

Note d'avis

à l'attention de la Ministre des Affaires sociales et de la
Santé publique concernant

Le service social à l'hôpital

Groupe de travail 'Service social à l'hôpital'

Mars 2010

TABLE DES MATIERES

PREAMBULE	3
UN CADRE LEGAL POUR LE SERVICE SOCIAL	4
1. RECONNAISSANCE ET DÉFINITION DU SERVICE SOCIAL	4
A. <i>Etat des lieux</i>	4
B. <i>Problèmes et recommandations</i>	5
2. LES TÂCHES INHÉRENTES AU TRAVAIL SOCIAL	6
A. <i>Etat des lieux</i>	6
B. <i>Problèmes et recommandations</i>	7
3. PLACE DU SERVICE SOCIAL DANS L'ORGANIGRAMME	9
A. <i>Etat des lieux</i>	9
B. <i>Problèmes et recommandations</i>	10
4. DES NORMES D'AGRÈMENT POUR LE SERVICE SOCIAL	10
A. <i>Etat des lieux</i>	10
B. <i>Problèmes et recommandations</i>	11
FINANCEMENT DU TRAVAIL SOCIAL EN HÔPITAL	15
1. ETAT DES LIEUX	15
A. <i>La sous-partie B1 du BMF</i>	15
B. <i>La partie B4 du BMF</i>	16
C. <i>La sous-partie B8 du BMF</i>	16
D. <i>Les conventions INAMI</i>	16
2. PROBLÈMES ET RECOMMANDATIONS	17
ENREGISTREMENT	19
1. ETAT DES LIEUX	19
2. PROBLÈMES ET RECOMMANDATIONS	19
METHODOLOGIE DU REFERENT HOSPITALIER POUR LA CONTINUTE DES SOINS (RHCS). 22	
1. ETAT DES LIEUX	22
2. PROBLÈMES ET RECOMMANDATIONS	23
A. <i>NIVEAU MICRO</i>	23
B. <i>NIVEAU MESO</i>	25
C. <i>NIVEAU MACRO</i>	26
DEVELOPPEMENT ET CONTROLE DE LA QUALITE	29
1. ETHIQUE ET DÉONTOLOGIE	29
2. FAVORISER L'EXPERTISE	29
3. ORGANISATION ET ÉVALUATION	31
4. RECHERCHE SCIENTIFIQUE	32
5. TRAVAIL EN RÉSEAU.....	32
LES ANNEXES	
ANNEXE 1: L'avis coordonné du Conseil National des Etablissements Hospitaliers relatif au service social à l'hôpital	
ANNEXE 2: L'avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers relatif au travail social dans le secteur des soins de santé mentale	
ANNEXE 3: L'aperçu des normes d'agrément pour le travail social dans l'hôpital	
ANNEXE 4: Liste des membres du groupe de travail 'Service social à l'hôpital'	

PREAMBULE

A l'heure actuelle, l'hôpital occupe une tout autre place dans le système des soins de santé qu'il y a quelques décennies. Grâce à l'évolution technologique et pharmacologique qui s'est produite dans le monde médical, l'hôpital a cessé d'être le maillon central pour devenir l'un des nombreux acteurs du système des soins de santé. Un système où l'hospitalisation n'est plus la norme, mais qui évolue toujours davantage vers un système qui, dans la mesure du possible, traite le patient sans l'extraire de son environnement naturel. Cette évolution signifie également que l'hôpital doit collaborer de manière plus intensive avec des organisations et institutions externes. L'hôpital et les organisations externes doivent **concorde parfaitement** pour pouvoir garantir la continuité des soins. L'une des missions majeures du service social est de servir d'intermédiaire entre les services intrahospitaliers et les services extrahospitaliers.

En même temps, le monde médical s'est rendu compte que le modèle strictement biomédical est dépassé. Tous s'accordent actuellement sur le fait que des facteurs sociaux exercent également une influence sur la santé et vice versa.

Différents signaux indiquent donc que l'aspect social prend une place toujours plus importante en milieu hospitalier. Le travail social en hôpital n'a, par voie de conséquence, encore jamais eu une importance aussi grande qu'aujourd'hui. Et pourtant, le service social ne fait encore, à ce jour, l'objet d'aucune reconnaissance, définition et cadre normatif, ni d'un financement adéquat.

Le groupe de travail 'Service social à l'hôpital', qui a été réactivé au début 2009 au sein du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE), a dès lors pris l'initiative de rédiger une note d'avis inventoriant les problèmes et besoins essentiels du travail social en hôpital.

La problématique du service social étant relativement complexe, il importe d'avoir une vue d'ensemble de la situation dans laquelle les services sociaux doivent déployer leurs activités à l'heure actuelle. La présente note entend par conséquent dresser un état des lieux par rapport à la problématique du service social dans le milieu hospitalier belge. Pour y parvenir, il donnera un aperçu de la situation actuelle et mettra en lumière différents aspects se rapportant au service social, en l'occurrence : le cadre légal, le financement, l'enregistrement, la méthodologie du référent hospitalier pour la continuité des soins, ainsi que le développement et la surveillance de la qualité. Ces questions seront mises en lumière car il s'agit de lacunes dans le cadre légal des hôpitaux et/ou parce que les acteurs du terrain ont indiqué qu'elles étaient importantes. A partir de l'état des lieux qui sera dressé, les problèmes les plus importants seront définis et, lorsque ce sera possible, des recommandations stratégiques seront formulées. A la fin de chaque partie, les points d'actions principaux seront rappelés sous forme de liste.

La présente note se veut un point de départ pour de futures actions stratégiques à propos du service social à l'hôpital. Il importe par conséquent que les acteurs de terrain en soutiennent le contenu. Le groupe de travail a par conséquent soumis le texte pour commentaires aux organes de concertation existants pour le travail social en hôpital.

UN CADRE LEGAL POUR LE SERVICE SOCIAL

Le besoin le plus important du travail social est l'élaboration d'un cadre légal pour le service social de l'hôpital, qui définisse clairement sa mission et ses tâches et permette de prévoir des normes générales ainsi qu'un financement.

Ce besoin n'est pas nouveau, des initiatives visant à y répondre ont déjà été prises par le passé, même si les recommandations résultant de ces initiatives n'ont jamais débouché sur des actions politiques. La principale initiative prise dans ce cadre fut la journée d'étude 'Le travail social en hôpital', qui a été organisée en 1998 à la demande du SPF SPSCAE et à l'occasion de laquelle les résultats de quatre groupes de travail ont été exposés. Chaque groupe de travail s'était penché sur une thématique déterminée, à savoir:

- le statut du service social;
- l'interdisciplinarité et la collaboration;
- les aspects éthiques et déontologiques;
- l'enregistrement du travail social à l'hôpital.

Les résultats de cette journée d'étude sont l'un des éléments sur lesquels le Conseil National des Etablissements Hospitaliers (CNEH) s'est fondé pour émettre en 2001 un avis coordonné relatif au service social à l'hôpital (voir annexe 1). Cet avis prévoit la création d'un 'Observatoire social' ayant pour objet de définir les paramètres à enregistrer en continu et à partir desquels les effectifs du service social pourraient être adaptés. La création de cet organe est, jusqu'à présent, restée lettre morte. Le SPF SPSCAE a ensuite tenté de transposer cet avis du CNEH dans un projet d'arrêté royal (AR), mais cette tentative en est restée au stade de l'exercice juridique.

1. Reconnaissance et définition du service social

A. Etat des lieux

Les acteurs de terrain demandent avec insistance que le service social en hôpital soit reconnu et défini de manière officielle. La reconnaissance et la définition de la fonction du service social et du statut du travailleur social¹ revêtent une importance capitale pour la définition des normes de personnel et l'intégration du service dans l'organigramme de l'hôpital.

La direction hospitalière commence elle aussi à apercevoir la nécessité d'une telle définition. Ces derniers temps, un certain nombre d'hôpitaux ont rédigé ou sont en train d'élaborer un document présentant leur vision du service social, que ce soit ou non à l'initiative du service social.

Le service social n'étant pas défini légalement, ou seulement de manière très floue², en tant que service distinct au sein de l'organigramme d'un hôpital, tout ce qui se rapporte à ce service est laissé au bon vouloir des gestionnaires de l'hôpital et le contenu donné à la fonction varie

¹ Le présent document emploie les termes 'travailleur social' car il s'agit des termes les plus neutres vis-à-vis des deux diplômes, celui d'assistant social et celui d'infirmier social, qui donnent accès à cette catégorie professionnelle. Il s'agit en outre des termes les plus fréquemment employés sur le terrain à l'heure actuelle.

² L'ouvrage consacré à la 'Loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987', contient un paragraphe qui traite du service social d'un hôpital universitaire. Ce paragraphe précise ce qui suit par rapport aux aspects de fond du service social: "Le service doit disposer sur place d'un service social adapté aux problèmes spécifiques des patients" et "Afin d'éviter tout double emploi, il convient d'établir et de préciser clairement la répartition des tâches et la coopération avec les équipements sociaux d'autres services et organismes intra- ou extra-hospitaliers".

fortement d'un hôpital à l'autre. On aperçoit dès lors que la mission du service social se réduit encore trop souvent à des tâches administratives et à la préparation de la sortie du patient.

Dans son avis coordonné de 2001 sur le service social en milieu hospitalier, le CNEH a défini comme suit la mission du service social:

‘Le service social veille au bien-être du patient et de sa famille en cas d'hospitalisation. Ce service fonctionne en étroite collaboration avec tous les autres praticiens professionnels de l'hôpital ainsi qu'avec les services et institutions extrahospitaliers.

La fonction du travail social à l'hôpital consiste à encadrer les patients et leur entourage afin de prévenir, de résoudre et de gérer des problèmes et des troubles dans leur fonctionnement, et ce en interaction avec leur environnement social et leur pathologie.

L'accompagnement des patients et de leur entourage intervient au niveau des difficultés sociales, psychiques et relationnelles qui sont liées à l'état pathologique, le séjour et le traitement à l'hôpital ainsi qu'aux nouvelles perspectives et situations qu'entraîne la maladie.

L'accompagnement des patients recouvre l'observation, l'analyse et l'évaluation de leur situation sociale ainsi que l'intervention au niveau de celle-ci, en tenant compte du contexte des perspectives psycho-médicales.

Les interventions se situent sur les plans socio-matériel, socio-administratif et psychosocial. Le travailleur social agit de concert avec le patient et vise à l'autonomie et à l'indépendance de celui-ci.’³

B. Problèmes et recommandations

En tant qu'élément de l'hôpital, le service social poursuit également le même objectif principal : contribuer à des soins de qualité accessibles à tout un chacun, que ce soit en général ou dans tous leurs aspects. Le service social tend plus précisément à favoriser le bien-être du patient et/ou de sa famille dans le contexte de la santé publique. (Actes de la journée d'étude 'Le service social en hôpital') Une mission qui ne se limite pas à la période entre l'admission et la sortie du patient, mais débute avant l'admission et se termine avec les soins de suivi en faveur du patient.

Le travail social a une mission spécifique à remplir à l'intérieur du processus de soins intégré pour le patient. Le travailleur social doit dès lors être reconnu comme un 'prestataire de soins'⁴ avec une attention spécifique pour les déterminants sociaux des problèmes de santé des patients, et pas comme un 'administratif', même si les missions du travailleur social incluent différentes tâches administratives.

