

***Recherche exploratoire  
sur les spécificités du travail social  
dans les services sociaux hospitaliers***

29 mars 2018

**Commanditaire :** Hospisoc

**Chercheuse :** Naoual Boumedian (Docteure en sociologie)

**Chercheuse associée :** Caroline Debaille (Master en ingénierie et action sociales)

**Coordination :** Jean-François Gaspar (Docteur en sociologie)

et Harmony Glinne (Docteure en sciences de gestion)

## Table des matières

Préalable.....	3
I. Méthodologie de la recherche .....	4
I.1. Les temps de la recherche .....	4
I.2. Point de départ de la recherche.....	5
I.3. Indication de lecture & objet du rapport.....	5
I.4. Remarques sur la situation d'enquête.....	6
II. Cerner le travail social hospitalier : perspective sociohistorique.....	7
II.1. Le travail social hospitalier au sein de l'univers du travail social.....	7
II.2. La domination médicale.....	8
II.3. Les autres déterminants du travail social hospitaliers.....	10
II.4. Des impasses aux défis pour le travail social en milieu hospitalier .....	11
III. Bref aperçu des milieux hospitaliers en Europe.....	13
III.1. Un mouvement convergent .....	13
III.2. Le tournant ambulatoire.....	13
III.3. Un vieillissement de la population.....	14
III.4. L' « empowerment » .....	14
III.5. Une approche « transmétier ».....	14
IV. La défense du travail social hospitalier en Flandre.....	15
IV.1. Les premières étapes de la mise en place de l'association flamande .....	15
IV.2. Défendre la composante sociale de la santé.....	15
IV.3. Les atouts et les défis de cette association .....	16
V. Enquête exploratoire sur les spécificités du travail social hospitalier en Belgique francophone.....	17
V.1. Un service social aux formes multiples.....	17
V.2. La représentation politique .....	18
V.2.1. Les travailleurs sociaux hospitaliers : un « groupe professionnel » ? .....	19
V.2.2. Des indicateurs propres au travail social hospitalier .....	20
V.2.3. Le « cure » et le « care ».....	22
V.3. La reconnaissance du métier de travailleur social hospitalier.....	22
V.3.1. Asseoir le travail social comme composante du soin.....	23
V.3.2. Le travailleur social « pris en étau » .....	24
V.3.3. L'expertise des travailleurs sociaux.....	24
V.3.4. La dimension psychosociale du travail social .....	25
V.3.5. Quelle plus-value des travailleurs sociaux dans l'univers hospitalier ? .....	26
V.4. La formation continue des travailleurs sociaux hospitaliers et des responsables .....	27
V.4.1. Des formations obligatoires .....	27
V.4.2. Mieux connaître le réseau et ce qui se fait ailleurs.....	27
V.4.3. Des formations en lien avec les pathologies des patients et liées au savoir-être .....	28
V.4.4. Les supervisions collectives et individuelles.....	28
VI. Vers de nouveaux chantiers.....	28
Liste indicative des appuis bibliographiques.....	30
ANNEXE .....	32
Le travail social hospitalier en Flandre Les travailleurs sociaux dans les hôpitaux ambitionnent d'avoir plus de reconnaissance.....	32

## Préalable

Cette recherche exploratoire (novembre 2016 et octobre 2017) a cherché à mettre en lumière les spécificités du travail social dans les services sociaux hospitaliers. La nouvelle association belge francophone des travailleurs sociaux hospitaliers, Hospisoc, commanditaire de cette recherche a notamment pour but de promouvoir le statut, le fonctionnement, le financement et la reconnaissance des services sociaux hospitaliers. Ses défis sont nombreux et variés. En effet, si le SPF Santé Publique l'a reconnue et lui a déjà octroyé un premier subside, elle doit maintenant exister au-delà des déclarations d'intention. Les enjeux de connaissance et de reconnaissance sont aujourd'hui multiples : se faire connaître et reconnaître (apparaître comme « légitime ») par les professionnels, aussi bien auprès des travailleurs que des cadres (chefs de service social), par les hiérarchies hospitalières, par les partenaires sociaux, par les partenaires néerlandophones, par d'autres associations belges francophones de travail social, etc. C'est pourquoi Hospisoc a mandaté le CÉRIAS, Centre de recherche et de consultance en Ingénierie et Action sociales, afin de clarifier et de préciser les enjeux et les pratiques du travail social en milieu hospitalier. Le présent rapport fait état des principaux résultats de cette recherche exploratoire.

# I. Méthodologie de la recherche

## ***1.1. Les temps de la recherche***

La méthodologie s'est déployée en plusieurs temps.

Dans un premier temps, la recherche s'est structurée dans un processus de co-construction entre l'association (via un comité de pilotage) et l'équipe de recherche. Petit à petit, un espace collaboratif a émergé. Cet espace collaboratif a été un lieu d'échange et d'élaboration commune autour de la démarche de recherche.

Dans un deuxième temps, nous avons mis en place une enquête par questionnaire (en ligne). Ce questionnaire a été adressé à des travailleurs sociaux et à des responsables de services sociaux. L'objectif était de rassembler un ensemble d'informations relatives :

- à la structure de gestion du service social (sa tutelle, sa position hiérarchique, son organisation interne, sa visibilité, le nombre de travailleurs) ;
- aux caractéristiques de la population accueillie à l'hôpital et dans le service social ;
- au profil des travailleurs du service social (la formation, l'âge, l'ancienneté dans la fonction et dans l'hôpital) ;
- au profil du responsable du service social (la formation, l'âge, l'ancienneté dans la fonction et dans l'hôpital, la part du temps de travail dévolue à la fonction de responsable) ;
- aux pratiques des travailleurs du service social (types et répartition des pratiques : admission, réorientation, suivi post-hospitalier, administratif, relationnel avec les patients et les collègues, etc.) ;
- aux difficultés majeures rencontrées dans le travail social hospitalier ;
- aux besoins actuels et futurs des services sociaux hospitaliers, notamment en termes de formation professionnelle ;
- aux attentes par rapport à une association comme Hospisoc.

Il était également possible pour les répondants de marquer leur intérêt pour participer à un focus group en vue d'approfondir les questions abordées dans le cadre de l'enquête en ligne.

L'enquête a été mise en ligne à la mi-février 2017 et clôturée à la fin du mois de mars 2017. Le questionnaire a été adressé à une petite centaine de travailleurs<sup>1</sup> ; une trentaine a répondu.

Les données recueillies par l'enquête en ligne ont permis de dégager de grandes tendances en termes d'enjeux et de pratiques dans les services sociaux hospitaliers.

Dans un troisième temps, ces grandes tendances ont fait l'objet de discussions dans cinq focus groups regroupant soit des travailleurs de services sociaux, soit des responsables de services sociaux.

---

<sup>1</sup> Sur base des adresses électroniques disponibles auprès d'Hospisoc.

Nous avons également constitué un focus group « mixte » regroupant des travailleurs et des responsables des services sociaux, tous membres d'Hospisoc. Les focus groups, d'une durée de 3 heures, se sont déroulés entre avril 2017 et juin 2017. Ils ont été organisés à Louvain-La-Neuve (Institut Cardijn, département social de la Haute École Louvain en Hainaut).

L'envoi des questionnaires tout comme la constitution des divers focus groups ont permis d'actualiser et d'étoffer une base de données d'Hospisoc relative aux travailleurs des services sociaux hospitaliers.

Enfin, une journée d'étude organisée en novembre 2017 a permis de présenter les résultats de cette recherche aux travailleurs sociaux hospitaliers et à leurs responsables.

