexion solitaire et spontanée que le professionnel développe dans le quotidien. L'intervision propose un lieu où l'échange avec d'autres est possible et central, où la réflexion et l'analyse peuvent se construire progressivement. C'est toute l'intelligence collective qui peut être ainsi mobilisée.

Il est essentiel également que la démarche d'intervision s'inscrive dans le temps. C'est la mise au travail de manière fréquente et répétée qui permet un autre regard sur la réalité professionnelle et la construction de balises pour les interventions du travailleur social. La retranscrite de l'expérience permet ainsi le passage d'une pratique intuitive - hésitante et incertaine pour les débutants, routinière pour les travailleurs sociaux expérimentés - à une pratique plus réfléchie. Pour reprendre le langage de Donald A.Schon, c'est « le praticien réflexif » qui est au cœur de ce travail.



Ce schéma montre que la retranscrite de l'expérience est au cœur du travail d'intervision. Par le récit d'une situation, sa description, l'ensemble du groupe peut tenter d'analyser ce qui s'y joue et voir comment construire des pistes d'intervention et ouvrir ainsi les possibles.

Pour les participants, cette démarche est en quelque sorte en rupture avec ce qui caractérise le quotidien de l'intervenant : l'urgence, les réflexes de fonctionnement, la réflexion solitaire. Enfin, le travail d'intervision suppose une implication des participants et donc la mise en place d'un cadre protecteur.

En effet, déposer sa pratique ne va pas de soi, cela peut même représenter une prise de risque. La peur du regard des autres, l'insatisfaction rencontrée dans l'intervention, le caractère parfois peu fréquent de ce type de démarche, l'ampleur du questionnement sont autant de résistances possibles et légitimes. Pour arriver à se raconter en situation et à échanger avec d'autres, il est essen-

tiel que la confiance, l'estime, la reconnaissance et le respect soient présents. Cette confiance est nécessaire pour permettre l'ouverture de soi, l'expression des sentiments et des préoccupations par opposition à la dissimulation. L'attitude de non-jugement soutient cette démarche.

Il importe de définir avec le groupe un cadre « protecteur » qui stipule différentes règles dont chacun des participants est le garant. Ces règles de fonctionnement se disent et se construisent au fur et à mesure des interventions. Elles sont rappelées si nécessaire. A titre d'exemple : le respect, l'écoute, l'engagement, la confidentialité des échanges, le droit à l'erreur, etc.

Quel est le sens de cette « retranscrite des expériences » ?

Croiser les points de vue pour élargir les possibles

Au fil du temps, l'intervenant social se forge une certaine vision de la réalité

¹ La démarche d'intervision était animée par Véronique ALBERT et organisée dans le cadre de la FNAMS

² Les propos qui suivent s'inspirent largement d'un article de V.Albert : « Vers une démarche d'intervision » in *Supervisions éco-systémiques en travail social. Un espace tiers nécessaire*. Sous la direction de Paule Lebbe-Berrier. Erès, 2007. Pour plus d'information sur la méthodologie en intervention, nous invitons le lecteur à consulter cet article.

à laquelle il est confronté. Il construit progressivement ce que nous pourrions appeler son expertise de la quotidienneté, c'est-à-dire son analyse de la situation dans laquelle il est plongé.

L'intervision va permettre de prendre conscience de ce qui mobilise le professionnel dans l'expérience mise au travail. C'est mettre à jour son cadre de référence, sa relation à la situation, ses analyses et faire en quelque sorte un travail de décentration. L'apport des autres participants, le croisement de manières de voir différentes, l'émergence d'autres pistes d'analyse vont permettre au professionnel de faire des prises de conscience, d'élargir son cadre de référence et par là le champ des possibles.

Soutenir les professionnels face à la complexité

L'intervision place le professionnel au cœur de la démarche en lui donnant la parole. Elle l'invite à développer sa confiance en lui-même, à reconnaître sa valeur en tant que ressource. Elle offre un espace d'écoute, d'échanges, d'élaboration de l'analyse et reconnaît la complexité du travail de terrain. C'est un questionnement à différents niveaux - de l'individuel au sociétal - qui s'élabore.

La qualité du travail réalisé et le climat qui se crée soutiennent le professionnel au moment de la traversée de l'expérience et sont porteurs également pour ses interventions futures. Car comment écouter si l'on n'est jamais écouté ? Comment aider à formuler une demande, si l'on ne peut soi-même identifier ce que l'on attend ? La liste des questions de ce genre pourrait être longue. Faire l'expérience de l'attention, de la prise de recul, de l'analyse, de la bienveillance, etc., c'est pouvoir par la suite les reproduire.

Faire la traversée de son expérience en étant accompagné par d'autres permet d'imaginer, de construire et d'ex-

périmenter de nouvelles pratiques. Construire ensemble donne du soutien au professionnel dont la réalité est trop souvent de se retrouver seul en situation d'intervention. Un langage commun peut voir le jour. Le sentiment d'appartenance à un groupe de professionnels peut être renforcé. Et c'est ainsi tant l'acteur individuel que collectif qui peut se construire.

Notre parole d'acteurs

Comme participants à l'intervision nous pouvons témoigner de ces différentes dimensions. Pour nous, l'intervision a permis et permet le recul, la réflexion, la remise en question. C'est aussi l'occasion de déposer son sac à dos et d'entendre le point de vue des autres sur une situation.

« L'intervision a été pour moi l'occasion de me retrouver avec d'autres qui vivent le même problème que moi : la perte d'humanité dans les relations sociales au sein de l'hôpital. Ensemble nous avons fait le constat que les soins de santé semblent de plus en plus basés sur la rentabilité économique. »

S'interroger entre assistants sociaux, c'est construire ensemble comme une « fraternité de questionnements ». Nous n'avons pas toujours trouvé des réponses à nos interrogations. Mais sentir que d'autres partagent les mêmes questions est rassurant et aide à aller de l'avant : par exemple à la rencontre des autres professionnels car c'est ensemble qu'il nous faut remettre au travail la question de l'humanité. »

Mais ne brûlons pas les étapes. Prenons le temps d'entrer dans les réalités quotidiennes qui sont les nôtres au sein de l'hôpital et qui ont été au cœur de notre démarche d'intervision.

Plongée au cœur des réalités quotidiennes

Dans ce deuxième point, nous faisons

échos de quelques situations que nous avons « retraversées » pour tenter de voir ce qui s'y joue et ce qui pose question. Les expériences retenues mettent en évidence certaines dimensions et moins d'autres. Nous ne pouvions reprendre toutes les expériences travaillées. La description faite reste générale par respect du secret professionnel. Notre volonté est d'ancrer le questionnement de la troisième partie dans les réalités quotidiennes.

La sortie : moment important et loin d'être évident

Madame X est hospitalisée suite à une chute. Elle est à présent confuse. Elle vit seule à son domicile. Le service fait appel au service social « pour gérer la sortie ».

L'entretien avec la patiente n'est pas aisé vu le problème de confusion.

Le travail se fait donc avec la famille.

La position de celle-ci est de s'orienter vers le retour à la maison en guise d'essai.

L'assistante sociale contacte tout le réseau pour la mise en place des différentes aides au domicile (infirmière, kinésithérapeute, repas, aide-familiale et téléassistance). Il est prévu que le petit-fils passe tous les jours et le fils une fois par semaine au minimum.

L'assistante sociale renvoie cette proposition à l'unité de soins qui répond que cela risque d'être difficile, que la famille ne se rend pas compte de la situation.

La famille maintient vouloir faire l'essai du retour à la maison. Et d'aviser si cela est un échec. Les infirmières et les médecins ne semblent pas d'accord avec cette orientation.

Ce qui est difficile dans cette situation, c'est que l'assistante sociale doit jouer le rôle de « passeur d'informations » entre les autres professionnels et la famille.

De plus, l'assistante sociale a été appelée dans l'urgence pour une situation où l'on pouvait faire l'hypothèse que le retour poserait question.

Le médecin dit « sortie », l'infirmière dit « attention », quelle est alors la position que nous pouvons prendre comme AS ?

Face à des discours divergents, quelle place pour la famille ?

La famille a sans doute tout un chemin à faire pour accepter la réalité nouvelle de la maman (confusion récente), pour se faire à l'idée que la vie à la maison n'est peut-être plus possible. Comment prend-on en considération cette dimension. L'intervention risque autrement d'être terriblement violente face à cette famille qui se veut bienveillante.

Comment travailler-t-on avec ces dimensions ? N'y a-t-il pas un temps d'échec qui peut permettre l'acceptation de la situation ?

Madame Y est dite sortante mais l'assistante sociale ne la trouve pas bien.

Madame vit seule et dans des conditions matérielles difficiles - problème de chauffages. Cette personne a toujours vécu avec ses parents, qui aujourd'hui sont décédés. Elle n'a pas été mariée.

C'est une sortie qui n'est pas évidente.

Madame n'est pas très au clair et ne semble pas voir le problème du retour.

Pour l'assistante sociale, cette situation la renvoie à une autre histoire et à une expérience difficile où une personne est

« On en a marre de ce travail, c'est de l'abattage et nous ne sommes pas des bûcherons. Il n'y a plus de plaisir à être AS. »

sortie et est ensuite décédée. Organiser la sortie d'une personne alors que l'on perçoit des risques et un contexte peu propice pose question.

Madame Z est âgée de 55 ans. Elle est hospitalisée suite à un AVC. Elle est hémiplégique. Elle a un passé de maniaque-dépression. Elle est en instance de divorce. La convention de séparation prévoit qu'elle doit quitter la maison. Elle a deux enfants de 20 et 26 ans. La perspective est un placement en maison de repos...

Madame communique difficilement. L'ex mari ne peut plus être véritablement un interlocuteur et la relation avec ce dernier n'est pas facile. Les enfants sont perdus et ne prennent pas position. De ce fait, l'assistante sociale se sent seule. Dans la pratique, il est pourtant important de partir de la demande et de la parole des personnes. L'équipe de soins semble avoir abandonné cette patiente (rééducation impossible). L'assistante sociale éprouve un sentiment de souffrance car elle a l'impression que l'on n'a pas donné à cette dame toutes ses chances. L'intervenante est touchée par la réalité de vie de cette personne car elle l'a suivie quand celle-ci venait en hôpital de jour. Madame avait réalisé tout un travail pour arriver à trouver un équilibre, pour sortir de ses difficultés, pour arriver à mettre ses limites. Avec l'AVC, l'AS a été témoin sur une seule journée de toutes les conséquences. Au fil des heures, tombaient l'une après l'autre les choses qu'elle ne pourrait plus faire. Aujourd'hui, il faut faire le placement en maison de repos mais il n'y a pas d'interlocuteur. L'enjeu : comment faire cet accompagnement en restant dans l'humanité ?

L'interpellation d'un service social, écho d'une expérience

Voici à présent une situation qui fait écho de la démarche mise en place par

un service social face à la difficulté du travail quotidien.

Un constat : les prestations du service social (statistiques) ont augmenté de 10% sur les derniers mois

Les travailleurs du service disent : « *on en marre de ce travail, c'est de l'abattage et nous ne sommes pas des bûcherons. Il n'y a plus de plaisir à être AS.* »

Une perspective : réfléchir ensemble pour analyser la situation et faire une proposition à la direction pour améliorer les choses.

Une démarche : la rencontre de la direction et la demande d'un mi-temps supplémentaire. La direction saisit bien la situation et relaye la demande au niveau du comité de gestion.

Une réponse : OK pour le temps de travail en plus mais dans les 6 mois, on doit constater une baisse de la durée d'hospitalisation en médecine interne

Au terme de toute cette démarche, nous pouvons dire que nous avons été entendus par la direction mais dans la décision finale on ne voit pas la qualité du service pour le patient, celui-ci est absent. Cela pose question.

Si dans l'intervention, un premier enjeu de la « traversée des expériences » est d'aider dans son intervention le professionnel qui les dépose, dans le cadre de cet article nous allons moins nous attarder sur cette dimension mais davantage évoquer le questionnement que ces situations ont fait émerger.

Des questions et des options pour aujourd'hui et demain

L'expérience singulière ouvre à un questionnement qui a une portée plus générale. Le passage du particulier au global est au cœur de l'intervention. Comme si chaque récit charriait avec lui l'ensemble de la société, ses valeurs, ses normes, ses

institutions.

La réflexion sur une situation passée permet ainsi d'appréhender les situations à venir d'une autre manière et de réfléchir pendant l'intervention avec de nouveaux outils.

Selon M. Billette de Villemeur « (...) la pensée révoque des situations passées. Les situations anciennes "revisitées" ne sont plus jamais vues de façon identique, ainsi s'exerce une pertinence toujours plus grande face à l'environnement et en particulier face à l'imprévu. Le temps est transformé : le passé, le présent et le futur sont comme « tricotés » ensemble. Le passé au cours de cette réflexion pourra servir plusieurs fois. Avec le présent, il constitue une part des matériaux qui vont construire l'avenir. »

Il y a un mouvement qui peut ainsi s'opérer : de la préoccupation à la mise en projet. L'intervention soutenant ainsi le passage d'une préoccupation synonyme d'inquiétudes, de stress, de blocages à une préoccupation qui ouvre au projet.³

Le projet qui s'est progressivement dessiné au fur et à mesure de notre travail est celui de la place de l'humanité dans les relations au sein de l'hôpital.

Des évolutions qui nous posent question

Nous avons identifié quelques grandes tendances :

- la spécialisation et donc la non prise en compte de la personne dans sa globalité ;
- la rentabilité économique avec un rapport au temps de plus en plus difficile (x jours et puis sortie) et le risque que

la dimension humaine passe au second plan ;

- l'hyper contrôle avec la volonté d'établir des statistiques pour avoir des tableaux de route pour standardiser les interventions et les procédures. Mais alors quelle place pour le patient ?

Dans un contexte comme celui-là, que faisons-nous en tant qu'assistant social ?

Il est essentiel de se recentrer sur notre mission et de construire un discours avec les priorités qui sont les nôtres.

Nous avons la volonté de prendre la personne dans sa globalité, de la considérer avec toute son histoire où il y a un avant et un après l'hospitalisation.

C'est un des enjeux pour le service social.

Dans la construction de ce discours, il est intéressant de pouvoir identifier les acteurs qui peuvent être nos alliés. Les assistants sociaux ne sont pas les seuls à souffrir des logiques en place dans l'hôpital. Les infirmières sont aussi dans des situations impossibles. Comment

faire alliance ?

La relation à l'Autre qui donne sens à notre travail d'accompagnement et dans laquelle nous avons une certaine marche de manœuvre est aujourd'hui polluée par ces différentes logiques avec les risques d'une part d'une perte de respect du patient et d'autre part un épuisement du professionnel face au non sens que pourrait avoir son intervention.

Pour un travail social à visage humain

Et si la question de la place du service social est clairement posée, il en est une

« L'hôpital est immergé dans une culture de l'urgence et notamment l'urgence de la sortie. »

³ V.Albert, op.cit

autre aussi importante, celle de la place du patient. Dans un travail social à visage humain cette place est capitale.

L'assistant social se doit alors d'être vigilant à différentes dimensions pour tenter de garder un accompagnement digne de ce nom. Savoir qui a la demande, où est l'urgence, quel est le projet des personnes semblent des questions essentielles.

Nous l'avons découvert dans les situations relatées au point précédent, il semble que l'hôpital soit immergé dans une culture de l'urgence et notamment l'urgence de la sortie. Le temps devient alors une denrée rare.

C'est une réelle difficulté dans un contexte de pression économique (durée moyenne de séjour) de prendre en considération le temps, de se donner le temps. Temps de parole et d'expression à la personne âgée, à la famille quant au projet de sortie, temps pour trouver les pistes – aides au domicile ou maison de repos. Certains d'entre nous ont été véritablement confrontés à des situations où la pression est insupportable et où il est « humainement » inacceptable de faire sortir une personne. Ce qui a d'ailleurs poussé l'assistant social à demander au médecin : « si c'était ton père, tu le ferais sortir ? » La réponse a été : « non ».

Nous nous sommes aussi interrogés sur le fait que, par moment, l'urgence est « créée » par le fonctionnement institutionnel. L'assistant social est appelé dans l'urgence pour une situation où l'on pouvait faire l'hypothèse que le retour poserait question. Comment anticiper cette demande pour éviter de se trouver dans des situations où l'humain va trinquer ?

La perception que les différents acteurs ont du moment de la sortie peut être très différente et la surprise est parfois au rendez-vous quand la sortie est an-

noncée. De manière un peu caricaturale et en forçant le trait, nous pourrions énoncer les choses de la manière suivante.

Pour le patient, je sors si je me sens en état et guéri.

Pour le médecin, le temps écoulé et prévu par la loi est atteint donc la sortie est programmée.

« Sortant » et « Guéri » ne recouvrent pas la même réalité. Pour le patient, il y a parfois égalité entre ces deux termes avec l'incompréhension et l'agressivité qui peuvent en découler quand il ne se sent pas prêt à sortir et que le verdict tombe.

Nous le voyons apparaître dans la réflexion qui précède, la demande de sortie ou la demande d'intervention ne vient pas toujours du patient. Qui a la demande est souvent la question préliminaire à se poser pour nous, assistants sociaux. Dans beaucoup de situations, le médecin, les infirmières, des intervenants extérieurs, la famille sont à l'origine de la demande. Cela met le travailleur social dans une position particulière, qu'il importe de clarifier. Qui veut quoi ? Il sera essentiel de laisser une place à la personne directement concernée pour se mettre autour de la table ensemble. Cette présence est importante même si la personne est confuse. Nous pourrions même imaginer dans des situations où pour diverses raisons la personne ne peut être là de prévoir une chaise vide qui symbolise ainsi sa présence et le fait que l'on va être vigilant à prendre en considération son point de vue.

Relation d'aide, relation d'êtres

Au cœur du travail de l'assistant social : la relation d'aide. Celle-ci est aussi une relation d'êtres. C'est en la définissant de la sorte qu'elle prend visage humain mais cela n'est pas sans

conséquence pour l'assistant social. Cela suppose d'oser la rencontre de l'Autre, d'oser la relation. Ne nous laissons pas enfermer dans la routine : non pas une sortie à gérer mais une personne avec son histoire qui est aujourd'hui confrontée à une situation où il va être difficile de retrouver sa vie d'avant. C'est à chaque fois une nouvelle histoire et une situation unique.

Dans cette rencontre, comme assistant social, nous sommes notre premier outil de travail. Et certains jours, il n'est pas simple d'entendre tout le vécu et les souffrances – il en est de même pour tous les professionnels de l'aide. Comment « tenir » sur le long terme sans prendre tout sur son dos ?

Si l'expérience de vie du travailleur social peut être une richesse pour accompagner l'Autre, il importe que celui-ci ne se retrouve pas seul et puisse en parler en équipe afin de construire ensemble un accompagnement à visage humain.

Prendre soin de soi, être vigilant comme Guy Ausloos le dit au « confort de l'intervenant » n'est pas anecdotique. Remettre le patient et le projet de sa sortie au cœur des préoccupations et pouvoir être véritablement dans une démarche d'accompagnement, chercher et trouver le soutien des autres membres de l'équipe, ne pas rester seul comme professionnel au cœur de la tempête : autant de vigilances à avoir mais aussi de manières de faire à créer au sein de l'hôpital. Pouvoir « être » et pas seulement « faire ». Est-ce une utopie ?

Comme assistant social, une place à prendre et à construire dans l'hôpital

Dans le monde médical, quelle place pour le social ? Oui, il y a par moment une nécessaire confrontation des points de vue. Susciter cette confrontation, pouvoir partager son positionnement et son questionnement est indispensable pour construire un travail social à visage humain, pour construire l'humanité dans le monde hospitalier.

Un travailleur social qui s'implique, qui est dans une approche « psychosociale », qui prend en considération l'histoire et les demandes de la personne, voilà ce que nous pensons être important.

Cela interroge certainement l'identité du travailleur social au sein de l'hôpital. Non pas un technocrate - au service de l'économique - dont les deux outils de travail sont le téléphone et le répertoire et qui développe une efficacité administrative déshumanisée. Cela pourrait conduire à trouver une maison de repos sans

avoir vu la personne âgée - cette image n'est pas éloignée de certaines réalités. Il s'agit d'être un professionnel capable de mobiliser son réseau et pour qui la relation est essentielle. La dimension humaine est alors remise en évidence.

L'enjeu pour arriver à développer ce type de travail : pouvoir en parler en équipe et travailler ensemble, professionnels et patients.

Cela suppose que nous construisions comme assistant social notre positionnement, que nous puissions nommer ce dont nous avons besoin comme professionnel pour travailler correctement dans des situations comme

« L'hôpital et la médecine spécialisée en particulier sont-ils encore en mesure de prendre soin de la souffrance de l'homme ? »

les sorties.

Cela portera ses fruits si un travail d'alliance entre les professionnels et les patients peut se construire. Oser s'affirmer dans un monde traversé par d'autres logiques : pas évident mais indispensable d'un point de vue éthique.

