

***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 travailleurs¹ ; 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.

¹ 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*². 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.

² « 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

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 social³, mais ces définitions⁴ 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^e 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

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

⁴ 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^e au 20^e 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.⁵ 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 &

⁵ 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 (produit par le très officiel *Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec*)

al., 2013 ; Chauvière 2017), les moyens financiers consacrés aux services sociaux et aux hôpitaux⁶ sont sous étroite surveillance dans un contexte médico-politique où le reproche est de plus en plus souvent adressé aux services sociaux de « coûter trop cher » et de « favoriser l'assistanat ».

Aussi, on peut observer que l'État (l'État fédéral, les Communautés, Régions, Provinces, Communes) se désinvestit financièrement des politiques sociales. Cependant, on ne peut parler de retrait tant il intervient pour fixer des normes, des règles, des codes, des standards, des certifications. Bref, l'État participe, en tant que « régulateur » à la « recomposition » de la prise en charge des problématiques sociales (Le Galès, Vézinat, 2014). Les pratiques des travailleurs sociaux ont ainsi à s'inscrire de plus en plus dans des « pratiques normées » (Molina, 2017) ; ils ont donc à faire rentrer leurs interventions dans le cadre de ces normes administratives, juridiques, financières (allocations, types d'aides, modes de prise en charge, respect de taux, etc.). Sur cette prééminence des normes dans le travail social, il convient ici de rappeler qu'en Belgique, c'est jusqu'aux années 1970, que le Ministère de la Justice a exercé la tutelle sur les formations de travail social et que les normes juridiques (sous différentes formes) restent omniprésentes dans les interventions sociales.

II.4. Des impasses aux défis pour le travail social en milieu hospitalier

Comment, pour ces travailleurs sociaux hospitaliers, exister, être pris en compte dans cet univers tellement dépendant des champs médical, économique, juridique, politique ; tellement défini par leurs modes de raisonnement, leurs manières de faire et de penser ? Comment aussi s'affirmer alors que très majoritairement les travailleurs sociaux évoquent leurs difficultés à formaliser les savoirs qui sont au cœur de leurs pratiques quotidiennes ?

Répondre à ces questions nécessite d'éviter quelques pièges et impasses, et de mettre en évidence quelques défis actuels pour les pratiques sociales hospitalières.

En ce qui concerne les pièges, il semble tout d'abord vain pour les travailleurs sociaux hospitaliers de rechercher de la reconnaissance dans des « espaces », certes plus prestigieux, mais qui ne sont pas les leurs : ceux de la médecine et de la psychologie notamment. Deuxièmement, la soumission sans débat aux « dogmes budgétaires » ne garantit rien quant à la pérennité des pratiques sociales et des services sociaux au sein des hôpitaux. Troisièmement, les rêves de changements radicaux de pouvoir, de normes, de valeurs, faute d'être assimilés progressivement aux « habitudes collectives » (Durkheim, 1991), n'aboutissent pas aux espoirs escomptés. Enfin ce n'est pas l'attachement à un passé révolu et souvent idéalisé, qui protégera un tant soit peu ces travailleurs et les services sociaux hospitaliers.

⁶ De nombreux travaux ont été consacrés à l'influence de la Nouvelle Gestion Publique dans les hôpitaux : voir par exemple Mas & al. 2012.

Au terme de cette recherche et de la journée d'étude du 9 novembre, trois défis semblent se dessiner. Ils concernent aussi bien les travailleurs sociaux, que les services sociaux hospitaliers, que l'association Hospisoc qui ambitionne de les fédérer.

Il s'agirait tout d'abord d'assumer ce qui fait le quotidien des pratiques sociales au sein de l'hôpital en rendant visibles la multitude et la diversité des tâches accomplies ; y compris celles qui, à première vue, pourraient apparaître comme anodines, banales, moins nobles que d'autres, admirées et valorisées en milieu hospitalier. Tâches qui cependant en elles-mêmes et dans leurs articulations sont indispensables dans la prise en charge sociale des problématiques rencontrées.

Il s'agirait aussi de produire et de développer des connaissances, des savoirs sur ce qui est fait dans/par les pratiques de travail social. La prise d'appui ou l'articulation sur d'autres connaissances (y compris venant d'espaces dominants, mais en en identifiant les impacts, les effets) et la formation s'avèrent ici des outils indispensables dans ce travail dont l'objectif est de contribuer à la production de savoirs, de « faire science », de développer les éléments de compréhension qui permettront non seulement d'accroître la pertinence des pratiques, mais aussi de les inscrire dans un environnement – professionnel et scientifique - plus large.

Enfin, il s'agirait de diffuser, de rendre publics, les constats, les savoirs relatifs au travail social hospitalier. Il s'agit donc d'écrire, de prendre la parole, de participer à d'autres collectifs (associations, fédérations) pour faire exister – se faire connaître et reconnaître -, dans l'espace public ce qui se fait, et par qui, dans le travail social hospitalier. Le travail entamé avec l'association homologue flamande est un premier pas. D'autres rapprochements avec des associations de travailleurs sociaux ou de travailleurs de la santé voire plus largement des travailleurs du non-marchand pourraient être envisagés. Bref, pour exister, il serait utile que les travailleurs sociaux hospitaliers assument qu'ils sont, qu'ils le disent, qu'ils continuent à se former et qu'ils contribuent à la production et la transmission des connaissances qui les concernent.

L'objectif dépasse la simple défense d'intérêts catégoriels. Il vise à la prise en compte des formes de travail liée au « traitement social - humain - » des problématiques pour celles et ceux qui sont hospitalisés et leurs proches.

III. Bref aperçu des milieux hospitaliers en Europe

Ces dernières années, en Europe, une évolution marque les institutions hospitalières ; le tournant ambulatoire appelle d'autres manières de penser l'hôpital de demain, alors que le vieillissement de la population nécessite de développer d'autres types de prise en charge pour des patients désormais positionnés au centre de leurs trajets de soins de plus en plus individualisés. Ces changements, relevés à des degrés divers, dans bon nombre de pays européens, amènent à repenser la prise en charge de manière globale, « transmétier », avec une place active à prendre pour le travail social hospitalier.

III.1. Un mouvement convergent

On observe en Europe, pour les milieux hospitaliers, un mouvement convergent marqué par la diminution des durées d'hospitalisation avec, corollairement, le développement d'alternatives liées à une prise en charge réfléchie dans le cadre de réseaux de soins ambulatoires ou encore dans celui de l'hospitalisation à domicile. On note également l'impact des technologies nouvelles impliquant une approche du soin et un rapport au patient marqués par des formes de technicisation (Haute Autorité de Santé / France, 2009, p.9). Ces éléments, parmi d'autres, constituent des points importants dans le nouveau paysage hospitalier européen. Ils sont inextricablement liés aux nouveaux systèmes de financement des hôpitaux.

III.2. Le tournant ambulatoire

Dans ce contexte, l'ambulatoire est appelé à occuper une place prépondérante dans la « chaîne de soins », l'hospitalisation devenant dès lors une exception qui pourrait être levée si la prise en charge en ambulatoire n'est pas possible. Que devient l'hôpital dans cette nouvelle manière d'envisager le soin ? Celui-ci s'apparenterait à un « centre coordonné et multidisciplinaire de soins et de diagnostics spécialisés » (Colin, 2014)⁷. Ici, on ne parle plus de « lit », mais de « place » pour les prises en charge. Cette nouvelle perception a pour conséquence le raccourcissement des durées d'hospitalisation (de préférence moins d'un jour) et un développement des soins à domicile par bassins géographiques (Union européenne, 2012⁸). Dans cette perspective, l'hôpital devient un lieu qui dynamise les réseaux de soins à partir de son centre, avec le concours des travailleurs sociaux.