La définition du CNEH met, à juste titre, l'accent sur la promotion du bien-être du patient et de son entourage. Mais on oublie de reprendre la mission du service social en tant que gardien de l'humanisation' de l'hôpital (p.e. promouvoir le respect de la diversité, des différences interculturelles,...)

Les hôpitaux doivent non seulement proposer des soins de qualité, mais également rester performants sur le plan financier. Autrement dit, les collaborateurs du service social doivent

³ Cette définition se fonde, entre autres, sur les recommandations formulées lors de la journée d'étude 'Service social en hôpital', qui a été organisée en 1998 à l'initiative du SPF SPSCAE.

⁴ Si, dans le texte, le terme 'prestataire de soins' est préféré au terme 'dispensateur d'aide', c'est parce qu'il est plus facile de placer le premier dans le contexte de l'hôpital. Le terme « prestataire de soins » est en outre plus spécifique que le terme dispensateur d'aide.

trouver un équilibre entre deux missions souvent contradictoires : favoriser le bien-être du patient et de son entourage, d'une part, et veiller à ce que l'hôpital reste 'performant', d'autre part. Le travailleur social est en l'occurrence placé devant un conflit d'intérêts: il souhaite, d'une part, défendre les intérêts des patients et il lui faut, d'autre part, contribuer à la réalisation des objectifs financiers de l'hôpital. Dans certains hôpitaux, le fonctionnement du service social est trop organisé en fonction de la promotion de ce dernier objectif.

A cause de la confusion qui existe à propos de la mission, d'autres disciplines et directions des hôpitaux ont souvent une mauvaise connaissance de la fonction du service social. Il peut en découler que les services sociaux soient confrontés à beaucoup de problèmes en matière de coopération et de communication internes. Donner au service social une définition officielle, c'est mettre à la disposition des travailleurs sociaux un instrument qui leur permet de communiquer leur mission à des tiers et qu'ils peuvent invoquer en cas de conflit.

POINTS D'ACTION:

1. Elaboration d'une définition claire et globale de la mission du service social en hôpital, en concertation avec les acteurs du terrain et à partir de la définition figurant dans l'avis coordonné que le CNEH a formulé en 2001.

Moyens: - *analyser la mission et des tâches du service social.*
- *créer un groupe de travail spécifique, qui sera chargé de rédiger un avis sur la définition du service social.*

2. Les tâches inhérentes au travail social

A. Etat des lieux

En l'absence de définition officielle de la mission du service social, les tâches confiées au service social varient fortement d'un hôpital à l'autre. Il ressort, des interviews réalisés au printemps 2009 avec les responsables des services sociaux, que les tâches actuellement confiées aux travailleurs sociaux sont en général le fruit d'une évolution historique et dépendent d'un certain nombre de facteurs intrahospitaliers (organisation, taille, vision de la direction, etc.) et extrahospitaliers (facteurs géographiques, développement du réseau, etc.).

A l'heure actuelle, on ne peut déterminer clairement quelles sont toutes les tâches qui incombent à un service social hospitalier. Il faudrait par conséquent avoir une image claire de l'ensemble actuel des tâches, ainsi que des moyens nécessaires pour accomplir celles-ci correctement. Cette connaissance est une condition impérative pour pouvoir répondre aux nombreux problèmes décrits dans le présent document. Pour remédier à cette lacune, le SPF SPSCAE finance actuellement l'étude intitulée 'Développement d'un instrument de gestion au sein du travail social dans un hôpital', qui vise à obtenir une image détaillée de l'ensemble actuel et souhaité des tâches du travailleur social au sein d'un hôpital général belge⁵. Les résultats intermédiaires de l'étude montrent le nombre élevé de tâches diverses effectuées par le travailleur social dans un hôpital belge. L'inventaire des tâches permet également de se faire une idée de la grande diversité des domaines qu'un travailleur social doit connaître.

⁵ Par manque de moyens et de temps, l'étude se limite aux hôpitaux généraux. Il serait toutefois souhaitable de la réaliser également dans les hôpitaux psychiatriques.

Le travail social a pour mission de servir d'intermédiaire entre les services intrahospitaliers et les services extrahospitaliers. Il ne suffit donc pas de définir les tâches incombant au service social, il faut également les délimiter par rapport aux autres fonctions internes et externes.

B. Problèmes et recommandations

On peut dire que les activités du travailleur social font partie de la prestation de soins axée sur le patient. On peut, dans ce contexte, opérer une distinction entre les tâches liées au patient, comme l'aide psychosociale, la coordination des soins, etc. et les tâches qui ne sont pas liées au patient, comme le développement des compétences, l'élaboration d'une politique, etc. Le nombre et la composition des groupes (clusters) de tâches du service social seront définis dans l'étude précitée.

La complexité des soins, les changements continuels dont la législation sociale fait l'objet et l'évolution de la société, où les attentes et/ou les exigences sont toujours plus élevées, ont sensiblement élargi et intensifié les tâches du travailleur social. Ces évolutions contraignent les travailleurs sociaux à se spécialiser de plus en plus dans un aspect déterminé du travail social. Il est donc plus compliqué de pourvoir au remplacement des travailleurs sociaux.

La durée de séjour toujours plus brève des patients, favorisée par le système de financement des hôpitaux généraux (cf. chapitre 'Financement du travail social'), et la rotation accrue des patients qui en découle au sein des hôpitaux, impliquent que les patients doivent sortir toujours plus rapidement de l'hôpital. Par une importante pression-sortie, le travailleur social doit faire des choix à travers lesquels toutes les tâches peuvent ne pas être entièrement accomplies avec qualité. Le travail social est donc régulièrement limité à la coordination de soins en guise de préparation à la sortie, à laquelle sont reliées beaucoup de tâches administratives, ne laissant plus assez de temps pour d'autres tâches, en particulier pour l'accompagnement psychosocial des patients.

Dans les hôpitaux psychiatriques, nous constatons une évolution similaire. Nous sommes confrontés à une pression-admission/sortie croissante, qui est essentiellement la conséquence des problèmes de transition des patients. Les problèmes qui découlent d'une pression-sortie élevée, dan ook voor de sociaal werkers van psychiatrische ziekenhuizen.

Dans le cadre des programmes de soins, des conventions INAMI, etc., un financement a été prévu ces dernières années en milieu hospitalier en faveur de différentes fonctions spécialisées à perspective psychosociale. Il s'agit de fonctions qui étaient d'ores et déjà remplies, pour tout ou partie, par le service social. Le rôle du service social ne sera toutefois jamais défini dans la base légale des nouvelles fonctions, cela aurait pour effet d'appauvrir la tâche psychosociale du service social et de la vider de sa substance.

Au sein des services sociaux, des frustrations existent au sujet de la faible mesure dans laquelle on fait appel au travail social pour l'aide psychosociale. L'aide psychosociale est souvent accordée de façon automatique directement aux psychologues, alors qu'un travailleur social peut jouer un rôle de "filtrage" à ce niveau. Trop souvent, les intervenants et les patients considèrent les émotions comme une 'maladie' et non comme une réaction humaine normale.

Il serait préférable de renforcer la collaboration entre les psychologues et les travailleurs sociaux afin de favoriser un axe psychosocial au sein des hôpitaux en vue d'apporter plus d'humanité aux soins hospitaliers.

Un même problème se pose dans les hôpitaux psychiatriques dans la relation entre les travailleurs sociaux et les infirmiers psychiatriques.

De manière générale, nous pouvons affirmer que le travail social, dans la relation avec d'autres disciplines de l'hôpital, a besoin, d'une part, d'une description de fonction, mais d'autre part aussi d'une collaboration approfondie et la confirmation de la plus-value de complémentarité entre les différentes disciplines. Le travailleur social souhaite en effet fonctionner dans l'interdisciplinarité avec les autres disciplines pour la protection de la continuité des soins pour le patient.

Le service social joue un rôle central dans le développement, l'implémentation et la mise en oeuvre de la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins. A la fin des années '90, des projets liés à la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins en faveur du patient gériatrique et du patient psychiatrique ont été lancés dans les hôpitaux belges, afin de prévoir une planification des soins individualisés. Il s'agissait ainsi d'assurer une parfaite transition des soins entre le milieu hospitalier et le domicile. Depuis lors, la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins a été intégrée dans le programme de soins pour le patient gériatrique⁶ et le projet pilote 'fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins' (dont la coordination est assurée par le SPF SPSCAE) se poursuit déjà depuis une dizaine d'années au sein des hôpitaux psychiatriques. Le fait que la place du service social dans le programme de soins pour le patient gériatrique n'ait pas été définie est perçu comme une occasion ratée.

Le grand mérite des initiatives prises par rapport à la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins est d'avoir imposé l'introduction de la méthodologie dans les hôpitaux. Les aspects liés au contenu de la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins seront abordés plus en détail dans le chapitre 'Méthodologie du référent hospitalier pour la continuité des soins'.

POINTS D'ACTION:

2. Elaborer une définition réaliste des tâches du service social, en ce compris une délimitation claire des tâches vis-à-vis des services tant intrahospitaliers qu'extrahospitaliers.

Moyens:

- *analyser la mission et les tâches du service social.*
- *créer un groupe de travail spécifique, qui sera chargé de rédiger un avis sur la définition et la délimitation des tâches du service social.*

3. Reconnaître et profiler le rôle joué par le service social à l'intérieur des programmes de soins, conventions INAMI, fonctions hospitalières, etc., qui ont été ou doivent encore être mis en place.

Moyens:

- *assurer la représentation du groupe de travail 'Service social à l'hôpital' au sein des organes de concertation qui adaptent et développent les programmes de soins, conventions INAMI et fonctions hospitalières (actuels ou nouveaux).*

4. Revaloriser la fonction psychosociale du travailleur social avec respect pour le rôle des autres fonctions au sein de l'hôpital.

Moyens:

- *délimiter la fonction psychosociale du travail social.*
- *sensibiliser les autres disciplines hospitalières par rapport à la tâche psychosociale du travail social.*

⁶ Cf. AR du 29 janvier 2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers.

3. Place du service social dans l'organigramme

A. Etat des lieux

L'enquête 'Services sociaux en milieu hospitalier', réalisée en 2001 par le SPF SPSCAE, a montré que le travail des services sociaux est, en règle générale, dirigé par la direction infirmière (41%) ou la direction générale (33%) et l'enquête réalisée auprès des chefs de services au printemps 2009 l'a confirmé. De manière générale, les chefs de service interrogés étaient raisonnablement satisfaits de la place que le service social occupe actuellement à l'intérieur de l'organigramme et de la collaboration avec leurs supérieurs directs. Ne faisant l'objet d'aucun cadre légal, le service social reste, dans le développement de ses activités, extrêmement tributaire de l'intérêt personnel que son supérieur hiérarchique porte aux aspects sociaux du processus de soins. Une description de fonction générale pour le responsable du service social pour tous les hôpitaux aiderait déjà à limiter cette influence du chef hiérarchique.