## **1.2. Point de départ de la recherche**

Après discussion avec les commanditaires, nous avons pris comme point de départ de la recherche le *Guide pour prestataires de soins et managers. Travail social dans les hôpitaux*<sup>2</sup>. Il est le résultat d'une vaste consultation à laquelle les travailleurs sociaux ont participé (avec des intensités variables). Si ce guide marque une étape significative dans le travail de spécification de ce que sont les pratiques sociales en milieu hospitalier, il demeure encore assez imprécis et arc-bouté sur une lecture particulière du travail social. Enfin, il ne constitue pas encore une référence pour les travailleurs sociaux. L'objectif de la recherche a donc été :

- d'évaluer le degré d'adéquation entre ce que le guide décrit et les pratiques telles qu'elles sont présentées par les travailleurs sociaux hospitaliers ;
- de mettre en évidence les mutations que ces travailleurs sociaux constatent dans leurs pratiques ainsi que les nouvelles tâches qu'ils accomplissent, eu égard notamment, à l'accueil de nouveaux publics ou de nouvelles problématiques ;
- de mettre en lumière les difficultés qu'ils rencontrent dans le « bon accomplissement » de leurs pratiques ainsi que leurs craintes professionnelles.

## **1.3. Indication de lecture & objet du rapport**

Bien que ce rapport aborde des métiers sur majoritairement féminins, nous n'avons pas pris l'option, pour faciliter la lecture et l'écriture, de le rédiger en écriture inclusive.

---

<sup>2</sup> « Ce guide a été rédigé par un comité de rédaction au sein du SPF Santé publique, composé de travailleurs sociaux et de collaborateurs du SPF Santé publique. Le texte rédigé par ce groupe de travail a été soumis à un groupe de lecteurs de différentes disciplines hospitalières. La version remaniée a finalement été validée par le groupe de travail "Service social à l'hôpital" du SPF Santé publique ». *Guide pour prestataires de soins et managers. Travail social dans les hôpitaux*, SPF Santé Publique, p. 2. [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/guide\\_travail\\_social\\_dans\\_les\\_hopitaux\\_hd\\_0.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/guide_travail_social_dans_les_hopitaux_hd_0.pdf)

Dans le même esprit, nous utiliserons le mot « patient » pour désigner les personnes qui s'adressent aux travailleurs sociaux hospitaliers. Cette utilisation ne vaut pas « naturalisation » ; en effet, nous le montrerons, ce mot est une des multiples traces de la domination médicale sur cette activité professionnelle à visée sociale.

Le présent rapport a pour objet la compréhension travail social hospitalier dans une démarche d'objectivation de la connaissance. Cette démarche prend appui sur les points de vue des différents agents sociaux. Il s'agit de questionner un « savoir » et une « manière de faire » des travailleurs sociaux hospitaliers en rassemblant et en confrontant les divers points de vue sur la pratique telle qu'elle nous a été décrite et explicitée par les travailleurs sociaux qui ont participé à l'enquête.

Cette recherche permet de mettre en avant des pratiques et des représentations concernant le travail social hospitalier. Les travailleurs sociaux, qui ont été mis en situation de réfléchir à leurs pratiques au travers des dispositifs de recherche (les entretiens, l'enquête par questionnaire et les focus groups), sont entrés dans un processus de distanciation par rapport à leurs manières de faire, ouvrant la voie à une discussion leurs connaissances, leurs positions au sein de leur structure hospitalière et à l'intérieur du réseau institutionnel avec lequel ils travaillent au quotidien.

#### ***1.4. Remarques sur la situation d'enquête***

Avant de développer ces éléments, il est important de souligner les difficultés que nous avons eues à réaliser cette recherche :

- la difficulté à réunir les focus groups
- l'absence de certains travailleurs sociaux inscrits à ces focus groups
- la difficulté d'avoir les coordonnées des travailleurs sociaux et des cadres hospitaliers
- la difficulté, voire souvent « l'impossibilité », qu'ils accordent un peu de leur temps pour un entretien.

Ces multiples difficultés sont révélatrices, parmi de nombreux autres éléments présentés ci-dessous, de la réalité des services sociaux hospitaliers et de leurs travailleurs.

Il sera important qu'Hospisoc, dans le cadre de ses prochaines démarches prennent en compte ces éléments liés aux conditions de possibilité, aussi bien matérielles (coordonnées actualisées, temps nécessaire) que professionnelles (trouver un intérêt aux démarches proposées), des travailleurs sociaux de rentrer dans des dispositifs de mobilisation collective et de production de savoirs qui sortent de leur cadre de travail strict (la structure hospitalière qui les emploie).

## II. Le travail social hospitalier : perspective sociohistorique

### II.1. Le travail social hospitalier au sein de l'univers du travail social

Qu'en est-il aujourd'hui du travail social en milieu hospitalier ? Quelles sont ses spécificités ? Comment exister au sein de ce milieu tellement marqué par la médecine ? Pour aborder ces questions, il importe d'abord de montrer ce qu'elles doivent à celles qui se posent plus globalement dans et pour l'univers du travail social.

Comment, en effet, définir ce travail particulier, alors même que, plus largement, aucune définition du travail social ne parvient à être un tant soit peu consensuelle. Jusqu'à présent en effet toutes les tentatives de définition demeurent vouées à l'échec ; certes, quelques définitions ont été élaborées par des associations internationales de travail social<sup>3</sup>, mais ces définitions<sup>4</sup> sont toujours contestées par d'autres associations ou fédérations de travailleurs sociaux et ne peuvent constituer un espace de rassemblement de conceptions et de pratiques.

S'il est vain et parfois périlleux de s'engager dans ce travail de définition, il peut être intéressant, non seulement scientifiquement, mais aussi professionnellement, de mettre en lumière les difficultés rencontrées dans ce travail. Cela permet en effet de faire ressortir parfois par la négative, souvent par contraste, des éléments significatifs du travail social ; éléments qui, s'ils ne suffisent pas à le définir, permettent d'en dresser quelques caractéristiques, certes partagées avec d'autres secteurs d'activités, et surtout de montrer combien les luttes pour définir et défendre les frontières de ce groupe professionnel (Abbot 1988 ; 2016) sont âpres depuis le début du 20<sup>e</sup> siècle.

Il convient alors de rappeler que le travail social est un « univers flou [aux] frontières fluctuantes » (Gaspar 2012, p. 11-16). En effet, telles ou telles pratiques peuvent être considérées par certains comme étant du travail social alors que pour d'autres, elles ne peuvent pas l'être ; les justifications mobilisées par les uns et les autres prenant appui sur des raisons qu'ils estiment fondées et légitimes, mais les fondements et légitimités convoquées renvoient à des histoires (notamment professionnelles), des pratiques et des ordres de valeurs différents. De plus, selon le lieu (le service, l'institution et aussi la région, le pays) et l'époque, certaines activités sont ou non considérées comme relatives au travail social. Les exemples quant à qu'est ou non le travail social, quant à ses contours sont nombreux : celles et ceux pour qui « faire pour », « faire à la place de » n'est pas du travail social, alors que pour d'autres « faire pour » est une étape ou un moment dans un processus

---

<sup>3</sup> Par exemple, la Fédération Internationale des Travailleurs Sociaux (FITS) ou l'Association Internationale des Écoles de Travail Social (AIETS).

<sup>4</sup> À l'image de la récente (2014) définition de l'IASSW et de l'IFSW. Cette définition, émanant essentiellement du monde anglo-saxon (ou son influence), est notamment promue par l'ONU. Elle suscite cependant de nombreuses réticences ; par exemple au sein de l'Association Internationale pour la Formation, la Recherche et l'Intervention Sociale (AIFRIS) implantée dans l'espace francophone.

d'autonomisation ; celles et ceux pour qui le « contrôle » est constitutif du travail social, alors que d'autres le considèrent comme aux antipodes de celui-ci ; celles et ceux pour qui l'argent ne peut intervenir dans une pratique de travail social alors que pour d'autres il est, très souvent, un des éléments centraux de ce qui se joue dans les pratiques de travail social. Ces exemples traversent bien évidemment aussi les débats entre travailleurs sociaux en milieux hospitaliers.

Ce flou et les fluctuations possibles des frontières sont donc prégnants dans cet univers professionnel relativement jeune ; un peu moins d'une centaine d'années depuis la création des premières écoles sociales en Belgique. Ils rendent difficile la constitution d'un « groupe professionnel » (Molina, 2016 ; Vézinat, 2016) ; voire, concernant les travailleurs sociaux hospitaliers, d'un sous-groupe professionnel.