Au quotidien d'autres enjeux sont aussi présents même si dans le cadre de cet article nous n'avons pu les aborder. Nous ne voudrions pas passer sous silence celui de l'« accessibilité » aux soins » au sens large du terme et pas uniquement au niveau financier. L'hôpital et la médecine spécialisée en particulier sont-ils encore en mesure de prendre soin de la souffrance de l'homme dans ce qu'elle a de complexe, de pluridimensionnelle voir même d'universelle ? Le malentendu n'est-il pas aussi à l'entrée et non seulement à la sortie de l'hôpital ? Malentendu d'autant plus criant lorsque la sortie est associée à une rupture, une exclusion, une stigmatisation de la souffrance par des phrases telles que : on ne sait rien faire, c'est un cas social, un cas psy.

A nous lire, on pourrait penser que la réalité est noire. Elle est interpellante, nous ne pouvons le nier. Mais il est aussi important de souligner que se créent à différents moments, à différents endroits des manières de faire, d'être qui sont comme des « îlots d'humanité » et qui nous donnent l'envie que ces îlots s'agrandissent.

Pour poursuivre la réflexion...

Les questions sont posées, elles sont à mettre au travail. Pour nous, assistants sociaux, elles apparaissent comme des priorités car c'est aussi le sens de notre mission qui est interrogé.

L'intervision nous a permis de partager ce questionnement et c'est un réel débat éthique qui est ainsi ouvert.

« De manière générale, je considère que l'éthique se caractérise par la dimension du devoir, de l'obligation et qu'à la différence de l'obligation juridique, l'obligation éthique a sa source dans une nécessité intérieure (la voix de la conscience et non la peur du gendarme). L'obligation éthique est en outre étroitement liée au rôle du sujet : elle n'est pas nécessairement la même selon que je me présente avec telle ou telle casquette (celle du père, de directeur, de citoyen).⁴ »

C'est avec notre casquette d'assistant social et en écoutant la voix de notre conscience qu'ont émergé ces questions, ces interpellations. Trop souvent, la peur du gendarme nous guette, il importe de pouvoir faire alliance avec d'autres. La question qui doit donc à présent nous mobiliser est : comment faire alliance avec les différents acteurs pour plus d'humanité dans le monde hospitalier ?

■ Pour une éthique sociale de l'hôpital

JACQUEMIN Dominique, Enseignant-chercheur au Centre d'éthique médicale de Lille et à la Faculté libre de Médecine de l'Université Catholique de Lille, France. Aumônier aux cliniques Universitaires UCL de Mont-Godinne, Belgique
dominique.jacquemin@uclouvain.be

Traiter de la visée d'une éthique sociale de l'hôpital n'est pas une problématique aisée. Cette difficulté relève tout d'abord du lien entre hôpital-réflexion éthique d'une part et inscription sociale de la question d'autre part. Ces notions ouvrent à des champs de réflexivité et de compétence qui ne sont pas spontanément les nôtres : le lien social, l'économique et le politique, particulièrement dans les interrelations qu'ils établissent avec la médecine et la réalité de la santé individuelle et collective, publique. Et pourtant, j'aime relever cette invitation à penser puisque la thématique générale du numéro de la revue renvoie de manière explicite et intéressante à ce lieu de vie qu'est le nôtre : la structure hospitalière convoquée, par mandat social, à y déployer une médecine porteuse d'hospitalité et de solidarité pour tous les fragilisés de l'existence dont elle est conviée à prendre soin.

Conscient de ces limites, nous proposerons une démarche en quatre temps. Dans un premier temps, nous rendrons compte de la difficulté à ouvrir la problématique tant elle renvoie à un large horizon de questionnements attestant de la complexité théorique, pratique, clinique et imaginaire de la notion « une éthique sociale de l'hôpital ». Ce sera un premier effort de contextualisation, préalable à toute interrogation éthique. Dans une deuxième étape, nous rétrécirons l'angle d'approche de la question en l'inscrivant dans un contexte de société toujours porteur d'une certaine représentation de la médecine et de son fonctionnement, si c'est bien cette représentation

à l'œuvre qui stigmatise ce qu'on attend de la médecine et ce qu'elle peut effectivement apporter. Dans un troisième temps, nous appuyant sur un avis du Comité Consultatif National d'Éthique¹, nous proposerons quelques points d'appui pour penser ce que pourrait recouvrir la notion de mission sociale de l'hôpital, particulièrement au regard de la problématique économique. Nous terminerons la réflexion par quelques ouvertures à dimension théologique puisqu'il se fait que certaines institutions se réfèrent à cette dimension identitaire et que, à titre personnel et au nom d'un mandat pastoral, nous trouvons important de pouvoir étendre le questionnement à cette dimension spécifique.

I. Ouverture à un large questionnement

Réfléchir à une éthique sociale de l'hôpital invite à poser graduellement les enjeux de la question, d'autant plus que le terme « pour » utilisé dans l'intitulé semble prendre dès le départ le statut d'un véritable plaidoyer, traçant en quelque sorte indirectement la carence de cette même dimension. Il est vrai qu'on ne peut ici envisager comme évidente la question posée, et ce pour plusieurs raisons dont nous voudrions rendre compte.

Pour une éthique...

Le titre de notre propos commence par un plaidoyer pour le questionnement éthique tant sollicité de nos jours, au risque de devenir parfois une idéologie sans contenu. Tout cela pour dire que souhaiter un questionnement éthique

¹ Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, Avis n°101. Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier, Paris, 20 juin 2007, 33 p.

⁴ Jean-Michel Chaumont cité par Marie-Claude Lacroix. Questions éthiques contemporaines. Cours 3è année. Institut Cardijn 2009.

« à » et « sur » l'hôpital contemporain ne se donne pas immédiatement comme une réalité déjà à l'œuvre alors que, paradoxalement, l'évaluation éthique des pratiques professionnelles se pose comme une question quotidienne, souvent implicite, dans l'élaboration des finalités thérapeutiques et de soins : que faire pour bien faire dans la rencontre, souvent de plus en plus brève², de ce patient singulier ? En d'autres mots, si le recours à la réflexion éthique formalisée n'est pas toujours suffisamment présent, voire même institué alors qu'il se trouve réclamé depuis plus de 30 ans via la question de l'humanisation des hôpitaux³, l'interrogation relative au sens du bien reste cependant un des axes fondamentaux de la médecine contemporaine inscrite dans une relation de soins qualifiée, comme le dit P. Ricoeur⁴, d'alliance thérapeutique, ce que traduit également l'adage cher à la médecine 'primum non nocere'.

Souhaiter une dimension éthique pour l'hôpital renvoie également à une certaine conception de l'éthique. Nous nous rapporterons ici à la définition qu'en offre P. Ricoeur. Pour cet auteur, l'éthique est à penser et à vivre comme « la visée du bien, pour soi et pour autrui, dans des institutions justes »⁵. Remarquons dès le départ que cette approche de l'éthique comporte trois termes, toujours en relation l'un avec l'autre mais également auto-limitatifs :

• **Trois termes interdépendants** : il s'agit de rechercher le bien, en même temps pour soi et pour l'autre, dans un lieu qui permet cette institution du bien. En ce sens, que ce soit au niveau des valeurs ou de l'idéal qu'on porte comme sujet soignant, il s'agira d'advenir à soi-même en tenant compte de ce bien qu'on estime essentiel pour soi, en même temps qu'il peut promouvoir le bien de l'autre, ce bien étant recherché

par une action dans un lieu qui la soutient, la porte, ce que Ricoeur appelle une institution juste.

• **Trois termes auto-limitatifs** : il importe en même temps de se rendre compte que ces trois termes se limitent l'un l'autre ; ce fait aura toute son importance pour penser l'éthique dans une dimension juste de sa responsabilité, dans une visée qui, comme nous le verrons, ne soit ni excessive, ni culpabilisante. En effet, le bien que l'on vise au cœur d'une action sera toujours, pour une part au moins, conditionné par la rencontre de l'autre (entre autres la personne souffrante, l'équipe...) et par l'institution au cœur de laquelle une action est mise en oeuvre (l'hôpital, l'institution médicale, une société particulière...).

Tenir compte de ces trois dimensions conjointes de la visée éthique paraît particulièrement important pour notre sujet où il est question de s'interroger sur une manière d'habiter la pratique soignante tout en tenant compte de ses dimensions instituantes⁶ : l'hôpital contemporain inscrit dans une société particulière. En d'autres mots, parler d'une éthique sociale de l'hôpital devrait renvoyer aux trois dimensions de l'éthique et de sa socialité pour le malade, devenu patient client, pour penser les conditions d'exercice des différents acteurs de l'hôpital, ainsi que pour évaluer son fonctionnement institutionnel dans les liens qu'il établit avec la société et une représentation de la médecine.

Pour une éthique sociale...

Accoler le qualificatif « sociale » à la visée éthique ouvre, nous semble-t-il, d'autres points de vigilance. A priori, la dimension sociale pourrait faire penser immédiatement à la dimension d'exclusion sociale : en quoi l'hôpital contemporain est-il

structuré, organisé pour accueillir les exclus de notre société (paupérisation, exclusion psychique, SDF, l'indigent, etc)⁷ ? Or, axer la réflexion sur la seule dimension d'exclusion conduirait peut-être à négliger de s'interroger sur la dimension plus universelle du 'tous' : comment tout homme et le tout de l'homme inscrit dans une société particulière, avec ses liens particuliers, peut-il être accueilli dans une structure hospitalière ? Cette approche ouvre davantage au questionnement anthropologique : quel homme en lien avec la société peut y être reconnu ? Enfin, convoquer le terme 'éthique sociale' en lien avec l'hôpital doit appeler une réflexion sur ce qu'une société peut offrir à l'hôpital, en termes de moyens mais aussi de représentations, pour que le 'tout' et le 'tous' puissent y être reçus. Dans ce registre, le rapport au droit atteste également un lien social entre le patient, son statut et la structure hospitalière - pensons ici, entre autres, à la question du droit des patients⁸ - mais également à toute la législation régissant le fonctionnement hospitalier. Nous nous trouvons donc devant un immense chantier que nous ne pourrions aborder dans cet article.

De l'hôpital porteur d'une représentation de la santé-maladie...

Un autre niveau de complexité de la réflexion ici proposée est lié à la notion même d'hôpital. Initialement considéré comme une structure d'hospitalité - un hospice⁹ -, l'hôpital contemporain est davantage devenu un plateau technique porteur d'une représentation de la santé et de la médecine intimement

mêlée à une représentation sociale de ces dernières. De nos jours, en effet, la médecine est devenue le médiateur privilégié pour permettre à l'homme contemporain de penser son rapport personnel au bonheur et au malheur¹⁰. Lorsque l'humain se trouve frappé par le « malheur » de la maladie, il compte bien être restauré dans le « bonheur » - pensé en termes d'autonomie, d'indépendance, de liberté, de non altération physique et psychique - par cette même médecine. Or, c'est bien l'extension sociale plus ou moins importante que l'on donnera au bonheur-malheur, salut-manque, santé-maladie, qui qualifiera la correspondance entre l'hôpital et ce

« Soumise au primum non nocere hippocratique, l'efficacité impose néanmoins à la médecine de faire parfois violence. »

qu'il véhicule comme médecine et ce que la société en attend.

Réfléchir à ce lien entre une médecine soutenue par le plateau technique qu'est l'hôpital et les attentes sociales en matière de santé pensée comme 'bonheur' est essentiel pour considérer à la fois la légitimité de ce qu'on attend de l'hôpital, de la

santé et, du même coup, la légitimité du terme même d'exclusion : qui est exclu par rapport à quelle sollicitation adressée à la médecine, sollicitation porteuse de quel idéal, de quelle représentation sociale¹¹ ?

D'un hôpital catholique...

Enfin, il ne nous semble pas dénué d'intérêt d'ouvrir un dernier niveau de complexité : quel lien établir entre 'éthique sociale de l'hôpital' et l'hôpital catholique ? Cette interrogation n'a certes pas à s'imposer comme incontournable mais il se fait que certaines institutions se rapportent à ce référentiel - que ce soit d'une manière

² Nous renvoyons ici à la problématique de la brièveté des durées de séjour permettant de moins en moins une connaissance du patient et de son entourage dans la durée.

³ M. Abiven, *Humaniser l'hôpital*, Paris, Fayard, 1976, 194 p.

⁴ P. Ricoeur, Les trois niveaux du jugement médical, dans *Le Juste* 2, Paris, Editions Esprit, 2001, p. 227-243.

⁵ P. Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990.

⁶ P. Boitte, Pour une fonction éthique à l'hôpital, in *Ethica Clinica*, n°5, septembre 1999, p. 33-34

⁷ On pourra lire avec intérêt : Collectif, *Enjeux éthiques des conséquences sanitaires de la précarité*, Paris, Centre Ethique Clinique de Cochin, 2005, 86 p.

⁸ Loi du 15 juillet 2002 relative aux droits du patient.

⁹ A. Jackson, Histoire et rayonnement mondial, dans D. Jacquemin (coord.), *Manuel de soins palliatifs*, Paris, Dunod, 2001, p. 21ss.

¹⁰ Bruckner P. L'euphorie perpétuelle. *Essai sur le devoir de bonheur*, Paris, Grasset, 2000, 270 p.

¹¹ « C'est l'image même d'une vie humaine, sa représentation, qui est remise en cause. Que signifie, dans notre représentation de ce qu'est la vie, le maintien d'un être aimé dans un coma profond pendant des mois, voire des années, même si cette persistance du souffle de vie est réalisé sans assistance ? », dans J.-Cl. Ameisen, D. Hervieu-Léger, E. Hirsch, *Qu'est-ce que mourir ?*, Paris, Editions Le Pommier, 2003, p. 17.

réelle ou instrumentale - et que je suis moi-même aumônier d'hôpital. Faire appel à ce référentiel ouvre différentes questions : la dimension catholique, chrétienne convoque-t-elle un autre niveau d'exigence à l'impératif social ? Qualifie-t-elle d'une manière particulière l'interrogation éthique ? Un hôpital catholique, inscrit dans le tissu sociétal, doit-il être un signe particulier dans une société, que ce soit dans son fonctionnement interne et externe ?¹² Nous nous doutons bien, une fois encore, qu'il ne nous sera pas possible ici de considérer toutes ces questions même si elles le mériteraient pour inscrire à sa plus juste place la dimension institutionnelle ouverte par l'intitulé de cette réflexion.

Résumons ces quelques préalables relatifs à l'intitulé de la rencontre : Pour une éthique sociale de l'hôpital'. Nous avons simplement voulu montrer la complexité et la globalité du questionnement dans ses tensions avec les représentations de la vie-santé-maladie, de la technique ainsi que la nécessité de penser la médecine dans son inscription médico-sociale. Nous nous sommes également interrogés sur la légitimité d'ouvrir un questionnement davantage théologique. C'est à ces trois ouvertures que nous aimerions nous arrêter maintenant.

II. Une nécessaire réflexion sur la société et le fonctionnement de la médecine

Dans ce premier point, nous envisagerons trois pistes de réflexion devant nous aider à situer l'hôpital contemporain dans un contexte de société, trois traits permettant un certain éclairage du concept d'hôpital social. On peut ainsi s'interroger sur l'être-au-monde de l'hôpital, aux liens aujourd'hui entretenus entre le médical

et le social. Sur cette base, nous ouvrirons quelques réflexions relatives à sa gouvernance.

Progrès médical et exclusion

Il est possible de poser la question abruptement avec D. Sicard : « Le progrès médical ne contribue-t-il pas paradoxalement à l'exclusion non pas en raison d'un dialogue de sourds, mais par sa contribution active à un monde où la solidarité choisit de plus en plus ses partenaires ? ... La prospérité médicale ne contribue-t-elle pas, paradoxalement encore, à la précarité ? »¹³. Cette interrogation pose clairement la problématique de l'être-au-monde de la structure hospitalière contemporaine inscrite dans une société marchande structurée par le rapport à la rentabilité, et particulièrement à une rentabilité inscrite dans la durée ; qu'il suffise de penser ici aux médicaments qui sont générés pour être les moins dangereux possible et utilisables par les patients dans une durée de plus en plus grande, particulièrement dans le domaine de la prévention. Or, cette prise sur le long terme a un coût qui risque de se prolonger à vie (ex : fluidifiant sanguin, hypotenseurs, traitements hormonaux, etc.), sans parler ici des maladies chroniques¹⁴. D'une manière plus globale, c'est aussi le risque qui se dessine d'axer davantage la recherche et la prise en charge de pathologies nécessitant un recours important aux techniques et à leur rentabilité, avec ce que cela implique en termes de coûts et d'accessibilité pour le patient. Ce mouvement pourrait détourner l'hôpital des pathologies à dimension humaine et sociale (drogue, alcool, dépression, handicap social) proche de l'investissement « caritatif » dont, paradoxalement, l'hôpital affirme qu'il s'agit bien là de sa mission.

Ce type de question ouvre à une

certaine confusion sociale pouvant s'instaurer dans le lien entre offre et demande médicale, ce que nous nommons précédemment l'imaginaire du salut porté par la médecine : « La confusion permanente entre santé et recours aux soins finit par s'introduire dans l'imaginaire collectif, comme s'il fallait consommer des soins suscités par le marché pour rester en bonne santé »¹⁵. Cette affirmation est d'autant plus importante pour notre sujet quand on considère que c'est bien la médecine et ses soins qui occupent de plus en plus la place de médiation de l'humain à son propre bonheur-malheur. Ici, un manque d'accès aux soins ne sera plus considéré comme un obstacle social lié à la précarité mais pourra devenir, pour l'humain devenu patient, un manque d'accès à un bien médical lui permettant de se penser comme sujet humain au cœur d'une société ; pensons à toute la médecine des soins du corps qui, si on ne peut y avoir accès - que ce soit pour une raison légitime ou non - empêchera l'individu de se penser dans la moyenne sociale (idéal du corps, du beau, du conforme, etc.). Ceci pose au moins deux questions : quelle représentation avons-nous d'une politique de santé, tournée vers le « comment » ou vers le « pourquoi » ? Et, d'une manière plus profonde encore, sur quelle conception de la santé nous appuyons pour nos propres analyses si nous nous rapportons à l'approche qu'en donne l'O.M.S., « La santé est un état de bien être total physique, social et mental de la personne (image POSITIVE de la santé). Ce n'est pas la simple absence de maladie ou d'infirmité ».

« Convoquer le terme 'éthique sociale' doit appeler une réflexion sur ce qu'une société peut offrir à l'hôpital, en termes de moyens mais aussi de représentations. »

Médecine technique et médico-sociale

Une autre manière, nous semble-t-il, de réfléchir à l'être-au-monde de la médecine et d'approcher sa dimension sociale et éthique est de considérer certaines articulations entre médecine technique et médecine médico-sociale. Ceci conduit à deux interrogations sous-jacentes : comment la médecine permet-elle à l'humain de rester, au cœur de sa santé et de sa maladie, un sujet social acteur dans sa prise en charge ? Comment la pratique médicale se pense-t-elle pour rencontrer celle, celui dont elle a à prendre soin et selon quelles finalités ? Ces questions ont été largement travaillées dans un article récent de J.-F. Mattéi lorsqu'il s'interroge sur les conséquences d'un hôpital devenu l'ultime recours de la raison technique au détriment de sa dimension sociale, hospitalière, c'est-à-dire faisant hospitalité à l'intégralité du sujet humain qu'il accueille.

En effet, en lien avec la réflexion ouverte sur la conception de la santé-maladie aujourd'hui à l'œuvre, on peut se demander de quel homme il s'agit de prendre soin : « Quelle que soit la prouesse technique, il ne peut y avoir de performance si le côté humain n'a pas été pris en charge comme il se doit. Soigner des corps malades ne suffit pas »¹⁷. Or, c'est bien la personne dans l'unité de sa personne dont il importe de prendre soin : le corps, la vie psychique, la conception éthique de l'existence, l'inscription religieuse pour certaines, l'ensemble de ces dimensions renvoyant à la question spirituelle en tant que telle et aux différents niveaux de souffrance à rencontrer dans la prise en

¹² D. Jacquemin, *Dimension chrétienne des institutions de soins : droit du patient, attentes légitimes des soignants*, Cours interfacultaire de bioéthique, Facultés Universitaires Notre Dame de la Paix de Namur, Centre Interfacultaire Droit, Ethique et Sciences de la Santé, Namur, le 3 mai 2005, 25 p.

¹³ Collectif, *Santé, solidarité, éthique*, Paris, MGEN, 2008, p. 9.

¹⁴ « Alors que, dans les années 1950 à 1980, le système de soins était surtout confronté à des affections aiguës, brèves, liées à une cause récente (par exemple une affection bactérienne) et nécessitant une prise en charge courte, une transition sanitaire s'opère peu à peu, qui voit le système de soins confronté de plus en plus à des affections chroniques, peu guérissables, dont les causes sont très en amont et qui nécessitent une prise en charge au long court : on peut citer, à cet égard, les maladies cardio-vasculaires, le diabète, l'obésité, l'asthme, le cancer, les allergies, le stress, la dépression, les addictions, les conduites à risque, les séquelles d'accident. », in Th. Lebrun, M. Falise (sous la dir.), *Acteurs dans un monde en mutation*, Paris, Editions de l'Atelier, 2008, p. 184.

¹⁵ D. Sicard, in Collectif, *op. cit.*, p. 11.