⁷ Benoît Colin est administrateur délégué à l'INAMI

⁸ Ce rapport se centre sur la question du rôle des collectivités locales et régionales dans le développement des soins en Europe.

III.3. Un vieillissement de la population

On observe cette réalité dans les différents pays de l'Union européenne. Cette tendance invite à reconfigurer d'un point de vue gériatrique les hôpitaux et à repenser « les modes de fonctionnement de l'hôpital des urgences jusqu'en réanimation en tenant compte des exigences liées à l'accueil d'un nombre de plus en plus important de personnes âgées, voire très âgées » (Colin, 2014, p. 16). Cette tendance lourde impacte également l'offre de soins en accentuant une médecine polyvalente, voire palliative au détriment d'une médecine spécialisée.

III.4. L'« empowerment »

La notion d'« empowerment » utilisée pour rendre compte des évolutions du travail hospitalier renvoie ici à une responsabilisation accrue des patients dans le parcours des soins et, simultanément, à leur statut d'acteur responsable de leur santé. L'OMS en fait un facteur central dans l'amélioration de la santé (Wallerstein, 2006). Cette vision du patient s'inscrit dans le courant du « pouvoir d'agir » (Vallerie & Le Bossé, 2006) aux citoyens/patients. La charte des patients par exemple concrétise cette tendance observée, comme la facilité d'accès aux soins réclamée par les patients, mais aussi par de nombreux intervenants de la santé.

III.5. Une approche « transmétier »

Cette notion de « transmétier » permet de définir une approche du patient du point de vue globale et non uniquement sous l'angle somatique. Il est alors question de tenir compte du patient dans la perspective des nécessités médicales, paramédicales, mais aussi sociales. Nous verrons à quel point cette approche est essentielle pour les travailleurs sociaux hospitaliers tant en Flandre qu'en Wallonie.

Ces différentes évolutions du secteur de la santé à l'échelle européenne constituent sans nul doute un cadre structurant à prendre en considération pour mieux comprendre les enjeux du travail social hospitalier aujourd'hui.

De même, s'intéresser à la manière dont l'association flamande des travailleurs sociaux hospitaliers a pu se réapproprier ces contraintes pour exister depuis plusieurs années déjà, a également son importance pour cerner à la fois les enjeux et les modalités d'action dont peut disposer Hospisoc dans le futur. Le prochain point s'attachera donc à retracer l'évolution historique de cette association proche d'Hospisoc.

IV. La défense du travail social hospitalier en Flandre

L'expérience de l'association flamande - *Beroepsvereniging Sociaal Werkers Ziekenhuizen* (BSWZ) - des travailleurs sociaux hospitaliers peut être éclairante pour Hospisoc, particulièrement dans la manière dont cette association prend en compte les préoccupations des travailleurs sociaux hospitaliers.

IV.1. Les premières étapes de la mise en place de l'association flamande

Les premières rencontres entre travailleurs sociaux hospitaliers qui ont conduit à la création de l'association remontent à 2008. Ces rencontres regroupaient alors une dizaine de personnes, à la fois assistants sociaux et infirmiers sociaux. Deux ans plus tard, en 2010, ces rencontres donnent lieu une association de fait. Ce n'est qu'en 2015 que l'association se constitue en VZW (ASBL).

Les premières rencontres ont été impulsées par des travailleurs sociaux hospitaliers se questionnant sur la qualité du service qu'ils fournissent dans un contexte où ils notent un manque de reconnaissance de leur statut en tant que professionnels de la santé, porteurs de spécificités. Ils mettent en avant un personnel insuffisant pour le travail à fournir et soulignent le manque de normes concernant le nombre d'engagements de travailleurs sociaux hospitaliers. Commence dès lors un travail de listage des tâches des travailleurs sociaux hospitaliers. L'idée était de mettre en lumière ce qu'un travailleur social fait et comment il le fait, en vue de mettre en place un financement adéquat des services avec un nombre suffisant de travailleurs sociaux. L'association s'est alors adressée aux divers ministres compétents pour leur transmettre leurs revendications.

IV.2. Défendre la composante sociale de la santé

Les travailleurs sociaux flamands notent que la composante sociale de la santé est difficile à faire entendre dans un milieu où la dimension somatique s'impose comme évidence. Dans ce contexte, ces travailleurs sociaux s'efforcent de rendre visible la **nécessité de travailler, dès l'admission, la place du patient du point de vue de son ancrage (son « empowerment ») dans la société.** Ils attirent alors l'attention sur la nécessité de **tenir compte de la réalité sociale du patient,** c'est-à-dire son intégration dans ses divers milieux de vie (son travail, sa famille, ses amis, l'ensemble de ses implications dans le monde social) compte tenu de sa réalité financière. **« Soigner » est alors à comprendre dans le sens large de renforcer la personne considérée dans son ensemble, compte tenu des différents niveaux de sa personne : le niveau somatique, le niveau mental, mais aussi le niveau social.**

IV.3. Les atouts et les défis de cette association

Des formations pour les travailleurs sociaux hospitaliers existent depuis 1969 en Flandre occidentale. Elles sont dispensées par une association de fait (*Studieen vormingsgroep medisch maatschappelijk werk West Vlaanderen*). Ces formations (3 par an d'une durée de 2h30) s'adressent aux travailleurs sociaux. L'association responsable de ces formations tient à jour un listing des travailleurs sociaux des hôpitaux ainsi que des centres de revalidation en Flandre. L'information est ainsi facilement transmissible vers les personnes susceptibles d'être intéressées. Ces formations attirent en général entre 60 à 70 travailleurs. Les formateurs sont souvent des médecins, des juristes ou encore des chercheurs. Le choix des thèmes de formation est fait par le comité de pilotage de l'association de formation elle-même. Ce comité se compose de six travailleurs sociaux de divers hôpitaux de Flandre occidentale. Ces thèmes sont, par exemple, le secret professionnel, les nouvelles législations impactant le patient ou le travail social.

À côté de la formation en tant que telle, l'association BSWZ organise tous les ans une journée d'étude comme, par exemple, « la force du lien dans le soin » ou encore « le travail collectif interdisciplinaire et en réseau ».

Cette association a aussi prévu une formation qui s'adresse aux nouveaux engagés travailleurs sociaux (possibilité de suivre une série de modules étalés sur 9 jours répartis sur 7 mois).

L'association se réunit en moyenne 6 fois par an. Près d'une centaine d'hôpitaux ou centres de revalidation en Flandre ont des membres dans cette association. 15 personnes portent réellement l'association. Celle-ci a obtenu du *FOD Volksgezondheid* (SPF Santé Publique), depuis 3 ans, un financement qui permet l'engagement d'une personne chargée du suivi administratif de l'association (tenue du listing des travailleurs sociaux des hôpitaux et des centres de revalidation en Flandre) et de l'organisation des divers événements. Ce soutien du FOD permet également le financement de la journée d'étude annuelle, du programme de formation et de la recherche scientifique sur le travail social hospitalier.