Les pratiques sociales hospitalières sont bel et bien partie intégrante de cet univers. Elles partagent cette forme d'indétermination, d'indéfinition dont les « conséquences » peuvent porter atteinte à l'existence même des services sociaux hospitaliers : si rien ne les spécifie, si leurs contours ne sont pas fixés, on pourrait estimer – envisager - que les tâches accomplies puissent être confiées à d'autres services : internes (administration, logistique, psychologique... voire à des bénévoles et à des services internes externalisés comme le sont aujourd'hui, dans certains hôpitaux, des « équipes mobiles en santé mentale » dans le cadre de la Réforme 107) ou externes (CPAS, services sociaux des mutuelles, services d'aide et de soin à domicile, services privés d'aide à la personne). Il convient donc de montrer combien ces services hospitaliers font partie d'un tout (l'univers du travail social) avec une histoire qui peu à peu a conduit à la professionnalisation des métiers du social. Histoire qui non seulement, permet de rendre compte des principales sources de la professionnalisation de cet univers (certaines sources paraissant, en fonction de l'ancrage institutionnel des pratiques – les hôpitaux – plus prégnantes), mais aussi de leur importance dans la constitution et la mise en œuvre d'un État social (Castel, 1998 ; Chauvière, 2017).

## **II.2. La domination médicale**

Une des sources les plus prégnantes dans la professionnalisation et la reconnaissance du travail social est sans nul doute celle de la médecine. Dès les débuts, en effet, le (travail) social a été, et demeure aujourd'hui, dominé par le champ médical

L'Hôpital général est créé à Paris en 1656, non pas dans une vision médicale (dans son acception actuelle), mais dans une perspective économique et d'écartement de ceux qui constituent un problème de santé et de sécurité publiques (Foucault, 1972). Son objectif dans un contexte de capitalisme émergent (Dechamps, 1994) est alors de faire travailler et d'enfermer indistinctement tous ceux qui apparaissent comme une charge ou un danger pour la société : oisifs, lépreux, vagabonds, voleurs, prostituées, « fous », etc. Peu à peu, la prise en charge va devenir plus

rationnelle et se spécialiser ; la médecine devient alors la discipline qui organise cet espace (Foucault, 1972). « L'hôpital » est ainsi conçu progressivement comme un lieu de « traitement » de la pauvreté avec une perspective médicale qui va progressivement s'affirmer.

Au début de la professionnalisation des métiers du social (tournant du 19<sup>e</sup> au 20<sup>e</sup> siècle), l'influence du champ médical se traduit non seulement par la présence de médecins qui seront très actifs à l'image du Docteur Sand fondateur et administrateur de l'École Centrale de service social, appelée communément aujourd'hui école sociale de la Rue de l'Abbaye à Bruxelles (Anciaux, 1988), mais aussi par des cours relevant du champ médical (aujourd'hui subsiste encore dans les grilles de cours obligatoires des écoles sociales un cours de « Sciences médico-sociales ») et de manière plus diffuse, des grilles de lecture, des schèmes de pensée médicaux des problématiques sociales. La porte d'entrée est la médecine sociale et plus particulièrement l'hygiénisme qui articule autour d'une perspective médicale diverses disciplines scientifiques (de la chimie, aux statistiques, en passant par l'administration publique) dans un objectif de « progrès », d'« amélioration des conditions de vie » (Marec, 2006). Usant de la « nécessité » de diffuser et de former aux normes d'hygiène, les premières auxiliaires sociales œuvrent dans les entreprises (ce sont alors des « surintendantes ») et vont dans les foyers (ce sont les « visiteuses sociales »). Elle exerce donc un regard sur les individus et les familles ; elles « enveloppent [dans le sens : elles cadrent, elles encadrent] » la vie des classes populaires (P. Bourdieu, 1993). Le rôle de l'hygiénisme est donc crucial : il permet de rentrer dans l'intimité des familles et d'assurer un « contrôle » sur la santé « physique » des familles dans une perspective de santé publique - par exemple dans la lutte contre la tuberculose (Garcette, 1996 ; 2008) ou dans l'accompagnement des jeunes mères des classes populaires -, mais aussi sur la santé « morale » des familles (les prévenir, soit contre « le danger » des théories solidaristes, socialistes communistes, soit contre les « méfaits » de la religion). On constate donc, dès les prémices de la professionnalisation, la puissance et l'aura exercées par le champ médical sur l'univers du travail social. Si les pressions hygiénistes se sont atténuées (mais demeurent), cette puissance médicale perdure aujourd'hui sous d'autres formes. Elle est patente dans le secteur hospitalier où les médecins sont en position de domination ; une des manifestations de ce que Rober Castel (1973) nommait « la structure verticale de la médecine ». Cette position est parfois formellement reconnue : les services sociaux dépendant de la direction médicale. Quand les services sociaux ne dépendent officiellement pas de la direction médicale (la recherche menée montre la diversité des formes de rattachement des services sociaux dans les structures hospitalières), cette domination s'exerce de fait. C'est en effet bel et bien le corps médical qui cadre le travail à faire en milieu hospitalier ne fut-ce que parce que c'est lui qui détermine (parfois sous l'influence des gestionnaires financiers) la durée de séjour des patients, donc le temps possible de l'intervention sociale. Domination formelle et domination informelle auxquelles s'ajoute une domination symbolique : les

schèmes principaux de compréhension, les grilles de lecture des problématiques, le vocabulaire sont nettement marqués par le champ médical. Les autres acteurs (en ce compris les travailleurs sociaux) ont intégré ces aspects. Ainsi, même hors du secteur hospitalier (et *a fortiori* à l'intérieur), les travailleurs sociaux utilisent fréquemment un vocabulaire hérité du champ médical : anamnèse, cas, diagnostic, protocole, patient, etc.<sup>5</sup> Cette domination symbolique s'opère au travers de ce que Gauthier Saelens, directeur d'un grand groupe hospitalier, décrivait, lors de la journée d'étude Hospisoc/CERIAS du 9 novembre 2017 : « un complexe de supériorité des médecins qui est le pendant d'un complexe d'infériorité des autres acteurs ». De surcroît, il importe de souligner le poids croissant des normes médicales pesant, non seulement sur les médecins eux-mêmes, mais plus largement aussi sur ceux dont le travail dépend de la commande médicale. Cette augmentation de la standardisation des pratiques médicales (Azria, 2012) entre en tension avec des pratiques de délibération, d'autonomie, de centration sur les « cas singuliers », chères aux travailleurs sociaux (hospitaliers). Enfin, cette domination s'exerce entre un monde, il ne faut pas l'oublier, toujours dominé par les hommes, alors que l'univers du travail social (et particulièrement celui des services sociaux hospitaliers) demeure sur majoritairement féminin.

### **II.3. Les autres déterminants du travail social hospitaliers**

À cette influence de la médecine dès les prémises de la professionnalisation du travail social, s'en ajoutent d'autres. Nous évoquerons brièvement celles qui gardent un effet direct et visible sur les pratiques hospitalières.