¹⁶ « L'hôpital s'est progressivement inscrit dans une logique de santé publique et d'économie de la santé. Il a rassemblé les meilleures équipes autour des plateaux techniques les plus performants. Il est devenu l'ultime recours médical. », J.-F. Mattéi, *L'hôpital entre le médical et le social*, in *Etudes*, 2007/7-8, Tome 407, p. 33.

¹⁷ J.-F. Mattéi, *in op. cit.*, p. 33-34.

charge (douleur, souffrance psychique, morale, existentielle, religieuse)¹⁸.

Pour illustrer cette question, on peut se rapporter à un exemple, celui de la brièveté de plus en plus grande des durées de séjour. Si cet impératif peut légitimement rejoindre la préoccupation d'éviter les infections nosocomiales ainsi que rencontrer les contraintes économiques en termes de coût de santé, on peut en même temps se demander en quoi ce nouvel « impératif » a été pensé dans ses dimensions sociales. En effet, on en vient à une sorte de surestimation du domicile comme lieu du traitement. Mais a-t-on, en toutes situations, considéré l'environnement de vie d'un patient singulier, et sans considérer ici les situations extrêmes (SDF, domicile non adaptés, solitude, âge et conditions de vie) ? Réduire à 2 ou 3 jours le séjour hospitalier après l'accouchement, est-ce la condition idéale pour la maman et le reste de la famille ? Dans une telle optique, ne peut-on pas aussi s'intéresser aux projets de « médecine d'un jour » : entrer le matin à l'hôpital pour des examens diagnostics et sortir le soir avec ce dernier et son traitement ? N'est-ce pas là réduire le sujet souffrant à sa seule corporalité ou sa rationalité sans réfléchir à tout ce qui l'inscrit comme sujet humain dans l'auto-compréhension de son propre diagnostic ? Prenons un autre exemple. Si « mourir à l'hôpital » n'est pas toujours idéal, la surdétermination non pensée du domicile est-elle toujours préférable, surtout si la sortie du patient est davantage investie par les préoccupations de la structure - légitimes ou non - que par l'intérêt porté au patient et à son entourage ? Or, socialement, c'est aujourd'hui le discours du « retour à domicile » qui se trouve porteur, au point de susciter un certain degré de culpabilité auprès des familles qui ne peuvent s'en acquitter.

Dans un autre registre, la brièveté du séjour hospitalier permet de moins en moins de connaître le patient dans sa durée : quel accompagnement - et quel que soit son ordre - est possible quand on ne connaît pas la personne, qu'elle n'a pas eu le temps de se dire et se confier dans des dimensions importantes qui, par ailleurs, soutiennent son existence ?

L'enjeu n'est pas ici de déconsidérer ni l'hôpital en tant que tel, ni sa nécessaire technicité mais d'insister sur l'urgence d'articuler leurs contraintes avec le 'tout' de l'homme dont ils se doivent de prendre soin, enjeu dont se trouvent particulièrement porteuses les équipes sociales des hôpitaux : « ... il faut reconsidérer la dimension sociale de l'hôpital. Certes dans ses murs mais aussi hors les murs, en lien avec d'autres pour assurer un suivi autour de la personne. C'est, de notre point de vue, un des problèmes éthiques majeurs que de savoir prendre en charge et accompagner une personne dans sa globalité¹⁹ ». Pareille visée conduit évidemment à une compréhension large de la réflexion éthique dans sa capacité à envisager un questionnement social dans un horizon suffisamment large²⁰.

Quelle gouvernance pour l'hôpital ?

Dans le même souci de réfléchir à l'être-au-monde de l'hôpital dans son inscription sociale, il est possible d'ouvrir, avec Paul Valadier²¹, quelques questions relatives à son mode de gestion et d'y introduire une réflexion éthique tout aussi urgente. Quelle capacité ont aujourd'hui les gestionnaires à ouvrir toutes les questions relatives aux décisions à prendre ou prises ?

L'auteur souligne évidemment la nécessité de la formation et des compétences technocratiques, surtout au cœur d'une société de plus en plus complexe²² mais il s'interroge

cependant sur le statut de cette seule compétence lorsqu'elle ne se trouve plus articulée à une vision argumentée, partagée du monde - et nous faisons volontiers le lien avec la représentation de l'humain au regard de la problématique qui nous occupe - : « Le technocratie n'est pas seulement un tic grave de comportement ou une confiance excessive dans les pouvoirs techniques ou scientifiques. Il implique aussi toute une vision du monde (une métaphysique), selon laquelle tout est à disposition, tout peut être éclairé, tout peut devenir transparent aux prises humaines ». Cette réflexion a son importance lorsqu'il s'agit de considérer qu'en matière de santé ou de planification hospitalière, l'objet de la réflexion, de la planification et des décisions, c'est toujours un ensemble de professionnels certes, mais surtout des personnes humaines atteintes en leur corps et leur histoire.

On ne peut donc postuler comme une règle générale la seule adéquation entre l'analyse technique et le réel présent ou construit, par exemple les plans stratégiques qui se multiplient. Tout d'abord, derrière les planifications et les décisions, ce sont toujours des sujets humains qu'il s'agit d'écouter, d'éclairer, conviant de la sorte les gestionnaires à de légitimes, et certes difficiles, chemins pour rendre compte en raison et humainement. Mais plus fondamentalement encore, la décision technocratique, étant donné son objet, se doit de se maintenir ouverte aux enjeux de fond qu'elle rencontre puisque l'humain, en son identité, est sans cesse changeant, que ce soit

le décideur ou les destinataires de ses décisions ; rappelons-nous une fois de plus la question de 'tout' de l'humain et 'tous' les humains²³. En effet, en matière d'humanité, ce qui semble aujourd'hui le mieux ne sera pas nécessairement le mieux de demain et ce qui s'impose comme l'urgence d'un moment ne sera peut-être pas la priorité de demain si on accepte de laisser ouvertes les questions anthropologiques, sociologiques et économiques traversant toute décision-prospection relative à la santé de l'humain.

III. Pour penser une « mission sociale » de l'hôpital

« En quoi la brièveté de plus en plus grande des durées de séjour a-t-elle été pensée dans ses dimensions sociales ? »

Pour aller plus avant et élargir notre champ d'investigation, nous aimerions donner droit à un récent avis du CCNE relatif à « Santé, éthique, argent » posant clairement la question de la finalité du système hospitalier contemporain et exposant de façon plus systématiques certains éléments jusqu'ici esquissés. La question de fond de l'avis est la suivante : « Sur quels critères peut-on fonder une décision équitable lorsqu'il s'agit de choisir entre deux impératifs souvent contradictoires : préserver la santé d'un individu et gérer au mieux celle d'une communauté de personnes ? Doit-on suivre une logique de santé solidaire mutualisée, ou affecter au mieux les fonds publics dans le sens d'un bien commun auquel chacun a droit ?²⁴ ». Avant de signaler quelques-unes de ses recommandations, envisageons quelques présupposés du document.

¹⁸ D. Jacquemin, *La confrontation à la souffrance. Un lieu pour penser le lien entre éthique et spiritualité*, HDR présentée à l'Université Marc Bloch, Strasbourg, Juin 2008, 187 p. (à paraître)

¹⁹ J.-F. Mattéi, *op. cit.*, p. 37.

²⁰ Parlant de l'éthique, J.-F. Mattéi a ces propos : « Elle est un questionnement renouvelé face au progrès médico-scientifique, aux contraintes économiques, à la démographie, à la dissolution du lien social et à la prévalence des égoïsmes. La seule réponse est de revenir à l'homme comme unité de toute action, à l'homme dans toutes ses dimensions - physiques, morales et sociales. », in J.-F. Mattéi, *op. cit.*, p. 39.

²¹ P. Valadier, *Du spirituel en politique*, Paris, Bayard, 2008, 121 p.

²² « Le déni du spirituel en politique entraîne, ou risque d'entraîner, le règne du technocratie... Le technocrate en effet qui peut régner dans le champ politique mais tout autant en médecine ou en n'importe quelle profession à lourde charge technique, est un être éminemment soucieux de compétences. Il est donc un recours indispensable dans une société complexe où toute solution proposée comporte un ou des aspects techniques qu'il serait coupable de négliger. » in P. Valadier, *op. cit.*, p. 38-39.

²³ C'est en ce sens que le spirituel est un problème politique et collectif : il est ce qui en tout homme le dresse au-dessus de lui-même, ou encore ce qui chez tout responsable lui fait prendre une saine distance par rapport aux urgences, et lui donne par conséquent la possibilité d'assurer en vérité son humanité. », in P. Valadier, *op. cit.*, p. 119-120.

²⁴ Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, *Avis n°101. Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier*, Paris, 20 juin 2007, p. 3.

Quelques présupposés du document

Tout d'abord, le document veut établir sa réflexion sur la base des objectifs du système hospitalier dont il redit la dimension sociale. Tout d'abord, l'hôpital trouve sa raison dans la prise en charge de toutes les affections qui ne peuvent l'être à domicile, quelles qu'en soient la cause et la gravité. On peut donc mettre au jour, au nom des principes, comme une dimension d'universalité d'accueil des patients. L'hôpital se devrait également de contribuer « à réduire les inégalités d'accès au système de santé qui pourraient relever de l'appartenance à une région, à une classe d'âge, à une catégorie socio-professionnelle ou à une grande précarité ²⁵ ». Ici encore, la dimension sociale se trouve clairement affirmée, tout comme lorsque le document insiste sur l'impératif de réinsertion effective des patients dans la société suite à leur hospitalisation. Enfin, il est rappelé que l'hôpital est une des seules structures d'accueil, au cœur de la société, à être ouverte jour et nuit.

Sur cette base signifiant pour une part sa mission, certaines caractéristiques économiques de la structure hospitalière sont mises en avant :

- il importe, lors de toute évaluation économique, de ne pas s'arrêter à la seule question des coûts pour laisser place à la problématique des bénéfices que peut espérer le patient. C'est dans ce même horizon que le coût de la prévention devrait s'inscrire davantage dans la perspective des bénéfices attendus, même si ces derniers sont à appréhender dans une autre temporalité.
- La problématique des dépenses de santé ont des répercussions sociales en termes d'incidence positive sur l'activité économique d'une région.
- L'hôpital ne doit pas être appréhendé

comme un acteur isolé, devant soutenir tous les problèmes d'une politique de santé : il est un maillon du système de soins.

- Sa dimension socio-économique risque de devenir un des seuls lieux de son appréciation tant l'hôpital contemporain s'inscrit dans le registre du primat accordé à la technique : « Les plus vulnérables, moins informés des potentialités techniques, recourent moins à la course technologique. Le paradoxe est que la gratuité profite plus à ceux qui sont les plus aisés. La nécessaire réflexion collective sur ce thème doit contribuer à redéfinir les missions d'un grand hôpital, en évitant que l'innovation ne privilégie exclusivement les aspects biologiques de la médecine au détriment de ses autres dimensions ²⁶ ».

Il en résulte, en terme d'idéal recherché, que toute évaluation globale du coût des actes hospitaliers se réfère certes aux missions médicales mais également sociales de l'hôpital.

Quelques recommandations

Au regard de ce qui vient d'être redit du contexte du document, et en lien avec tout ce que nous avons pu développer jusqu'ici en terme d'analyse, nous reprendrons ici certains enjeux de ses recommandations (8/10) qui seront également des points d'appui pour étayer le chemin réflexif parcouru jusqu'ici.

Le CCNE recommande ²⁷ :

- de réintégrer la dimension éthique et humaine dans les dépenses de santé, afin de permettre à l'hôpital de remplir de manière équilibrée l'ensemble de ses missions, et pas uniquement les plus techniques et les plus spectaculaires... ;
- d'adapter les échelles d'évaluation des activités en vue de traiter de manière appropriée les différentes missions de

l'hôpital... [Ce qui, de notre point de vue, renvoie à une vision large de la médecine] ;

- de se réinterroger sur la mission primaire essentielle de l'hôpital. Celle-ci a en effet dérivé de sa mission originelle d'accueil de la précarité et de la maladie, puis de sa mission de recherche et d'enseignement, vers la situation actuelle qui fait de plus en plus de l'hôpital un service public, industriel et commercial qui a pour conséquence de déboucher sur un primat absolu donné à la rentabilité économique, au lieu de continuer à lui conférer une dimension sociale ;
- d'ouvrir l'hôpital à une dimension réunissant le « sanitaire » et le « social », centrée sur la personne souffrante et ses besoins... ;
- de s'assurer du maintien du lien social pour éviter que la personne ne sombre dans l'exclusion une fois le diagnostic fait et le traitement entrepris. Quelle logique est à l'œuvre, si le succès médical est suivi d'une mort sociale ?
- d'accorder une place plus grande à la pathologie mentale (souvent située entre le médical et le social, le biologique et l'environnement, l'individu et la société) ;
- de ne pas négliger le « care » anglo-saxon au profit exclusif du « cure » (exemple des soins palliatifs)... ;
- de prendre en compte enfin le tissu social au sein duquel évolue l'hôpital. Un environnement défavorisé devrait justifier un regroupement de moyens spécifiques, adapté à la situation réelle du lieu.

IV. Quelques points d'appui de la réflexion théologique

Comme dernière étape du parcours réflexif, nous aimerions considérer brièvement l'intérêt d'une approche théologique pour renforcer, s'il le fallait encore, l'importance et l'urgence d'un questionnement relatif aux enjeux éthiques d'une dimension sociale de l'hôpital. L'approche théologique représente certes une voix parmi d'autres qu'il importe ni d'absolutiser ni de considérer « comme le mot de la fin » de la question ici ouverte. Elle est une ouverture disponible pour celles et ceux qui le souhaitent et que nous développons ici en deux temps. Nous considérerons tout d'abord certains éléments du corpus de la doctrine sociale de l'Église.

Nous commenterons ensuite la parabole du bon Samaritain pour signifier en quoi l'agir humain, social à l'hôpital convoque davantage encore l'institution hospitalière chrétienne se voulant en correspondance avec l'Évangile.

Quelques jalons d'une pensée sociale chrétienne

Tout d'abord, il importe de constater que la question d'une éthique sociale de l'hôpital n'est pas abordée pour elle-même, en tant que telle. Cependant, trois mots clé ont particulièrement retenu notre attention : droits de tous à la santé, la charité comme critère de toute l'éthique sociale ainsi que quelques éléments relatifs à la notion d'entreprise et à la légitimité ou non d'y réduire la

²⁵ CCNE, *op. cit.*, p. 5.

²⁶ CCNE, *op. cit.*, p. 13.

²⁷ CCNE, *op. cit.*, p. 28-31.

structure hospitalière.

Un premier texte est une invitation à ne pas avoir une vision trop restrictive de la notion d'exclusion sociale, surtout lorsqu'on la met en lien avec le concept de santé : « Le tableau de la pauvreté peut être étendu indéfiniment, si nous y ajoutons les nouvelles pauvretés aux anciennes, nouvelles pauvretés que l'on rencontre dans des secteurs et des catégories non dépourvus de ressources économiques, mais exposés à la désespérance du non-sens, au piège de la drogue, à la solitude du grand âge ou de la maladie, à la mise à l'écart ou à la discrimination sociale ²⁸ ». Une telle approche de la pauvreté ne fait que renforcer l'importance d'une médecine alliant le médico-social tout en même temps qu'elle invite à réfléchir au risque d'excès de responsabilité que semblable approche peut faire porter tant à la médecine qu'à ses professionnels dans les « misères à porter ». En ce sens, cette visée devrait concourir à une interrogation sociale plus large : quelles alternatives sociales à la seule médecine offre aujourd'hui la société à celles et ceux porteurs des souffrances « nouvelles » ici évoquées ?

Une deuxième piste de réflexion ouverte par la doctrine sociale de l'Eglise est le lien fort, intrinsèque entre charité et valeurs sociales, ce qui ne devrait pas être sans conséquence pour notre sujet. « Entre les vertus dans leur ensemble, et particulièrement entre les vertus, les valeurs sociales et la charité, il existe un lien très fort qui doit être toujours plus profondément reconnu. La charité, souvent réduite au domaine des relations de proximité, ou limitée aux seuls aspects subjectifs de l'agir pour l'autre, doit être considérée selon sa valeur authentique de critère suprême et universel de l'éthique sociale tout entière. ²⁹ ». Les questions ouvertes dans cet article trouvent ici une double

qualification : théologique tout d'abord par la référence explicite faite à la charité mais surtout sociopolitique dans la mesure où la charité est avant tout recherche du bien commun, celui de toutes les personnes non seulement d'un point de vue individuel mais également dans le lien social qui les unit. Nous retrouvons donc ici ce que nous avons promu au début de notre recherche : le bien conjoint de « tout l'homme » et de « tous les hommes ».

Enfin, une attention à la pensée sociale de l'Eglise permet de renforcer le questionnement relatif à l'entreprise, en lien avec ce que le CCNE a rappelé en ce qui concerne le rapport économie-santé-hôpital : « L'objectif de l'entreprise doit être réalisé en termes et avec des critères économiques, mais les valeurs authentiques permettant le développement concret de la personne et de la société ne doivent pas être négligées³⁰ ». Si l'hôpital, par son rapport au capital, est une entreprise, il importe qu'une confusion d'ordre ne puisse s'établir entre cette dimension et son objet qu'est la rencontre et le soin de sujets souffrants. Nous sommes ainsi renvoyés à la question de la finalité de la technique et de l'économique précédemment évoquée.

Un lieu pour l'agir : le bon Samaritain (Luc 10, 25-37)

Pour terminer ce parcours réflexif, nous donnerons droit à une approche évangélique, non qu'elle soit envisagée comme le sommet, le point ultime du questionnement ouvert, mais bien comme l'inscription radicale de la question pour celles et ceux qui se rapportent à la foi chrétienne, particulièrement les institutions hospitalières confessionnelles.

Si l'on considère l'enjeu central de la parabole du Bon Samaritain (Lc 10, 25-37), il importe de se rendre compte

qu'il est question du salut : « Que dois-je faire pour avoir en partage la vie éternelle ? » (v.2). Et nous verrons que, dépassant le seul registre de la moralité, la parabole va faire de l'action pour le socius, le plus défavorisé le lieu où le salut se joue puisque cet agir sera l'adéquation au comportement du Christ lui-même, figure du Samaritain dans ce récit.

Mais qui est exactement le Samaritain ? S'il renvoie tout d'abord à la figure du Christ, il représente dans le texte le « non qualifié religieusement », l'étranger. Or, c'est lui qui porte secours et offre l'hospitalité au blessé, lui qui n'était pas tenu par une obligation religieuse, ce qui était le cas pour les deux acteurs qui se sont écartés, le prêtre et le légiste. De plus, en payant l'aubergiste (v.35), il s'engage à assurer le suivi de son acte de solidarité et d'hospitalité : « je te rembourserai lorsque je repasserai » (v.34). En agissant de la sorte, le Samaritain va au-delà de l'obligation légale - alors qu'il n'y est pas soumis puisqu'il est un étranger - et se situe dans le registre de l'excès positif du bien, à l'image de l'engagement même de Dieu dont il devient le signe concret et l'exemple, le comportement source de salut : « va, et toi aussi fais de même » (v.37).

Il est également intéressant de s'interroger sur le destinataire de l'hospitalité. Celui qui se trouve au bord du chemin, « laissé à moitié mort » (v. 30), est « un homme » : il n'a pas de qualification sociale, il est un étranger jugé indigne - les religieux ne peuvent légalement pas s'approcher de lui - et c'est une personne réduite à rien, « dépouillée ». Ne peut-on pas y voir la figure des exclus de nos hôpitaux, figure de tous ces patients non désirés en termes social, économique et de l'efficacité médicale porteuse de prestige ? Or, c'est

l'approche de ces exclus qui, dans la parabole, sera le critère de moralité - que dois-je faire ? - et figure du salut dans leur rencontre.

Bien sûr, il n'est pas question ici de faire dire au récit ce qu'il ne dit pas mais il peut cependant donner à penser pour notre problématique. Il est, pour les institutions chrétiennes, une obligation faite à ne pas passer à côté de celui qui est tombé. Il redit également que le salut individuel - et pourquoi pas institutionnel ? - se joue dans la capacité d'hospitalité à l'égard de celles et ceux qui, de nos jours, sont laissés de côté, sur les bords du chemin de la rentabilité sociale et économique. En ce qui concerne la question économique, il y va d'une certaine dimension d'excès, mais ne serait-ce pas un signe concret, coûteux, d'une relative cohérence en matière d'identité chrétienne pour les institutions hospitalières ? Ceci pourrait nous conduire à une sorte d'impératif d'excès d'engagement en matière d'éthique sociale pour l'hôpital !

En conclusion

Nous sommes évidemment conscients des limites de notre contribution tant la question d'une éthique sociale de l'hôpital est complexe. Mais peut-être est-ce bien ce rapport à la complexité qu'il importe de retenir, tant par la multiplicité des éléments en cause dans cette problématique qu'aux divers niveaux de responsabilité qu'elle ouvre : institutionnelle, imaginaire, socio-économique et spécifiquement éthique en termes de choix effectivement posés. En ce sens, il importe avant tout de comprendre cette complexité pour que les acteurs, tant sociaux, soignants et institutionnels puissent pleinement, et sans excès de responsabilité, assumer leur place et leur responsabilité propre au cœur de la médecine et de la société.