Pour l'association, les défis futurs s'articulent autour de l'idée de rendre visible la spécificité du travail social hospitalier en renforçant les activités actuelles comme la publication de brochure (par exemple le « *Beroepscode voor sociaal werkers in ziekenhuizen* »), la tenue du site web, l'organisation de journées d'étude, le maintien des formations et l'interpellation au politique.

À l'intérieur des hôpitaux, l'idée est de faire entendre que cette association n'est pas un syndicat. Un autre point d'attention est de financer les heures dédiées au travail pour l'association. Enfin, et c'est un point majeur, l'association tente d'inscrire le travail social hospitalier du côté du soin.

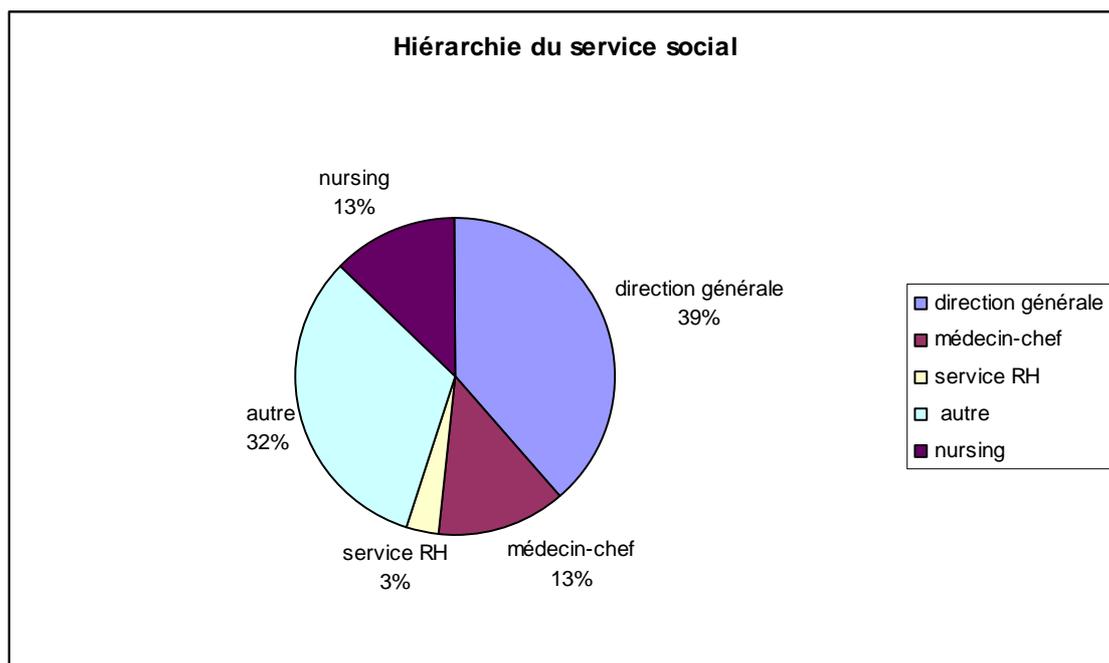
V. Enquête exploratoire sur les spécificités du travail social hospitalier en Belgique francophone

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.

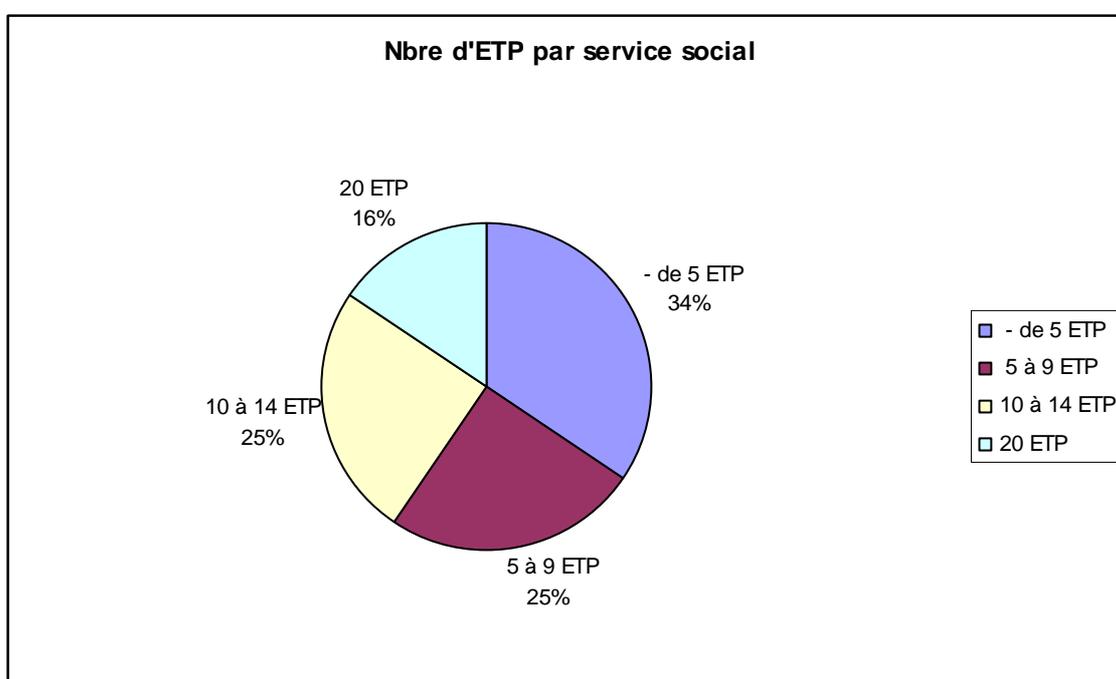


Ainsi, si la majorité des services sociaux (près de 40% des répondants) dépendent de la direction générale, d'autres services dépendent du médecin-chef ou du nursing (13%), voire directement du service RH (3%). L'importance de la catégorie « autre » (32%) montre bien la grande diversité de la structure 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

politique. Or, cette représentation est loin d'être évidente tant le travail social hospitalier est varié et dépend de nombreux facteurs.

En effet, cinq types de facteurs influencent le travail social en milieux hospitaliers (De Bodt & al, 2012, p.157).

- les facteurs sociaux extrahospitaliers (l'environnement social dans son sens large, bien au-delà de l'hôpital) ;
- les facteurs propres au milieu hospitalier (l'intrahospitalier) ;
- les facteurs spécifiques au service social (sa situation dans l'organigramme, son organisation interne, son contingent de travailleurs, le profil de ses travailleurs, etc.) ;
- les facteurs liés au patient, sa famille et ses proches (leur rapport à l'hospitalier, leur situation sociale, leur pathologie, etc.) ;
- les facteurs liés au travail social (la nature même du travail social comme métier aux contours flous).