Le champ économique a et continue de peser sur ces pratiques. D'une part historiquement, dans les pratiques de travail social, l'utilisation, « la gestion » des ressources (spécifiquement financières) par les individus et les ménages a toujours été au cœur de de très nombreuses interventions sociales. D'autre part aujourd'hui, sous la pression des formes d'évaluation quantitative des politiques sociales et de santé résultant des différentes manifestations de la Nouvelle Gestion Publique (Bellot &

---

<sup>5</sup> Les termes employés pour nommer ces travailleurs sociaux reflètent bien souvent aussi la permanence de cette emprise du champ médical ainsi en est-il

- dans d'autres régions et pays : en Flandre le terme usuel pour évoquer les travailleurs sociaux hospitaliers est « medisch maatschappelijk werker » et dans le monde anglo-saxon le *medical social work* est considéré comme une des catégories du *social work*. Pour certains auteurs anglo-saxons, l'attachement du travail social au champ médical est perçu comme une opportunité de développement du travail social et de sa reconnaissance : par exemple dans le cadre de *Affordable Care Act* – « *Obamacare* » - (Gloden, 2011).
- ainsi que dans d'autres secteurs sociaux : « Travailleur médico-social » à l'ONE en Belgique ou, au Québec, les « Travailleurs sociaux gestionnaires de cas » pour le soutien à domicile des patients (essentiellement « des personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes présentant des troubles de santé mentale » ; ils travaillent dans les Centres intégrés de santé et de services sociaux CISSS et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux CIUSSS. [https://beta.otstcfq.org/sites/default/files/le\\_travailleur\\_social\\_gestionnaire\\_de\\_cas.pdf](https://beta.otstcfq.org/sites/default/files/le_travailleur_social_gestionnaire_de_cas.pdf) (produit par le très officiel *Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec*)

\*I +L - 8( 9I & ; : 8 : : -G : 7  
8 : : " 4 [ -  
8 : 8 : > ] - @ >;8 5 @\*  
C I 8 4 5K 5K ; I 13 I) 8 I  
8 ; ( 4 \* I  
8 ;: I ( I I I ; \* ;I 5K  
I 4 > @H > @ - 4  
/ % (IAN I .\*/ 4 8 : H 5  
> 4 @ I 9 L H ;  
8 8 I 2 4 I ; ( I &  
5 I - I :I \*\*J  
8 I 8 45 4 I 5 2 45 : 9 I 4 ( )  
! : ; 8 4 2 4  
;; ; 8 \*

\$

I 8 :- I : I 6 8  
- I 4 I 2 4 I 4 L ;  
I ( ; B 5;;  
4 ( 2 8 : 8 4 ;; H; 8 4  
Z 4 4 B  
3 H 4 5 8 4 4 ( I 8  
4 4 ; 4 - ( \*  
< 4 ( I 5 8 8 :-  
- - > @I :I 4  
: &- \* :( I  
:> @ 4 H 4  
8 : -G :\*' ( I 68 - : 8 I  
I 8 I ; 56 8 : >- 8 @  
\ - I I 5 : \* <; 5 5 - H  
8 8 I 4 8 8 :

- \*

---

7 : 8 : H 5 ;  
: 1 \* \*

C - - 2 5 8 l ;  
 \*, 8 :l4 8 :- l4  
 5 4 ; \*  
 , 5 5 5 4 ; 4 4 5-G  
 8 8 M- L & 4 l H  
 ( 8 l E l l 4 5 l  
 8 - \*'M- 4 "6  
 - 4 \*  
 , 5 8 l 8 4 ;  
 P 4 8 \*/ 5 5 5 &  
 8 5 l ; l ;; ;  
 58( 8 5 2 ; H  
 8 l >; @l 8 - 4  
 5 4 l 8  
 X ; ;4 " \*  
 <; l 5 ;; l l l 8 ; 8  
 - \*, 5 5 l l H 5 ; l  
 ; ; : X ; "l 5 4 ; l  
 4 l 8 - \*/ 8 8 5 - ;  
 \* 5 - 8 8 :  
 8 8 8 " - 6  
 8 \* ;l : l 4 8 :- 4  
 l 4 5 l 4 5 H ; 4 5 H  
 4 \*  
 /5 2 ; ; 5 6 \*, 8 H ;  
 8 > " - "@ 4 : 4  
 - - \*

!

( | < | 8 4 - ( L  
 5 ( 5- G | 4 8  
 8 5 & -  
 2 8 \* - |  
 8 H 8 | & | ( H  
 - ( | > @| 8 8 H 8  
 - \*

% &

V 8 < | :- | 8 8 4  
 5- 8 | | 8 5 8 H  
 - ; - :  
 5- H \* V 5 - 8 4  
 - 4 ; - C  
 J P# | | \* \* | 5 |  
 8 & - \* , : : 8 : & (  
 ; -G :\*

: | 5 H > -E  
 @| 5- 8 ( : 4 6 8 -  
 5 \* D 8 5-G 8 ( 5 8  
 B " 5 H >  
 @ | . <sup>9\*</sup> , | > @| > @ - \*  
 8 4 5-  
 ; 5 2 8 H -4  
 = | \* 8 | 5-G 8 4 &  
 : H | 8 8 :\*

---

<sup>9</sup> E H 5, C ,  
 4 G 8  
 < \*

%  
 V 8 ;;& 5= \* 8 H  
 ; 5 8 4 -G : H > ;  
 5-G 2 4 5 : H 5 5  
 M 18 ( M @ I .I \* 7\*  
 5;; &8 18  
 8 5 \*  
 " ' ( )  
 / 5> ? @ 8 8 -  
 8 H I I  
 H 5 \*/ 5V J ; ; 5  
 U I 7\* 8 5 > 8 5 @  
 A 1/ I 7 : & P \* / - :  
 8 I ; 5 ( : I  
 : 8 \*  
 \* % ' )  
 > @ ; - 8  
 4 5 4 \*, 4  
 8 I I \* 8 H 4  
 - 8 : - # 4 5  
 U \*  
 ;; 8 H 5 -  
 H : 2 : 8  
 - 2 5- \*  
 6 I 5 H ( 5 ; 8 :-  
 : 2HI  
 H ; 2 : 5  
 ; \*/ - 5 - H 5 8 - 4  
 - 5 \*

<p>"</p> <p>/5: 5 ; " !</p> <p>8 :- 6</p> <p>(</p> <p>- *</p> <p>+ ,</p> <p>/ ( 8 :</p> <p>5 H *</p> <p>; : ; :* :</p> <p>; * 5 45 04 5</p> <p>/ (</p> <p>4 8 45 ;</p> <p>4 ;</p> <p>8 ;;</p> <p>5 8</p> <p>8 M- 8</p> <p>( 45 8 ;</p> <p>; 4 8 8 ;</p> <p>5 : 8</p> <p>+ \$</p> <p>/ 8 ;; 4</p> <p>[ 4</p> <p>8 : 5;; 8</p> <p>8</p> <p>5</p> <p>8 : 8</p> <p>;</p> <p>;; 8 : 8</p> <p>*</p>	<p>#</p> <p>" # \$ % JU^ "</p> <p>  ( 8 :</p> <p>"</p> <p>- 4 H</p> <p>N IH</p> <p>   </p> <p>A^U CJ/*</p> <p>8 :- 4</p> <p>: [ 4</p> <p>  ; * ,</p> <p>8 H; 4</p> <p>:- * (</p> <p>:- */5</p> <p>;   8</p> <p>; 8 :*/5</p> <p>8 *</p> <p>;; H;</p> <p>5 8 * : </p> <p>8   ( 5  </p> <p>&gt; ? @ * ,</p> <p>  5 "H"</p> <p>8   ;     5</p> <p>; ( * &gt; J @ H</p> <p> </p> <p>4   8   8</p>
---	--

+  
 ; 8 :- : 7 # \*  
 < ; " &  
 # ' \* ; + 5 -+ 5 : 8  
 :\* /5 ; H 2 8 :  
 -G : 4 8 # \* /5 ; ;  
 8 56 \* ;  
 7 H 9 8 \* / ; 8 | 2  
 - - \* / - : -( ; ; W  
 ; "6 \* : 8 : 8 -G : #  
 \* -( | : | ; | 8  
 8 \*  
 T G ; 4 | 5 JU^ 2  
 5 | : | > ; @ > 8 ;  
 @\*  
 8 ; 4 5 : 8 : 8  
 : 8 2 9 \*  
 /5 & 7 ; \* ) ( 5 5-G :  
 8 # \* 0  
 5 \* " ( ) ' % J)# J ) 4 | + |  
 ; 4 5 5 - 8 ; 5  
 8 : -G : 8 #  
 5 8 8 \* #V ;  
 2 W | ; - - ; 4 8  
 - \*  
 ) 5 | ; ; 5 5 8 ;  
 8 - ; \$ 8 -  
 : > ! % % @ | ? |  
 5 2 5 | ; 5 4 \*  
 T 5 -G : | 5 ; 4 5 & \* =  
 5 ; - 8 5 \* < ; | 5  
 2 | 5 5 8 - G \*