²⁸ Conseil Pontifical Justice et Paix, *Compendium de la doctrine sociale de l'Eglise*, n°5, Namur, Fidélité, 2005, p. 2-3.

²⁹ Conseil Pontifical Justice et Paix, n°204, *op. cit.*, p 116.

³⁰ Conseil Pontifical Justice et Paix, n° 336ss, *op. cit.*, p. 119.

■ Responsabilité sociale de l'hôpital : quel regard du médecin généraliste ?

Dr Françoise Laboureur, médecin généraliste à Namur, Belgique

Sollicitée pour rendre compte de ma vision contemporaine de l'hôpital, particulièrement au regard de sa dimension sociale, je voudrais ouvrir ici trois pistes de réflexion. Dans un premier temps, j'aimerais évoquer quelques éléments de mon parcours professionnel si ce dernier est effectivement porteur d'une représentation de la médecine et de la santé. Dans un deuxième temps, je partagerai certains éléments de ma pratique de médecin de première ligne en lien avec une vision personnelle de l'hôpital. En effet, il est possible de se poser bon nombre de questions. En tant que généralistes, quelle est notre place dans le système de soins ? Quel est notre rôle ? Comment nous positionnons-nous par rapport à nos patients ? Quels sont nos objectifs ? Le passage à l'hôpital est vu souvent comme une rupture dans le cheminement en santé, dans la vie des patients : quelles questions cela pose-t-il tant au médecin qu'à la structure hospitalière ? Enfin, j'aimerais terminer cette contribution en posant une alternative ou une complémentarité : faut-il médicaliser le social ? Socialiser le médical ? En effet, trouver une cause médicale ou psychiatrique à l'errance ou à la précarité d'une personne permet à notre société de ne pas devoir se remettre en question mais induit un poids énorme sur le secteur médico-social, prié de trouver des réponses individuelles à une problématique globale. Que peut le médecin généraliste ?

Présentation d'une activité-parcours professionnel

En quelques mots, c'est peut-être « bateau », mais j'ai toujours rêvé d'être médecin. Avant d'entamer mes études, je

savais déjà que je voulais travailler avec « les gens » pour qu'ils acquièrent une meilleure maîtrise de leur santé et, par là, de leur vie. J'ai étudié jusqu'en 1994, en faisant le choix de la médecine générale après avoir hésité à m'orienter vers la pédiatrie, mais le public était trop restreint car j'aspirais travailler avec les familles. En bref, après une année de pratique comme assistante d'un médecin généraliste, nous avons créé une association avec un troisième médecin et une psychiatre. Peu à peu, la nécessité d'un vrai travail en réseau, de projets de santé communautaire se sont fait sentir et nous avons créé une structure Maison Médicale, qui a démarré en janvier 2000.

En même temps, et depuis le début de mes études je fréquentais LST (Lutte, Solidarité, Travail), et en particulier le lieu d'expression et de partage des luttes des adultes, qu'on appelle « les Caves ». Ces rencontres ont toujours nourri ma pratique professionnelle, ma façon d'aborder les personnes et leur santé, en lien avec leur histoire. Ces rencontres portent également les intuitions dans mes choix professionnels, par exemple de ne pas créer un ghetto, un lieu spécial pour les plus pauvres, mais qu'au contraire la maison médicale soit un lieu de rencontre, de confrontation positive.

La Maison Médicale a progressivement évolué. Elle est actuellement composée de 4 médecins généralistes + 1 assistant, 1 assistant social, 2 kinés, 2 infirmiers, 3 secrétaires-accueillantes, 1 psychologue, 1 infirmière chargée de projet, et une infirmière en santé communautaire. En plus des soins classiques, nous axons de plus en plus notre travail sur la santé communautaire, c'est-à-dire une action

concertée, avec les personnes qui utilisent la Maison Médicale et d'autres acteurs de terrain, afin d'agir ensemble sur les déterminants de santé (ceci au sens très large).

Partage de mon expérience de médecin de première ligne, et de ma vision de l'hôpital

Quelle est ma place en tant que médecin généraliste dans le système de soins ?

Je suis tout d'abord indépendante d'une institution, bien que représentante d'un savoir, d'un mode de pensée dominant. Les patients viennent chez le médecin généraliste librement, sans être sous la contrainte (avec cependant parfois la 'forte' pression de l'entourage ou d'un service). Cela veut dire qu'au cours des contacts, un important capital confiance peut se créer. Le patient et son médecin généraliste sont partenaires dans un chemin de santé.

Dans ce contexte, il est possible d'instaurer un suivi dans le temps ; chez nous on prend le temps ... sauf urgence à gérer : un temps dans la consultation/visite, mais aussi et surtout temps de l'accompagnement dans le long terme. Ce temps permet de recentrer la demande, la plainte, le degré d'urgence mais aussi d'adapter autant que possible nos réponses à la réalité de vie du patient. Tout en étant conscient qu'on ne partage pas les mêmes réalités au quotidien... car je ne peux pas me mettre à la place de quelqu'un !

Les visites à domicile sont porteuses de toute une signification : on entre physi-

quement dans ce que les personnes ont de plus personnel, intime : cela est très riche en termes humains, et aussi pour adapter notre intervention. De plus, on est accueilli chez le patient dans son domaine, donc souvent le rapport de forces change. Par contre ce n'est pas facile pour tout le monde d'ouvrir sa porte à une personne qui a un pouvoir, un savoir. Certains ne nous appellent jamais à domicile.

Il s'agit chaque fois d'un regard individuel et global sur les déterminants de santé : facteurs de risque, chemin parcouru en santé, histoire personnelle et familiale, perceptions de la santé et de la médecine... Mais aussi conditions de vie, de logement, réseau social et familial, histoire professionnelle... Tout un parcours de vie qui nous est confié par bribes au fil des rencontres.

Rendre une place d'acteur au patient, pour une meilleure maîtrise de sa santé

L'hôpital : une rupture

Bien souvent, lorsque nous devons envoyer un patient à l'hôpital, nous ressentons cet épisode comme un échec, ou comme une rupture. Pour le patient, les habitudes de vie vont être temporairement chamboulées, son rythme de sommeil, son réseau social, le paiement de ses allocations, ses démarches. En un mot, tout est problématique surtout si le réseau des proches est fragile.

Mais c'est aussi et surtout son dynamisme intérieur, sa capacité de lutte qui sont mis à mal. A l'hôpital, tout se passe comme si le patient devait se soumettre

« Quand nous souhaitons communiquer des renseignements d'ordre social ou humain à un médecin hospitalier, nous ressentons souvent une impatience chez l'interlocuteur. »

entièrement aux règles internes, au programme, à la surcharge du personnel, aux visites éclairs et épisodiques du ou des médecins, à l'exposition de son « cas » devant des inconnus... Il y a une large perte d'autonomie. Quand cela est possible, nous y préparons les patients. Mais dans l'hôpital, reflet de la société, le rapport dominant/dominé est souvent poussé à l'extrême. Couché dans un lit, en pyjama, le patient passe son temps à attendre la visite du docteur, du brancardier qui l'emmène à un énième examen... Et les plus écrasés n'osent pas poser de questions. Je constate cela quand je rends visite à un patient hospitalisé : je reçois souvent alors les questions, les incompréhensions, les récriminations, la tristesse aussi.

Une autre grosse difficulté est le coût engendré par une hospitalisation : la facture est souvent élevée, malgré la participation de la mutuelle. De plus, certains actes et surtout certains matériels (prothèses, médicaments spécifiques) ne sont pas remboursés. Après une première hospitalisation, ce facteur financier est certainement ce qui fait le plus peur aux patients : c'est la raison principale d'hospitalisation refusée ou trop tardive pour des patients suivis par leur médecin généraliste.

Pour le médecin généraliste, il y a une rupture de la continuité des soins. Rien ne se passe comme en ambulatoire, les discours sont différents, les traitements sont souvent modifiés. La difficulté de communication avec les médecins hospitaliers est réelle ; il est extrêmement rare qu'un médecin nous appelle pour avoir des informations complémentaires à propos d'un patient, ou pour nous donner des nouvelles. Il arrive aussi qu'on « oublie » de nous informer de la sortie d'un patient, ou d'un décès. Et quand nous souhaitons communiquer des renseignements d'ordre social ou humain tout simplement, nous ressen-

tons souvent une impatience chez l'interlocuteur. Enfin, la sortie du patient est peu ou pas préparée, souvent décidée en dernière minute, le vendredi... L'assistant prend la peine de contacter des intervenants nécessaires au domicile, mais souvent sans s'appuyer sur le réseau existant avant le passage à l'hôpital (par exemple, l'infirmière habituelle du patient).

Rendre une place d'acteur au patient

Un de nos objectifs, comme soignants en première ligne, est que les gens puissent acquérir une meilleure maîtrise de leur santé, qu'ils soient informés des déterminants de santé pour pouvoir poser des choix. Mais bien sûr, tout cela ce sont de beaux mots quand on a peu à peu perdu la maîtrise de plein d'aspects de sa vie... Il nous arrive de constater que les personnes qui, par leur histoire, leur rapport avec la société, sont dépossédées de beaucoup de choix qui nous semblent évidents (habitat, éducation des enfants, emploi, consommation, santé,...) cherchent des espaces où, envers et contre tout, elles récupéreront un peu de liberté. On le remarque dans le champ de la santé tout simplement autour de la consommation de tabac ! C'est important de savoir cela quand on s'acharne à vouloir imposer des comportements « normaux », « bons pour la santé »... Arriver avec un discours normalisant, moralisateur, ne sert à rien, au contraire ! « C'est tout ce qu'il me reste ! », répondra volontiers un patient.

Je n'ai pas de réponse à apporter, pas de recette-miracle, mais simplement envie de considérer autrement l'attitude parfois « rebelle » des personnes que nous rencontrons. C'est vrai dans le domaine médical, tout comme dans le domaine social : quand vous prenez du temps et de l'énergie pour trouver un lieu de vie, une bonne solution pour une personne hospitalisée, et que vous avez l'impres-

sion que la personne « sabote » systématiquement vos propositions... Quelle place réelle laissons-nous au patient ? Où est encore sa liberté, sa maîtrise ? Par contre, lorsqu'on arrive à définir ensemble un (petit) objectif commun, on avance ensemble, on est partenaires. Je pose souvent la question : qu'attendez-vous de moi ? L'attente exprimée est souvent différente de ce que j'imagine, je ne peux pas toujours y répondre, mais au moins on a un point de départ et on peut essayer d'avancer... petit à petit...

J'aime aussi savoir ce que les gens savent de leur santé, de leur maladie, pour construire ensemble un savoir à partir de là, sur leur base à eux. Cela suppose de quitter ma place de « celle qui sait », et c'est déstabilisant, surtout pour le patient ! Et bien sûr cela suppose, à nouveau, du temps, des contacts réguliers, l'installation progressive d'une relation de confiance.

Enfin, un autre de nos objectifs est de mener des actions visant à recréer du lien social, à rendre à chacun une place dans la communauté. Nous touchons ici le domaine du travail de la santé communautaire, via des projets particuliers. Il nous paraît clair qu'une personne isolée, sans lien, se ressentant comme inutile, comme assistée, n'a pas beaucoup de chances de se mettre en route pour améliorer sa santé : à quoi bon ? Il s'agit donc avant tout de se mettre « en route » ensemble. Comment faire pour pouvoir travailler cela à l'hôpital ?

Rôle social de l'hôpital ?

Quel peut être, de mon point de vue, le « rôle social » de l'hôpital ? Bien sûr l'hôpital a un rôle social dans le sens où

il a une place dans un réseau PMS, il est un maillon de la chaîne des soins. En ce sens, il a en soi un « rôle social ». Mais il existe un autre rôle social qu'il est appelé à jouer sans doute à son corps défendant : celui des anciens « hospices », en tout cas pour des périodes brèves. Il existe bon nombre de situations où l'hôpital accueille des personnes pour lesquelles la situation médicale ne nécessite pas réellement une admission. C'est un rôle résiduaire, dans le sens où l'hôpital assume un rôle qu'il ne devrait pas jouer si le système social assurait convenablement la protection de tous. Dans ces situations, les personnes sont souvent mal accueillies par l'équipe soignante, et sans doute référées rapidement au ser-

vice social... Quel rôle peut-on jouer là, avec la pression des forfaits hospitaliers, qui poussent le patient dehors le plus vite possible ? Comment cheminer avec ces personnes souvent déstabilisées par cette période de crise ? Dans de telles situations, il me semble essentiel que les services sociaux de l'hôpital

n'hésitent pas à téléphoner au médecin généraliste pour lier un contact commun. Je pense que le service social a un rôle fondamental à jouer s'il se place en partenaire dans un réseau avec le patient.

Médicaliser le social ? Socialiser le médical ?

Trouver une cause médicale ou psychiatrique à l'errance ou à la précarité d'une personne permet à notre société de ne pas devoir se remettre en question... Un poids énorme repose dès lors sur le secteur médico-social, prié de trouver des réponses individuelles à une probléma-

« Les personnes sont souvent mal accueillies par l'équipe soignante, et sans doute référées rapidement au service social... »

tique globale. C'est indéniable, « on » nous demande souvent de répondre à des demandes dont l'origine n'est pas médicale, surtout en santé mentale. Je pense que beaucoup de professionnels en contact avec des personnes en situation précaire sont dépassés par l'ampleur des problèmes et frappent à la porte « médecine » pour soulager quelque peu le poids porté, souvent seul.

Mais on est surtout confronté à une vision terriblement individualiste venue de la logique néo-libérale : si tu es pauvre, ce n'est pas de la faute de la société, c'est de TA faute, parce que tu es faible, tu es fou, tes parents sont inadéquats voire pire... L'institution médicale s'est érigée toute-puissante pour prendre en charge les maladies et même la santé (la naissance, l'enfance, l'adolescence, le sport, le vieillissement,...), alors pourquoi pas aussi les « déviances » sociales ? Pour moi c'est la rencontre NON fortuite entre cette logique néo-libérale et la toute-puissance médicale qui crée cela. Et cela arrange tout le monde !

On individualise les problèmes, on cherche à remédier aux situations rencontrées par des « one-shot », au cas par cas, au lieu d'interpeler, de revendiquer plus de justice sociale. Et quand je parle de solutions individuelles, je pense aussi aux solutions envisagées pour gérer un problème dans une structure, comme par exemple la carte-santé aux CPAS de Namur, Bruxelles ou Charleroi. On invente une réponse technique à une in-

justice criante, l'impossibilité pour certains de se payer des soins de santé.

Je constate quand même que beaucoup de travailleurs du champ PMS sont conscients de ces enjeux. Prendre conscience du rôle terriblement écrasant de la société dans la (dé)route des plus pauvres nous mène déjà à considérer ceux-ci autrement et à choisir de faire un bout de chemin ensemble plutôt que de stigmatiser. Mais c'est un travail impliquant, fatigant car, c'est une évidence, on ne peut pas changer la société tout seul ! Même si par nos implications associatives ou professionnelles - je pense à la fédération des Maisons Médicales en ce qui me concerne -, on peut jouer le rôle d'observateur privilégié et d'« interpellateur ».

Quant à socialiser le médical ? Notre médecine correspond à une représentation de la société, elle est fruit de cette société, et donc fonctionne comme elle, avec ses mécanismes de normalisation, de hiérarchisation,... Que faire à partir de notre place dans cette institution ? Parler, se faire entendre, faire entendre aux intervenants médicaux le contexte de vie des personnes, leur histoire... Pas facile ! Parfois on a l'impression de se battre contre des moulins à vent... Mais cela change tout pour le patient, de trouver un interlocuteur dans l'hôpital qui entend son histoire et ne juge pas.

Sachons simplement être conscients du contexte dans lequel nous travaillons...

■ Responsabilité sociale de l'hôpital. Un regard sur la politique des soins de santé

Jean-Marie Léonard, secrétaire national de la FGTB, Belgique.

1) Une conception globale autour de la santé. La dynamique d'Alma Ata¹

« Il me semble que nous sommes entrés dans une ère de dépistage précoce, plutôt que dans celle du traitement. Une ère où il convient de s'occuper des gens alors qu'ils sont encore bien portants, et pour les préserver dans ce bien-être qu'est la santé. ² » Ces propos lancés par Lise Thiry à la réflexion du forum organisé par la « Plate-forme d'action santé solidarité » le 18 octobre 2008

indiquent la direction que doit prendre aujourd'hui un regard sur la politique des soins de santé. Nous sortons, difficilement, d'une politique de soins hospitalo-centrique. La recherche, les nouvelles technologies, les infrastructures, mais aussi la valeur économique des soins et la médecine « libérale » avec son type d'enseignement ont créé une offre essentiellement axée sur le « traitement ». Et pourtant, il y a trente ans déjà que l'OMS reprenait les principes de son texte fondateur de 1946 où la santé était déclarée comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et <qui> ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité. » Cette définition est la plus évoquée lorsque l'on se réfère à Alma Ata mais il est bon de poursuivre ici la lecture du même paragraphe de la Déclaration si l'on réfléchit à la « responsabilité sociale de l'hôpital ».

En effet, « la conférence <d'Alma Ata> réaffirme <aussi> avec force que la santé est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé. » A ce jour, des études, jusqu'aux plus récentes, ont certes confirmé et actualisé le bien-fondé de cette déclaration au travers de la mise en évidence des « déterminants de la santé » mais la santé est-elle pour autant un droit ici et de par le monde ?

Ce fut l'axe essentiel du forum d'action et d'interpellation organisé par la Plate-forme et qui a décliné la question autour de cinq sujets de réflexion : soins primaires, accessibilité, commercialisation, médicaments et conditions de travail du personnel soignant.

Deux leçons à tirer d'emblée d'Alma Ata :

D'une part, l'accès aux soins de santé, c'est déjà un défi mais le droit à la santé en est un autre car celui-ci renvoie non seulement à l'accessibilité à des structures de soins, elles-mêmes diversifiées, mais surtout à la participation de tous les secteurs à un objectif de bien-être et donc de santé. D'autre part, l'hôpital est certes un maillon indispensable de l'offre de soins mais il n'est pas le seul et la question renvoie bien évidemment à celle d'un réseau de structures de

¹ La « Plate-forme d'action santé solidarité » regroupant mutuellistes, syndicalistes, fédération des maisons médicales, ligue des usagers, membres d'ONG, de l'associatif, universitaires, ... a organisé un forum à l'occasion des 30 ans de la déclaration de l'OMS à Alma Ata. L'objectif principal est d'unir leurs efforts pour informer et sensibiliser les professionnels, sociaux et de santé, et la population sur les conséquences du néolibéralisme sur la protection sociale et le service public des soins de santé ; de proposer, encourager et défendre des politiques de santé progressistes et solidaires. Voir les « actes » dans Santé conjuguee, janvier 2009, n° 47.

² Lise Thiry, Santé conjuguee, janvier 2009, n° 47, p.18.

soins, en complémentarité les unes par rapport aux autres.

Ce préambule nous paraissait indispensable avant de jeter plus avant un regard sur la politique des soins de santé et la responsabilité sociale de l'hôpital.

2) Les soins primaires³, l'axe essentiel d'une politique de santé.

Il ne nous étonnera pas non plus qu'à Alma Ata, l'OMS ait poursuivi sa déclaration autour du nécessaire développement des soins primaires. Nous ne pouvons pas nous arrêter longuement sur ce sujet avant de développer notre point de vue sur la question de l'hôpital. Le Docteur Françoise Laboureur⁴ dans ce numéro d'*Ethica Clinica* donne une illustration, très vivante et réflexive à la fois, de son expérience des contraintes et des défis de la première ligne et de ses rapports à l'hôpital. Et cela au travers du vécu très concret des gens, mettant l'humain au centre des enjeux.

Nous pensons avec le Dr F. Laboureur que le terrain des soins primaires, celui des communautés de citoyens est le terrain privilégié pour développer une politique de santé en même temps qu'un système de soins adéquat. La communauté⁵ est le lieu de vie des citoyens, là où se développe la vie sociale, économique, environnementale, culturelle... et politique. Elle implique ou devrait impliquer l'autodétermination des collectivités et des individus à partir d'une analyse de situations conduisant à des politiques de promotion du

« bien-être ». Cet idéal, décliné dans le secteur de la santé, s'appelle prévention, promotion de la santé mais aussi mise en place de structures de soins de proximité où le « patient » occupe la place centrale. Toutefois, la question est aussi celle d'une approche collective de la question sociale et de la création de réseaux entre les prestataires de soins et les travailleurs des services sociaux, dont les CPAS. Mais cela ne suffit pas. Il faut pousser l'action jusqu'aux décideurs politiques susceptibles de modifier les déterminants de la santé : emploi, logement, ... Aujourd'hui, l'analyse est faite. Qu'attend-on pour mettre en place les stratégies de changement ? Dans les décennies qui précèdent,

force est de constater que la priorité a été mise davantage sur le développement hospitalier au détriment des soins de première ligne et de la médecine générale. A ce niveau, la question « sociale » et celle des « déterminants » de la santé vaut la peine d'être posée et nous faisons l'hypothèse

que c'est là qu'il est davantage pertinent de la poser pour les raisons insinuées ci-dessus⁶.