Certains hôpitaux psychiatriques commencent depuis peu à évoluer, abandonnant la structure organisationnelle fondée sur les services en faveur d'une structure d'équipes interdisciplinaires autonomes, où les travailleurs sociaux ne sont plus rattachés à un service social, mais à une équipe interdisciplinaire mise en place pour chaque pathologie. C'est également à cette équipe interdisciplinaire que le travailleur social doit rendre compte. Pour les questions liées au contenu de la profession, les différentes disciplines sont regroupées dans un département. Cette nouvelle structure organisationnelle présente les avantages et les inconvénients suivants:

AVANTAGES:

- Comme il est effectivement présent dans le service, le travailleur social est étroitement associé à l'ensemble du processus de traitement et d'accompagnement.
- Les travailleurs sociaux sont très accessibles pour les patients et les autres membres de l'équipe.
- Une telle structure favorise la collaboration interdisciplinaire.

INCONVENIENTS:

- Le travail social n'est plus visible à l'intérieur de l'organigramme.
- La conséquence de cette atténuation de la visibilité est que l'on est moins accessible en tant que groupe lorsqu'il s'agit de prendre part à la réflexion sur les missions (stratégiques) qui dépassent le cadre du service / la participation.
- Il y a une forte diminution des échanges spontanés entre collègues (apprentissage mutuel), ainsi que de la cohésion en tant que groupe.
- L'accueil des nouveaux collaborateurs est plus lourd sur le plan de l'organisation et perd en spontanéité.
- Les travailleurs sociaux travaillent de manière individuelle. Il est, de ce fait, plus difficile pour le groupe de faire émerger des points de vue communs susceptibles d'avoir un impact sur la politique.
- Les méthodes de travail sont davantage déterminées par la vision (le modèle thérapeutique) du service auquel on est attaché. Il incombe à chaque travailleur social de s'investir en faveur d'un exercice qualitatif du travail social au sein de sa propre équipe. Le groupe n'a plus la possibilité de contrôler le contenu de la fonction.
- La permanence est plus difficile à organiser.

Le groupe de travail 'Service social à l'hôpital' considère que les avantages de cette nouvelle forme d'organisation n'en compensent pas les inconvénients. On souhaite par conséquent garder le modèle organisationnel actuel, qui se base sur les groupes professionnels.

B. Problèmes et recommandations

Le service social doit pouvoir continuer à réaliser ses missions essentielles, quelle que soit la place qu'il occupe au sein de l'organigramme de l'hôpital. Celle-ci a en effet souvent une influence sur le fonctionnement du service social. On remarque ainsi que le travail social ressent, p.ex., une forte influence médicale ou administrative selon qu'il lui faut rendre compte au directeur médical ou au directeur administratif.

Idéalement, la place qu'il occupe dans l'organigramme doit montrer que le service social est un service intégré d'une grande neutralité et d'une grande indépendance. Assurer un accès direct du service social à l'échelon décisionnel est probablement le meilleur moyen de garantir cette neutralité et cette indépendance. A titre d'exemple, on peut en l'occurrence citer le modèle de l'équipe de management psychosocial (EMPS), qui est appliqué à Groningue. Cette EMPS se compose de l'administrateur délégué de l'hôpital, des responsables des psychologues, du service social et des conseillers moraux, auxquels viennent s'ajouter le directeur du département infirmier et le médecin en chef, qui ont une fonction purement consultative. Cette EMPS est responsable de la politique psychosociale menée au sein de l'hôpital et rédige un plan de politique psychosociale.

Comme on l'a vu, le travailleur social souhaite être reconnu en tant que 'prestataire de soins' et non en tant qu' 'administratif'. Cette reconnaissance devrait également se refléter dans l'organigramme. Le service social ressortirait mieux sous 'département de soins', étant donné que le travail social est une partie spécifique des soins des patients dans un hôpital.

POINTS D'ACTION:

5. Définir la place du service social au sein de l'hôpital, en garantissant la neutralité et l'indépendance du service social.

4. Des normes d'agrément pour le service social

A. Etat des lieux

Dans la pratique, le nombre d'équivalents temps plein (ETP) travailleur social varie fortement d'un service social à l'autre. La taille et la composition du service social sont généralement le fruit d'une évolution historique et dépendent non seulement des normes légales limitées qui existent actuellement, mais aussi et surtout de la vision de la direction par rapport au travail social. Il ressort néanmoins de l'enquête de 2001 'Services sociaux dans les hôpitaux' que les effectifs des services sociaux sont souvent bien plus importants que la norme légale ne l'exige.

D'une manière générale, le service social se compose d'un mélange d'assistants sociaux et d'infirmiers sociaux. En Flandre, on ne note aucune préférence en faveur de l'un de ces deux diplômes, alors qu'en Wallonie, les assistants sociaux ont la préférence à certains endroits. Ce phénomène pourrait s'expliquer par le contenu légèrement différent de la formation d'infirmier social.

La législation ne prévoit aucune norme en ce qui concerne le service social en hôpital, sauf dans les hôpitaux universitaires. Les hôpitaux universitaires sont tenus d'installer un service social. Ils

doivent engager 1 ETP travailleur social par tranche de 2000 admissions dans les services de diagnostic et de traitement chirurgical (C), de diagnostic et de traitement médical (D), de maternité (M) et de pédiatrie (E), et prévoir 1 ETP personnel administratif par tranche de 4 travailleurs sociaux.

Les hôpitaux généraux et psychiatriques ne sont pas tenus d'installer un service social. La législation prévoit en revanche un certain nombre d'ETP travailleur social en fonction du nombre de lits dans les services suivants (essentiellement psychiatriques): Neuropsychiatrie – observation et traitement (A), Neuropsychiatrie infantile (K), Neuropsychiatrie - traitement (I), Traitement intensif des patients psychiatriques (IB) et certaines unités de revalidation (Sp). Ces normes s'appliquent également aux hôpitaux universitaires. Pour tous les autres services, les hôpitaux généraux et psychiatriques sont donc libres de prévoir ou non des travailleurs sociaux (H, D, C, L, B, M, NIC, E) ou il est précisé que l'établissement peut faire appel à un travailleur social (G et certaines unités Sp).

Outre les normes 'classiques' précitées en matière de travail social, les textes normatifs régissant certaines fonctions hospitalières, certains programmes de soins et certaines conventions INAMI relatives aux prestations de réadaptation contiennent des références au travail social (ci-après dénommés les normes "alternatives"). Un aperçu détaillé des normes existantes en matière de travail social en hôpital est fourni en annexe 3.

Les normes régissant les fonctions hospitalières ne contiennent quasiment que des références indirectes au travail social, à l'exception de la fonction de soins palliatifs où l'équipe multidisciplinaire doit être complétée d'un travailleur social. On notera que la fonction de soins périnataux régionaux ne peut être créée que dans un hôpital qui dispose d'un service social. Il s'agit de la seule et unique fois où le service social est mentionné dans les normes applicables à l'ensemble des hôpitaux.

Si les programmes de soins ne contiennent pas de normes précises en ce qui concerne le travail social, à l'exception du programme de soins pour le patient gériatrique, il est néanmoins précisé pour tous les programmes de soins qu'il faut pouvoir faire appel au travail social.

Les conventions INAMI mentionnent parfois de façon précise le nombre de travailleurs sociaux en indiquant un nombre d'ETP, et précisent dans d'autres cas qu'il faut pouvoir faire appel à un travailleur social.

B. Problèmes et recommandations

D'une façon générale, on peut dire que les normes ne sont pas suffisantes, sont fort archaïques et manquent d'uniformité et ne font absolument aucun cas de l'existence du service social.

Le cadre normatif n'a pas suivi l'évolution médico-sociale à laquelle on a assisté ces dernières décennies et qui se caractérise par une augmentation nette de la 'charge de travail' dans le secteur du travail social.

Grâce aux progrès technologiques et pharmacologiques, on est progressivement passé d'une hospitalisation 'classique' à l'hospitalisation de jour et la polyclinique. Or, le cadre normatif actuel ne tient absolument pas compte de cette évolution. Dans la pratique, le travail concernant les patients ambulatoires est effectué par l'équipe existante de travailleurs sociaux.

Cette évolution signifie également qu'il faut collaborer davantage avec d'autres établissements et organisations et que l'hôpital doit s'intégrer dans un réseau de soins. Le travailleur social joue un

rôle de premier plan en tant qu'intermédiaire entre l'hôpital et les partenaires extrahospitaliers. La nécessité d'une collaboration accrue vient confirmer le besoin de travailleurs sociaux en hôpital, sans toutefois que des moyens supplémentaires aient été prévus à cet effet jusqu'à présent.

Nous vivons en outre dans une société plus individualiste qu'il y a quelques décennies et les patients ont, de ce fait, moins la possibilité de s'appuyer sur leur entourage. En plus, on compte sur une implication et une participation plus importantes dans les soins, tant de la part des utilisateurs et de leur entourage. Tous souhaitent être mieux informés et sont plus émancipés. On a également assisté à l'émergence de nombreux 'nouveaux' problèmes sociaux, tels que des personnes sans assurance, les sans domicile fixe, les 'sans-papiers', les allochtones, etc. Ces évolutions contribuent également à accroître la charge de travail du travailleur social.

La vision décrite ci-dessus est également exprimée dans l'avis du CNEH concernant le service social à l'hôpital (voir infra) ainsi que dans l'avis du CNEH 'relatif au travail social dans le secteur des soins de santé mentale' de 2001 (voir annexe 2), qui précise que: *"L'extension de l'encadrement en personnel est plus que nécessaire vu, d'une part, les évolutions dans le domaine des soins, les attentes élevées et, d'autre part, le fait que les normes relatives aux services sociaux n'ont jamais été adaptées dans les services hospitaliers psychiatriques. Ces moyens sont également nécessaires pour pouvoir développer effectivement la dimension sociale dans la préparation et le développement du renouvellement des soins"*.

La durée de séjour des patients étant toujours plus courte, il arrive de plus en plus fréquemment que les travailleurs sociaux doivent limiter leur fonction à la préparation de la sortie du patient et au traitement administratif de son dossier.

Dans son avis coordonné relatif au service social à l'hôpital, le CNEH suggère que l'on commence par fixer une norme linéaire d'1 ETP travailleur social par tranche de 2000 admissions (hospitalisation classique et hospitalisation de jour). Une telle norme linéaire présente l'avantage d'être uniforme et claire, et de tenir compte du volume croissant que les hospitalisations de jour représentent. Elle garde toutefois de nombreuses limites. Pour commencer, elle ne tient pas compte des activités de polyclinique du travail social. Fixée en fonction du seul nombre des admissions, elle ignore par ailleurs de nombreux paramètres ayant une influence sur la charge de travail d'un travailleur social. Il semble dès lors utile de voir si l'on peut tenir compte d'autres paramètres dans le cadre de l'établissement de normes. On pense à cet égard à la pathologie, au profil social de la population, à la durée de séjour, au réseau de soins, etc. L'étude consacrée au 'Développement d'un instrument de gestion au sein du travail social dans un hôpital' devrait également pouvoir livrer un certain nombre d'informations scientifiquement fondées par rapport aux paramètres en question.

Pour pouvoir se concentrer sur les missions essentielles du travail social, les travailleurs sociaux ont besoin d'un soutien administratif. Les agents administratifs assurent la gestion administrative générale ainsi que l'accueil du service social, c'est-à-dire l'accueil des patients/des tiers, la centrale téléphonique et l'adressage aux collaborateurs du service social, la gestion du courrier, la coordination du service d'interprétariat et de médiation interculturelle, la gestion du centre de documentation, l'archivage, l'approvisionnement et la gestion du matériel, la rédaction de documents standardisés, l'encodage, etc.