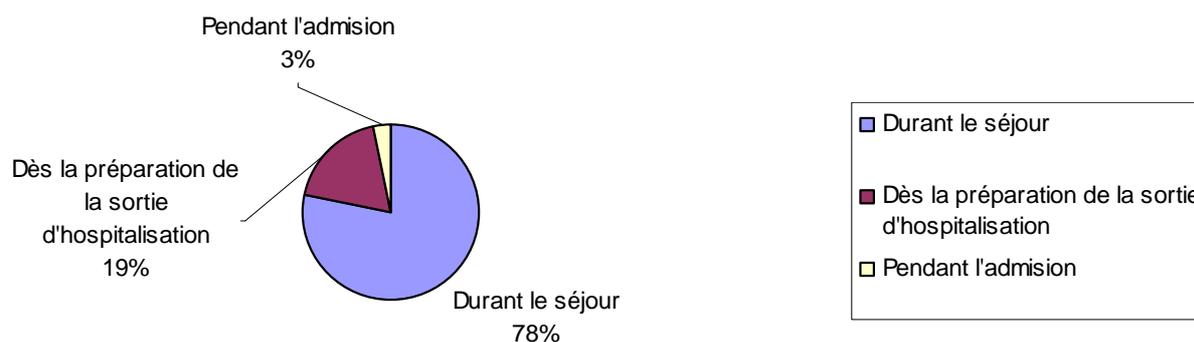
Dans une telle configuration, le travail social hospitalier apparaît comme étant au cœur d'un ensemble de facteurs chaque fois déterminants pour sa forme spécifique. Comment dès lors, dans une pareille diversité, représenter le travail social hospitalier dans son ensemble ? Comment en être un porte-parole ? Tel est pourtant un des enjeux d'Hospisoc.

V.2.1. Les travailleurs sociaux hospitaliers : un « groupe professionnel » ?

La réflexion autour de la représentation politique des travailleurs sociaux hospitaliers soulève la question de l'existence des travailleurs sociaux hospitaliers en tant que « groupe professionnel », c'est-à-dire comme des « ensembles de travailleurs exerçant une activité ayant le *même nom*, et par conséquent dotés d'une *visibilité sociale*, bénéficiant d'une *identification* et d'une *reconnaissance*, occupant une *place différenciée dans la division sociale du travail*, et caractérisés par une *légitimité symbolique* »⁹ (Demazière et Gadéa, 2009, p.20).

Comment les travailleurs sociaux hospitaliers apparaissent-ils au vu de cette définition ? Si les travailleurs sociaux hospitaliers ont en commun qu'on peut les nommer de la même manière, si on peut considérer qu'ils occupent une place différenciée dans la division sociale du travail, leur légitimité n'est pas encore acquise. De plus, la recherche met en évidence que le travail social hospitalier est loin d'être uniformisé. L'enquête quantitative souligne que la part la plus importante du travail social se fait durant l'hospitalisation (78%), contre 19% pour la préparation à la sortie et 3% seulement durant l'admission.

⁹ Nous soulignons.



Toutefois, la liste des tâches des travailleurs sociaux en milieu hospitalier reste étendue et variée, allant du bilan psychosocial à la gestion des factures d'hospitalisation, en passant par la coordination des soins en vue de la sortie et la gestion des documents administratifs et sociaux du patient hospitalisé.

Comme nous l'avons souligné dans le point précédent, l'enquête montre également la diversité du fonctionnement des services (leur dépendance hiérarchique, leur composition, leur modalité de financement, etc.). Le travail social hospitalier est multiple, tant et si bien qu'il n'y a pas vraiment de normes communes (Vézinat, 2010) permettant de rassembler ces travailleurs dans un même « corps » et de constituer un « ordre » comme celui des médecins par exemple ou encore celui des avocats. Les notions de « corps » ou d'« ordre » sont intéressantes en matière de représentation, car elles permettent de réfléchir la défense des intérêts autour d'un dénominateur commun visible ; partagé et objectivable.

Face à la notion de « groupe professionnel » pour désigner les travailleurs sociaux, celle de « métier » semble plus adéquate, celle-ci faisant place à une approche du travail comme étant lié à « des processus évolutifs, vulnérables, ouverts, instables » (Demazière et Gadéa, 2009, p.20).

V.2.2. Des indicateurs propres au travail social hospitalier

L'enquête exploratoire permet de mettre en avant des éléments pour la constitution d'un tronc commun au métier de travailleur social hospitalier, avec une attention particulière à la diversité des facteurs qui l'influencent et à l'environnement évolutif dans lequel il s'inscrit. La représentation au niveau politique du travail social hospitalier a tout intérêt à se déployer, non pas dans l'optique d'une représentation d'un « groupe professionnel », mais plutôt dans le sens d'un « métier » en évolution constante, nécessitant l'adaptation au contexte institutionnel, mais aussi à celui de la réalité sociale au sens large ; l'hôpital pouvant être considéré comme une chambre de résonance de la société.

Or, l'enquête montre à l'envi combien il est difficile de faire valoir le travail social selon des standards coulés dans des indicateurs objectivables ou des normes spécifiques. Certes, il y a les chiffres, mais la plupart des travailleurs sociaux rencontrés ne souhaitent pas réduire leur travail à des chiffres, tandis

que ceux qui ne s'y opposent pas soulignent que ces chiffres ne peuvent refléter toute la diversité du travail social hospitalier (Laloy, 2014 ; Serre, 2011). Celui-ci apparaît comme étant largement soutenu par des valeurs (par définition non chiffrables) et des pratiques liées au contexte hospitalier propre, mais aussi au profil du travailleur.

Si plusieurs travailleurs ont souligné la nécessité « relative » d'encoder les activités liées aux patients, notamment pour rendre visible le travail social auprès de la direction et de l'autorité publique, ils ont également insisté sur l'urgence de réfléchir à des indicateurs propres au travail social qui soient capables de rendre compte de sa complexité.

Cette notion d'indicateur du travail social est revenue plusieurs fois dans l'enquête, associée à la dimension psychosociale du travail social hospitalier. Celle-ci constitue une sorte de fil rouge dans le travail au quotidien. Le souhait des travailleurs rencontrés est de ne pas renoncer à cette dimension de leur travail même si le temps pour ce type de tâches est de plus en plus réduit, notamment en raison de la réduction des temps d'hospitalisation.

Un des leviers qui permettrait de donner une force à la représentation que vise Hospisoc serait de mettre en avant des indicateurs propres au travail social hospitalier. Ces indicateurs seraient transversaux et constitueraient une sorte de socle commun qui caractériserait le travail social hospitalier. L'enquête permet de mettre en avant, comme indicateurs du travail social, les dimensions sociales avec lesquelles les travailleurs sociaux ont à composer au quotidien : la vulnérabilité, la pauvreté, la précarité et l'isolement. Ce sont en effet ces éléments qui sont revenus fréquemment pour définir le public du travail social hospitalier.

Nous pouvons regrouper ces éléments sous le concept de « précarité » (Castel, 1991 ; 1997-1998 ; 2003, 2006). Ce terme semble adéquat, car il indique bien le risque de voir une population être enlisée dans des situations sociales et relationnelles difficiles, risquant de s'aggraver au cours du temps. Il s'agit donc de prendre en compte le patient dans sa réalité sociale globale et dans ses divers milieux de vie : quel réseau entoure le patient ? quelles sont ses ressources matérielles, personnelles et affectives ? quelles sont ses contraintes ? quelles sont ses « supports » pour reprendre le terme de Robert Castel ?

Cette attention à la précarité du patient vient donner corps au travail social dans sa dimension psychosociale tant défendue par les travailleurs sociaux hospitaliers rencontrés. Le suivi psychosocial correspond alors au soutien, à la médiation et à l'accompagnement du patient. Ainsi, la réflexion autour des indicateurs du travail social conjuguée à l'approche psychosociale permet de poser de premiers repères pour caractériser le travail social hospitalier.