3) L'hôpital, la structure de soins aigus et spécialisés⁷

L'hôpital est quant à lui du second niveau, de la deuxième ligne. C'est la structure des soins spécialisés. C'est logique dans le cadre d'une offre de soins planifiée. Il en découle une nécessaire répartition des rôles et des fonctions. Sans quoi, c'est la confusion qui règne en maître. L'exemple le plus cité et bien réel est celui du recours inadéquat aux services d'urgence hospitaliers.

La notion de « bassins de soins » qui circulent depuis quelques années en Belgique nous paraît intéressante parce qu'elle veille à établir par zone géographique une offre de service de seconde ligne diversifiée susceptible de mieux répondre aux besoins de la population. Mais ce serait une grave erreur si cette approche n'englobait pas la première ligne dans la même dynamique de complémentarité et de santé publique globale.

Le travail social s'inscrit dans cette complémentarité entre la première et la deuxième ligne, mais aussi avec d'autres structures de soins spécialisées comme les maisons de repos ou les maisons de soins psychiatriques.

La bonne volonté et le professionnalisme des intervenants sociaux et de santé contribuent déjà de facto à la collaboration entre les différents niveaux de soins et tentent aussi à répondre aux contingences sociales des patients. Mais il reste du chemin à faire certainement en termes de structuration organisationnelle. Combien de patients ou de familles ne sont-elles pas livrées à un retour précoce à domicile sans avoir le temps de « se retourner » ou en manque d'infrastructure adéquate pour faire face dans l'immédiat⁸. La ligue des usagers des services de santé (LUSS) appelle, à juste titre, au dialogue avec les professionnels de santé et du social : « on veut pouvoir s'y retrouver, comprendre et agir, ... »⁹.

L'organisation institutionnelle et le système de financement de l'hôpital influencent son rôle social.

A ce jour, l'hôpital n'est pas organisé

par rapport à une fonction sociale. Tout repose sur l'aspect médical et sur l'aspect managérial d'ordre financier et économique, lequel a été bien renforcé ces dernières années. Les systèmes de financement sont également axés sur ces fonctions, malgré quelques initiatives. Les organigrammes des hôpitaux sont éloquentes à cet égard car ils sont basés sur une direction administrative et sur une direction médicale. Le département des soins infirmiers, qui a aussi sa spécificité a déjà du mal à prendre sa place. Que dire des assistants sociaux ? Ils relèvent aujourd'hui de la fonction administrative et doivent se battre pour ne pas s'y voir enfermés. Dans une meilleure approche de

« santé publique », l'hôpital serait renforcé dans une fonction épidémiologique et de recherche qui ferait apparaître le contexte socio-économique de la maladie et qui permettrait dès lors des initiatives politiques aux niveaux adéquats. Un exemple, celui de Marchienne-au-Pont qui a défrayé la

chronique récemment avec ses quartiers soumis au plus haut taux de pollution en Belgique. C'est la réaction des habitants, des médecins généralistes, des travailleurs sociaux et de santé mais aussi celle des médecins hospitaliers de Charleroi qui finalement a provoqué une amélioration¹⁰. Des observatoires de santé devraient voir le jour pour appréhender et structurer une telle approche. Les hôpitaux y auraient bien évidemment leur rôle à jouer à condition qu'ils organisent un nouveau type de management intégrant les aspects socio-économiques des patients et qu'ils revendiquent les moyens de financement pour le faire. Les résultats

« Les assistants sociaux se retrouvent aujourd'hui bien esseulés devant les défis sociaux qu'ils rencontrent quotidiennement. »

« Les travailleurs sociaux ont une capacité de parole dans le système de santé, mais ils doivent forcer les portes pour se faire entendre. »

³ Dans cette intervention nous évoquons les soins primaires, qui sont plus large que la médecine générale, et l'hôpital. Nous négligerons volontairement toutes les autres structures de soins car l'objectif est bien de nous centrer en fin de compte sur « le rôle social de l'hôpital ».

⁴ Le Docteur Françoise Laboureur, p. 38-42 dans ce numéro d'*Ethica Clinica*

⁵ La notion de « communauté » doit ici être prise au sens le plus large.

⁶ Voir notamment Coralie Ladavid, Santé conjugulée, janvier 2009, n° 47, pp. 30-32

⁷ L'hôpital a aussi une fonction épidémiologique et de recherche et ce y compris dans son rôle social.

⁸ Il faut savoir que le système de financement des hôpitaux est aussi lié à la rotation des patients. Il faut aussi savoir combien les services de soins à domicile ou d'aides familiales connaissent leurs propres limites d'intervention et de financement !

⁹ Santé conjugulée, janvier 2009, n° 47, p. 29.

¹⁰ Lire aussi Le Soir du 12 mars 2009, p.15, social.

d'une dynamique épidémiologique (au sens large) pourraient être constamment renvoyés au management de l'hôpital et aux responsables politiques et administratifs (fédéraux, communautaires et régionaux) pour une politique de santé en constante progression qualitative.

Le rôle des travailleurs sociaux au sein de l'hôpital.

La « Plate-forme d'action santé et solidarité », dans le groupe de travail qui s'est penché sur les conditions de travail du personnel soignant, a bien mis en évidence les nouveaux défis du personnel « *face à l'évolution des techniques, de la diversification des services et des structures de santé, à l'intervention d'un grand nombre de métiers et de statuts différents et aux nouveaux besoins de la population : vieillissement, exclusion, pauvreté.* »

Une approche globale du patient, une planification de l'offre de santé et une diversité des rôles dans l'hôpital lui-même implique des métiers diversifiés au-delà des corporatismes et susceptibles de travailler en pluridisciplinarité dans les divers secteurs (curatifs et préventifs). Cela implique un management des ressources humaines dans la gestion desquelles les travailleurs sociaux et de santé sont impliqués et jouent le rôle qui est le leur. Cela implique des formations de base et continuées communes à côté des spécialisations intégrant d'une part la capacité de travailler en équipe, en réseaux internes et externes et d'autre part la capacité de générer un processus de renvoi d'expertise dans les lieux de décision. En effet, leur expertise, forte de leur compétence, de leur qualification et surtout de leur expérience de terrain, doit être entendue et valorisée. Encore

faut-il que l'on ne reste pas dans l'informel et que les travailleurs sociaux eux-mêmes soient aussi partie prenante d'une telle dynamique. Auquel cas, devraient-ils se rencontrer davantage, échanger leurs expériences, s'organiser et faire naître des lieux pour faire entendre leur expertise. Les assistants sociaux se retrouvent aujourd'hui bien esseulés devant les défis sociaux qu'ils rencontrent quotidiennement. Sans conditions de travail motivantes et valorisantes sur le plan quantitatif et qualitatif, le burn-out les menacent entraînant une moindre qualité des services. Les syndicats, soucieux à juste titre de ne pas tomber dans le corporatisme, devraient toutefois les soutenir davantage dans une telle démarche en valorisant leur métier spécifique et leur capacité de travailler en pluridisciplinarité. Le secteur hospitalier, le « privé » en tout cas possède un fonds « groupe à risque » qui déjà pourraient être un moyen de financement générateur d'« expériences pilote » en ce sens.

La conclusion n'est pas un rêve.

Les travailleurs sociaux ont une capacité de parole dans le système de santé, mais ils doivent forcer les portes pour se faire entendre parmi tous les acteurs (cabinets ministériels, administration, syndicats, employeurs, organes d'avis, enseignants, ligue des usagers, ...) et à tous les niveaux (fédéral, communautaire et régional). Cela suppose d'investir ou de venir en appui de structures qui portent leur parole : fédération d'employeurs et syndicats notamment, mais aussi la ligue des usagers des services de santé, par exemple.

■ Quand l'interdisciplinarité est engagée : l'image d'une équipe psycho-sociale

Patricia de Bontridder, Julie Deville*, Virginie Dirick*, Géraldine Garlant**, Audrey Jamotton**, Catherine Montreuil***

**psychologue, Equipe Psychosociale, Centre Hospitalier de Dinant (CHD)*

***assistante sociale, Equipe Psychosociale, Centre Hospitalier de Dinant (CHD), Belgique*

L'intervention sociale en milieu hospitalier, auprès de la patientèle accueillie pour des problématiques somatiques, aborde les dimensions humaines et relationnelles des soins, aux côtés des équipes médicales et soignantes. Dans notre hôpital, le partenariat avec l'équipe des psychologues s'est imposé rapidement, et le travail en binôme psychosocial est effectif, à la demande médicale, tout d'abord pour ce qui concerne les patients oncologiques, et par la suite dans différents autres secteurs d'activités. Cette pratique clinique a débouché, en 1998, sur la création de l'Equipe Psychosociale, dépendant du Département des Soins Infirmiers. Par la suite, l'équipe s'est étoffée et compte actuellement trois psychologues et quatre assistantes sociales.

Le fonctionnement en binôme psychosocial se développe au-delà de la collaboration plus traditionnelle entre les services sociaux intra-hospitaliers et les unités de Psychologie. Il répond à certaines indications, suscite des bénéfices tant pour le bénéficiaire que pour les professionnels engagés dans cette pratique. Concrètement, le binôme psychosocial réalise une co-intervention, souvent simultanée, auprès des patients désignés, notamment par la demande médicale. Au-delà du motif avancé (par exemple, situation problématique, intrication de facteurs bio-psycho-sociaux, absence de « solution » ...), l'articulation psychosociale permet que se dégage le sens, nécessairement pluridimensionnel, que revêt l'hospi-

talisation dans la trajectoire de vie du malade et de son entourage. En effet, cet élargissement du cadre d'analyse déplace la problématique somatique traitée, vers un « autre lieu » : celui de la singularité de la personne malade. Dans ce contexte, le binôme psychosocial en est le garant.

Après avoir décrit le fonctionnement de cette articulation psychosociale, nous en relèverons les indications et en analyserons les bénéfices. Nous terminerons par une réflexion relative à l'engagement nécessaire et réfléchi des professionnels à l'égard du travail en binôme.

Le travail en binôme psychosocial

Le travail en binôme psychosocial s'inscrit dans certains « lieux » d'exercice de la médecine. Alors que certains secteurs de soins paraissent se satisfaire d'un fonctionnement mono- ou pluridisciplinaire, d'autres (dans notre expérience : l'axe mère-enfant, la neuro-psychiatrie, la médecine gériatrique, l'oncologie et les soins palliatifs) se voient dans l'obligation, pour répondre aux finalités du soin, d'élaborer un modèle interdisciplinaire qui, à son tour, servira d'assise à l'articulation psychosociale. Dans ce contexte, le fonctionnement interdisciplinaire sert de levier à la nécessaire prise en compte des dimensions bio-psycho-sociales du patient et légitimise leur intégration obligatoire dans le projet de soin.

L'appel au binôme psychosocial s'effectue en fonction de la sensibilité

du médecin demandeur pour ce type de lecture, mais également en fonction de la culture et de l'histoire de l'équipe de soin. En outre, nous constatons que toutes les problématiques ne nécessitent pas obligatoirement une intégration psychosociale aussi affinée. Ainsi dans la plupart des situations cliniques rencontrées au quotidien, le fonctionnement interdisciplinaire classique suffit pour élaborer un projet de soin pour le bénéficiaire et son réseau. Ce plan obéit à une logique : à partir des éléments de l'évaluation de chaque professionnel de l'équipe, les besoins du patient sont définis et une stratégie est élaborée. Cette stratégie répond en outre à certains modèles préformés dans le chef de l'équipe : à partir de son expérience et de son histoire, et de manière souvent implicite, l'équipe a construit une sorte de pré-configuration de l'attitude thérapeutique à adopter dans les situations cliniques rencontrées. Cette pré-configuration est à la base des automatismes qui facilitent le quotidien des soignants. L'existence de cette pré-configuration implicite signe d'ailleurs le caractère avéré d'un fonctionnement interdisciplinaire. Ainsi, dans la clinique quotidienne, l'équipe interdisciplinaire va, à la fois, évaluer de manière personnalisée les besoins singuliers relatifs à la situation présentée par le malade et sa famille, mais également faire appel aux savoirs-faire cliniques et éthiques, construits à partir de son expérience antérieure. C'est la combinaison de ces deux sources d'évaluation qui va produire la stratégie thérapeutique proposée.

Toutefois, toutes les situations rencontrées dans la clinique ne rentrent pas dans ce schéma ! Dans certains cas particuliers, les pré-configurations ne s'adaptent pas à la singularité du patient ou aux particularités de son réseau familial. Le système thérapeutique

réunissant l'équipe et les bénéficiaires est alors mis à mal et son homéostasie est déséquilibrée. De système marqué par la stabilité, la reproductibilité et la prévisibilité des procédures, le système thérapeutique bascule dans un état d'instabilité, ou plus exactement dans un état d'équilibre instable. Les règles et normes antérieures, les postulats issus du savoir-faire expérimental de l'équipe se révèlent inopérants. Pour autant que ce constat ne soit pas vécu comme un échec (ou le patient désigné comme « résistant » au projet préformé) et que le système thérapeutique accepte de considérer cet événement comme un avatar obligé de son fonctionnement, l'articulation psychosociale peut être suscitée. Le travail en binôme psychosocial surgit ainsi de l'imprévisible ! Ce modèle se révèle opérant pour tous les malades « imprévisibles », pour toutes les situations cliniques qui échappent à la programmation d'un plan de soin standardisé. C'est le cas lorsqu'un événement imprévisible vient se greffer à une prise en charge (par exemple, le deuil périnatal ou la formulation d'un projet palliatif). C'est le cas lorsque la construction du projet thérapeutique à visée sociale est soudainement remise en question par la décompensation du réseau familial ou l'intrusion inattendue de dimensions historiques relatives au fonctionnement intrapsychique et/ou familial. Le modèle psychosocial développé par notre équipe constitue donc une réponse opérante lorsque surgit l'inattendu et le non-programmé. Il ne se commande pas et apparaît « de surcroît ». Il se révèle à chaque fois original et unique et marque une discontinuité précise dans la logique qui préside au fonctionnement du système thérapeutique. Par la rupture qu'il induit, il mobilise en outre la créativité de l'équipe, invitée à développer de nouvelles dimensions

de son expertise. L'émergence de ces nouvelles compétences ne débouche pas obligatoirement sur un résultat immédiatement tangible. Par contre, la perception d'une transformation, c'est-à-dire d'une modification profonde de la vision de la situation, est évidente, tant pour le bénéficiaire et son entourage, que pour les membres de l'équipe. De ce constat, nous pouvons comprendre pourquoi le fonctionnement par binôme psychosocial constitue un vecteur indéniable de co-évolution - humaine et professionnelle - pour l'ensemble des personnes qui y adhèrent.

L'articulation psychosociale répond donc principalement à l'imprévisibilité et à l'instabilité des situations cliniques rencontrées. Cette spécificité n'est toute-fois pas totale. En effet, pour émerger, elle répond à certaines conditions préalables. Tout d'abord, une expertise dans le fonctionnement interdisciplinaire tel qu'envisagé classiquement. Ensuite, la place centrale accordée à la singularité du patient et de son entourage dans le système thérapeutique. L'ouverture à la flexibilité et à la perspective d'un changement doit également être présente dans l'équipe soignante. Enfin, l'équipe doit avoir intégré la compétence particulière d'envisager les dimensions psychosociales intrinsèquement associées aux problématiques somatiques traitées. En effet, cette caractéristique ne permet pas seulement de lutter contre le « morcellement » de la plupart des prises en charge à visée prioritairement somatique. En outre, elle favorise la mise en lien de la personne traitée avec des éléments

« L'articulation psychosociale déplace la problématique somatique traitée, vers un autre lieu : celui de la singularité de la personne malade. »

de son histoire et de son réseau de vie. Elle offre également une contenance à la détresse bio-psycho-sociale parfois aiguë et participe à l'élaboration d'une convergence qui permettra au patient de se sentir respecté dans l'unicité de sa demande à l'égard du système de soin.

Le travail en binôme psychosocial révèle tout son bénéfice tant pour le professionnel que pour le patient. Pour le professionnel engagé dans cette pratique, il offre la réassurance du soutien d'un(e) collègue dans l'immédiateté de la problématique rencontrée. Au contraire d'une supervision ou « debriefing » qui permettent une relecture à postériori, le binôme psychosocial autorise les professionnels à vivre simultanément les enjeux d'une situation clinique commune. Dans les prises en charge à haut potentiel anxiogène pour le soignant, la présence du binôme permet à chacun, d'une part, de reconnaître sa part de vulnérabilité humaine, et d'autre part, de consolider le vécu de sa compétence, « malgré tout ». Ainsi, dans certaines situations, le sentiment d'impuissance ressenti par bon nombre de professionnels psychosociaux peut se trouver atténué par la qualité de partenariat de l'autre professionnel engagé. La qualité des soins relationnels s'en trouve par là, majorée puisque les compétences professionnelles et humaines de chacun sont démultipliées pour prendre en compte la multi-dimensionnalité bio-psycho-sociale du patient et de son entourage.

Pour le bénéficiaire et son entourage, le binôme donne une contenance solide à la détresse. En outre, la cohérence qui émerge du référentiel commun ainsi an-

cré dans la réalité, fait que le patient a la certitude que sa demande est entendue, prise en compte, et qu'un professionnel assurera un relais, sans être nécessairement identifié en tant que tel. Il ne s'agit toutefois pas de superposer les fonctions sociales et psychologiques. Chaque professionnel continue à intervenir dans sa zone de compétence propre. Cependant la juxtaposition des zones de compétences permet la globalisation des réponses apportées à la problématique posée. C'est ainsi qu'une thématique d'ordre psychopathologique inclut souvent des modalités d'intervention à caractère social ou administratif qui seront traitées simultanément. La seule limite rencontrée concerne la dynamique temporelle des interventions psychologiques et sociales. Si certaines situations autorisent un tel traitement simultané, d'autres nécessitent une succession dans les prises en charge. Dans ce cas, le binôme psychosocial demeure toutefois opérant, mais à titre virtuel et symbolique.

En conclusion, la cohérence des interventions, mais aussi la cohésion de l'équipe psychosociale sont optimisées par le fonctionnement en binôme. Sa présence atteste de la nécessaire prise en compte des dimensions tout simplement humaines des interventions psychosociales, au-delà du caractère segmenté, parfois décrié, des prises en charge à visée somatique. Il constitue un support intéressant au « confort » du thérapeute, engage la créativité des soignants, à la condition que les identités personnelles et professionnelles de chaque membre du binôme continuent à être respectées, identifiées et différenciées.

La valeur de l'engagement

Ce choix de fonctionnement relève finalement d'un engagement.

Cet engagement nous apparaît comme une démarche personnelle et partagée, sans attente de reconnaissance stricte, sinon celle d'un travail axé sur l'accompagnement du patient dans sa globalité et dans le respect d'une situation clinique non-segmentée d'où émerge un projet convergent, cohérent et réaliste. Le patient demeure co-acteur : il n'est pas seulement « à gérer » ou « à protéger ». Nous sommes ensemble, dans une réelle mobilisation de la prise de décision responsable et autonome.

« Par son existence, le binôme psychosocial interpelle chaque professionnel hospitalier quant à la place qu'il ou elle accorde aux dimensions autres que strictement somatiques. »

La convergence enrichit le binôme en ce qu'elle ré-interpelle systématiquement, et sans heurt, les grilles de lecture de chacun. Les pratiques se transforment alors spontanément et mutuellement, au point de proposer une pratique commune et unique. Le professionnel reconnaît

alors sa compétence accrue par la complémentarité, dont une des garanties fondamentales repose sur la connaissance mutuelle de chacun des intervenants, tant dans leur fonction que en tant qu'individu. Nous notons à ce sujet que, à notre sens, cette connaissance doit se construire et nécessite donc une équipe stable où chacun bénéficie de l'occasion de s'investir dans le temps. En effet, l'instabilité régnant dans certaines équipes ne favorise pas toujours un partenariat efficace et structuré. Il est vrai que la qualité d'intervention en binôme doit s'affiner au fil des accompagnements. Chaque profession-

nel doit saisir le fonctionnement de son partenaire, sachant que chaque situation traitée modifie en permanence les schémas de l'un et de l'autre. Ainsi, une complémentarité peut voir le jour, au regard des sensibilités de chacun. Le « turn over » rencontré dans certaines structures ne favorise pas toujours cette cohérence d'un binôme. De même, si le professionnalisme souhaite voir se développer un partenariat efficace et cohérent à travers toute collaboration, la réalité du terrain nous rappelle qu'il existe des incompatibilités : le binôme demeure dual !

L'appropriation et le respect mutuels au sein de l'équipe se construisent au fil du temps et de la pratique commune. L'engagement reflète tant la disponibilité pour le patient que pour l'autre professionnel, partenaire. L'engagement inclut une dimension relationnelle et humaine, source de davantage de disponibilité, d'ouverture et d'assurance du lien, dans l'accompagnement du patient et de son réseau.

Une équipe psychosociale existe donc au travers d'un investissement à visée de qualité humainement professionnelle, pour laquelle il y a engagement volontaire de notre humanité, en lien avec les essentielles notions de respect de la globalité des différentes facettes de chacun et de l'éthique.