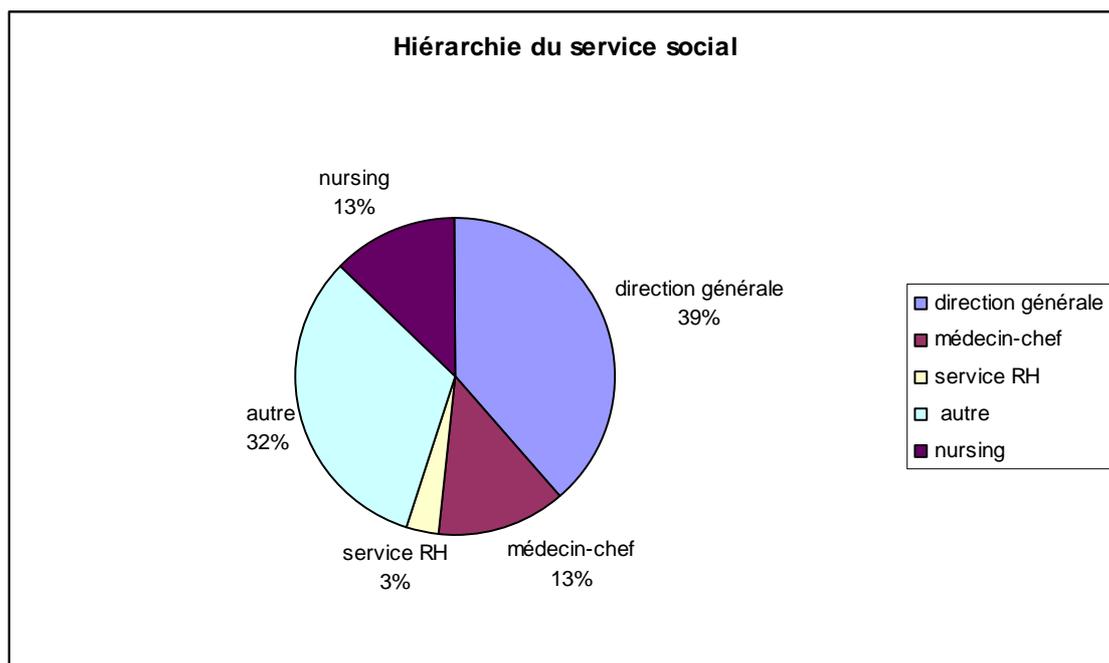
## V. Enquête exploratoire sur les spécificités du travail social hospitalier en Belgique francophone

### V.1. Un service social aux formes multiples

Sur base de l'enquête quantitative (qui a rassemblé un échantillon limité composé d'une trentaine de personnes), il est possible de dégager quelques éléments soulignant la multiplicité des situations possibles pour les services sociaux hospitaliers. Ainsi, on constate une certaine hétérogénéité parmi les services des répondants, sur trois plans :

- la hiérarchie des services sociaux ;
- le rattachement des travailleurs sociaux à un ou plusieurs sites ;
- le nombre d'ETP travaillant dans le service social.

Tout d'abord, le service dont dépend hiérarchiquement le service social au sein de l'hôpital diffère grandement selon les répondants.

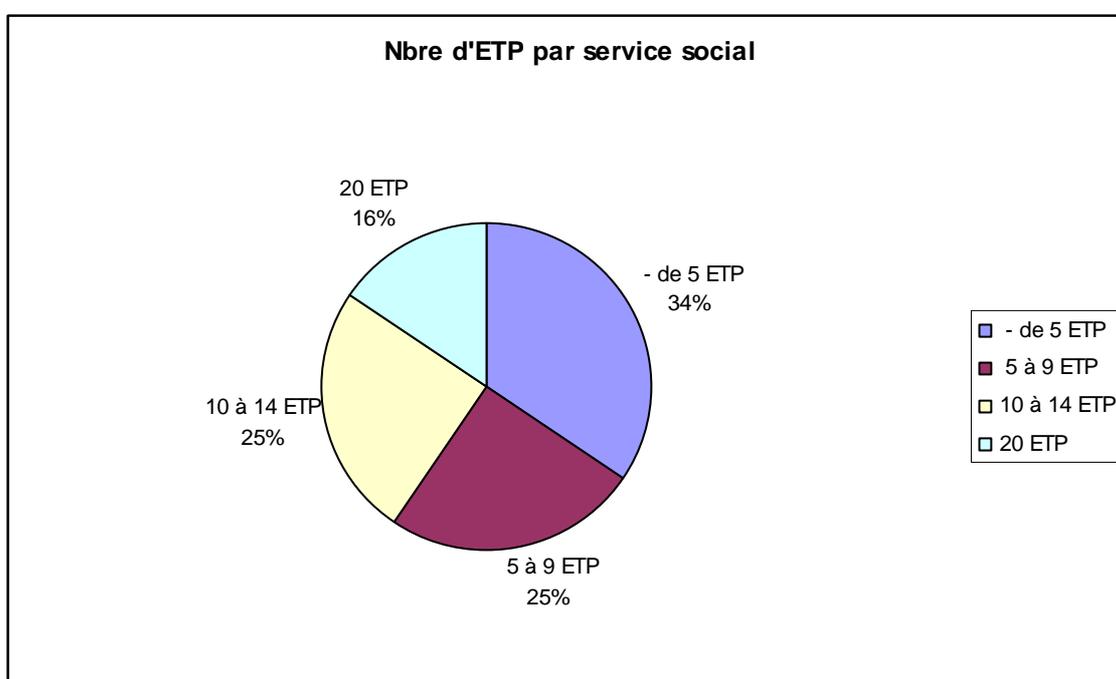


Ainsi, si la majorité des services sociaux (près de 40% des répondants) dépendent de la direction générale, d'autres services dépendent du médecin-chef ou du nursing (13%), voire directement du service RH (3%). L'importance de la catégorie « autre » (32%) montre bien la grande diversité de la structure hiérarchique dont dépendent les services sociaux. Cette catégorie « autre » recouvre : l'ergothérapeute, l'infirmière sociale (cadre), l'administration des patients, le service d'accompagnement des patients, le service administratif et financier.

Ensuite, chaque service social peut être rattaché à un seul ou à plusieurs sites hospitaliers.



Enfin, la taille des services sociaux hospitaliers est également l'objet d'une grande hétérogénéité parmi les répondants.



Si la majorité des services sociaux (34%) comprend moins de 5 ETP, un quart des services sont composés de 5 à 9 ETP et un quart de 10 à 14 ETP. Seuls 16% des services sociaux investigués comptent 20 ETP ou plus.

Cette hétérogénéité des services sociaux constitue un élément à prendre en considération lorsqu'une association telle qu'Hospisoc souhaite développer des actions de représentation politique et de défense des intérêts des travailleurs sociaux hospitaliers.