V.2.3. Le « cure » et le « care »

Si les travailleurs sociaux souscrivent à l'idée selon laquelle rendre visible leur travail doit passer par des chiffres, ils ne veulent pas amoindrir la dimension « soin » (dans le sens spécifique de « care ») de leur métier. Cette notion de « care » est intéressante à mobiliser, car elle montre bien que soigner nécessite de tenir compte du patient dans toutes ses dimensions et pas uniquement celles liées au médical ou au paramédical - le « cure » - (Morvillers, 2015). Il s'agit bien ici d'asseoir le soin du point de vue de l'individu dans toute la complexité de sa réalité sociale (comme nous venons de le montrer). L'enquête montre combien les travailleurs sociaux sont attentifs à l'articulation du « cure » et du « care ». Plusieurs d'entre eux ont, en effet, souligné que soigner consiste à prendre soin du patient ; ce qui nécessite de tenir compte de l'ensemble des paramètres qui portent l'individu et qui lui permettent de traverser sa situation de maladie. Un de ces paramètres est précisément la composante sociale de l'individu, son degré de vulnérabilité et de risque social (l'isolement par exemple).

Cette articulation du « cure » et du « care » permet ainsi aux travailleurs sociaux d'inscrire leur métier dans cet horizon du soin ; ce qui contribue à asseoir leur légitimité dans l'univers hospitalier.

V.3. La reconnaissance du métier de travailleur social hospitalier

La constitution d'une association comme Hospisoc est un pas supplémentaire vers la reconnaissance du travail social hospitalier. Mais à quoi est confronté ce dernier lorsqu'il veut défendre sa légitimité ? À quelle occasion cette question de la légitimité apparaît-elle ?

Le manque de reconnaissance et son pendant la difficulté d'asseoir une légitimité pour le travail social a traversé toute l'enquête tant au niveau du questionnaire qu'au niveau des focus groups. Par exemple, le fait de ne pas avoir de lieu dédié au travail social (locaux) dénote de cette difficulté qu'ont les gestionnaires hospitaliers d'identifier les besoins des travailleurs sociaux hospitaliers. Ce manque d'espace spécifique est apparu comme un élément important. Dans un autre registre, l'embarras dans lequel se retrouvent les travailleurs sociaux hospitaliers lorsque le temps pour les tâches administratives absorbe celui réservé aux patients est une difficulté transversale souvent soulevée. Enfin, pointons également la difficulté largement partagée dans laquelle se retrouvent les travailleurs sociaux lorsqu'un patient doit quitter l'hôpital et qu'il n'y a pas de possibilité de prise en charge rapide dans le réseau, complexifiant sensiblement la continuité des soins dans l'extrahospitalier.

Ces différents cas de figure ont en commun de mettre les travailleurs sociaux hospitaliers dans l'inconfort et dans l'incapacité de fournir un travail qu'ils estiment de qualité. En effet, l'absence de lieu propre pour le service social, le manque de temps pour un soutien aux patients comme

l'impossibilité de réfléchir sereinement la continuité des soins empêchent d'inscrire et de faire reconnaître le travail social hospitalier dans le suivi psychosocial et/ou la coordination des soins (à l'interne, mais aussi à l'externe dans le réseau). Or, ces deux dimensions, au vu de l'enquête, sont centrales et aident à définir les spécificités du travail social. Il est une troisième spécificité qui est apparue : le suivi administratif lié à l'admission et à la sortie d'hospitalisation. Cet aspect du travail social est largement reconnu comme une composante du travail social, mais les travailleurs sociaux n'apprécient pas d'y être réduits (Gaspar, 2012), même s'ils sont « fiers », comme plusieurs l'ont dit, de l'ingéniosité, de la « ruse » (Autès, 1999) à laquelle ils doivent avoir recours pour faire face aux besoins des patients, comme nous allons maintenant le montrer.

V.3.1. Asseoir le travail social comme composante du soin

L'univers hospitalier est marqué par « une forte étanchéité et un certain cloisonnement des métiers les uns par rapport aux autres » (Noguera & Lartigau, 2009, p.295). Une partie du personnel hospitalier appartient clairement aux « professions » médicales tandis qu'une autre partie, dont les travailleurs sociaux, relève de « métiers » aux « frontières fluctuantes », dont le lien avec le soin peine à s'imposer.

Plusieurs travailleurs rencontrés ont manifesté le souhait de maintenir cette « zone de flou », car elle leur donne une certaine « autonomie », notamment la « liberté de faire du psychosocial », pour reprendre leur expression et de « s'adapter » au patient en fonction des besoins détectés. L'enquête met en avant qu'il n'y a « jamais le même protocole », soulignant ainsi que la porte d'entrée vers le patient est la singularité de sa situation sociale et psychoaffective. Il n'existe ainsi pas, selon les travailleurs sociaux, de « recettes toutes faites » qu'il suffirait d'appliquer de manière répétitive pour entrer en contact avec le patient.

Parallèlement, les travailleurs sociaux sont « fiers » de leur savoir-faire plus technique, à visée administrative. Ce savoir-faire se réfère au « dédale administratif » intrahospitalier, mais aussi extrahospitalier (les mutualités, les CPAS, par exemple) avec lequel ils doivent composer pour répondre aux besoins des patients. Plusieurs travailleurs indiquent que « la recherche d'informations très précises et pointues » constitue une « part importante » de leur travail. Il s'agit d'une capacité d'ingénierie reposant sur le rassemblement d'informations diverses provenant de lieux tout aussi divers et de dispositions à pouvoir « jongler » avec l'ensemble de ces informations ; c'est-à-dire en trier les éléments et en examiner la pertinence afin de répondre aux besoins de l'utilisateur.

Cette spécificité du travail social est une dimension sous-estimée du soin. Plusieurs travailleurs sociaux insistent sur l'importance de cette dimension comme composante essentielle du soin. Il s'agit « toujours de travail global au niveau du soin » et de « ne pas scinder le médical et le social ». Telle est, selon eux, une des spécificités du travail social hospitalier : l'articulation « du médical et du

social ». On considère de manière générale que c'est la spécialisation qui constitue l'élément de classement dans les divers univers professionnels (Champy, 2012) et dans celui de l'hospitalier en particulier. Il est essentiel de garder à l'horizon que la spécificité du travail social au niveau du soin consiste précisément en cette articulation. La mise en évidence de cette spécificité comme composante du soin permettra, sans doute, d'asseoir le travail social dans une certaine « noblesse » (Bachelard, 1998), associable à la posture médicale.

V.3.2. Le travailleur social « pris en étau »

De manière un peu désillusionnée, les travailleurs sociaux se définissent comme ceux qui garantissent le « turnover des patients », permettant de diminuer les séjours d'hospitalisation comme la promeut la politique actuelle des soins de santé, nous sommes des « videurs d'hôpitaux » affirment plusieurs d'entre eux. Cette part du travail social liée à la coordination des soins, singulièrement au niveau extrahospitalier, pose un problème. En effet, la coordination des soins avec l'extrahospitalier se fait souvent sous la pression d'une fin d'hospitalisation prochaine, pour des impératifs économiques plus que pour des raisons liées à l'état et à la situation du patient.