Il est donc souhaitable de prévoir des normes attribuant des collaborateurs administratifs au service social, à l'instar de ceux présents dans les hôpitaux universitaires (voir point 4.A), et de définir les tâches inhérentes à cette fonction dans les textes normatifs. Pour des hôpitaux plus petits, il est sans doute plus facilement réalisable de donner la possibilité au service social de faire appel à du personnel administratif.

Selon l'avis coordonné du CNEH, le responsable du service social doit être titulaire d'un diplôme d'assistant social ou d'infirmier social. On pourrait étendre cette obligation à l'ensemble des travailleurs sociaux du service social en hôpital.

Il serait également souhaitable d'obliger la désignation d'un responsable du service social à partir d'un nombre déterminé d'ETP travailleur social. Lors de la journée d'étude « Le service social à l'hôpital », il a été recommandé de désigner un responsable du service social à partir de 7 ETP travailleur social. Un chef de service est en effet important pour la coordination du service et est en outre le garant pour que la large mission du travail social soit traduite en permanence au niveau meso.

Parallèlement aux normes définies ci-dessus en matière de personnel, il faudrait également définir un minimum de normes architecturales. Il faudrait ainsi que le service social soit facilement accessible, dispose d'un minimum de locaux et de salles de réunion en fonction du nombre d'ETP travailleur social; chaque travailleur social devrait pouvoir disposer d'un PC et d'un accès à l'Internet, etc.

Aucun texte normatif concernant les programmes de soins, fonctions hospitalières et conventions INAMI existants ne décrit le rôle du service social. Lorsque l'on reconnaîtra légalement le service social, il faudra également définir le rôle du service social à l'intérieur des programmes de soins, fonctions hospitalières et conventions INAMI qui existent d'ores et déjà. Et lorsque l'on en élaborera de nouveaux/nouvelles, il faudra systématiquement décrire le rôle du service social. Tous les travailleurs sociaux hospitaliers, quelle que soit la manière dont ils sont financés, devraient également être dirigés et supervisés par le responsable du service social sur le plan du contenu de leur activité, et ce afin de surveiller le contenu des tâches et d'améliorer les compétences du travailleur social.

En pratique, on constate souvent que le nombre supplémentaire d'ETP travailleur social issu du financement alternatif (projets, programmes de soins, conventions INAMI, etc.) ne peut être ajouté purement et simplement au cadre existant du service social, mais qu'il sert à financer, pour tout ou partie, un ETP travailleur social du service social qui existe déjà. La conséquence en est que le service social voit uniquement la liste de ses missions s'allonger, sans que ses effectifs augmentent. Un cadre normatif de qualité devrait rendre de telles pratiques impossibles. Cette situation montre également qu'il faut veiller à une concordance parfaite entre les normes légales 'classiques' et les normes 'alternatives'.

POINTS D'ACTION:

6. Définir des normes générales claires et uniformes à l'égard du service social en hôpital afin de répondre aux besoins actuels des hôpitaux.

- Moyens:
- *analyser la mission et les tâches du service social.*
 - *interroger les services sociaux en hôpital à propos de leur composition et de leur financement.*
 - *voir quels paramètres peuvent être utilisés en plus du nombre d'admissions afin de définir des normes*
 - *créer un groupe de travail spécifique, qui sera chargé de rédiger un avis sur les normes à définir à l'égard du service social.*

7. Mettre les normes 'alternatives' qui existent déjà ou doivent encore être élaborées en adéquation avec les normes 'classiques'.

- Moyens :
- *formuler des solutions permettant de mettre les normes 'classiques' et les normes 'alternatives' en adéquation les unes avec les autres.*
 - *assurer la représentation du groupe de travail 'Service social à l'hôpital' au sein des organes de concertation qui adaptent et développent les programmes de soins et les fonctions hospitalières (actuels ou nouveaux).*

8. Elaborer un système permettant de surveiller la validité des normes légales.

FINANCEMENT DU TRAVAIL SOCIAL EN HÔPITAL

Les acteurs de terrain considèrent également qu'il importe de développer un cadre légal pour le financement du service social en hôpital. Il va sans dire que ce besoin est étroitement lié au besoin, dont question ci-dessus, d'une définition légale de la mission et des tâches du service social en hôpital. Il faut en effet un financement en adéquation avec la mission et les tâches du service social.

1. *Etat des lieux*

Les sources de financement direct et indirect existantes pour le service social et, par extension, pour le travail social sont extrêmement limitées. Les seules sources que l'on peut identifier en la matière se trouvent essentiellement dans les parties B1 et B8 du budget des moyens financiers (BMF) des hôpitaux et dans certaines conventions. Les subdivisions B2 et B4 prévoient, pour certains indices de lit ou programmes de soins, le financement d'un encadrement spécifique pour le processus thérapeutique (voir titre précédent « Normes d'agrément pour les services sociaux »). De plus, un financement du travail social est prévu dans un certain nombre de conventions INAMI pour les prestations de revalidation.

A. La sous-partie B1 du BMF

La seule trace de financement direct du service social se trouve dans la sous-partie B1 du BMF, rubrique 'frais administratifs':

“les frais de personnel et de fonctionnement de la direction, ..., du service social pour les patients, ... ;” (AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, art.12, § 2).

Le budget global pour les hôpitaux universitaires et généraux de la sous-partie B1 du BMF est établi pour cinq groupes d'hôpitaux classés en fonction du caractère universitaire⁷ et du nombre de lits. A l'intérieur de chaque classe, le budget est ventilé sous forme de pourcentage entre les différents postes de dépenses, en l'occurrence: les frais généraux, l'entretien, le chauffage, l'administration, la buanderie et la lingerie, ainsi que l'alimentation. A un troisième stade, le budget disponible est ventilé pour chaque poste de dépenses entre l'ensemble des hôpitaux sur la base d'un certain nombre de clés de répartition.

A l'intérieur du poste de dépenses 'administration', un financement supplémentaire du service social a été prévu dans le cadre du programme de soins pour le patient gériatrique afin de renforcer le service social. Le financement est ventilé en fonction du nombre de lits G justifiés et dans les limites des crédits disponibles. Pour pouvoir recourir à ces moyens financiers supplémentaires, l'hôpital doit implémenter et/ou développer la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins, conformément aux principes définis par le SPF SPSCAE.

Le budget de la partie B1 du BMF pour les hôpitaux psychiatriques est un budget historique qui fut fixé par hôpital dans les années '80 et qui fut réduit de 6,6% en 1999.

⁷ Les hôpitaux universitaires ont droit à 1 ETP travailleur social par tranche de 2000 admissions dans les services C,D,M et E (cf. section 4.A)

B. La partie B4 du BMF

Dans la partie B4 du BMF, est également prévu un financement du travail social au sein de certains projets. Le plan Cancer 2008-2010 prévoit, dans le cadre du programme de soins agréé oncologie, 0,5 ETP travailleur social par 250 MOC (consultation oncologique multidisciplinaire) et dans le cadre du projet pilote 'Référént hospitalier pour hôpitaux psychiatriques', il est financé 0,5 ETP travailleur social par hôpital participant.

C. La sous-partie B8 du BMF

La sous-partie B8 du BMF des hôpitaux prévoit un budget distinct pour les coûts spécifiques générés par l'hôpital général ayant un profil de patient très faible sur le plan socio-économique.

Les paramètres suivants sont utilisés jusqu'en 2011 pour déterminer le profil socio-économique des patients (en tout ou en partie) des hôpitaux.:

- proportion de patients qui remplissent les conditions pour bénéficier du maximum à facturer social;
- proportion de patients bénéficiant du maximum à facturer bas revenus et qui sont isolés;
- proportion de dossiers de personnes sans domicile de secours dont les coûts d'hospitalisation sont remboursés aux CPAS par le SPP Intégration sociale, Lutte contre la pauvreté et Economie sociale.

Entre 2007 et 2010, est mis, petit à petit, un terme à l'impact des paramètres susmentionnés lors de la détermination du profil socio-économique des patients au profit d'une nouvelle série de paramètres.

Il s'agit ici des paramètres pour lesquels les données proviennent des compagnies d'assurance :

- *age* : nombre d'admissions pour les patients âgés de 75 ans ou plus;
- *bim*: nombre d'admissions pour les patients bénéficiant du MaF social via leur qualité de BIM;
- *iband*: nombre d'admissions pour les patients bénéficiant du MaF social via l'intervention pour personne handicapée;
- *isolé*: nombre d'admissions pour les patients isolés c'est-à-dire dont le ménage MaF ne comprend qu'une seule personne (eux-mêmes);
- *forfait*: nombre d'admissions pour les patients bénéficiant du forfait infirmier B ou du forfait infirmier C ou du forfait Kinésithérapeute E.

Force est toutefois de souligner que ces moyens font office de compensation pour les coûts supplémentaires générés par les hôpitaux du fait de leur profil de patient faible sur le plan socio-économique. Il ne s'agit donc pas d'un financement direct du service social, ce qui ne veut pas dire qu'une partie de ces moyens ne doit pas au moins être utilisée en faveur des services sociaux.

D. Les conventions INAMI

On l'a vu dans le précédent chapitre, un certain nombre de conventions INAMI relatives aux prestations de rééducation prévoient un travailleur social au cadre du personnel, lequel est également financé par la convention en question. En l'occurrence, des travailleurs sociaux sont donc financés dans le cadre du traitement d'une pathologie déterminée. Il ne s'agit, par conséquent, pas d'un financement direct du service social, mais il est possible que ces moyens soient ajoutés au service social.

2. Problèmes et recommandations

La procédure du financement des hôpitaux généraux/universitaires et psychiatriques est différente. Le financement des hôpitaux généraux et universitaires est basée essentiellement sur l'agrément des activités, alors que lors du financement des hôpitaux psychiatriques on se base essentiellement sur la reconnaissance des lits.

Le système actuel de financement des hôpitaux généraux et universitaires repose sur la durée de séjour justifiée par DRG (Diagnosis Related Groups). En employant la performance des hôpitaux comme paramètre fondamental, ce mode de financement entend encourager les établissements hospitaliers à avoir un bon rapport coût-efficacité. Un tel système de financement implique que les hôpitaux dont la durée moyenne de séjour est plus longue sont "pénalisés sur le plan financier".

Le système de financement contraint les hôpitaux généraux et universitaires à rechercher un équilibre entre, d'une part, un système de soins de qualité qui soit accessible et, d'autre part, la réalisation d'un niveau de prestations permettant d'assurer la viabilité structurelle de l'établissement. Dans la réalité, on observe souvent que les directions hospitalières tendent à réduire autant que possible la durée de séjour. C'est pour cette raison que la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins est considérée par de nombreuses directions comme un moyen de faire sortir le plus rapidement possible les patients de l'hôpital. Sous l'effet de la pression qui s'exerce en vue de l'organisation rapide des sorties, il est bien souvent impossible - par manque de temps - d'assurer une bonne préparation des sorties.