Conclusion

Le binôme psychosocial existe au travers d'une sensibilité particulière des professionnels engagés dans cette pratique. Il constitue, certes, un choix de fonctionnement, qui majore le confort de l'intervenant, psychologue ou travailleur social. Toutefois, il ne se réduit pas à ce strict aspect. En effet, il représente une modélisation possible de l'articulation du social et du psychologique dans certaines situations problématiques rencontrées dans la clinique hospitalière. En cela, le binôme répond à certaines indications que nous souhaitons précises et discriminées et ne peut, à notre sens, être généralisé à l'ensemble des secteurs d'activités, principalement en raison de son « coût » (mobilisation simultanée de deux professionnels). Enfin, nous soulignons que le binôme s'inscrit toujours dans le contexte des équipes soignantes dans lesquelles il est amené à intervenir. En fonction de leur histoire et de leur sensibilité particulière aux dimensions relationnelles, les équipes intègrent le binôme, affirmant son intérêt... ou le considérant comme « un luxe »... Finalement, par son existence, le binôme psychosocial interpelle chaque professionnel hospitalier quant à la place qu'il ou elle accorde aux dimensions autres que strictement somatiques.

■ Le service social « Patients » aux cliniques universitaires Saint-Luc

Jean Desbeek, Chef de Service social aux Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique*

En collaboration avec Mesdames Dominique Adam, Françoise Cochez, Fanny Duhamel, Cindy Detrogh, Anne Mathy, Astrid Perron et Sylvie Willems et Messieurs Stéphane Chapelle et Laurent Vanderbist

1. Définition générale du service social

Le titre d'auxiliaire ou d'assistant social est protégé par la loi du 12 juin 1945. Le code international de déontologie élaboré en 1976 et signé par 65 pays a influencé le code en vigueur dans notre pays depuis 1948. Le code de déontologie actuel a été approuvé en 1985 par les associations professionnelles.

Selon l'Union Francophone des assistants sociaux (document de 1980), l'assistant social est un agent d'aide personnelle et d'action sociale. Quant à la résolution du comité des ministres du Conseil de l'Europe adopté le 29 juin 1967, elle nous apprend que « *le service social est une activité professionnelle spécifique qui vise à favoriser une meilleure adaptation réciproque des personnes, des familles, des groupes et du milieu social dans lequel ils vivent et à développer le sentiment de dignité et de responsabilité des individus, en faisant appel aux capacités des personnes, aux relations interpersonnelles et aux ressources de la collectivité* ».

Une attitude essentielle attendue de l'assistant social est l'empathie, avec la priorité d'établir une relation de confiance avec le patient, l'aidant proche et les équipes de soins.

L'implication du patient dans son projet est une prémisses à la mise en œuvre de solution. L'objectif récurrent est de favoriser l'autonomisation du patient selon son état.

2. Le service social à l'hôpital

2.1 Réflexions depuis 1998

Mais quelle est donc la spécificité des assistants sociaux engagés par les hôpitaux généraux, universitaires et psychiatriques ? Faut-il croire que la page n'était pas écrite pour que plusieurs dizaines d'assistants sociaux des hôpitaux francophones et néerlandophones du pays aient planché sur le sujet durant l'année 1997 ? Le 16 janvier 1998, sous l'égide de ce qui allait devenir le SPF Santé Publique, devant plusieurs centaines d'assistants sociaux, des travaux qui avaient nécessité une énergie extraordinaire furent exposés.

Ils portaient sur le statut du service social à l'hôpital, les collaborations au sein des différents services de l'hôpital (intra muros) et les services médico-sociaux de proximité (extra-muros), les aspects éthiques et déontologiques et, enfin, l'enregistrement du travail social à l'hôpital.

Ces textes ont plus de onze ans ; ils représentent une valeur de référence qui permet de mettre en perspective l'évolution de l'exercice du métier en 2009.

Ils ont incontestablement influencé la mise en œuvre d'une étude du SPF Santé Publique qui s'est clôturée en avril 2001. Le rapport final a répondu à une partie des attentes en laissant toutefois à un « observatoire social » le soin de mieux cerner les besoins, notamment

en matière de normes de financement des assistants sociaux exerçant en milieu hospitalier. L'histoire nous enseignera que cet observatoire, au minimum par manque de moyens humains, n'a pas répondu aux attentes des acteurs de terrain.

Par contre, la somme des réflexions en cascade de la journée d'étude de janvier 1998 et l'étude du SPF Santé Publique auprès de 316 hôpitaux a fourni un grand nombre d'éléments au groupe de travail du « Conseil National des Etablissements Hospitaliers (CNEH) » du SPF Santé Publique.

Ce terreau entretenu depuis janvier 1998 a servi de point d'appui à la rédaction d'un avis coordonné du CNEH en date du 8 mars 2001. Sans être contraignant, il est néanmoins applicable à l'ensemble des hôpitaux du pays.

Cet avis reconnaît l'existence du service social en tant que tel avec un responsable titulaire d'un diplôme d'assistant social ou infirmière sociale ainsi qu'une place spécifique au sein de l'hôpital. D'une part, il conforte le principe de détenir ses propres méthodes de travail et d'autre part, attribue, entre autre, la responsabilité de la liaison externe avec les services et institutions extrahospitalières.

Dans son avis, le CNEH décrit les fonctions de l'assistant social liées ou non au patient et à son entourage. Cinq fonctions concernent les patients et son entourage, à savoir l'assistance matérielle et sociale, la coordination des soins hospitaliers et extrahospitaliers, l'accompagnement psychosocial, la liaison et un travail social spécifique.

Il accorde aux assistants sociaux deux fonctions liées à l'institutionnel, à savoir la sensibilisation des différents praticiens de l'hôpital et l'avertissement des autorités sur des dysfonctionnements ayant un impact sur le patient.

2.2 Réflexions depuis 2008

Cet avis du CNEH s'avère être une avancée certaine pour la reconnaissance de la spécificité du travail social hospitalier. Mais, notamment selon l'histoire de l'établissement et son évolution, cet avis est diversement appliqué par les directions d'hôpitaux.

Vu l'absence de normes d'encadrement claires et adaptées aux hospitalisations classiques et aux évolutions des offres de soins (hôpitaux de jours, one-day clinique,...), la mise en œuvre des 7 fonctions décrites ci-avant s'appliquent plus ou moins selon les moyens humains disponibles.

Compte tenu de la demande de « performance » des hôpitaux, imposée par le système de financement depuis juillet 2002 qui encourage les courts séjours, un nombre significatif d'assistants sociaux consacrent de plus en plus leur temps aux préparatifs de sortie des patients adultes hospitalisés.

Alors que la fonction « assistance matérielle et sociale » revêt de plus en plus un caractère impérieux pour les populations fragilisées, notamment par la crise, de moins en moins d'assistants sociaux ont du temps à y consacrer.

Face à ce constat, dans le courant du 2^o semestre 2008, les responsables des services sociaux des quatre hôpitaux universitaires néerlandophones implantés

« Il ne faut pas ranger le service social dans une des fonctions logistiques de l'hôpital, mais dans les soins au patient comme le préconisent les directives de l'Organisation Mondiale de la Santé. »

* Avenue Hippocrate 10/1580, 1200 Bruxelles, HYPERLINK "mailto:jean.desbeek@uclouvain.be"

en Flandre et à Bruxelles ont repris à leur compte le travail dévolu à « l'observatoire social » resté peu audible depuis 7 ans.

Depuis avril 2009, les hôpitaux universitaires francophones se sont joints à la démarche, et les hôpitaux généraux y seront associés. Le SPF Santé Publique encourage l'initiative par un financement. Le service social de l'Universitair Ziekenhuis Gent est maître d'œuvre et dirige l'étude intitulée « *Développement d'un instrument de gestion au sein du travail social dans un hôpital* ». Le service social de l'Hôpital Universitaire Erasme est, quant à lui, chargé de récolter les données de l'ensemble des hôpitaux francophones des Régions bruxelloise et wallonne.

L'objectif consiste à communiquer, pour décembre 2009, des paramètres objectifs au SPF Santé Publique afin d'allouer les ressources sur base de critères mieux adaptés.

Dans un premier temps, cette étude va sonder les pratiques exhaustives de plus de 200 travailleurs sociaux que comptent les huit établissements universitaires du pays.

Cette étude réalisera non seulement un spectre d'activités mais établira son importance numérique, ses fréquences, ses charges inhérentes et nécessaires à un service de qualité offert aux patients-consultants.

3 Le service social aux Cliniques Universitaires Saint-Luc (CUSL)

La fonction sociale évolue dans une société donnée qui apporte ses valeurs, ses priorités et les moyens tant humains que financiers qu'elle se donne. Cet ensemble d'éléments conditionne en tout ou partie le travail des personnes qui exercent le métier d'assistant social. Celui-ci ne peut faire l'économie d'une

réflexion sur sa place dans un système. Ce système donne un tempo, notamment par ses instances législatives, associatives ou professionnelles (Gouvernement, Parlement, hôpitaux,...).

Dans une mesure certaine, les éléments suivants vont conditionner la pratique des assistants sociaux.

3.1 Le contexte

Les CUSL, ouvertes en 1976, se situent à l'Est de la Région de Bruxelles Capitale, à 7 km de l'aéroport de Bruxelles National et à moins de 5 km du ring (E19 Mons-Charleroi, E40 et E411). Les CUSL sont implantées sur le territoire de Woluwe-Saint-Lambert et desservies par des lignes de métro et de bus.

Il s'agit d'une organisation de soins privée (a.s.b.l) avec des ressources financières provenant principalement de la sécurité sociale. Elle ne dépend donc pas de manière significative, directe ou à titre principal des deniers de l'Etat, Régions ou Communautés.

Respectivement au Nord, Centre et Ouest de cette Région, l'AZ VUB, les CHU Brugmann, Saint-Pierre et Erasme sont des hôpitaux de type académique de taille comparable aux CUSL.

L'activité des CUSL se chiffre à plus de 32000 séjours en hospitalisations classiques, 63.000 journées forfaitaires et près d'un demi-million de consultations, toutes spécialités confondues. Près de 5000 personnes travaillent dans cet établissement qui compte 964 lits agréés.

Selon les réputations des équipes, les savoir faire et les avancées dans telle ou telle pathologie, les CUSL sont un centre de référence au point de vue national et international.

Près de 85% des patients hospitalisés proviennent par ordre d'importance de

la Région de Bruxelles-Capitale (41,8 %), du Hainaut (18,4%), du Brabant Flamand (13,5 %) et du Brabant Wallon (11,9%). Il y a lieu de mettre en évidence la progression continue depuis 2005 des admissions dans le service des urgences. Ce service comptabilise 57497 admissions en 2008 et les admissions en provenance de l'aéroport sont significatives.

Notre institution hospitalière est un des référents de proximité pour les populations des communes d'Evere, Schaerbeek, Woluwe-Saint-Lambert et Woluwe-Saint-Pierre, soit près d'un quart de la Région de Bruxelles-Capitale dont 8,5% de personnes âgées de plus de 75 ans. Les habitants des communes à facilités linguistiques de Wezembeek-Oppem et Crainhem font partie de la patientèle de proximité.

3.2 La place du service social dans l'organigramme

L'étude du SPF Santé Publique de 2001 auprès des 316 hôpitaux révélait que les services sociaux dépendaient de hiérarchies très diverses. Pour 33%, ils relevaient directement de la Direction Générale, 41% de la Direction du Nursing et le solde de 12 Directions différentes.

Dans son texte de synthèse sur le service social à l'hôpital de 2001, le CNEH, quant à lui, suggérait de ne pas ranger le service social dans une des fonctions logistiques de l'hôpital, mais dans les soins au patient comme le préconisent les directives de l'Organisation Mondiale de la Santé.

En douze ans, le service social aux CUSL est passé de l'Administration des

Patients à la Direction Financière pour se poser enfin dans une des 3 Directions Cliniques Médicales qui nous intègre au sein de son Département Administration et Processus Patients. On y trouve également la planification des consultations, l'accueil, la planification des séjours et l'admission.

Notre service allie les hiérarchies médicales et administratives dans l'organigramme. Dans le domaine opérationnel, la responsabilité hiérarchique appartient au chef de service social et un grand nombre de médecins assument la fonction de chef fonctionnel des travailleurs sociaux.

L'autonomie dans nos méthodes de travail est garantie depuis de nombreuses années et les moyens de fonctionnement alloués n'ont pas varié selon la place occupée au gré du temps dans l'organigramme.

« Une certaine frustration peut être ressentie quand le patient quitte l'hôpital, ayant rarement des retours de la situation. »

3.3 Le service social et sa localisation dans l'hôpital

Le support administratif du service social et le chef de service disposent de bureaux au rez-de-chaussée des Cliniques, un peu en retrait de la zone d'admission et d'accueil au centre des Cliniques.

A proximité des services du médiateur, assurances et qualité patients, entre les étages d'hospitalisations et des consultations, le service social accueille les patients et leurs familles. Cet environnement administratif se trouve dans un endroit relativement calme et constitue la logistique du service.

Il est le lien d'une part, avec les 32 travailleurs sociaux et, d'autre part, les prestataires de soins intra- et extra-muros. Hors heure de table, le secrétariat

général est ouvert de manière continue les jours ouvrables. Outre un point de chute pour les assistants sociaux, un point d'accueil pour les patients, il s'agit d'un point névralgique téléphonique qui dispatche journalièrement une quantité importante d'informations.

Dans la mesure du possible, les assistants sociaux disposent de bureaux situés à proximité de leurs unités de soins et/ou consultations auxquelles ils sont affectés.

3.4 Les financements du service social

Hors équipe de support administratif et le chef de service, le service compte 32 personnes soit un total de 25,2 équivalents temps plein (ETP). Il s'agit de 31 assistants sociaux et d'une infirmière sociale, dénommés travailleurs sociaux.

Le financement de ce personnel du service est assuré par trois sources budgétaires différentes.

Sa première source en importance provient du Budget des Moyens Financiers (BMF) alloué aux hôpitaux par le SPF Santé Publique. Elle représente 43% de notre budget consacré aux travailleurs sociaux, en ce compris le référent hospitalier.

Viennent ensuite réunis sous le vocable autres, les financements de l'INAMI, de la Communauté française et de Mécènes soit 36% des prises en charge de la masse salariale des travailleurs sociaux.

Aux CUSL, l'INAMI finance plus de 20 conventions destinées à la prise en charge pluridisciplinaire d'affections médicales bien précises. Il s'agit de la mucoviscidose, l'autisme, le HIV, la neuromusculaire, les douleurs chroniques, ... Le médecin responsable de chacune des conventions et le chef de service social cogèrent les 12 travailleurs sociaux concernés. Quant aux moyens

alloués par la Communauté française, ils se consacrent à l'équipe de « maltraitance des enfants » dans laquelle exercent trois travailleurs sociaux.

Enfin, la troisième source financière significative du budget provient de 3 des 5 plans Maribel, soit 21% des travailleurs sociaux. Il s'agit d'une mesure d'appui au secteur non marchand via le SPF Emploi et Travail en vigueur dans notre institution depuis l'an 2000. Sa particularité réside dans le fait que, d'une part, la répartition des moyens se débat au Conseil d'Entreprise de l'institution et, d'autre part, nécessite l'unanimité de ses membres syndicaux et patronaux.

3.5 L'activité des travailleurs sociaux en 2008

En 2008, sur les 6824 patients pour lesquels les travailleurs sociaux du service ont été interpellés, 731 avaient moins de 16 ans, 4002 étaient âgés de 16 à 74 ans et 2091 comptaient 75 ans et plus.

Sur 25,2 ETP travailleur social, 17,9 sont affectés dans les unités de soins et consultations de patients **adultes** dont 14 ETP sont consacrés principalement aux patients **adultes hospitalisés**.

3.5.1 Le post-hospitalier

Le post-hospitalier des patients séjournant en hospitalisation classique concerne plus d'une personne sur deux au sein du service social.

Sur 14 ETP travailleur social, 8,30 exercent dans des unités de soins dont le séjour du patient adulte s'avère inférieur à 6 jours d'hospitalisation (ex : médecine interne générale, chirurgie cardiaque, ...).

Plus de 65% des patients, dont le service social s'est préoccupé en 2008, étaient concernés par les préparatifs de sortie d'hospitalisation.

C'est dire si cette activité de service, et en particulier l'organisation de la continuité des soins à domicile des patients adultes, est une préoccupation constante. De manière générale, le travailleur social doit trouver l'équilibre entre la situation socio-familiale du patient à son entrée en hospitalisation et les impératifs économiques institutionnels. Ceux-ci résultent d'un financement dépendant du respect des durées de séjour par pathologie et leurs niveaux de gravité respective.

C'est un exercice qui nécessite un savoir faire certain, compte tenu de la diminution de la durée moyenne des séjours de 8,3 à 6,9 jours entre 2003 et 2008. La gestion au quotidien reste difficile, en particulier avec les patients âgés de 75 ans représentant 31% des patients qui ont consulté le service social en 2008.

« Je rencontre également les absurdités du système, que d'autres, mes semblables, me renvoient. »

En 2008, sur nos 4332 patients pour lesquels le service social est intervenu dans les préparatifs de sortie, 1308 ont porté sur des transferts vers un hôpital de moyen séjour et 383 vers des maisons de repos et maisons de repos et de soins.

L'importance du temps investi pour ces préparatifs de sortie pour les adultes s'illustre notamment par une étude exhaustive, menée en 2003 dans les unités de soins, qui a démontré que le service social organisait la sortie des patients présentant un tableau clinique altéré par un cumul de soucis médicaux, conjugués avec un âge supérieur à 65 ans.

Quant aux enfants, en particulier ceux souffrant de pathologies neurologiques et vu l'absence récurrente de places

adéquates dans des structures adaptées, les préparatifs de sortie s'avèrent fastidieux et dévoreurs d'énergies diverses. Cela en devient un vrai problème de société. Il est dénoncé avec vigueur par des travailleurs sociaux et les parents d'enfants depuis plus de trois ans auprès de différents cabinets ministériels.

3.5.2 Les prestations non liées au post-hospitalier

D'une manière proactive ou à la demande du patient, les questions et le travail en rapport avec la sécurité sociale et les assurances concernaient 2315 patients, en 2008. Les trois matières les plus souvent traitées portaient sur

le remboursement des soins de santé, les allocations familiales majorées et les indemnités-incapacités de travail auprès de l'INAMI.

Les prestations relatives aux difficultés financières liées à l'accès aux soins de santé apportaient des réponses à 988 patients.

Dans ce contexte, les trois prestations les plus représentatives du travail social sont les modifications administratives intra-muros (telles que badges, factures, etc.), les procédures de demandes de réquisitoire au CPAS et les assurances.

Le soutien ou accompagnement psychologique a été proposé à 636 personnes, patients et/ou leurs familles.

Enfin, la thématique de la réinsertion est l'une des activités très spécifiques aux travailleurs sociaux exerçant à titre principal dans les secteurs de réadaptation tels que la médecine physique, la neurologie, la pédiatrie, la pédopsychiatrie et la psychiatrie. Plus

de 80% des 204 patients concernés ont moins de 30 ans.

3.6 Le service social et l'extra-muros

La pertinence et la richesse de notre travail interne à l'hôpital dépend également de notre connaissance et notre implication dans les réseaux médico-sociaux extra-muros, en particulier en Région de Bruxelles-Capitale.

A titre indicatif, et à des degrés divers, nous collaborons avec les associations suivantes : le **GREPA** (Groupe de réflexion et d'échange des praticiens de l'aide juridique), le **SEPAM** (Service d'écoute pour personnes âgées maltraitées), **HOSPICHILD** (Information avant, pendant et après l'hospitalisation d'un enfant), le **GAMP** (Groupe d'action qui dénonce le manque de places pour personnes handicapées de grande dépendance), **l'Observatoire de la santé** (invitation des travailleurs sociaux du secteur par un cabinet ministériel de la Région).

Depuis décembre 2008, nous nous impliquons dans la **coordination sociale**, mise en place par le CPAS de Woluwe-Saint-Lambert, le **CSWSL**. Parmi ses objectifs citons : « *encourager la concertation des différents acteurs de terrain et les responsables politiques, initiateurs de politiques sociales, ainsi que participer à la mise en place de synergies* ».

3.7 L'organisation du service

3.7.1. Mode de fonctionnement

Seize travailleurs sociaux sur les 32 du service fonctionnent seuls dans l'(les) unité(s) de soins d'hospitalisations ou consultation(s), l'autre moitié du service travaille en duo ou en trio dans un même secteur médical.

Tous assument un rôle de garde les jours ouvrables afin de couvrir les appels dédiés à leurs collègues absents pour cause de congé, maladie, formation ou

autre.

Sept travailleurs sociaux répondent à tour de rôle aux appels le samedi. Il s'agit d'appels émanant principalement de la salle des urgences. Ces 7 personnes forment le noyau de base dans le cadre du plan MASH (dit plan catastrophe). En cas de déclenchement dudit plan, le service social a la responsabilité de l'accueil des familles.