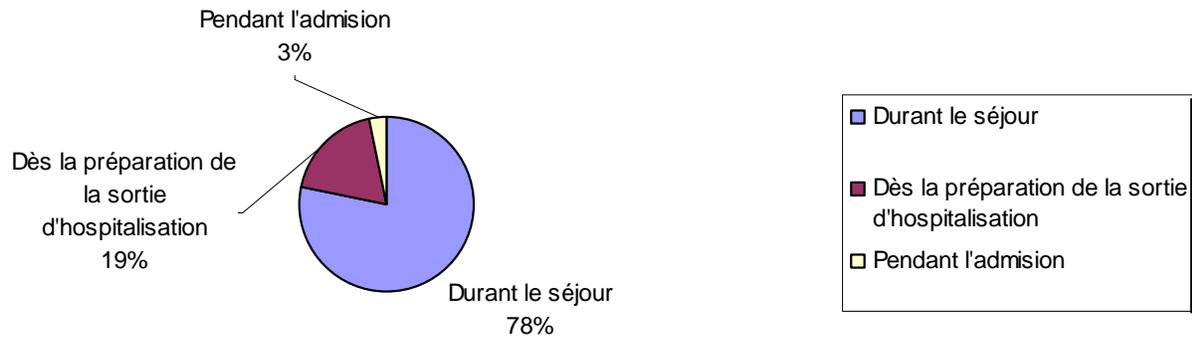
## ***V.2. La représentation politique***

Tant l'enquête qualitative que les focus groups ont mis en avant que les travailleurs sociaux attendent d'Hospisoc d'être en mesure de représenter les intérêts des travailleurs sociaux auprès du

4 \* V I                      56                      8                      8                      -                      8  
                                   ;; \*  
 < ;; I 4 & ; ;                      8                      :-                      1 I                      I  
 \*09\*  
 - ;                      :: -                      5 8                      I " H  
   5-G L  
 - ;                      -                      5                      -                      L  
 - ;                      ;4                      8                      5 I  
   I                      8 I ;                      8 I \* L  
 - ;                      I ;                      -                      H 5- I  
   I - I \* L  
 - ;                      8                      6                      8                      :  
   ; \*  
                                   ; I 8 -                      E                      Z 5  
                                   ; -4 ;                      ; ;4 \* ( I  
                                   8 I                      8                      -                      B 6  
                                   " B'                      2 : 5                      \*  
 +                      - '                      &                      ).  
 / ;:                      4                      8                      :-                      (8  
 4 5:                      8                      :-                      4 > ; @ I  
 5 "H"                      >                      8                      : \$                      8 &                      \*                      I  
   4 5                      I ; 5                      5                      I  
                                   I  
 + , -                      N( % I I \* \*  
                                   8                      :-                      " 8 ; B J  
   8                      :-                      45                      6 ( I  
                                   45                      ;;                      8                      8 I  
                                   5                      4 \* I                      - -                      8 4 8  
 -                      56 ; \* /5 46 4                      8 4  
   8 ; 5-                      9 \_ I \_                      H                      + \_  
                                   5 \*

---

\*



' ; | M - 8 : - 8 |  
 & - H ; 5- |  
 8 ; :  
 - \*  
 5 8 | 5 4 6 8  
 ; 8 - - 4 | |  
 ; | \*\* / 8 - | 4 5 5 & 8  
 AN | 8 6  
 > @ > @ :  
 8 \*/ > @ 5 > @ ( |  
 ; - ; 6 5 8 L  
 2 8 \*  
 # H > ; @ 8 : | > @  
 4 | " ; H - 8 H >  
 8 ; | 8 | @ N ( % | | \* \*  
 + \$  
 / 5 4 6 : 8 5  
 8 - | 8 ( H 8  
 ; 4 5 ; H 5 8 8 ; 4 5 \*/  
 8 4 8 - 6 H & | 5 4 5  
 5 > ; @ | G 5 > @ 8  
 | 5 : | H  
 L 5-G 8 6 - \*  
 V I 5 4 6 H 5 8 ; ; ; 8 8  
 2 8 ; 4 \* | & - ; ; |  
 8 : - 8 H - ; ; |

4 :4 5& 4 -;; 8 ; 8  
 8 - / &l .L J l \* " E "  
 8 ; -;; 4 : -  
 l ; 8 \*  
 J 8 > 8 @ 5 8 : l  
 8 8 ( 5 4 l  
 5 ; - H 8 4  
 : \*  
 5 8 8 ; 5 4 6 l H  
 &- 8 - \* " ;  
 8 4 \*/ - 8 H  
 8 6 & M - l  
 5- \*  
 = 8 4 ; H 4 8  
 8 8 - \*  
 8 : 4 8  
 - \* /5 4 6 8 l 8 l  
 8 4 8 : H 4  
 8 l 8 l 5 \* ;; 4 8  
 ; 4 ; 8 - \*  
 8 > @ l L 9" L  
 +l 7\* 4 l 4 4 8 6  
 ;; l 4 5 8  
 \*, 5 8  
 : 8 4 B4 l  
 ;; 8 B4 B4 > @  
 3 B  
 H 8 8  
 &- ; 8 :- \*/ 8 &-  
 l H H 5 \* C l ; :  
 8 2 H 5 - &-  
 ( 8 - \*

+ ' ) ' )  
 J 8 : 8 H 5 4 8 8  
 -;; l 8 > @ ;4 > @  
 \* > @ H l 4  
 " > @ " 8 l 0\*, 5 5  
 8 5 8 : 8  
 \*/5 46 8 : ; H 5 > @  
 > @\*) 5 : l ;; l 4 H  
 L 4 5 ( 4 5 8 4  
 8 \* = ( 4 5  
 5 8 l 8  
 : \* : 8 : 5  
 > @ > @ H 5 8 - \*  
 - N L 4

+  
 / 5 8  
 8 - \* H 4 ; 45 8 ;  
 BT4 4 E" B  
 / 4 ;; 5 8  
 8 5 46 8 4 45 8 ; \*)  
 : l ; 8 8 : ;;  
 45 - 5 ; 8 :- \*  
 4 5 ;4 \* l  
 5 4 8 8 :- 4  
 M- 8 8 : ;; 8 8  
 8 \* <; l ;; 4 8  
 8 : 45 4 5-G 45 5&  
 - l ;;  
 5: - \* 8 :-  
 ;; ; 8 :-  
 5 ; 5 ; 8 45 4 \* < ;; l 5  
 8 l 4 :

5 ; - 6- 5 ;  
 8 - 8 &- P H  
 5 I H 5: \* VI : I 8 5 4 6 I  
 H ; ; 8 \*, ( ; 4  
 8 ; H 5 H 5- \* 8  
 8 I 8 :  
 5 5&6 % I I 6 5 >; @I 5 I  
 5 I > @ C (I H 4 8 8 ; ; :  
 I \*  
  
 + /  
 /5 8 - 4 > ; -  
 : @ 1 / I I \* 0\* =  
 - :> ; @ 45 I  
 8 :I (8 > @ :>; ( ; @I 8  
 H 5 \*  
 ) 8 ; - >N ; @I  
 > @I > ; &- @I  
 : > 5 @ ; \*/5 4 6  
 8 45 5& >2 6 @I 4 5 8  
 &- ;; 8\*, 5: I  
 8 :I > ; @ 45 ;; 5 4 ( 8  
 8 \*  
 ) ( I 8 : >; @ 8 "; - 4 I H 8  
 8\* 8 "; ;( > ;@ - I  
 : - I )CJI : 8 4 8  
 : \*) 8 4 4 > - - 5 ;  
 ( @ > @ 8 \*, 5 5  
 5 5 ; 8 8 :  
 8 H 8 >2 @ 8 5 ; L 5 "H"  
 : ; : 5 \*  
 ; 8 " \*) 8  
 : 5 \*, 5  
 > 2 8 8 @ > @\*' '  
 I :I ; 8 - 5 >

@\* V ( ( 4 5 4 5  
 8 8 ; - &l 5-  
 \*, H 5- N 4 ; 8 8  
 \* / 8 ;  
 | | 5 8 > @  
 - | | H \*  
 + ' )  
 ( | 8 : ; : 4  
 > 8 @l 2 5-  
 4 | >8 5-G :@  
 ;; 5 :\* 8 H |  
 ( 8 : - | (\* < ;; | 8  
 5: - ; 8 5 ; 5- - |  
 ; 4 4 H 5 H \*  
 / 8 : 8 : | 5 8 ;  
 5- 45 5 \*/  
 46 4 8 8 -  
 5-G 2 45  
 : > @l -& 4 |  
 ;; 8\* C | 4 - ( 8  
 ; - \*  
 / G 5 5 5: - ; ; 8  
 - \* ; H 2 G 5 4  
 5 8 8 G 4 ;  
 8 4 \* C | G 5  
 H 8 :- \*  
 + "  
 2H | 8 ; 8 H 5-G | < 4  
 H 5 H 5: 5-G 5 M- ; 4  
 8 - \* 6 8 | 8