Le système de financement étant entièrement basé sur la durée de séjour justifiée, le financement ne tient pas compte non plus de l'évolution qui s'est produite de l'hospitalisation classique vers l'hospitalisation de jour et l'activité de polyclinique. Pour ce qui est du financement direct du service social, les recommandations suivantes ont été formulées à l'occasion de la journée d'étude 'Le service social en hôpital' (1998):

"Dans les normes futures, le financement du service social couvrira l'ensemble des activités qu'il exerce dans la totalité des secteurs : l'hospitalisation; les consultations, l'hospitalisation de jour et les services des urgences; les services organisés par des conventions particulières."

Des études ont montré que les facteurs sociaux influencent la durée de séjour. Les patients plus vulnérables sur le plan social se caractérisent ainsi par une durée de séjour plus longue que la moyenne. Il est plus fréquent qu les patients vulnérables sur le plan social présentent un diagnostic pour lequel on aurait pu éviter l'hospitalisation. (Closon, M.C. et al. 1997) Or, aucun indicateur social n'a été intégré dans le calcul de la durée de séjour justifiée, les hôpitaux 'à profil social' étant de ce fait pénalisés par le système actuel de financement. On essaie de corriger cette lacune par le biais du B8, en octroyant une compensation financière aux hôpitaux qui ont un profil de patient faible sur le plan socio-économique (voir plus haut). Les anciens critères d'attribution de cette compensation sont néanmoins contestés, au motif qu'ils seraient trop approximatifs pour refléter l'ampleur de la mission sociale. En ce qui concerne les nouveaux critères, il est souhaitable de vérifier leur importance comme paramètres pour le profil socio-économique des patients des hôpitaux.

Il faudra chercher des données fiables, valables et rapidement disponibles constituant un véritable indicateur permettant de déterminer l'ampleur et les coûts de la mission sociale de l'hôpital.

Il serait souhaitable d'intégrer également certains indicateurs sociaux dans le calcul de la durée de séjour justifiée, afin de garantir l'accessibilité du système des soins de santé en faveur des groupes socialement vulnérables. Si l'admission de patients vulnérables sur le plan social a pour effet de

pénaliser les hôpitaux sur le plan financier, on risque en effet de voir ceux-ci sélectionner les patients en fonction de leur statut socio-économique.

Par opposition aux hôpitaux généraux, la procédure de financement des hôpitaux psychiatriques n'a pas été modifiée fin des années nonante. Les hôpitaux psychiatriques sont encore toujours financés sur base du nombre de lits. Cette procédure de financement est donc totalement dépassée, parce qu'on passe sur toutes sortes d'autres facteurs qui influencent le prix de revient d'un patient. Lors d'une éventuelle adaptation de la procédure de financement des hôpitaux psychiatriques, on doit ici aussi examiner s'il n'est pas souhaitable de tenir compte d'un certain nombre de facteurs sociaux lors du financement

On peut considérer que le financement du service social n'est pour ainsi dire pas réglé. Dans le BMF, il est question du service social dans la sous-partie B1, consacrée au financement des services (administratifs) généraux. Pour améliorer la visibilité du service social à l'intérieur du système de financement, il faudrait que tous les éléments existants du financement du service social soient regroupés dans la même sous-partie du BMF. Le plus logique est que le financement du service social soit repris dans la partie B8.

Enfin, il conviendra de veiller à ce que les moyens dont le service social peut d'ores et déjà bénéficier grâce aux conventions INAMI et aux programmes de soins soient pris en compte lorsque l'on élaborera un financement légal. Ces moyens supplémentaires devront systématiquement être ajoutés à un "financement de base" en faveur du travail social et ne pourront pas servir à financer l'ETP travailleur social qui existe déjà, comme c'est souvent le cas à l'heure actuelle.

POINTS D'ACTION:

9. Elaborer un financement adéquat en faveur du service social en hôpital.

- Moyens:
- *interroger les services sociaux en hôpital à propos de leur composition et de leur financement.*
 - *cartographier le financement actuel (in)direct du travail social dans l'hôpital.*
 - *définir les critères sur la base desquels le service social peut être financé.*
 - *créer un groupe de travail spécifique, qui sera chargé de rédiger un avis sur le financement du service social.*

10. Améliorer le système actuel visant à compenser le profil de patient faible sur le plan socio-économique de certains hôpitaux. généraux.

- Moyens:
- *déterminer les lacunes concrètes des critères actuels.*
 - *étudier la pertinence et la praticabilité des critères alternatifs.*

11. Mettre le financement alternatif existant en adéquation avec le financement général du service social.

- Moyens:
- *formuler des solutions permettant de mettre le financement 'général' et le financement 'alternatif' en adéquation.*

ENREGISTREMENT

Par enregistrement, on entend un instrument de mesure permettant d'établir quelles activités le travailleur social accomplit en faveur d'un patient déterminé. Cet enregistrement consistera en un formulaire à compléter, sur papier ou sur ordinateur, et comportant un certain nombre d'items qui refléteront de manière représentative les activités du service social. (Actes de la journée d'étude 'Le service social en hôpital'. 1998)

1. Etat des lieux

A l'heure actuelle, l'enregistrement n'est absolument pas uniformisé au sein du service social. Chaque travailleur social tient certes un dossier social à jour pour chaque patient, et celui-ci est, dans la plupart des cas, disponible sous forme électronique, mais on constate qu'il y a de grandes différences d'un hôpital à l'autre pour ce qui est de l'enregistrement éventuel de données supplémentaires et de la nature de ces dernières. La plupart des hôpitaux s'en tiennent au strict minimum et n'enregistrent, en d'autres termes, que les données qu'ils sont tenus de communiquer chaque année au SPF SPSCAE. Etant donné la charge de travail, de nombreux travailleurs sociaux sont réticents vis-à-vis de nouveaux enregistrements.

Que ce soit de manière isolée ou en commun avec d'autres, de nombreux hôpitaux viennent d'adapter à leurs propres besoins, d'instaurer ou de développer un système d'enregistrement ou dossier de patient électronique. En général, le dossier social et l'enregistrement sont reliés entre eux. Dans certains cas, ils permettent également de communiquer avec d'autres disciplines et donnent à d'autres disciplines le droit de le consulter, et vice versa. Le grand avantage de ce type de système électronique est de rendre les données des patients accessibles aux collègues ou à d'autres disciplines. Par contre, l'encodage des données représente un travail conséquent, ce qui réduit la disponibilité du travailleur social en faveur des patients.

2. Problèmes et recommandations

L'enregistrement des activités du service social a, à plus d'un titre, son utilité et son importance. Tout d'abord, au niveau de l'établissement proprement dit, il peut aider l'hôpital à évaluer son propre fonctionnement dans une perspective de contrôle de la qualité de ses prestations. Il s'agit également d'un instrument tout à fait approprié pour communiquer avec la direction, par exemple sous forme de rapport annuel. Il est d'autant plus important pour le service social de bien communiquer sur ses activités que la direction ignore en général le contenu du travail social. Il peut également être utilisé pour faire connaître le service social auprès d'autres services ou disciplines et pour répondre aux besoins du service social en lui fournissant des données quantitatives.

Au niveau extrahospitalier, un système d'enregistrement de qualité et uniforme s'avérera tout à fait approprié pour appuyer la fonction de signal du travailleur social. Il permettra de prouver l'existence de lacunes et de déficiences au niveau de la réglementation, des structures et des besoins en faisant ressortir les évolutions sociales. Il s'agira de surcroît d'un outil de communication avec les autres organisations et l'autorité. Il pourra, entre autres, constituer le socle de l'évaluation des normes existantes.

L'utilisation d'un système d'enregistrement requiert toutefois une grande prudence dans l'interprétation des chiffres obtenus. La durée d'un accompagnement et le nombre de contacts sont ainsi des notions fort relatives dans le cadre du travail social et l'on ne saurait en tirer de

conclusion par rapport à la qualité de l'assistance fournie. Les chiffres doivent toujours être placés dans le bon contexte. Ils viennent donc soutenir les données collectées sous un angle qualitatif.

Un projet de système d'enregistrement élaboré par les acteurs de terrain a été présenté lors de la journée d'étude 'Le service social en hôpital' (1998)⁸, mais avant d'instaurer un nouveau système d'enregistrement uniforme, il faut examiner les autres banques de données afin de voir si elles ne contiennent pas déjà certaines données pertinentes par rapport au travail social en hôpital. On évitera ainsi qu'il y ait double enregistrement de certaines données. Les banques de données susceptibles de contenir dès à présent des données intéressantes sur le service social en hôpital sont: Finhosta, le RCM/RPM, l'UREG, l'enquête hospitalière classique, l'OMNIO (INAMI) et les banques de données des mutualités.

Lors d'un système d'enregistrement uniforme un manuel clair et précis doit également être disponible afin d'éviter que chacun enregistre selon sa propre interprétation.

S'il fait partie des tâches du travailleur social, l'enregistrement est souvent effectué de manière insuffisante par manque de temps. A l'heure actuelle, l'aversion des travailleurs sociaux à l'égard de l'enregistrement est grande car il vient s'ajouter aux tâches déjà nombreuses dont ils doivent s'acquitter. Il importe par conséquent que le temps qu'il faut investir dans l'enregistrement soit reconnu dans les normes d'agrément du service social et que les moyens financiers nécessaires soient prévus.

Il est capital d'effectuer l'enregistrement de la manière la plus efficace possible. Il faut veiller à demander de n'enregistrer que ce qui est absolument indispensable et faire en sorte que cela représente une charge de travail la plus réduite possible. Pour les patients également, il est embêtant de devoir fournir un tas de données inutiles, parfois de manière répétée.

Afin de limiter le temps que le travailleur social consacre à l'enregistrement, il serait utile d'étudier la possibilité de délimiter chaque année une période où les travailleurs sociaux devraient procéder à l'enregistrement. En choisissant la même période d'enregistrement que celle prévue pour le Résumé Infirmier Minimum (RIM), on pourrait - en fusionnant les deux banques de données - obtenir une image plus globale de l'activité investie dans chaque patient. Parallèlement à un enregistrement constant, on pourrait également prévoir, dans le cadre de projets, des enregistrements temporaires pour certains thèmes.

Les chefs de service considèrent que les données que les services sociaux sont tenus de communiquer dans le cadre de l'établissement des statistiques hospitalières annuelles par le SPF SPSCAE sont dénuées de pertinence. Les questions ne sont, de surcroît, pas assez détaillées et dépendent dans une large mesure de l'interprétation individuelle qui en est faite. De ce fait, les données fournies par les hôpitaux ne sont, en général, pas comparables. Le fait que le SPF SPSCAE ne donne aucun feedback hôpitaux à propos des données alimente l'attitude négative des services sociaux par rapport aux statistiques hospitalières annuelles.

Les codes V 60 à 63 du Résumé clinique minimum (RCM), qui sont remplis par les hôpitaux généraux, se heurtent aux mêmes objections. Les compléter représente en outre un énorme travail. La plupart des services sociaux ont par conséquent cessé depuis un certain temps de les compléter, sans que le SPF SPSCAE réagisse, ce qui les conforte dans leur opinion que l'enregistrement des codes V 60 à 63 ne sert à rien.

Les hôpitaux psychiatriques doivent enregistrer un certain nombre d'items sociaux dans le Résumé Psychiatrique Minimum (RPM). Dans la plupart des hôpitaux, cet encodage est réalisé en tout ou en partie par les travailleurs sociaux.