3.7.2 Les points de rencontre

Outre les réunions plénières du service social et les staffs multidisciplinaires propres à chacun dans ses unités de soins et/ou consultations, chaque membre du service fait partie d'un pool spécifique convoqué toutes les 6 semaines et exclusivement réservé au service. Les 32 travailleurs sociaux se répartissent au sein d'un des quatre pools suivants : médecine interne, revalidation, pédiatrie et psychiatrie. L'affectation des personnes dans ces pools dépend de la spécialité médicale dans laquelle elles exercent à titre principal.

Ces pools sont des lieux d'informations, d'échanges, de formation, notamment par l'analyse de situations difficiles. Vu le nombre important de disciplines médicales couvertes, ils permettent une meilleure connaissance des fonctionnements de collègues ou procédures en vigueur dans des équipes de soins que l'on côtoie moins, pour diverses raisons.

Un cinquième pool rassemble les personnes du support administratif du service. Par ce biais, ces personnes travaillent à l'actualisation ou à la mise en œuvre de procédures de communication et de fonctionnement. Vu l'évolution des techniques et des exigences des publics (patients, professionnels intra- et extra-muros), elles adaptent régulièrement leurs offres de support, notamment dans le

contexte post-hospitalier.

3.7.3 Le développement informatique

3.7.3.1 Processus du développement d'un outil au service du patient

L'avis du 8 mars 2001 du CNEH reconnaissait les fonctions de liaison et de coordination aux services sociaux.

Pour rencontrer au mieux cette attribution de fonctions au service du patient et de l'institution, il fallait mettre en place une stratégie qui incluait la mise en œuvre d'un processus d'intégration de l'outil informatique dans nos pratiques quotidiennes.

En moins de cinq ans, chacun a bénéficié de son ordinateur fixe, d'une connexion Internet et d'adresses mails.

Afin de mieux approfondir les préparatifs des dossiers, tous les travailleurs sociaux utilisent un grand nombre d'applications informatiques de l'institution.

Tous sont tenus au secret professionnel de par les textes de référence au sein de l'entreprise (code de bonne conduite et règlement du travail), le code de déontologie professionnelle et instructions spécifiques au service.

L'avis du CNEH cité reconnaît une méthodologie propre au service social et l'évoque comme suit : « *Le service social possède ses propres méthodes de travail. A cet égard, les travailleurs sociaux ont reçu une formation spécifique. Le service social constitue un dossier social pour chaque patient nécessitant son intervention. Le travail du service social sera intégré d'une manière multidisciplinaire dans le*

processus de soins au patient ».

Depuis janvier 2008, le dossier social est informatisé et facilite la transversalité entre les travailleurs sociaux à n'importe quel endroit des Cliniques. L'information est accessible plus rapidement et contribue pour une part certaine à l'efficacité du travail social dans l'intérêt du patient.

Par ailleurs, cette application informatique permet la conservation des copies de pièces administratives confiées par un patient.

3.7.3.2 L'usage des données informatiques par le service et l'institution

Cet outil permet d'exploiter des statistiques à des usages divers intra- et extra-muros.

A titre indicatif, l'analyse statistique de l'âge des patients, leur origine géographique, leur lieu de naissance, le type de préparatif de sortie d'hospitalisation a permis de proposer les initiatives suivantes.

• Permanence SPF Sécurité sociale – Direction des Handicapés

La statistique a permis de mettre en évidence plusieurs centaines de dossiers par an relatifs à des demandes d'allocations pour des enfants et des adultes en réduction ou en perte totale d'autonomie. Pour le patient et/ou sa famille, il s'agit de demandes médico-sociales dont l'impact, notamment financier, s'avère souvent très important.

C'est pourquoi, à notre demande, la Direction Générale de la Direction des Handicapés a accepté, en février

2007, le principe du détachement d'une assistante sociale dans notre service.

L'information, les préparatifs et le suivi des dossiers gérés par les travailleurs sociaux de notre service s'est vu soutenu par cette permanence. Notre interlocuteur a facilité notre gestion des dossiers dans une plus grande interaction en temps réel.

• La permanence d'Infor Home

Les 75 ans représentent 8,5% de la population des quatre communes de proximité des Cliniques Saint-Luc, soit près de 22.000 personnes.

Le service social a en charge \pm 400 dossiers/an portant sur des transferts en maison de repos (et de soins).

Ne disposant pas du temps nécessaire pour approfondir nos connaissances de l'ensemble des maisons de repos, notamment de Bruxelles, nous avons pu mettre en place une permanence d'Infor Home Bruxelles, à raison de 2 fois par mois. Depuis juin 2005, l'assistante sociale de cette asbl conseille les assistants sociaux en présence ou non de la personne concernée et/ou sa famille.

Infor Home fait preuve d'un savoir faire reconnu par tous et est régulièrement interpellé par le Parlement, notamment sur les politiques à envisager dans le domaine de l'hébergement de la personne âgée.

• Enodios

Selon nos données encodées, les préparatifs de sortie vers le domicile des patients adultes hospitalisés concernent en moyenne 2600 personnes/an.

Il y avait un intérêt incontestable de rencontrer régulièrement les personnes que nous sollicitons journalièrement, en aval de l'hôpital.

D'où l'idée de créer une plate-forme réunissant les acteurs intra- et extra-muros concernés par l'organisation de la continuité des soins post-hospitaliers au domicile.

Depuis juin 2002, la plate-forme appelée Enodios réunit quatre coordinations de la région de Bruxelles-Capitale, un médecin généraliste, ainsi que des assistants sociaux, infirmières et médecins des Cliniques Saint-Luc.

L'objectif est d'échanger sur les bonnes pratiques de soins, d'informations et de collaborations au bénéfice des patients hospitalisés dans notre établissement. Par le biais de cette structure, il s'agit de développer de manière concrète la transversalité des prises en charge des soins (en particulier des situations lourdes et complexes), en mettant en avant la complémentarité de nos « savoir faire » spécifiques. Ces rencontres sont convoquées par le chef de service social et se déroulent aux Cliniques à raison de 4 fois par an.

4. Les spécificités des travailleurs sociaux au sein du service

Malgré nos moyens humains importants, nous ne couvrons pas l'ensemble des secteurs médicaux des Cliniques Saint-Luc. Même si l'organisation reprise au chapitre précédent est applicable à tous les membres du service, ces trente-deux travailleurs sociaux adaptent et nuancent ces principes de travail dans des lieux, équipes de soins, fréquences, moments et intensités très différents.

Le présent chapitre donne une vision de la diversité du travail accompli et du savoir faire, il ne se veut pas exhaustif.

Les textes que vous trouverez ci-dessous ont été classés par ordre alphabétique

du nom des auteurs de ce patchwork et représentent la conclusion de cet article.

ADAM Dominique (Maternité, Néonatalogie, Gynécologie)

Ma fonction d'assistante sociale en maternité se situe aussi bien en prénatal qu'en postnatal. Les différentes questions abordées sont d'ordre :

- administratif (CPAS, déclaration de naissance, demande de prime de naissance, documents mutuelle, demande d'allocations familiales, ...);
- juridique (législation famille, problèmes liés au travail, chômage, congé de maternité, congé de paternité, congé parental,...);
- social (problème de logement, maison maternelle, garde d'enfants,...);
- financier (demande de réquisitoire, médiation de dettes, contacts avec les services financiers patients, service admission,...).

Une partie importante de mon travail est d'accompagner, de soutenir et de suivre les patientes qui sont hospitalisées dans notre service de grossesse à risque, hospitalisation qui engendre divers problèmes, surtout au niveau de l'organisation familiale (garde d'enfants, aide ménagère,...) mais aussi au niveau financier (séjours assez longs ou répétitifs).

Une autre facette de mon travail est d'accompagner les couples lors d'une interruption médicale de grossesse, une mort in utero. J'aide les parents à organiser les funérailles en collaboration avec le service état civil de Woluwe-Saint-Lambert ou les pompes funèbres, je les informe des démarches administratives

à effectuer.

L'assistante sociale en néonatalogie se situe dans une continuité avec la maternité. D'autres questions sont abordées en fonction de la prématurité et de l'état de santé des enfants, telles que les différentes possibilités de congé, la prolongation du congé de maternité, la demande d'allocations familiales majorées...

La collaboration avec mes collègues d'autres services de pédiatrie est régulière étant donné le passage des enfants dans un service correspondant à la pathologie diagnostiquée. La continuité du suivi est très importante pour les familles.

En gynécologie, ma fonction consiste à organiser la sortie des patientes, soit à domicile avec les aides nécessaires, soit un transfert vers un service de gériatrie ou de convalescence. Les problèmes financiers et administratifs sont également abordés.

CHAPELLE Stéphane (SOS Enfants)

Le rôle rempli par l'assistant social au sein de l'équipe SOS Enfants des Cliniques Universitaires Saint-Luc est varié. Il se décline en plusieurs volets : administratifs, cliniques, formations-supervisions.

Au niveau administratif, l'AS est le garant, en co-responsabilité avec un de ses collègues, de la tenue du dossier, de la planification des agendas, du respect des délais négociés... Ce rôle est important car il permet aux autres professions de l'équipe (psychologue, juriste, pédopsychiatre, pédiatre) de se centrer sur leur job. Bien évidemment, l'AS veillera également à orienter ou même accompagner, si nécessaire, les

« Synthétiser le travail social à une énumération de tâches serait une gageure, tellement nos interventions sont variées et non établies dans une liste prédéfinie. »

parents, le jeune dans des démarches administratives (C.P.A.S., logement, mutuelle,...).

Son rôle clinique consistera, dans les évaluations réalisées par l'équipe, en un apport social, en prise directe avec la réalité de la société (Loi, Décret, Obligation,...) mais aussi de l'individu rencontré (logement, travail, isolement,...). L'AS négociera avec les autorités mandantes (Service d'Aide à la Jeunesse, Tribunal de la Jeunesse) les termes de l'évaluation demandée par ceux-ci. Il entretiendra des contacts avec les différents professionnels (Ecole, Centre Psycho-Médico-Social, Service de Santé Mentale,...) qui gravitent autour de la famille et remettra aux mandants les conclusions du travail réalisé par l'équipe. Il réalisera son travail clinique en rencontrant les familles et veillera à évaluer les dynamiques en présence.

L'AS a également une fonction de formation. Celle-ci consiste à donner des formations dans les écoles supérieures ou dans des institutions s'occupant d'enfants (Maison de l'Aide à la Jeunesse, Mouvement de Jeunesse,...) sur le phénomène de la maltraitance et sur les outils mis à disposition en Communauté française pour la combattre, mais aussi d'accueillir au sein de l'équipe les personnes qui réalisent des travaux sur le sujet. Chaque année, un AS de l'équipe encadre un stagiaire de dernière année de formation en Assistant Social. Enfin, avec un collègue du champ psy, l'AS recevra des équipes de professionnels confrontés à des situations délicates et il veillera à leur apporter un éclairage, un décalage sur ces situations afin de leur permettre de continuer à suivre celle-ci.

Son travail est teinté de respect, d'humanité mais aussi surtout et avant tout de protection de l'enfant. Les qualités nécessaires pour réaliser ce genre de travail est une grande ouverture à

l'autre, une bonne résistance au stress et à la violence, une bonne dose d'humour ainsi qu'une bonne connaissance du réseau tant bruxellois que wallon ou flamand qui peuvent venir en aide aux jeunes en difficultés.

COCHEZ Françoise (Néphrologie – Dialyse)

L'intervention de l'assistante sociale consiste dans un premier temps à donner au patient les informations utiles à la prise en charge de son traitement et relatives essentiellement à l'assurance soins de santé (assurabilité, remboursements, incapacité de travail, possibilité de prise en charge de frais de dialyse à l'étranger, allocations de handicap et avantages sociaux...), les transports bénévoles ou avec assistance, les aides à domicile.

Elle a aussi une fonction d'orientation et d'accompagnement, si nécessaire, dans les démarches administratives devenues plus complexes. Elle est souvent progressivement le relais entre le patient, sa famille, l'équipe soignante et les intervenants extérieurs (chauffeurs, services d'aides à domicile, services de revalidation, maisons de repos et de soins, mutuelles et autres administrations), pour la mise en place ou l'intensification des aides.

Le vieillissement général (perte d'autonomie, déclin cognitif), la présence plus fréquente de pathologies associées et la mixité culturelle (si non-maîtrise d'une des langues véhiculaires) au sein de la patientèle, entraînent dorénavant une complexification du travail sur le terrain où se rencontrent de multiples intervenants référents (conjoint, enfants, amis, traducteurs, chauffeurs, collègues d'autres spécialités médicales...) entre lesquels l'information médicale, administrative,... doit circuler au mieux ; avec un risque accru de déperdition, voire de malentendus

à rectifier. Le patient n'est plus toujours notre interlocuteur principal. Désormais, l'accompagnement s'oriente davantage vers la recherche d'un lieu de séjour temporaire (court-séjour, revalidation, voire centre de jour) comme moment de répit pour l'entourage du patient et régulièrement définitif dans une structure maison de repos et de soins.

DETROGH Cindy (Hématologie, Chirurgie digestive, Transplantation rénale et hépatique)

En hématologie, on accompagne des patients chroniques dont le traitement comporte des hospitalisations de longues durée. Il y a lieu de les informer notamment sur les interventions de la sécurité sociale lors de chimiothérapies et les services annexes (transport, ...). Selon les situations, il y a lieu de mettre en œuvre différentes possibilités d'aides financières telles que l'aide sociale des CPAS, les assurances et fonds ou associations divers. Le rôle de l'assistante sociale en hématologie consiste également à inscrire les patients sur la liste d'attente de greffe pour la recherche d'un donneur de moelle.

En chirurgie digestive, le turn over des patients hospitalisés est très important. L'organisation de la sortie du patient est une tâche prioritaire.

Dans ce service, en cas d'utilisation de matériel et/ou implants très spécifiques non nomenclaturés par l'Institut National d'assurance Maladie Invalidité, il y a lieu de faire appel au Fonds Spécial de Solidarité. Ce n'est pas une démarche spécifique à ce secteur médical, mais elle s'y révèle significative en terme de nombre de cas par an et de montants.

Comme pour d'autres situations comparables, ce Fonds peut intervenir dans des traitements très coûteux et peut compléter en partie les interventions financières de l'assurance ordinaire soins

de santé. Un dossier complet (rapports médicaux et scientifiques, attestations de pharmacie, factures,...) doit être constitué et adressé par nos soins à la mutuelle du patient.

Quant à mes interventions au sein du service des greffes de foie et de rein, elles concernent systématiquement et principalement tous les patients en bilan pré-greffe. Elles portent sur l'application de diverses législations. J'intègre mon activité dans un travail pluridisciplinaire. Par ailleurs, j'interviens régulièrement pour la prise en charge partielle ou totale des quote-parts, parfois élevées, laissées à charge des patients greffés. Cela consiste notamment en des demandes d'aides publiques ou privées, mais également en divers étalements de paiement.

DUHAMEL Fanny (Neurologie et Neuropsychologie)

La place du travailleur social en neurologie fait partie intégrante du processus d'hospitalisation, même si elle reste toutefois « limitée » quant à la marge de manœuvre, étant donné la durée d'hospitalisation.

En hospitalisation, je suis régulièrement confrontée à des maladies neurologiques sévères où les contacts avec les familles sont privilégiés étant donné le peu d'échange avec les patients : le cas du patient atteint d'une démence, par exemple, est en général discuté en staff pluridisciplinaire où chaque intervenant émet un avis quant à la prise en charge ; nous essayons ainsi de mettre en place un projet de vie.

On retrouve également une population relativement jeune de traumatisés crâniens, de cérébrolésés, de patients atteints de troubles psychiatriques et comportementaux ; des pathologies chroniques telles que l'épilepsie, le Parkinson, la sclérose en plaque : des contacts avec les associations et/

ou ligues sont alors nécessaires et très efficaces sur le terrain.

Les patients avec qui, selon moi, il est très difficile de « construire » un projet, sont les alcooliques chroniques avec troubles cognitifs, étant donné leur non-collaboration, la mise en échec des projets, le manque de structure et de place en institution.

Une certaine frustration peut être ressentie quand le patient quitte l'hôpital, ayant rarement des retours de la situation sauf si le patient est suivi à la consultation de neuropsychologie. Dans ce secteur d'activité, je travaille sa réinsertion socioprofessionnelle, en collaboration avec le thérapeute et le patient : au travers d'un bénévolat, d'activités occupationnelles, de la mise en place d'un stage pré-professionnel émanant du centre ou d'une reprise de travail à temps partiel, par exemple.

Les contacts avec les différents organismes de soutien professionnel tels que le fonds bruxellois de reclassement social sont primordiaux.

La maladie implique aussi souvent une approche et une connaissance de la législation sociale et du travail (contrat,...) ainsi que du réseau institutionnel.

MATHY Anne **(Kapp – Pédopsychiatrie)**

Le Kapp est une unité de pédopsychiatrie comprenant un hôpital de jour de quinze lits et une hospitalisation jour et nuit de cinq lits. L'unité a été conçue afin d'accueillir, dans un cadre adapté et souple, des enfants présentant des troubles psychopathologiques et/ou de développement importants.

Cette structure permet de laisser l'enfant proche de son milieu naturel et de garder son intégration familiale, scolaire et sociale.

Les enfants sont encadrés par une équipe

multidisciplinaire, un contact avec le réseau et un travail avec la famille est d'emblée établi dès l'arrivée de l'enfant, voire avant.

Au sein de cette équipe, l'assistante sociale soutient la prise en charge thérapeutique, notamment par un travail d'accompagnement des familles, qui contribue à la restauration de l'étagage et au développement des « capacités sociales » des parents.

Exemple

Exaucé arrive au Kapp en septembre 2003. D'emblée le social s'installe. A un bureau de distance nous communiquons. Qui ? Une maman de 6 enfants d'origine angolaise et moi-même.

Exaucé est le dernier-né, on le dit autiste. Pourtant c'est à travers lui que la famille exprime sa souffrance, celle du Sud blessant les hommes avec des balles pas vraiment à blanc. Et puis celle du Nord où l'accueil glacial fait fissurer la peau d'ébène non encore habituée au froid de l'hiver et aux paroles se transformant instantanément en glaçons.

L'histoire familiale s'inscrit d'office comme un fardeau encore très présent. Face à un point de non-retour, un nouveau statut s'installe, celui de candidat réfugié politique. « Mais que faire avec celui-ci se demande cette maman ? ». Dois-je l'exhiber, le cacher, l'exploiter ? Toujours ce statut comme un déterminant unique qui communique, parle et Exaucé lui se tait.

Au travers de ce qu'il ne dit pas, d'autres mots s'écrivent et lui donnent un statut à part, le droit de rester, pour raisons humanitaires. La maladie trouve place, s'installe et trouve une valeur égale.

Dès le début, les intervenants extérieurs de l'aide sociale tiennent la bride et serrent les cordons de la bourse, refusant toute aide d'ordre médical, scolaire,

alimentaire. Une incompréhension s'installe entre ceux qui « paient » et ceux qui bénéficient, les uns se permettant des remarques désobligeantes et la famille ressentant un rejet massif et une non-écoute permanente. Comment savoir sans se heurter dans un pays où ces trois mots cohabitent comme un slogan : CACHE, EXHIBE, EXPLOITE...

Mon intervention amène le réseau d'aide médico-socio-juridique vers la famille, au travers d'un avocat pro deo, d'une maison médicale, de colis alimentaires, d'une recherche de logement.

Mais je rencontre également les absurdités du système, que d'autres, mes semblables, me renvoient, comme un double déformé de mon image et qui me heurte.

Irritée, je me demande alors, où est la relation d'aide ? N'a-t-elle plus de raison d'être ?

Me voilà devenue l'aiguille du centre de la balance, essayant de maintenir un certain équilibre, entre autonomie et dépendance, entre société et citoyenneté, entre aide et dignité.

Aujourd'hui Exaucé dit bobo, dodo, tandis que sa maman passe par la maison communale pour recevoir un autre statut, celui de résident temporaire. Un à un, ses frères font de même, et reçoivent une nouvelle carte d'identité, et se demandent pourquoi dans un pays où les hommes sont blancs, les cartes d'identité changent de couleur, orange, blanc, jaune, en papier ou en plastique ?

Drôle de coutume, serait-ce un rituel de bienvenue ?

Ensemble, nous avançons par l'apprentissage de qui est l'autre, par l'échange et le soutien d'une équipe et le partage de nos expériences.

PERRON Astrid (Neuropédiatrie)

Le travail social en service de neurologie

pédiatrique est axé sur le suivi et l'accompagnement non seulement des enfants présentant une affection neurologique, mais également de leur famille.

Cette activité s'inscrit tant durant le temps de l'hospitalisation de l'enfant qu'en consultation ou au cours d'un suivi plus systématique et multidisciplinaire (conventions INAMI pour certaines affections, en particulier infirmité motrice cérébrale, spina-bifida, maladies métaboliques, suivi des enfants prématurés).

Dans le cadre de ma pratique, il me semble très important de bien situer, tant pour les professionnels que pour les usagers, le rôle souvent méconnu de notre profession. Il est vrai que notre action touche tant de domaines qu'il est parfois difficile de circonscrire de manière précise l'activité de l'assistante sociale. Notre rôle a parfois des difficultés pour sortir des clichés désuets et simplificateurs, et pour se faire connaître dans toute son amplitude.