Les travailleurs sociaux se sentent pris en étau entre diverses exigences, celles d'envisager la fin de l'hospitalisation sans qu'une solution de continuité des soins n'ait encore été mise en place. Les enquêtés témoignent que la valorisation du travail social hospitalier doit sans doute passer par son inscription dans les lignes directrices de l'hôpital (dont le raccourcissement des séjours) alors qu'ils sont soucieux de la « temporalité propre du patient », son état physique, sa situation sociale et affective. Autrement dit, ils sont pris entre la logique hospitalière (du point de vue de son financement) et celle de la prise en charge sociale.

Le rôle de trait d'union entre l'intra et l'extrahospitalier constitue une spécificité forte du travail social hospitalier. Cette spécificité est amenée à jouer un rôle d'autant plus important que la continuité des soins s'envisage de plus en plus au niveau institutionnel plutôt que familial étant donné le vieillissement de la population en Belgique. Aussi, ce rôle de trait d'union pourrait constituer un des points communs à tous les travailleurs sociaux hospitaliers.

V.3.3. L'expertise des travailleurs sociaux

Déjà en 2001, dans son avis coordonné relatif au service social à l'hôpital, le CNEH¹⁰ a souligné que la coordination des soins à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital est l'une des tâches spécifiques du travail social hospitalier¹¹. De même dans son avis de 2011, concernant un cadre légal pour le travail

¹⁰ Conseil National des Établissements Hospitaliers

¹¹ Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, département de la programmation et de l'agrément, CNEH, avis coordonné relatif au service social à l'hôpital, 8.3.2001.

social à l'hôpital, le groupe de travail « service social à l'hôpital » considère la coordination des soins comme une des activités centrales. Le travailleur social est considéré comme la personne clé dans la préparation de l'admission et de la sortie du patient : « Le travail social découle de la collaboration interdisciplinaire. Le travailleur social collabore étroitement avec tous les autres praticiens de l'hôpital et avec les services et les institutions hors de l'hôpital. Le travailleur social remplit un rôle d'intermédiaire entre le patient et son entourage, l'équipe multidisciplinaire et les partenaires extra-muros » (De Bodt, & al., p. 174).

Cette définition du travail social montre à quel point les travailleurs sociaux se représentent comme « une plaque tournante » entre les divers services intra et extrahospitaliers. Cette expression de « plaque tournante » est revenue à plusieurs reprises au cours de l'enquête et traduit le rôle qu'ils voudraient faire reconnaître. De même, il voudrait voir reconnue leur expertise en matière de savoir-faire au niveau de travail en réseau envisagé, selon eux, comme levier fort du travail social hospitalier. Notons à ce sujet qu'il serait sans doute plus habile de parler de coordination des soins plutôt que de travail en réseau. En effet, garder le terme de *soin* permet d'ancrer le travail social au niveau de l'hospitalier et de ses missions principales. Cette stratégie, toute symbolique, permettrait de maintenir le travail social dans l'horizon du soin. Bien plus qu'une habileté stratégique, cette désignation du travail en réseau comme coordination de soins orienterait les discussions dans l'univers sémantique du soin, inscrivant ses effets tant au niveau des interlocuteurs que dans les dimensions plus institutionnelles. L'idée est ici de prendre en compte que les échanges de points de vue dans des univers sémantiques spécifiques inscrivent des effets au niveau de la perception des acteurs entre eux. S'il n'est sans doute pas évident de déjouer les effets de la domination dans un univers fortement hiérarchisé et dominé par le médical *stricto sensu*, la manière de nommer sa pratique dans les espaces de discussion peut venir atténuer ces effets.

V.3.4. La dimension psychosociale du travail social

D'après notre enquête, les travailleurs sociaux peinent à faire entendre les spécificités de la composante psychosociale de leur travail. Autant la dimension du travail de coordination de soins commence à être reconnue comme partie constituante du travail social hospitalier, autant cet axe psychosocial est peu entendu. Nous pourrions partir de l'hypothèse qu'il s'agit du domaine des psychologues hospitaliers et que la compétence des travailleurs sociaux en la matière est secondaire. La compétence d'ingénierie semble être reconnue par les différents acteurs tournant autour du soin contrairement à celle psychosociale. Or, cette dernière permettrait de situer le métier de travailleur social hospitalier au niveau du soin.

Sans doute faut-il envisager cette autre hypothèse. Les enquêtés ont souvent parlé de leur « charge de travail importante » du point de vue administratif lors de l'admission et au moment de la sortie

d'hospitalisation. Ces deux moments sont importants du point de vue du management hospitalier. En effet, un dossier d'admission soigné permet, par exemple, de vérifier si le patient est en ordre de mutuelle. Quant à la sortie d'hospitalisation, elle est un enjeu majeur du financement des hôpitaux. Ces deux moments sont clés dans le bon fonctionnement de l'hôpital. Dans le contexte de complexité accrue des situations des usagers, ces deux moments prennent beaucoup de temps. Tant les volets quantitatif que qualitatif de l'enquête ont mis en avant que l'admission tout comme la préparation de la sortie d'hospitalisation occupaient une grande partie de leur temps et que celui-ci est pris au détriment du temps avec les patients. Dans ce même ordre d'idée, le Dossier Médical Informatisé apparaît comme « chronophage » : les enregistrements divers prennent du temps alors qu'ils sont « sous exploités » au vu des témoignages recueillis.

Le travail social est pris en tension entre les dimensions administratives du suivi des patients et l'accompagnement psychosocial. Le soutien tout comme l'accompagnement sont relativement délaissés à côté des autres tâches qui font le quotidien des travailleurs sociaux hospitaliers. Or, les travailleurs sociaux rencontrés se définissent fortement par cette composante de leur travail.

Trouver une manière de rendre plus visible tout le travail de soutien, d'accompagnement et de médiation du travail social hospitalier permettrait d'asseoir une plus grande reconnaissance du travail social hospitalier. Ainsi, le travail social élargirait sa base de légitimité en s'inscrivant dans les missions principales de l'hospitalier.

V.3.5. Quelle plus-value des travailleurs sociaux dans l'univers hospitalier ?

Quelle serait la plus-value des travailleurs sociaux par rapport aux autres composantes des équipes hospitalières ? Ce serait précisément d'inscrire ses axes d'action sur les 3 volets suivants : la coordination des soins (le travail en réseau et la continuité des soins), le suivi administratif (mise en ordre de la situation des usagers), le suivi psychosocial. Ces 3 volets pourraient constituer un socle pertinent pour rendre visible le travail social hospitalier et lui donner de la légitimité.

Aussi longtemps que le travail social restera à la marge des soins, il occupera cette place à la marge de l'hôpital, laissant l'appréciation du travail réalisé aux directions hospitalières ou à des services éloignés de la réalité des travailleurs sociaux (ex : service financier, service GRH).

L'idée est que l'investissement du service social ne soit plus tributaire principalement de l'intérêt personnel du supérieur hiérarchique. Dans l'enquête, les rencontres avec des directeurs d'hôpitaux ont permis de mettre en lumière que lorsque le service social de l'hôpital fait l'objet d'une attention particulière, c'est surtout le fait d'une sensibilité propre aux directions. Ceux-ci mettent alors en exergue que le service social est le garant des « valeurs essentielles » de l'hôpital, pour reprendre les termes d'un directeur. Certains sont même prêts à mettre sur pied des « groupes de travail » ou des « groupes de projets » permettant de rapprocher le service social de la hiérarchie hospitalière.