---

K  
 ( C;; | J 4 5< 8 |  
 5 | < | 8 ; 8 H 5-G | \*+\* \*

H 5-G I	8 > 8	H 5-G @ (
8	* / 8	
5		> / 8
	* / 8	8
.	8 8	.
		* / 8
	I W 4	:
@	I 1 * I * 9 . *	"
;	8 H 4	8 :
> 4	@ 8 8	: - * :
> 4	@ 8 H	5 4 6 G 4 5
8 ;	* 6 I 8	8 : ( 8 "
;	8 8 8 I	: I 8 ; 8 - *
H 2 4 5	-	G 4
8	* < ; ; I	5 8 8
5-	*	I & 4 I
8	5- N *	4 5 - 4 I
8		
5 8	4 I 8 ; ;	8 4
	* / 5	4 -
8	8 4 ; 4	8 ; ; 8
	: * J 5 5 8	2 ; ;
8 ;	- -	I (
4	8	; ; *
+	0	
5 (	4 6 I 8 :	H ; ;
	& - 8 * C	8
H 6		8 - I :
& -	*	5 - & - ( 4 5 5
& -	- 4	8 : ( *
/	5 6	; ;
H	& - * V I	( 8
-	8 *	
J ; "	8 - & - ( *	/ 4 6 8 > -
8	@ 8	; 5

5- \* : 8 - \* <  
 ;; l 5 l : l 8 ;  
 \* D H 5- l 2 2 ; -G : \*  
 : ; 5-G \* : :  
 l : \* ' 8  
 4 ; 4 4 ; 5 4 6 8 4 5  
 5- 4 "  
 8 \* 6 5 l , ;  
 E > - - @ 8 4 5  
 > : @ 8 \*  
 / 8 8 8  
 5 &- \* / 5 8  
 H G M- 4 ; 4 8 :- \* V l  
 8 : ; ; 8 \*  
 ' 8 ( 8 8 l 5  
 8 - 5  
 8 - \* C l 8 5 8  
 5- \*  
 + \* 1 2 " .  
 D "8 8 : : 4  
 - ( B 5 : 5 + 8 8  
 8 l 8 ;  
 l 8 &- \* + 8  
 8 8 - \*  
 C 4 8 H l H  
 5-G l 5 8 : - ( H 8  
 8 : : 8 ; l 8 %3 \*  
 /5 4 5 8 8 5 6  
 - -4 \* 5 4 6 l 8 5-G :  
 ( 4 4 8 5-G ; 5 2 5  
 ( l 5 ; 5 : \* : "  
 : 4 8 > 8 @ 5-G l  
 5 \* 6 6 H > 8 @  
 > 2 @ - 8 - - - ( \*

V 8 4 H 5 8  
I; 8 :8 :\* I  
5 4 5 45 (  
( \* <; I > ;; 8 @ ;;  
8 \* , ;4 : 8 :  
;; 8\*

+

+ \$ &  
4 ; ( 5 4 6 \*  
' G I & ; ; : - 4 ;; 5  
- ( I G 5 8  
: 8 : ( : \*  
: 8 : 5 8 & 8  
8 - ( I 4 : \* C I 5 ;  
8 : H 4 ; 8 - 8  
5 ] \* , 5 4 H 8  
4 8 8 : ) C J I : I ; - G : I \* 8  
; \* C I 8 :  
; 8 H 8 8  
;\*

+ 3 4 !  
< 5 H I 8 4  
6 2 5 5 - (  
\* 8  
- : I ; 8  
4 \* /5 :  
I -G > -G - @ I  
> ( : @ I \*\*  
/ - 4 8 :  
H 6 - 8 \* /5 8  
4 ; - ;; 4 5 \*

+ \$ & 2#  
 8 ; |  
 ; 8 | 5 | 8 > @ | \*  
 ; \*  
 ) 8 H 8 ; 4 : H  
 5 > 6 -4 ; 5 B @ | H >  
 @ | H 5 8 \*  
  
 +  
 ' ; | 8 8 \* <  
 ; 4 \*  
 8 | | ; ; 4 - 5 4 \* / 8  
 8 [ :  
 8 > @ 8 ; 4 5  
 8 \*  
  
 " "  
  
 , 4 4 8 ( 4 56 ;  
 8 - 4 8 -  
 \* / 5 5 4 5 8  
 ; 8 - : 8 :  
 : - \* 5 4 5 8  
 H \*  
  
 / 8 ; 4 ;  
 > @ 5 : ; ( 2  
 5- 5 5 H "  
 8 \* , 5 ; 8 - |  
 & | > 2 @ :  
 | ; E 5 H 4  
 8 : (\*  
 | 8 - | 5 5 : - |  
 | ( 5 4 8  
 8 ; \* C | 2 : H ; \*

C 8 4 5 l 5 ;

8

- H -

l ;

> @ > @

8 \*

C 8 5G l 45

- l

8 - 6 8

45 ;4 4 H

&-

8\*,

5

;4 8 : 4

8 l

( - \*

, 2 5- ;

8 H ; : 4

l H 5:

5-G l

; H ;

" - 5-G \* /

5 H ;:

5 8

- l

45 8

8 - \*

<; l 45 ; -

H - H l H

5 8 8

" - ;

; ; 5: -

- \*

## Liste indicative des appuis bibliographiques

- ABBOTT Andrew, 1988, *The system of Professions*, University of Chicago Press.
- ABBOTT Andrew, 2016, « Les choses des frontières », in DEMAZIÈRE Didier, JOUVENET Morgan (dir.), *Andrew Abbott et l'héritage de Chicago*, Paris, Éd. EHESS, En temps & lieux, p. 119-144.
- ANCIAX Alain, 1988, *Le Docteur René Sand ou la culture des valeurs humaines*, Bruxelles, Université Libre de Bruxelles. École de Santé Publique
- AUTÈS Michel, 1999, *Les paradoxes du travail social*, Paris, Dunod.
- AUTÈS Michel, 2000, « Les métamorphoses du travail social » dans CHOPART Jean-Noël (dir.), *Les mutations du travail social. Dynamique d'un champ professionnel*, Paris, Dunod, p. 249-265.
- AZRIA Élie, 2012, « L'humain face à la standardisation du soin médical », *La Vie des idées*, 26 juin 2012, <http://www.laviedesidees.fr/L-humain-face-a-la-standardisation-du-soin-medical.html>
- BELLOT Céline, BRESSON Maryse, JETTÉ Christian (dir.), 2013, *Le travail social et la nouvelle gestion publique*, Québec, Presses de l'Université du Québec, Col. Problèmes sociaux et interventions sociales.
- BACHELART D., 1998, « Le paradoxe d'une formation à un métier "qui ne s'apprend pas" », in FREYNET M.-F. BLANC, M. PINEAU, G. (dir), *Les transactions aux frontières du social. Formation, travail social, développement local*, Lyon, Chronique Sociale, p. 154-170.
- BOURDIEU Pierre (dir.), 1993, *La Misère du monde*, Paris, Le Seuil, Col. Libre examen.
- CASTEL Robert, 1981 (1ère éd. 1973 / Maspero), *Le Psychanalysme*, Paris, Flammarion, Champs.
- CASTEL Robert, 1991, « De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle », dans DONZELOT Jacques (dir.), *Face à l'exclusion. Le modèle français*, Paris. Ed. Esprit, p. 137-167.
- CASTEL Robert, 1995 (1999 pour l'édition Folio, Essais), *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard, L'espace du politique.
- CASTEL Robert, 1997-1998, « La nouvelle question sociale et ses implications immédiates », *Travailler le social*, n°23-24, p. 41-51.
- CASTEL Robert, 2003, *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?*, Paris, Le Seuil, La République des Idées.
- CASTEL Robert, 2006, « Et maintenant, le "précarariat" ... », *Le Monde*, édition du 29.04.06.
- CHAMPY Florent, 2012, *La sociologie des professions*, Paris, PUF.
- CHAUVIÈRE Michel, 2017, « La place cruciale des métiers dans l'État social », dans ALIX Jean-Sébastien, BERTRAND Didier, BRUN Jean-Marc, CHAUVIÈRE Michel, GARRIGUE Gabrielle, *Debout pour nos métiers du travail social*, Toulouse, Érès, p. 17-35.
- COLLIN Benoît, 2014, *La situation générale hospitalière et les défis globaux. Quelles stratégies ? Quels financements ?*, UNAMEC, 12/5/2014
- De BODT G., DESMET M., FRUYT P., PATERNOSTRE T., SMAERS M., VAN BEVER V., VAN HECKE A., 2012, Rapport final « Tour d'horizon du travail social : développement d'un instrument de gestion du travail social en hôpital », Universitair Ziekenhuis Gent, Hôpital Erasme|ULB, Universiteit Gent :<http://health.belgium.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/SocialWorkInHospital/ResearchSocialWorkOverallView/index.htm#.VshZuOaGDvc>
- DECHAMPS Ivan, 1994, *Le travail social écartelé - pour un chemin praticable entre l'aide et le contrôle*, Bruxelles, Vie Ouvrière.
- DEMAZIERE Didier, GADEA Charles, 2009, *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte.
- DURKHEIM Émile, (1893) 1991, *De la division du travail social. Étude sur l'organisation des sociétés supérieures*, Paris, Presses Universitaires de France, Quadrige.
- FOUCAULT Michel, 1972, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, Tel.
- GASPAR Jean-François, 2012, *Tenir ! Les raisons d'être des travailleurs sociaux*, Paris, La Découverte, Enquêtes de terrain.
- GARCETTE Christine, 1996, *La professionnalisation du Travail social, 1880-1920*, Paris, L'Harmattan.