Et pourtant, cette fonction s'est fort diversifiée et a évolué : du secours aux personnes indigentes vers l'accompagnement au bien-être et à l'intégration sociale globale de toute personne et ce, sans discrimination.

Lors de mes rencontres, que ce soit avec les familles et les professionnels, il me paraît important de clarifier les attentes et le cadre dans lequel s'installera la relation professionnelle. Cela facilitera la mise en place d'une relation basée sur la confiance et le respect. Et l'anamnèse sociale ne sera pas vécue comme une intrusion dans l'histoire et la vie familiale, mais comme outil de travail permettant de clarifier les priorités et moyens disponibles de la famille.

En ce qui concerne les relations avec les professionnels, la clarification de ma fonction dissipera les zones d'ombre ou

révélera les points d'intersection entre disciplines.

L'expérience d'un travail en équipe multidisciplinaire me fait dire que s'il facilite la communication, il favorise également la transparence et la visibilité du travail social et en accroît l'efficacité.

Mais parlons donc de mon rôle au sein d'un suivi neuropédiatrique. Tout d'abord, il s'agit la plupart du temps d'un suivi à long terme couvrant l'enfance, l'adolescence jusqu'au début de l'âge adulte. Le travail social se teinte de cette particularité : il englobe aussi tous les membres de la famille et ne se limite pas au cadre hospitalier ou des soins de santé.

Certaines étapes de la vie de l'enfant requièrent également un suivi plus systématique :

- **les hospitalisations** : les répercussions sur l'organisation de la famille, prise en charge financière des frais de soins de santé et interventions prévues dans ce cadre, organisation de la sortie, recherche et coordination avec des structures extra-hospitalières ;

- **le moment qui entoure l'annonce de la maladie ou du handicap** : besoin d'écoute, de soutien, d'information, de conseils mais surtout de présence et de disponibilité de la part du professionnel ;

- **les périodes de transitions** : l'entrée à la crèche, l'orientation scolaire y compris vers l'enseignement spécial, la recherche de centres spécialisés pour les enfants ne pouvant être scolarisés ou requérant un suivi particulier du fait d'une déficience ou difficulté majeure dans leur développement, enfin le passage vers la vie d'adulte et ses questions quant à la vie sociale, l'autonomie ou les possibilités d'aide afin d'entourer et de soutenir le jeune et sa famille ;

- **les moments de crise** : explosion d'un

mal-être ou d'une grande difficulté contenue trop longtemps ou qui n'a pas trouvé de lieu d'écoute, ou de possibilité d'expression ou de solution. L'une des causes est, par exemple, le problème du manque de places ou de relais pour les personnes en situation de grande dépendance dont les familles n'ont d'autre issue que d'assurer à domicile quotidiennement tous les besoins de l'enfant, adolescent ou jeune adulte.

L'hospitalisation, le suivi de l'enfant et de sa famille à l'hôpital est dès lors un révélateur des manques criants de la société et en particulier des plus fragiles. Et c'est là aussi, je crois, que notre profession a un rôle important : celui de répercuter les problèmes récurrents auprès des autorités compétentes et de participer à des groupes de travail afin de dégager des propositions de changement.

VANDERBIST Laurent (Urgences)

La zone d'urgences actuelle, comme les autres disciplines hospitalières, ne saurait exister sans un ensemble d'institutions qui la rendent possible et, en retour, en conditionnent un certain nombre d'aspects.

Cette zone d'activité suit son propre modèle de «rationnel-négocié»¹, relativement typique des services qui fonctionnent en multidisciplinarité.

Quels y seraient la place, le rôle et le statut d'un assistant social dans un système utilisant une telle approche ?

Il s'agit d'un modèle où le savoir faire se trouve essentiellement dans la réflexion et la négociation entre pairs. Cela implique qu'une fois le patient stabilisé, il n'y ait pas de cloisonnement strict dans les rôles et fonctions de chacun, chaque intervenant de l'équipe concerné par la continuité des soins est réellement investi d'un pouvoir de parole par rapport à la prise en charge

globale du patient.

L'« expertise » sociale est une démarche d'analyse qui vise à mettre à jour les demandes réelles qui se camouflent sous la fausse banalité de l'évidence. Le but principal est de proposer un cadre ouvert sur le milieu social et familial afin que celui-ci soit pris en compte lors de l'orientation post-urgences.

L'assistant social est le partenaire privilégié pour la prise de contact et la création de liens avec les institutions et les partenaires extérieurs à l'hôpital (le « réseau »).

Le rôle est également de chercher à clarifier et soutenir afin de mieux comprendre la situation d'une personne sur le plan matériel, juridique, social, affectif et psychique.

Il faut informer le patient afin de l'aider à faire des choix et à faire valoir ses droits. L'assistant social invite les personnes à participer au processus de décision. Il tente de mettre en relation et de créer des opportunités nouvelles.

A ce stade, la relation d'aide a donc trois pôles : celui du praticien qui est l'assistant social, celui du patient qui bénéficie de l'aide sociale et enfin celui de l'institution où le besoin à satisfaire va être traité.

L'admission en urgence est souvent un révélateur de difficultés sociales concernant le retour à domicile chez les patients fragiles ou en déclin fonctionnel. Ces difficultés résultent soit de la complexité de la pathologie sous-jacente, soit d'une perte d'autonomie transitoire ou définitive liée à l'urgence que ni le patient, ni l'entourage ne peuvent assumer.

Un des aspects principaux du travail est la prise en charge du patient présentant un tel tableau mais dont le caractère chronique de l'aspect somatique ne permet (ou ne nécessite) pas une

hospitalisation en urgence.

Même si l'évocation de la sortie est parfois source d'angoisse, elle présente un aspect mobilisateur dans le processus et met d'emblée l'accent sur la recherche et la construction de liens fonctionnels entre le patient et les partenaires sociaux (coordinations de soins, CPAS, institutions du réseau public...), en impliquant parfois le deuil des idéalizations réciproques.

Le critère des sorties consiste en ce que le patient ait pu élaborer un projet personnel intégré à son entourage. Sur le plan objectif, il s'agira au mieux d'une résolution du symptôme ou, le cas échéant, une possibilité de l'aménager suffisamment pour reprendre une vie sociale - et familiale - constructive.

La zone d'urgences est un lieu d'observation privilégié de notre société, y travailler nécessite une grande vigilance et une bonne connaissance des sources de droit.

Les urgences accueillant, sans distinction, des patients illégaux, en errance, en provenance des zones de transit tout comme - au contraire - des gens aisés (voire très aisés), il est important de pouvoir rapidement se placer dans la réalité de la personne et se montrer à chaque instant suffisamment créatif pour trouver une solution adéquate aux problèmes.

WILLEMS Sylvie (Revalidation)

Le travail social dans un service de revalidation s'inscrit tout d'abord dans un travail intégré d'une équipe pluridisciplinaire composée de médecins réadaptateurs, d'infirmières, de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, de psychologues, de logopèdes et d'assistants sociaux.

Chaque professionnel s'articule autour d'un même projet « revalider le patient » en lui donnant un maximum

¹ La notion de « rationnel-négocié » est empruntée à Mr J. De Munck et décrite dans « Les mutations du rapport à la norme », Louvain-la-Neuve, 1997

d'outils qui lui permettront de se réinsérer au mieux dans sa vie future après l'accident, l'accident vasculaire cérébral (AVC) ou la maladie.

Ce projet ne pourra se réaliser que si le patient joue le rôle de l'acteur principal et participatif.

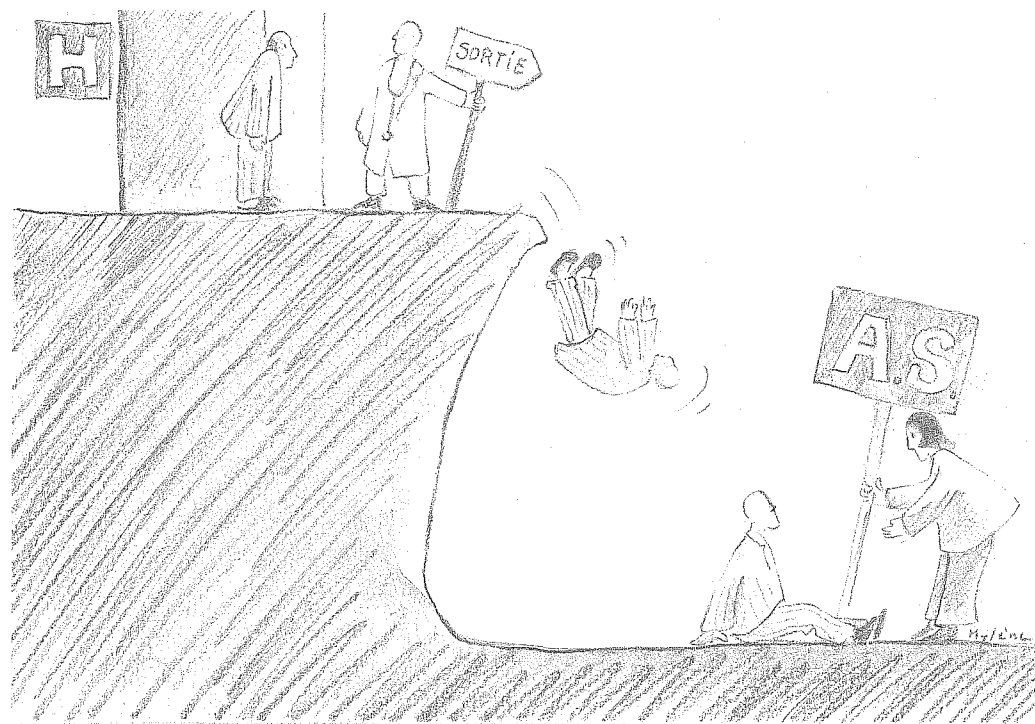
Une de nos approches de travail en revalidation est que, dès l'admission du patient, nous fixons avec lui des objectifs de revalidation, qui lui permettront d'avoir des points de repère par rapport à son évolution.

Synthétiser le travail social en revalidation à une énumération de tâches serait une gageure, tellement nos interventions sont variées et non établies dans une liste prédéfinie. En effet nous sommes des touches à tout.

Entre l'accueil du patient, l'information

faite au patient et à la famille, la communication en interne et externe à l'institution, l'initiation, la gestion, le suivi de dossiers administratifs (SPF, mutuelle, service Bruxellois, Awiph, services sociaux...), la participation à des réunions de famille, la participation au staff patient et notre rôle, très attendu, à la préparation de la sortie et à la mise en place de la structure utile pour permettre à notre patient de quitter l'hôpital, ce ne sont que quelques exemples de notre réalité quotidienne au sein d'une équipe de revalidation.

La méthodologie du travail social utilisée sera principalement individuelle, mais dans certaines activités, comme avec des patients douloureux chroniques, ce sera l'approche de travail de groupe qui sera choisie.



DELAMARRE Cécile, *Démence et projet de vie. Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*, Paris, Dunod, 2008, 222 p.

Le titre de cet ouvrage, apparemment contradictoire - démence et projet de vie - est à la fois une protestation, une incitation et une invitation. Une **protestation** tout d'abord à l'encontre des discours convenus ou des attitudes de jugement faisant de la personne démente un « fou », un « incapable », un sujet sans devenir, si ce n'est celui qu'on veut bien lui concéder ou qu'on projette à sa place. Une **incitation** à transformer notre regard sur la personne atteinte de démence afin d'y découvrir un sujet humain, capable de devenir, de projet et donc d'autonomie. Enfin, une **invitation** à nous laisser déplacer au rythme des repères théoriques, des récits cliniques et des initiatives institutionnelles de ce qui, dans le regard sur l'autre ou au cœur de nos peurs quant à notre propre devenir, nous empêcherait de reconnaître un semblable en humanité dans la personne du dément.

Ce livre, inscrit dans une expérience de recherche en psychomotricité fonctionnelle et de très grande proximité clinique avec les personnes malades - sujets âgés qui ont une maladie neurodégénérative appelée « démence », qu'elle soit de type Alzheimer ou autre (p.1) -, nous offre un bon nombre de connaissances nécessaires pour nous familiariser avec la maladie, sa genèse et son devenir, ainsi qu'un vaste matériel réflexif pour en connaître la diversité des enjeux. Il inclut de la sorte les nécessaires données neurophysiologiques et neuropsychologiques pour appréhender ce qu'est la démence, mais constitue surtout une invitation au questionnement sur le regard que nous portons sur ces patients ainsi qu'un plaidoyer pour une action de compagnonnage possible avec ces derniers moyennant une autre acception de l'intelligence et de la déficience.

L'intuition de fond de l'ouvrage est que toute personne démente porte encore et toujours en elle-même une sorte de « lumière », de sens qui sont siens, lui permettant de s'orienter à son rythme et malgré d'évidentes limites au cœur de sa propre existence : elle continue « d'aller vers », même si la direction, la finalité nous semble impossible a priori, mystérieuse. En ce sens, elle se trouve toujours en situation d'autonomie, jusqu'à un stade très avancé dans l'altération physique et psychique de la maladie, si l'autonomie se trouve ici définie comme une capacité pour le sujet « quand, parmi toutes les dépendances, qui lui permettent de vivre dans son environnement, il peut choisir celles qui le laissent libre de grandir lui-même. » Forte de cette hypothèse, l'auteure met en scène les 16 dimensions de l'existence, nommés les rayons de la roue, qu'il importera de pouvoir distinguer, décrypter à travers ce qui, a priori incompréhensible, se donne par les gestes, les comportements, les paroles de la personne atteinte de démence. Le « je suis » du sujet sous tendant sa capacité de toujours « aller vers » se décline ainsi en : valeurs, besoins, désirs, attentes, opinion, estime de soi, forces, fragilités, potentiel, différence, vécu, sentis, espace personnel, limites, décisions, positions dans le bien. Tout le travail d'accompagnement résidera donc tout d'abord dans une conviction-croyance, la permanence de toutes ces dimensions, mais surtout dans une volonté de connaissance de la personne, ce qui suppose du temps, de l'observation et une capacité d'entrer dans des référentiels d'existence qui ne sont pas spontanément les nôtres. En effet, le risque est de réduire la personne à une part seulement de ce qui la constitue comme sujet humain (les 16

rayons de la roue), méconnaissant de la sorte l'autonomie qui l'anime, même si, évidemment, elle n'est pas la nôtre. Cependant, tout effort de vouloir la comprendre, de pouvoir partager avec elle ce qui est compris des décalages renvoie à une capacité pratique de la reconnaître dans sa propre histoire, son devenir et d'attester concrètement de sa dignité.

Ce sont là, de notre point de vue, les enjeux essentiels de cet ouvrage qu'il faut avoir acquis et acceptés pour entrer dans la deuxième partie consacrée à l'accompagnement « au quotidien », que ce soit à domicile - généralement au début de la maladie - ou en institution. Nous ne pouvons rendre compte ici de la multiplicité des situations de vie retranscrites avec beaucoup de réalisme et de sensibilité, tant dans le vécu du malade que celui de ses proches ou de ses accompagnants, professionnels ou non. Nous nous contentons de citer les grandes problématiques ouvertes. Quelle capacité d'accueil du résident dans les institutions qui puisse tenir compte des différentes dimensions structurant son existence passée et présente ? Cette question peut être soutenue de manière particulière par un soignant référent, capable simultanément d'assumer une posture de réassurance à l'égard de la famille du malade-résident. Comment élaborer un projet d'accompagnement centré sur l'autonomie de la personne et être en capacité de l'évaluer ? Les annexes de l'ouvrage mettent à disposition certains outils, grilles d'analyse à même de rencontrer les grandes valeurs et défis cliniques quotidiens soulignés

en première partie. On notera enfin l'importance accordée aux ateliers sensoriels : les conduites exploratoires, les mouvements dans l'espace, le toucher affectif particulièrement élaborés par l'outil qu'est le *snouzellen*.

On ne peut donc que recommander cet ouvrage aux proches de personnes atteintes de démence afin de mieux les comprendre pour mieux se comprendre dans ce qui nous traverse et favoriser au mieux la juste présence, l'accompagnement sans en gommer la difficulté. Le parcours réflexif proposé sera également utile aux professionnels, soignants ou non, aujourd'hui qualifiés pour prendre soin de ce type de patients. Mais ce livre est porteur d'une autre finalité, tout aussi essentielle à nos yeux, même si elle n'est pas promue comme telle par l'auteur. Au cœur d'une société où le patient dément nous effraie parce que trop différent, trop déroutant, mais surtout par sa capacité à nous questionner quant à notre propre devenir, cet ouvrage, par le défi clinique et éthique qu'il explore, peut nous rassurer. Il sera possible demain que, au cœur de notre propre démence, nous soyons maintenus dans une posture de sujet humain digne, reconnu capable d'autonomie pour autant que nous nous y soyons engagés dès aujourd'hui. En ce sens, cet ouvrage est porteur d'un réel défi sanitaire certes, mais surtout social dans la mesure où il interroge ce que pourra être la société de demain, celle qui se dira pratiquement dans sa capacité à maintenir dans l'existence « l'autre par trop différent. »

JACQUEMIN Dominique

Invitation aux auteurs

Politique éditoriale

Ethica Clinica est une revue qui entend développer la réflexion éthique sur la pratique clinique. Son propos consiste à donner la parole aux professionnels du soin en permettant la publication de leur expérience et de leur questionnement éthique, et à approfondir la réflexion éthique sur la pratique. Toute personne travaillant dans le secteur des soins peut donc nous envoyer un article.

Les textes doivent avoir un rapport avec les thèmes annoncés pour l'année au dos de la revue.

Les rubriques sont les suivantes :

« *Au fond* » : approche théorique (philosophique, juridique, psychanalytique, ou autre) des enjeux éthiques liés au sujet traité (maximum 10 pages).

« *En pratique* » : réflexion éthique des personnes du terrain (médecins, soignants, psychologues, équipes soignantes...), à partir de leur expérience dans un des secteurs suivants : hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques, domicile, maisons de repos et de soins et tout autre lieu de soins (maximum 8 pages).

« *Témoignages* » : évocation d'un cas concret et du questionnement qu'il suscite (maximum 4 pages).

Examen des manuscrits soumis

Les articles sont revus par les membres du comité de rédaction et au moins deux membres du comité scientifique, qui se réservent le droit de solliciter les modifications qu'ils jugent nécessaires, voire de refuser l'article.

Présentation de l'article

Une page compte environ 35 lignes, avec un interligne simple.

L'article doit être précédé d'un résumé et de quelques mots-clés.

Les nom et prénom de l'auteur (ou des auteurs) doivent être mentionnés en début d'article, avec titres et fonctions, ainsi que, éventuellement, le lieu de travail.

Le texte sera rédigé sur traitement de texte Winword ou Word et envoyé soit par mail (en pièce jointe), soit sur disquette. Adresse e-mail : ethica-clinica@fih-w.be ; adresse postale : Ethica Clinica, FIH, Ch. de Marche, 604, 5101 Erpent, Belgique.

Chaque auteur reçoit gratuitement un exemplaire du numéro auquel il a contribué.

ETHICA CLINICA

Revue Francophone d'Ethique des soins de santé

ABONNEMENT 2009

A remplir en majuscules S.V.P. et à renvoyer à la Fédération des Institutions Hospitalières (F.I.H.)
- chaussée de Marche, 604 - B-5101 ERPENT (Belgique)

Institution :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél : e-mail :

PRIX	BELGIQUE	AUTRES PAYS
par numéro	12,50 €/numéro	15,50 €/numéro
par abonnement	41,50 €/abonnement	55,00 €/abonnement
à partir de 3 abonnements	38,50 €/abonnement	52,50 €/abonnement
à partir de 5 abonnements	36,00 €/abonnement	47,50 €/abonnement

COMMANDE

Je commande le(s) numéro(s) suivant(s) :

Je souscris à abonnement(s) pour l'année 2009 (numéros 53 à 56)

et

Je m'engage à verser la somme due sur le compte de la F.I.H. n° 350-0106523-39, auprès de la ING, Chaussée de Huy, 228 à 1325 Chaumont-Gistoux - Belgique (communication : abonnement E.C. 2009).

Pour la **France**, le règlement peut-être effectué soit :
- par paiement européen sur le compte IBAN BE13 3500 1065 2339 - adresse swift BBRUBEBB400 (frais partagés)

- par versement sur le compte F.I.H. n° 30438-00008-30712 03 6007-38 auprès de ING Bank, Immeuble les Caryatides, Boulevard Carnot, 24/26 à 59042 Lille Cedex.

Je souhaite effectuer le paiement par carte bancaire.

Carte Visa, Eurocard et Mastercard : indiquez votre numéro de carte et sa date de validité

n° (16 chiffres) :/...../...../..... Date de validité :

Tél. (indispensable pour carte de crédit) :

Je demande une facture et m'engage à payer la somme due dès réception de celle-ci.

Les chèques et mandats postaux ne sont pas acceptés.

Date : Signature :

La loi du 08.12.1992 relative à la protection de la vie privée s'applique à ces données qui sont enregistrées dans un fichier F.I.H. et destinées à vous informer de nos activités. Vous avez un droit d'accès et de rectification des données et la possibilité de consulter le fichier. Ces tarifs sont valables jusqu'au 31/12/09