Observons aussi que certaines directions auraient tendance à soutenir l'inscription du travail social dans le soin, faisant glisser les travailleurs sociaux vers le groupe des paramédicaux. Cependant, ils insistent sur l'idée que cette dénomination n'est pas concertée et qu'elle peut dès lors poser des problèmes. Enfin, ces directions ont également compris la dimension « affective » afférente au travail social. Ils soutiennent alors tout dispositif qui permettrait aux travailleurs sociaux de porter cette dimension affective.

V.4. La formation continue des travailleurs sociaux hospitaliers et des responsables

V.4.1. Des formations obligatoires

Cette question de la formation continue est apparue de manière récurrente durant toute l'enquête. Tantôt, elle est apparue comme moyen pour faire face aux changements qui affectent l'organisation hospitalière, tantôt elle est présentée comme nécessaire pour s'approprier les nouvelles législations liées aux nouveaux statuts des usagers (patients en situations irrégulières par exemple). De nombreux travailleurs sociaux ont témoigné de l'inscription de leur travail dans un paysage mouvant tant au niveau de la législation hospitalière, que du contexte social général. Ainsi, l'actualité force les travailleurs sociaux à entrer dans des problématiques parfois inédites et souvent en phase avec l'actualité la plus brûlante. Il est d'ailleurs intéressant de noter que la mise à niveau pour les questions législatives (relatives aux CPAS, aux mutualités, au financement des hôpitaux, etc.) revient dans toutes les demandes de formation. Aussi, **plusieurs travailleurs sociaux sont demandeurs de formations obligatoires visant des remises à niveau des connaissances (principalement au niveau législatif).**

V.4.2. Mieux connaître le réseau et ce qui se fait ailleurs

En raison de l'**importance accordée à la coordination des soins**, plusieurs travailleurs ont marqué leur intérêt pour des journées d'immersion dans d'autres institutions hospitalières ou dans des structures permettant la continuité des soins. Ces immersions pourraient viser une meilleure connaissance des pathologies comme la toxicomanie, mais aussi une meilleure connaissance des professionnels avec lesquels ils sont en contact. L'idée serait de mieux cerner la réalité institutionnelle des uns et des autres, mais aussi de déstigmatiser certaines institutions (tel hôpital est un « hôpital pour riches », tel centre de postcure est un « repère de toxicomanes », etc.).

Les échanges autour des pratiques des travailleurs sociaux sont apparus comme essentiels pour continuer à être en phase avec les demandes émergentes. L'idée est bien de trouver des espaces pour que ces professionnels puissent échanger concernant les difficultés qu'ils rencontrent.

V.4.3. Des formations en lien avec les pathologies des patients et liées au savoir-être

Certains travailleurs ont demandé des formations concernant leur public : pour certains, des formations en lien avec la gériatrie, pour d'autres, avec les personnalités dites « borderline », etc. Des attentes de formation concernent également le métier dans sa dimension émotionnelle. Plusieurs travailleurs ont demandé à avoir des formations qui ont trait aux limites à mettre dans la relation d'aide (« comment être empathique sans se faire déborder par l'autre ? »), à la « gestion des émotions », à l'assertivité.

V.4.4. Les supervisions collectives et individuelles

Tout comme les formations, les supervisions collectives sont apparues comme nécessaires. Elles sont considérées comme un espace de distanciation et d'approfondissement des pratiques. Ces supervisions ont, en outre, un effet bénéfique en termes de cohésion d'équipe. Les supervisions individuelles sont aussi considérées comme indispensables dans la mesure où elles permettent aux travailleurs de « se poser » et de travailler les difficultés qu'ils rencontrent dans le cadre de leur travail.

VI. Vers de nouveaux chantiers

Il est des questions qui reviennent de manière récurrente et qui mériteraient d'être approfondies pour asseoir le travail social hospitalier : **la question des indicateurs du travail social hospitalier** et celle de **la déontologie**. L'une et l'autre de ces questions permettraient d'augmenter la visibilité et la spécificité du travail social hospitalier tout en permettant aux travailleurs sociaux de se positionner par rapport aux autres métiers hospitaliers. C'est pourquoi il peut s'avérer porteur pour une association comme Hospisoc de contribuer à ces débats.

Les travailleurs rencontrés ont témoigné de la difficulté dans laquelle ils étaient de forcer la « temporalité propre du patient » pour s'aligner sur les exigences financières (raccourcir les séjours d'hospitalisation) tout en n'étant pas en position de s'opposer à sa sortie (celle-ci étant la prérogative du médecin). Il s'agirait de montrer la spécificité du travail social hospitalier, la pertinence de ses analyses, non pas pour entrer dans un « jeu de la domination » par rapport aux décideurs, mais pour faire entendre et reconnaître une autre réalité de l'utilisateur à laquelle les travailleurs sociaux ont accès.

De plus, la place en tension du travailleur social hospitalier, entre l'intra et l'extrahospitalier, entre les soignants et les patients, mérite une attention particulière de la part d'une association qui se veut représentative de ces professionnels. A ce titre, les enjeux à défendre sont de plusieurs ordres.

Au niveau politique tout d'abord, il s'agit de faire reconnaître la participation du travailleur social hospitalier à une prise en charge globale des patients, comme un professionnel posant un acte de soin (au sens du « care » et non du « cure ») reconnu et valorisé.

Au niveau de l'Hôpital, en tant qu'institution articulant des approches complémentaires ensuite, le travailleur social hospitalier doit être valorisé dans ce qu'il peut apporter de spécifique quant à la prise en compte de la situation psychomédicosociale du patient dans le diagnostic et dans le suivi. Il est également essentiel de reconnaître l'apport spécifique des services sociaux en tant que coordination de soins autour du patient avant, pendant et après une hospitalisation.

Il est nécessaire aujourd'hui de défendre le droit des travailleurs à se former aux problématiques rencontrées par les patients, notamment à l'extérieur de l'hôpital, et de la nécessité pour ces professionnels de créer un réseau à la fois dans et surtout en-dehors de l'hôpital. Le soutien d'Hospisoc à une réflexion autour de ces points permettrait d'asseoir plus solidement le travail social hospitalier, tout en augmentant sa propre légitimité en tant qu'association promouvant la reconnaissance du travail social hospitalier.

Enfin, il serait important qu'Hospisoc réfléchisse à un rapprochement à des groupes, à des associations plus larges dans l'univers du travail social et plus largement dans le non-marchand afin de se faire connaître et afin d'exister aussi hors du cadre hospitalier.

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.
- ANCI AUX 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.
- DEMAZIÈRE 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 Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé ?

ANNEXE

Le travail social hospitalier en Flandre Les travailleurs sociaux dans les hôpitaux ambitionnent d'avoir plus de reconnaissance

Entretien avec Sabine Maene¹²

« Le rôle de coordinateur de soins nous correspond parfaitement »

Qui est Sabine Maene ?

- Sabine Maene est travailleuse sociale hospitalière à l'Hôpital Général Saint-Jean Bruges – Ostende AV.
- De 2010 à 2017, elle a été présidente du groupe d'étude et de formation concernant le travail social hospitalier (medisch maatschappelijk werker) en Flandre occidentale.
- Depuis 2015, elle est présidente de l'Association professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier (Beroepsvereniging Sociaal Werkers in Ziekenhuizen - BSWZ).

Les travailleurs sociaux en milieu hospitalier veulent plus de reconnaissance. En effet, ils jouent un rôle central dans « les soins intégrés et continus » de l'avenir. Ils demandent aux autorités une mission clairement définie, des normes précises et un financement adéquat.