⁸ Cf. Actes de la journée d'étude 'Le service social en hôpital', qui a eu lieu le 16 janvier 1998.

En plus de la collecte de données quantitatives grâce à un système d'enregistrement uniforme, il est également nécessaire de prévoir une collecte de données qualitatives, que ce soit à l'échelon régional ou national. On pourrait créer à cet effet un groupe de travail permanent officiel (Observatoire social), qui se composerait de représentants des plates-formes organisées à l'échelon régional, pour lesquelles un financement minimum serait prévu. Ce groupe de travail permanent devrait dans ce cas servir de forum de réflexion par rapport à la collecte de données relatives au travail social en hôpital.

POINTS D'ACTION:

12. Définir le temps que le travailleur social consacre à l'enregistrement.

Moyens: - *analyse de la mission et des tâches du service social.*

13. Elaborer un système d'enregistrement uniforme qui reflète les évolutions au sein du service social et permette d'ajuster les normes applicables au service social ainsi que le financement dont celui-ci bénéficie.

Moyens:

- *créer un groupe de travail permanent servant de groupe de réflexion sur la collecte de données par et pour le travail social en hôpital*
- *inventorier les systèmes d'enregistrement existants utilisés par les services sociaux des hôpitaux.*
- *définir les objectifs d'un système d'enregistrement uniforme.*
- *sélectionner des critères pertinents pour mesurer les objectifs fixés.*

14. Formuler un avis sur l'adaptation du questionnaire d'enregistrement hospitalier annuel et les codes V 60 à 63 du RIM.

Moyens:

- *déterminer les lacunes de l'enregistrement hospitalier annuel et des codes V 60 à 63 du RIM.*
- *avis sur l'adaptation de l'enregistrement hospitalier annuel et des codes V 60 à 63 du RIM.*

15. Transparence de la part du SPF SPSCAE par rapport à l'utilité et à l'utilisation de l'enregistrement obligatoire.

METHODOLOGIE DU REFERENT HOSPITALIER POUR LA CONTINUITE DES SOINS (RHCS)

1. *Etat des lieux*

De par sa mission au sein de l'hôpital et de son rôle d'intermédiaire entre les acteurs intrahospitaliers et extrahospitaliers, le service social occupe une place centrale dans le cadre de l'implémentation, du développement et de la mise en oeuvre de la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins au sein de l'hôpital.

Le SPF SPSCAE a défini comme suit la méthodologie de la fonction de RHCS : "*la préparation phasée et structurée de la sortie, dès l'admission à l'hôpital, consistant à composer et réaliser un paquet de soins **individualisé** pour les patients requérant des soins complexes ou continus et les dispensateurs de soins de proximité, sur une base **interdisciplinaire** et en **concertation** avec les dispensateurs d'aide externes. Ce paquet de soins comprend à la fois des aspects cliniques, organisationnels et financiers, et vise à optimiser la réintégration au domicile. La méthodologie de ce processus de soins est coordonnée et suivie par le référent hospitalier pour la continuité des soins. (Moons et al. 2005)".*

Le groupe de travail 'Service social à l'hôpital' juge cette définition trop restreinte, au motif qu'elle se limite à la réintégration au domicile et ignore tous les autres types de préparation de la sortie, par exemple le transfert dans un autre hôpital ou vers d'autres formes de logement résidentiel. La fonction de RHCS vise à prévenir la réhospitalisation des patients et leur placement en institution.

La méthodologie liée à la fonction de RHCS comporte trois niveaux. Au microniveau, la fonction intervient autour du patient individuel. Le patient est suivi selon un processus structuré en différentes phases: dépistage des patients; collecte de données; définition des objectifs de soins et rédaction d'un planning de soins; mise en oeuvre du plan de soins; et évaluation. Au microniveau, la fonction de référent RHCS s'exerce en concertation interdisciplinaire, chaque intervenant ayant ses responsabilités dans les soins.

Au mésoniveau, la fonction implique que l'on s'efforce, à l'échelon de l'hôpital, de mettre en place une culture susceptible de promouvoir et de surveiller la continuité des soins, de telle manière que la fonction de RHCS puisse être exercée efficacement au microniveau.

Au macroniveau, la fonction se situe sur le plan de l'interaction avec le secteur extrahospitalier. Une bonne collaboration avec ces structures extrahospitalières est cruciale dans la perspective de la continuité des soins et de la prévention des rechutes.

On constate actuellement que, si l'implémentation de la méthodologie liée à la fonction de RHCS au microniveau au sein des hôpitaux en est souvent déjà à un stade avancé (surtout dans les sections gériatriques et psychiatriques), on s'occupe beaucoup trop peu de celle aux niveaux méso et macro.

On constate également que la fonction de RHCS prend une forme extrêmement différente d'un hôpital à l'autre: certains appliquent la méthodologie de manière très générale, d'autres choisissent de l'appliquer de manière restrictive par référence au financement par le biais du programme de soins pour le patient gériatrique ou le projet pilote 'fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins' pour les hôpitaux psychiatriques. Ces deux initiatives ont contribué dans une large mesure à l'introduction de la méthodologie au sein des hôpitaux. Par ailleurs,

l'implémentation de la fonction de RHCS dans le programme de soins pour le patient gériatrique sans intégration du rôle du service social constitue une opportunité manquée.

Le travailleur social joue un rôle de coordinateur entre les secteurs intrahospitalier et extrahospitalier. Pour que la collaboration avec le secteur extrahospitalier soit efficace, il faut que chacun connaisse bien la fonction ainsi que les possibilités de l'autre et qu'il y ait une concertation et une communication suffisantes. D'une manière générale, la collaboration avec les partenaires extrahospitaliers est considérée comme bonne. Néanmoins, la collaboration repose encore souvent sur les contacts personnels entre les intervenants et n'est pas organisée de manière structurelle. On constate en outre que la concertation structurelle est plus développée dans certaines régions que dans d'autres. Or, un bon niveau de développement de concertation structurelle va de pair avec une tendance à l'officialisation des conventions par le biais de contrats, d'accords de collaboration, de procédures, etc.

2. Problèmes et recommandations

Les problèmes qui se posent par rapport à la méthodologie liée à la fonction de RHCS sont regroupés ci-dessous selon trois niveaux : micro, méso et macro. L'inventaire dressé ci-dessous est, dans une large mesure, la synthèse du document 'Inventaire des problèmes inhérents à la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins', rédigé en 2009 par le Groupe de travail 'Service social à l'hôpital' (SPF SPSCAE).

A. NIVEAU MICRO

❖ *Communication précoce, claire et univoque/collaboration entre les différentes disciplines, tant dans les activités de polyclinique que lors de l'hospitalisation.*

Garantir la continuité des soins nécessite de détecter les patients à risque en polyclinique. Un dépistage efficace des patients à risque doit également avoir lieu dès l'admission. Pour l'instant, dans les hôpitaux généraux on perd encore trop souvent trop de temps parce que des problèmes sont détectés à un stade trop avancé.

Le patient et son entourage devraient pouvoir disposer dès l'hospitalisation et/ou l'admission en polyclinique d'informations correctes et claires sur la préparation et la planification de la sortie de l'hôpital. Le service social doit, en outre, être averti en temps opportun du moment de la sortie, de sorte qu'il puisse prendre les dispositions nécessaires.

Dans les hôpitaux psychiatriques, on connaît beaucoup moins ce problème parce que le fonctionnement interdisciplinaire s'y est déjà bien développé et intégré, ainsi le travailleur social est impliqué dès le début dans le trajet de soins du patient.

Il y a une réelle nécessité d'une bonne adéquation entre les différentes disciplines. Toutes n'étant, à l'heure actuelle, pas encore convaincues de l'importance que revêt la concertation interdisciplinaire, les soins ne sont pas encore suffisamment adaptés au patient et à son environnement.

Lors de la journée d'étude 'Le travail social en hôpital', l'interdisciplinarité a été définie comme "une approche efficace et globale de soins pour le patient et son entourage - obtenue par une collaboration systémique et poussée entre tous ceux qui travaillent au sein de l'hôpital". On a également dressé une liste des conditions devant nécessairement être remplies pour pouvoir parler effectivement de 'travail interdisciplinaire'. Il faut en l'occurrence que:

- la direction de l'hôpital soit disposée à appliquer cette méthode de travail au sein de l'établissement;

- les tâches qui incombent aux différentes disciplines soient clairement définies et délimitées;
- chaque discipline soit disposée à et veuille collaborer dans la confiance et le respect mutuels;
- l'on poursuive un objectif social à partir d'une vision commune;
- l'on accepte qu'il y ait certains chevauchements entre les membres de l'équipe;
- l'on envisage le patient dans sa globalité;
- l'on fasse preuve de souplesse et de flexibilité;
- chaque discipline applique le secret professionnel partagé;
- chaque intervenant professionnel prenne ses responsabilités par rapport aux accords conclus;
- l'on communique bien, pour faciliter la collaboration;
- l'on organise des contacts réguliers et des réunions d'équipe chaque semaine au même moment;
- l'on ait une bonne connaissance des services extrahospitaliers et que l'on mette en oeuvre une communication et une collaboration de qualité avec eux;
- l'on assure une transmission orale et écrite de l'information;
- l'on prévoie des conditions légales concernant les effectifs du service social.

Le travail en interdisciplinarité suppose que le résultat global obtenu par un travail en équipe soit une meilleure garantie pour la qualité de l'aide apportée que le résultat obtenu par chaque discipline agissant séparément. Ce travail en interdisciplinarité requiert que l'équipe soit consciente de la nécessité d'envisager la personne 'dans sa globalité' et pas seulement en tant que 'malade'. Les travailleurs sociaux sont très conscients de l'importance du travail en interdisciplinarité non seulement du fait de la fonction qu'ils exercent au sein de l'hôpital, mais aussi de par leur formation, qui envisage systématiquement le patient dans sa globalité.

On remarque que c'est surtout dans les services traditionnellement confrontés à un grand nombre de problèmes psychosociaux, comme la psychiatrie, l'oncologie, par exemple, que le travail en interdisciplinarité est déjà bien implanté. Dans les services à vocation plus médicale, comme la chirurgie par exemple, on n'applique que peu - ou pas du tout - la méthode de travail en interdisciplinarité et chacun travaille encore trop souvent dans son coin. La mise en place de la concertation interdisciplinaire au sein de ces services est compliquée, par exemple, par la courte durée moyenne de séjour des patients, la présence limitée des médecins, etc.

D'une manière générale, il semble que le travail en équipe interdisciplinaire accroît la reconnaissance et l'intégration du travail social au sein d'un service. Le fait que certains services ne travaillent pas de cette façon s'explique le plus souvent par les opinions personnelles du médecin responsable ou par des conflits individuels.

❖ *Il faut viser la complémentarité entre l'aspect médical et le volet social*

Le bien-être médical et/ou psychique prévaut toujours sur l'aspect social. Il est fréquent que les médecins tiennent uniquement compte du bien-être médical et/ou psychologique du patient et se fondent uniquement sur celui-ci pour programmer sa sortie, sans avoir égard à la dimension sociale.