- GARCETTE Christine, 2008, « La coordination en travail social : principe et mode d'organisation », *Vie Sociale*, 2008/3, p. 45-54.
- GOLDEN R.L., 2011, « Coordination, Integration, and Collaboration : A Clear Path for Social Work in Health Care Reform », *Health & Social Work*, Volume 36, Issue 3, p. 227–228
- Haute Autorité de Santé / Service évaluation économique et santé publique, 2009, Le recours à l'hôpital en Europe. Rapport d'Évaluation, Paris, Mars 2009.
- JORLAND Gérard, 2010, *Une société à soigner. Hygiène et salubrité publiques en France au XIXe siècle*, Paris, Gallimard, coll. Bibliothèque des Histoires.
- LALOY David, 2014, « L'évaluation des services sociaux : une pratique empreinte de tensions », *L'Observatoire*, n°82.
- Le GALÈS Patrick, VÈZINAT Nadège, 2014, *L'État recomposé*, Paris, PUF, Coll. La Vie des Idées.
- MAREC Yannick, 2006, *Pauvreté et protection sociale aux XIXe et XXe siècles. Des expériences rouennaises aux politiques nationales*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2006
- MAS Bertrand, PIERRU Frédéric, SMOLSKI Nicole, TORRIELLI Richard, 2011, *L'hôpital en réanimation*, Éd. du Croquant, Coll. Savoir agir, Paris
- MOLINAT Yvette, 2016, « Les travailleurs sociaux, des groupes professionnels en transformation », *Études et documents*, Centre Maurice Halbwachs, 2-2016, n°7.
- MOLINAT Yvette, 2017, « Les effets du Nouveau Management Public sur les professionnalisations du travail social », communication au Séminaire International de Recherche en Ingénierie et Action Sociales, Louvain-la-Neuve, 27 novembre 2017.
- MORVILLERS J., 2015, « Le care, le caring, le cure et le soignant », *Recherche en soins infirmiers*, 122, (3), 77-81.
- NOGUERA F., LARTIGAU J., 2009, « De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière : enjeux et perspectives », *Management et avenir*, n°25, p. 290-314.
- SERRE Delphine, 2011, « Gouverner le travail des assistantes sociales par le chiffre. Les effets contrastés d'un indicateur informel », *Informations sociales*, n°5, p. 132-139.
- UNION EUROPEENNE, 2012, *La gestion des systèmes de santé dans les États membres de l'UE*.
- VALLERIE Bernard, LE BOSSÉ Yann, 2006, « Le développement du pouvoir d'agir (*empowerment*) des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 2006/3 (Vol. 39), p. 87-100. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-sciences-de-l-education-pour-l-ere-nouvelle-2006-3-page-87.htm>
- VEZINAT Nadège, 2010, « Une nouvelle étape dans la sociologie des professions en France. Bilan critique autour des ouvrages de Didier Demazière, Charles Gadéa (2009) et Florent Champy (2009) », *Sociologie*, 2010, n°3, p. 413-420.
- VÈZINAT Nadège, 2016, *Sociologie des groupes professionnels*, Armand Colin, 128
- WALLERSTEIN N., 2006, *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report ; <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>) Traduction française : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/76479/E92919.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/76479/E92919.pdf) Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé ?

5 6 3 ?C  
% & ,  
( ) \*  
. J 8 - ( H 5 G % J " ! X  
V CA\*  
. H 9I 5 ;  
8 - - 2\ ? \ # \*  
. 0I 5C ; 8 :  
- 8 J U \ ^ \ - N " JU^\*  
! + ,  
& % , -  
+  
> 5 8 | 8 : 5 |  
| ; \* < 6 | 5  
8 : - ; 4 5- 8  
; 4 2 : \* / ;  
8 H \* C \* D 4  
( H 4 4 4 4 \*) NH 4  
8 8 4 \* ; 4  
& ; 8 |  
& - 4 ; - \* / 5  
\* / 5  
H 8 ; ; \* / \* / ( & - 4  
: 8 ; : 8 8  
5 \* @ 8 8 \*  
% 7  
> / : 8 - @I  
J \* > / ( - 4 - 8 ; 8 \* 5  
] : I  
: # @I \$ &% I C < < J 8 I 0I > / 8  
- , 2I I K / 0I \* " + ' \& I E C I  
8

```

6 -      5      H * ( ; H
   */ - 8      AC    "- 5&      L
; 8      :      |      8      L
: & * @      8      -
> 8      :l      8      8
   */ 8      8      8      8 "
; ] : 5 2 5- * < 8 | 4      5      | ;      H
4      * C      H : 8      H
      8 4 H      8      * @
> J      | &      8 H ; * = -
      | &      (      4      ;
      8 6 * @
8
> 4      ;l 5 4      8      H
      8 H ; ; 4      8      *
; |      6      4      ;
      - */      8      :      :
; *      ;      |
      4 5 8
* '      :
      5: B/ 8
      -4 8 */
      4 8
'      ;
      4 8      :l 8
      H 5      (      (* @
> =      4 ;      8      :
      * C 2 5- | -4 -G ;      * D
      & ;      |      ; ;      8
      : * O/      -      O | " ; *      5 ; ;
      5 -      5      -      * / 8      :
-      8 8 | -      | \ - |
      & - 5 8 - -      |      4
-4 *      8      |
      ; ; * D
      8 5      L 5 8      5 2 |
      4 5 ( 5 * @
      "
>      | 8      :l      5 * 5-G |
      & 4 8 ; ;      | ;
      : * ,      5      - 5
      & - *      |      5 ; ;      - - H
      : :
      (      5 * /5
      4 5 L 8      ( 4      * @
      & -
> =      *      8 5
      | 8 ; ;      2

```

\* 4 l  
4 L 8 2  
; | -G  
:  
W  
\*/ ; 5 ;  
; G 4 - 56 ;  
; \* =  
; \*) | \* @  
8  
> / ; 8 2  
;  
8 |  
, C , l \* , 4 8  
45 ; "

8 2  
\*  
: l 8 : W ( )  
\* 4 :  
|  
\* =  
H 8 8  
| 5  
: : l 4 5  
5 6 ; ; \* /  
\* = &  
8 3 , ^ , A  
: - \$ 8  
\* @