« C'est une vieille douleur, les travailleurs sociaux n'ont pas de reconnaissance, pas de missions des autorités, pas de normes et pas de financement clair. En même temps, l'importance des travailleurs sociaux en milieu hospitalier augmente parce que la durée d'hospitalisation devient plus courte et le lien avec le contexte du domicile plus important. La famille et le réseau relationnel forment plus que jamais un encadrement social nécessaire pour les patients. Quelques évolutions sociales contribuent à cela. Ainsi le nombre croissant de patients malades chroniques mène à plus de questions qui ne sont pas uniquement médicales. Pensez à un indépendant qui se retrouve en incapacité de travail et qui subit une grosse perte de revenus. Il y a aussi le fossé qui se creuse dans le domaine de la santé. Malgré des corrections sociales, de plus en plus de personnes ne peuvent plus payer leur facture et cela vaut surtout pour les personnes isolées, les pensionnés, les peu qualifiés et les allochtones. Le nombre de demandes d'aide sur le plan psychologique augmente également. L'isolement social en est une raison : beaucoup de personnes semblent avoir un réseau insuffisamment solide. Les problèmes psychiques comme les dépressions ont souvent une composante sociale. Les travailleurs sociaux peuvent motiver les personnes à développer leurs contacts sociaux au sein de leur famille ou de la vie associative. Beaucoup de personnes ont besoin pour cela d'une petite poussée dans le dos. »

Un soin à deux vitesses

« Les soins médicaux deviennent sans cesse plus chers pour beaucoup de personnes », poursuit Sabine Maene. « Les progrès technologiques nous apportent une chirurgie assistée par robot et des implants coûteux, mais le remboursement de ces innovations se fait souvent attendre. C'est la

¹² Ce texte est une traduction et une adaptation de : MAENE Sabine (entretien avec), 2015, « Le travail social hospitalier en Flandre », *Zorgwijzer*, avril 2015, p.22-23 (Traduction : Nicole Dekeyser, Maître Assistante, Institut Cardijn, Département social, Haute École Louvain en Hainaut)

même chose pour beaucoup d'améliorations dans le soin à domicile. Cela mène parfois à des situations absurdes. La thérapie de vacuum ou la VAC-thérapie pour le soin de la plaie peut parfaitement avoir lieu dans le contexte du domicile, mais elle n'y est pas remboursée ; ces patients sont inutilement hospitalisés longtemps, car recevoir la thérapie au domicile serait pour eux impayable. »

« Comme travailleurs sociaux, nous déplorons la commercialisation et la privatisation progressives des soins de santé. Les personnes avec un petit revenu ne peuvent pas se permettre les services coûteux d'aujourd'hui. Elles doivent, plus que d'autres personnes, faire appel à des équipements subsidiés. Ainsi se crée dans la réalité un soin à deux vitesses et les personnes à moindres revenus risquent à terme de recevoir de moins bons soins. »

« Sur le plan du soin multiculturel, il y a aussi encore beaucoup de travail à faire. Une approche sur mesure est nécessaire, car il y a beaucoup de problèmes notamment en ce qui concerne le fait de pouvoir être assuré. »

Coordinateur de soins

« Ce qui est positif, c'est que les autorités reconnaissent ces évolutions et sont occupées à développer à cet effet une stratégie qui met en avant le soin intégré continu. Nous nous en félicitons, mais nous sommes en même temps persuadés que cela ne peut pas fonctionner sans un coordinateur de soins en milieu hospitalier. Les travailleurs sociaux sont les mieux placés pour remplir cette fonction. Nous sommes bien formés pour le management de sortie et de plus, la dimension sociale du soin ne peut réussir qu'avec le soutien nécessaire des patients et des aidants. Tout le monde plaide pour un soin axé sur la demande, mais que faire avec les clients moins capables de s'exprimer ? Les travailleurs sociaux sont habitués de partir des forces et des possibilités de chaque patient individuellement. La composante sociale n'est pas à sous-estimer également en ce qui concerne la prévention : le contexte, le réseau, l'implantation du domicile... Tout cela a une grande influence sur la santé des personnes et sur les risques qu'ils courent. En tant que travailleurs sociaux, nous pouvons augmenter l'accessibilité et la possibilité du soin et contribuant à l'élimination des barrières culturelles et des autres barrières. »

« Un cadre légal qui définit la mission des travailleurs sociaux en milieu hospitalier est absolument nécessaire. Aujourd'hui, chaque hôpital pense la fonction comme bon lui semble. Quand les moyens financiers diminuent, alors les économies se font trop facilement dans les services sociaux. "Les mutuelles prendront bien cela en charge", entend-on parfois. Mais elles n'offrent pas l'approche multidisciplinaire d'un milieu hospitalier. Les travailleurs sociaux en milieu hospitalier discutent avec les médecins, les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes, les psychologues et d'autres intervenants pour chercher ensemble la solution la plus indiquée pour chaque patient. Nous collaborons bien avec les mutuelles, mais on ne peut pas tout simplement supprimer et transférer notre fonction. Quand un patient doit subir une amputation d'une jambe, notre accompagnement démarre longtemps avant l'opération ; l'intervention de la mutuelle n'a lieu qu'après l'opération. »

La pression de l'intérieur

« Nous sentons aussi, comme travailleurs sociaux, beaucoup de pression de l'intérieur. Dans l'hôpital, il y a quantité de nouvelles fonctions : infirmiers de la prostate, infirmiers de la poitrine et autres experts de soins. Ils ont tous comme mission d'également prendre en charge l'accompagnement psychosocial du patient. Cela sonne bien, mais ces personnes n'effectuent pas de recherches à propos des réseaux sociaux et matériels des patients et ne se préoccupent pas non plus de problèmes de logement ou d'allocations. L'accompagnement psychosocial est bien plus qu'écouter ; nous résolvons des problèmes pratiques. »

« Un autre point sensible est le partage des données. Comme le travail social n'est pas un métier de soins de santé reconnu, nous ne pouvons pas officiellement ajouter nos données sociales au

dossier médical général. Cependant en pratique, nos interventions sont ajoutées au dossier électronique ; nous pouvons les joindre dans le dossier. Mais comme nous ne sommes pas une profession de la santé reconnue, dans certains hôpitaux, les travailleurs sociaux n'ont pas accès aux renseignements médicaux contenus dans le dossier. Ceci est problématique dans le contexte d'une collaboration interdisciplinaire et dans le cadre du soin continu et intégré, car ces données sont indispensables. La formation actuelle d'infirmier est un point de tension supplémentaire. Un infirmier diplômé qui a choisi d'être infirmier social est à peine préparé au travail dans un service social. Un titre professionnel particulier en soin de santé social est annoncé, mais n'est pas encore défini. Par ailleurs, ce titre ne serait pas accessible aux assistants sociaux, ce qui pour nous n'est évidemment pas possible. »

« Le financement du travail social doit aussi un jour ou l'autre être clarifié en profondeur. Le financement est actuellement minimal et désespérément dispersé. Une petite partie des moyens arrive dans certains programmes de soins, une autre petite partie dans des conventions RIZIV (INAMI), etc. Il est grand temps que les travailleurs sociaux en milieu hospitalier reçoivent la reconnaissance qu'ils méritent comme figures-clé dans le soin transmurale. »