Le financement des hôpitaux généraux entraîne des sorties (trop) rapides (cf. 'Financement du travail social en hôpital'). C'est pour cette raison que la fonction de RHCS est considérée par la direction comme un moyen de faire sortir le plus rapidement possible des patients de l'hôpital. L'objectif principal du référent hospitalier est toutefois de mieux préparer la sortie des patients. Il n'est pas rare, par conséquent, que les travailleurs sociaux se retrouvent dans une position délicate

et d'impuissance, puisque c'est au médecin qu'il appartient en définitive de fixer la date de sortie effective.

Contrairement aux hôpitaux généraux, les hôpitaux psychiatriques ne sont moins exposés à pression en matière de durée de séjour, les travailleurs sociaux y sont en général rapidement informés de la date de sortie du patient grâce au fonctionnement interdisciplinaire et ils ont presque toujours assez de temps pour préparer la sortie. Une sortie, dans un hôpital psychiatrique, est donc en général bien préparée, d'où la chance de rechute fondamentale est assez bien diminuée.

❖ *Problématique des admissions et transferts de certaines populations de patients spécifiques*

Le transfert pose d'importants problèmes pour certaines populations de patients spécifiques. Les possibilités d'un accueil adapté font cruellement défaut pour (énumération non-limitative):

- les sans domicile fixe;
- les enfants ayant de graves problèmes médicaux et une situation familiale intenable;
- les patients présentant une problématique complexe à facettes multiples comme, par exemple, les patients qui souffrent à la fois de problèmes médicaux et psychiatriques, les patients présentant des limites intellectuelles ou qui souffrent d'une problématique psychiatrique (et/ou de s comportements);
- les patients gériatriques à profil A ou O, qui ne peuvent plus rentrer chez eux;
- les 20 à 60 ans nécessitant un accueil en structure résidentielle.
- les mineurs mis en observation;
- les personnes autistes ayant une intelligence normale.
- Les patient avec le syndrome de Korsakow ou le syndrome de Huntington.
- Patients présentant des troubles comportementaux et/ou.

Les hôpitaux sont également confrontés de plus en plus souvent aux "hospitalisations sociales"⁹. Pour certains patients "sociaux", le séjour en hôpital peut durer jusqu'à six mois avant que l'on trouve une solution à leurs problèmes. Comme le traitement de ces patients n'entre pas dans les missions de l'hôpital, cela entraîne toute une série de problèmes, que ce soit sur le plan financier, organisationnel ou pratique. Les hôpitaux ne sont pas davantage en mesure de prévoir un encadrement approprié qui permette d'offrir à ces patients un accompagnement adapté. Ce phénomène s'explique en partie par le manque de personnes sur lesquelles les intéressés pourraient s'appuyer (intervenants de proximité), la société étant devenue plus individualiste, par le manque de certaines structures ainsi que par une surcharge des services de soins à domicile.

B. NIVEAU MESO

❖ *Nécessité d'élaborer une vision, des directives, ainsi qu'un plan stratégique global*

La méthodologie appliquée par les hôpitaux en ce qui concerne la fonction de RHCS varie fortement d'un établissement à l'autre. Certains hôpitaux développent leur méthodologie sur l'ensemble de l'hôpital, d'autres se limitent aux conditions strictement nécessaires pour le

⁹ Par 'hospitalisation sociale', on entend l'hospitalisation d'un patient motivée par une situation de crise sociale qui, si elle n'est pas traitée en urgence, risque d'avoir de graves conséquences pour la vie du patient, et pour laquelle il n'y a pas d'autre solution que l'hospitalisation.

financement. Il faudrait une vision et une politique plus uniformes en ce qui concerne le contenu donné à la fonction de RHCS à l'échelon hospitalier.

Dans certains cas, le rôle du référent hospitalier pour la continuité des soins, que l'on appelle parfois aussi le coordinateur des RHCS, manque de clarté, que ce soit à l'intérieur du programme de soins pour le patient gériatrique ou de manière générale. Idéalement, le RHCS d'un hôpital devrait, avec l'aide d'un comité d'accompagnement, être responsable de la coordination de l'implémentation, du développement et de la mise en oeuvre de la méthodologie concernant la fonction de RHCS aux niveaux méso et macro. Etant donné la fonction que remplit le service social dans le cadre de la fonction de RHCS, cette dernière pourrait être ajoutée au service social en hôpital comme fonction de staff sous supervision, au niveau du contenu, du responsable du service social. Cette fonction dirigeante doit être remplie par une personne titulaire d'un diplôme d'assistant social ou d'infirmier social.

Certains hôpitaux ont élaboré des directives officielles en matière de coordination des sorties afin d'optimiser la sortie des patients. Il conviendra d'encourager l'élaboration et la mise en oeuvre de telles directives au sein des hôpitaux.

Pour s'approprier la méthodologie liée à la fonction de RHCS, il faudrait que tous les travailleurs sociaux des hôpitaux suivent une formation. Les interventions au niveau régional au sujet de la fonction de référent hospitalier sont également très enrichissantes pour le travail social pour. e.a. l'échange d'expérience et la détection des points névralgiques communs du travail social. Il serait en outre bon que la formation des autres disciplines hospitalières (médecins, infirmiers, par exemple) porte une certaine attention à la méthodologie liée à la fonction de RHCS. On s'assurerait ainsi que les disciplines qui participent à la concertation interdisciplinaire sont déjà familiarisées avec les principes de la fonction de RHCS.

C. NIVEAU MACRO

❖ Continuer à poser comme principe un dialogue constructif entre plusieurs secteurs

L'échange d'informations entre les services intra- et extrahospitaliers reste un gros problème. La transmission d'informations entre les services/établissements est encore trop souvent insuffisante. On ne peut déterminer précisément à qui incombe la prise de contact, ni quel rôle le patient et/ou sa famille ont à jouer à cet égard ou s'ils ont voix au chapitre sur la question. La concertation en matière de soins à donner à un patient peut apporter une énorme plus-value à cet égard en permettant aux différents intervenants de coordonner leurs soins en faveur de ce patient.

Sachant que les services de soins à domicile et les hôpitaux travaillent à un rythme tout à fait différent, il n'est pas rare que les services de soins à domicile éprouvent des difficultés à mettre en place une aide à court terme. S'il est en soi une initiative positive, le dossier de soins à domicile n'a cependant aucune plus-value à ce jour puisqu'il n'est établi que de manière sporadique lors de l'hospitalisation.

Les exemples cités plus haut montrent qu'il est indispensable d'élargir les réseaux et les accords de collaboration (officiels) si l'on veut améliorer l'efficacité des sorties sans que la qualité en pâtisse.

La collaboration avec des partenaires extrahospitaliers a lieu, à l'heure actuelle, surtout dans le cadre de l'organisation de la sortie d'un patient. Or, dans le cadre de la problématique de

l'accessibilité de l'hôpital pour certains groupes vulnérables sur le plan social (personnes âgées, nécessiteux, allochtones, etc.), il faudrait une collaboration accrue avec les partenaires extrahospitaliers, essentiellement les intervenants de première ligne.

❖ **Possibilités de transfert à des services et structures externes.**

Les principaux problèmes inhérents au transfert vers des structures externes sont les suivants:

- La longueur des listes d'attente fait souvent obstacle à l'admission. Les listes d'attente sur le marché du logement social constituent elles aussi un gros problème;
- Il y a une pénurie sévère dans le secteur de l'accueil de nuit et le coût des initiatives existantes est souvent élevé;
- On manque cruellement de maisons de repos et de résidences-services avec services limités;
- Pour les courts séjours aussi, la pénurie est importante;
- Il est fréquent que les établissements aient des profils de patients spécifiques, ce qui complique l'adressage dans bon nombre de cas.
- Pour les patients psychiatriques en particulier, des problèmes se posent au niveau du transfert vers le secteur des handicapés, du marché du logement social et des structures résidentielles.
- Les hôpitaux à large rayon d'action géographique sont confrontés à la difficulté de devoir collaborer avec des structures situées en dehors de leur région.

Mettre en place un système de "soins intermédiaires", permettant aux personnes de poursuivre leur convalescence jusqu'à ce qu'elles soient à nouveau en mesure de s'assumer, comme c'est le cas en Angleterre par exemple, permettrait de résoudre bon nombre de problèmes sur le plan de la continuité des soins.

POINTS D'ACTION:

16. La définition d'une vision claire par rapport à la fonction de RHCS et à l'implémentation de celle-ci à l'hôpital;

- Moyens:
- assurer la représentation du groupe de travail 'Service social à l'hôpital' dans les organes de concertation qui s'occupent de la fonction de RHCS.
 - ajouter la fonction de RHCS à la liste des fonctions de staff du service social.

17. Mettre au point un instrument de dépistage adéquat permettant de détecter les "patients à risque" avant leur admission.

- Moyens :
- inventorier les instruments de dépistage actuellement utilisés par certains hôpitaux.
 - poursuivre la recherche de critères permettant de détecter efficacement les 'patients à risque'.

18. Stimuler le travail interdisciplinaire dans chaque service hospitalier.

- Moyens:
- continuer à sensibiliser les autres disciplines hospitalières par rapport à la plus-value du travail en interdisciplinarité.
 - aborder la méthodologie liée à la fonction de RHCS au cours de la formation des médecins, infirmiers, etc.

19. Encourager la collaboration avec les partenaires extrahospitaliers en ce qui concerne l'admission et la sortie des patients afin de favoriser la continuité des soins.

Moyens: - *définir des pratiques d'excellence en matière de collaboration (structurelle) avec les partenaires externes.*

20. Accroître l'accessibilité des hôpitaux en faveur des groupes socialement vulnérables.

Moyens: - *déterminer les problèmes qui se posent en matière d'accessibilité de l'hôpital.*
- *encourager la collaboration avec les intervenants de la première ligne (médecins généralistes, CPAS, etc.) en matière d'accessibilité de l'hôpital.*
- *inventorier, développer et mettre en oeuvre des projets liés à la coordination des admissions (au sein de l'hôpital et avec la première ligne).*

21. Continuer à prouver et à faire connaître les problèmes qui se posent par rapport aux possibilités de transfert de certaines populations de patients dans des structures et services externes.

Moyens : - *réaliser une cartographie détaillée des problèmes liés au transfert de certaines populations de patients.*

DEVELOPPEMENT ET CONTROLE DE LA QUALITE

1. *Ethique et déontologie*

La journée d'étude 'Le travail social en hôpital' (1998) montre que les problèmes auxquels le travailleur social est confronté sont, d'une manière générale, de trois ordres:

- conflits d'intérêts lors d'une prise de décision ou dans les actions à mener;
- défaillances du système;
- questions sociales générales.

Face à de telles situations difficiles, le travailleur social est bien souvent tiraillé entre des conflits d'intérêt individuel et collectif, qui le contraignent à dégager une solution qui n'est que partiellement satisfaisante. Cela éveille naturellement un sentiment d'insatisfaction et d'impuissance.

Les codes de déontologie existants du travail social n'apportent pas une réponse satisfaisante aux problèmes spécifiques rencontrés quotidiennement dans les hôpitaux. Les travailleurs sociaux se trouvent de ce fait dans une zone de tension et ils font des choses qui ne sont pas correctes du point de vue déontologique, mais on ne leur laisse pas d'autre choix. Il faudrait renforcer la collaboration et les échanges entre l'enseignement et le terrain pour mettre les codes de déontologie davantage en adéquation avec la pratique.

La forte pression que le système de financement des hôpitaux généraux induit en matière de sorties (cf. 'Financement du travail social en hôpital') affecte non seulement la qualité des soins, mais met aussi régulièrement le travailleur social en position délicate sur les plans de l'éthique et de la déontologie. Connaissant la position que le travailleur social occupe vis-à-vis de l'hôpital et du patient, on peut peut-être considérer que c'est à lui qu'il revient de décrire les problèmes éthiques et de veiller à ce qu'on puisse en discuter.

La reconnaissance de la fonction du service social et du statut du travailleur social et l'intégration d'indicateurs sociaux dans le système de financement des hôpitaux sont deux éléments parmi d'autres qui devront permettre de garder la maîtrise des conflits d'intérêt auxquels les travailleurs sociaux sont confrontés au quotidien.

POINTS D'ACTION:

22. Renforcer la collaboration entre les services sociaux des hôpitaux et les écoles supérieures en ce qui concerne la mise en adéquation des codes de déontologie existants avec la pratique.

2. *Favoriser l'expertise*

On l'a vu dans la section consacrée au cadre légal concernant le service social, tous les collaborateurs du service social, à l'exception des collaborateurs administratifs, doivent posséder un diplôme d'assistant social ou d'infirmier social. Mais certains chefs de service ont indiqué que

la formation d'infirmier social a été fortement appauvrie sur le plan du contenu par la récente diminution de la durée de formation de quatre à trois ans.

Un minimum de connaissances en gestion hospitalière et en financement est de nos jours indispensable pour pouvoir exercer correctement la fonction de responsable du service social. Les responsables des services sociaux doivent être motivés afin de se former à ce sujet.

Il faudrait également que le service social puisse, par comparaison avec l'art infirmier, avoir droit à une fonction de staff afin de soutenir les travailleurs sociaux dans le secteur du développement de la qualité, etc. A l'heure actuelle, tout cela incombe au responsable du service social.

Les chefs de service considèrent que la formation et l'intervision (interne et externe) revêtent une grande importance pour garantir la qualité de l'assistance apportée. Ce besoin de formation est corroboré par l'inventaire des tâches qui a été dressé dans le cadre de l'étude portant sur le "Développement d'un instrument de gestion au sein du travail social dans un hôpital". Il ressort de cet inventaire que le travailleur social doit connaître un grand nombre de domaines, qui sont de surcroît en perpétuelle évolution et requièrent un rafraîchissement régulier des connaissances pour pouvoir continuer à garantir la qualité de l'assistance apportée. Mais le temps et les moyens font encore trop souvent défaut pour pouvoir répondre au besoin existant. Des minima en matière de formation et de supervision devraient être prévus dans les normes légales.

De nombreux services sociaux organisent des formations et supervisions internes pour leurs collaborateurs. Il serait bon que l'on renforce la collaboration entre les services sociaux dans ce domaine, en tenant compte des possibilités et des moyens limités des hôpitaux de (plus) petite taille. En améliorant la collaboration, on augmenterait l'expertise et on éviterait à de nombreuses reprises que le travail soit fait deux fois.

Par le passé, le service social de l'UZ Leuven a organisé une formation en faveur des travailleurs sociaux hospitaliers débutants. Elle était également ouverte aux travailleurs sociaux externes. Ce genre de formation est important car, pour travailler en tant que travailleur social en hôpital, il faut posséder des connaissances et des compétences spécifiques que l'on ne peut acquérir dans l'enseignement ordinaire. Pour organiser une formation en faveur des travailleurs sociaux débutants, il faudrait que les services sociaux entament une collaboration avec le monde académique, qui peut apporter une expertise pédagogique faisant défaut aux acteurs de terrain.

Différents services sociaux travaillent avec des mentors qui assurent l'encadrement des nouveaux collaborateurs pendant leur période de rodage. Aux Pays-Bas, certains hôpitaux utilisent un système de mentors dispensés pour assurer l'encadrement des nouveaux collaborateurs. L'avantage d'un tel système tient en ce que ces mentors peuvent, parallèlement à leur connaissance des aspects de fond du travail social en hôpital, se forger également une grande expertise grâce à cette fonction de mentor pour les nouveaux collaborateurs.

POINTS D'ACTION:

23. L'intégration de normes de qualité dans un cadre légal pour le service social en hôpital.

Moyens:

- *intégrer dans des normes légales les diplômes d'assistant social et d'infirmier social comme seules qualifications donnant accès à la fonction de travailleur social.*
- *inscrire dans les normes légales un minimum de formation et de supervision pour chaque travailleur social.*
- *inscrire dans les normes légales le droit à une fonction de staff pour le service social.*

24. Amélioration de l'offre et de la qualité des formations pour les travailleurs sociaux en hôpital.

Moyens:

- *organiser une formation pour le travailleur social débutant en collaboration avec le monde académique.*
- *améliorer la collaboration entre les services sociaux des hôpitaux en ce qui concerne l'organisation de formations pour les travailleurs sociaux.*

3. Organisation et évaluation

La plupart des services sociaux disposent d'une description de fonction pour les travailleurs sociaux. Contrairement à la description de fonction, les profils de compétence sont beaucoup moins développés aux sein des services sociaux hospitaliers. Ce sont surtout les hôpitaux de (plus) grande taille qui les ont mis au point. Les profils de compétence définissent les compétences, connaissances et attitudes indispensables pour pouvoir exercer une fonction déterminée.

Il est frappant qu'il n'existe en général pas de description de fonction spécifique ni de profil de compétences pour le responsable du service social. Il arrive qu'il soit placé sur un même pied que la fonction d'infirmier en chef, mais les deux fonctions sont trop différentes pour utiliser la description de fonction et le profil de compétences de l'une pour l'autre.

Pour l'évaluation des travailleurs sociaux, certains hôpitaux utilisent un plan de développement personnel qui se décompose en différentes phases: planifier, fonctionner et évaluer. Mais la plupart des hôpitaux n'ont pas d'instrument d'évaluation permettant d'évaluer le travailleur social.

La quasi totalité des services sociaux ont élaboré des procédures spécifiques pour les différentes activités, celles-ci étant par conséquent accomplies de manière uniforme par l'ensemble des travailleurs sociaux de l'hôpital.

Ces instruments sont développés par les hôpitaux de manière isolée et on remarque que les hôpitaux de (plus) petite taille enregistrent un certain retard au niveau du développement de tels instruments. Pour éviter de réinventer l'eau chaude à chaque fois et aider les (plus) petits hôpitaux, il serait souhaitable que les services sociaux des hôpitaux collaborent plus étroitement à cet égard. On pourrait élaborer un guide des bonnes pratiques qui se concentrerait sur les aspects génériques de tels instruments (descriptions de fonction, profils de compétence,...), la transposition opérationnelle de ces instruments dans le contexte spécifique de chaque établissement devant être définie à l'échelon de l'hôpital.

POINTS D'ACTION:

25. Encourager la mise au point d'instruments de travail permettant d'améliorer la qualité des prestations du travail social.

4. Recherche scientifique

La recherche scientifique est indispensable pour soutenir et améliorer le développement de l'expertise et de la méthodologie dans le secteur du travail social en hôpital et, par extension, dans l'ensemble du système des soins de santé.

Il n'y a cependant pas, en Belgique, de tradition en matière de recherche scientifique sur le travail social. C'est surtout en Amérique que l'on mène des recherches dans ce domaine. Cette absence de recherche scientifique est également due au fait que la formation de master en travail social en est encore à ses balbutiements. Il est clair que la collaboration entre le terrain et les facultés devra encore s'intensifier. A quelques exceptions près, la collaboration avec les écoles supérieures est également insuffisante dans le domaine de la recherche.

Parallèlement à la collaboration avec le monde scientifique, le travail social devrait recourir davantage aux programmes de recherche existants qui sont financés par les pouvoirs publics.

POINTS D'ACTION:

26. Encourager les universités à consacrer des recherches scientifiques au travail social dans le secteur des soins de santé, en collaboration avec les acteurs de terrain.

5. Travail en réseau

Dans la mesure où les travailleurs sociaux des établissements hospitaliers sont confrontés à des problèmes extrêmement similaires sur l'ensemble du territoire et eu égard à la nécessité de mettre en place une collaboration poussée, comme on l'a vu dans le présent document, il semble souhaitable que les travailleurs sociaux intensifient leurs efforts en matière de formalisation des lieux et occasions de rencontre et de réflexion sur les problèmes et évolutions de la profession.

Diverses concertations informelles sont d'ores et déjà organisées à différents niveaux pour les travailleurs sociaux des hôpitaux, habituellement au sein d'une région déterminée (en général, la province), d'une organisation faîtière (p. ex. le "Zorgnet", les Frères de la charité, etc.), ou dans le cadre d'un projet déterminé (p. ex. la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins). Ces concertations regroupent tantôt hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques, tantôt un seul de ces deux types d'établissements. Mais comme toutes ces réunions de concertation ont lieu de manière tout à fait indépendante les unes par rapport aux autres, il n'y a pas d'approche commune.

Début 2009, le SPF SPSCAE a pris l'initiative de redynamiser le groupe de travail 'Service social à l'hôpital' et de lui fournir un appui en libérant un agent. Créé dans le prolongement de la journée d'étude consacrée au 'Service social en hôpital', ce groupe de travail a connu maints changements de composition au fil des ans et se réunissait de manière très irrégulière. Il s'est enlisé, essentiellement faute d'avoir bénéficié d'un soutien structurel.

Lorsqu'il a constitué le "nouveau" groupe de travail 'Service social en hôpital', le SPF SPSCAE a bien mis l'accent sur la représentativité de celui-ci par rapport au paysage hospitalier belge. Les membres du groupe de travail représentent les hôpitaux situés dans leur province. Il ont également été chargés de relancer la concertation provinciale pour les travailleurs sociaux, si besoin était, et de fournir un feed-back aux instances provinciales. On entendait ainsi créer des

conditions permettant à l'ensemble du secteur d'adhérer aux recommandations du groupe de travail.

Il serait souhaitable que ce groupe de travail reçoive un caractère officiel en qualité d'organe de réflexion et d'avis pour la politique concernant le travail social dans l'hôpital. Pour pouvoir garantir un bon fonctionnement de cet organe, on doit prévoir un financement minimum.

En Flandre, les premières démarches en vue de l'installation d'une association professionnelle pour les travailleurs sociaux des hôpitaux ont été effectuées début 2009 à l'échelon flamand.

S'organiser de manière formelle en tant que groupe professionnel permet davantage de donner l'image d'un groupe solidaire et améliore la visibilité de la fonction du travailleur social, ce qui n'est que trop rarement le cas jusque là. Il faut en outre savoir qu'une association professionnelle peut jouer un rôle majeur lorsqu'il s'agit de développer et de proposer des formations adaptées et d'organiser des journées d'étude.

POINTS D'ACTION:

27. Encourager la concertation structurelle du travail social en hôpital à tous les niveaux (local, provincial et national).

- Moyens:
- *cartographier les structures de concertation existantes du travail social en hôpital.*
 - *harmoniser les structures de concertation existantes.*
 - *Créer un organe d'avis officiel permanent pour la politique en matière de travail social dans l'hôpital.*

28. Accroître la visibilité du groupe professionnel, et ce tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement.