

**MINISTÈRE DES  
AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
ET DE L'ENVIRONNEMENT**

**BRUXELLES, le 12/07/2001**

**Administration des Soins de Santé**

**Direction de la politique  
des soins de santé**

**CONSEIL NATIONAL DES  
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

**Section "Programmation et Agrément"**

**N/Réf. : CNEH/D/PSY/197-2 (\*)**

**AVIS RELATIF AU  
TRAVAIL SOCIAL DANS LE SECTEUR DES  
SOINS DE SANTÉ MENTALE**

**LE PRÉSIDENT,**

**Prof. Dr. J. PEERS**



**(\*) Cet avis a été ratifié lors du Bureau extraordinaire du 12/07/2001**

Le 2/3/2001, le Conseil national des établissements hospitaliers a formulé un avis coordonné relatif à la mission du service social dans l'hôpital général, après avoir constaté qu'il n'existait pas, pour les hôpitaux généraux, de normes spécifiques pour la mission et l'encadrement du service social.

Compte tenu du fait que, d'une part, on a déjà pris des dispositions relatives à l'encadrement du service social dans les normes relatives aux services hospitaliers psychiatriques A-T-K et Sp-psychogériatrie et que, d'autre part, la spécificité de la demande d'aide dans les soins de santé mentale exige une concrétisation adéquate de la mission du travail social, on a demandé au groupe de travail permanent psychiatrie de formuler un avis supplémentaire relatif au « travail social dans les soins de santé mentale ».

Cette mission a été confiée au groupe de travail ad hoc « travail social au sein des SSM », qui regroupe les membres du groupe de travail permanent psychiatrie et des experts du terrain.

Les membres du groupe de travail étaient les suivants :

- Monsieur M. Demarsin
- Monsieur R. De Rycke
- Monsieur J.C. Frogneux
- Monsieur L. Geladé
- Monsieur G. Goyvaerts
- Monsieur P. Jacques
- Madame M. Rohard
- Monsieur M. Vandervelden
- Monsieur J. Van Holsbeke (président)

Le secrétariat était assuré par Mesdames C. Jamin et L. Versluys.

Le groupe de travail ad hoc s'est réuni à 5 reprises :

- 02/02/2001
- 14/03/2001
- 17/04/2001
- 07/05/2001
- 29/05/2001

## Cadre général et points de départ du présent avis

Lors de la formulation du présent avis, on est parti de la réalité et des expériences actuelles et on a formulé des propositions d'adaptation de la réglementation actuelle relative à l'encadrement en personnel du travail social, aussi bien dans les services hospitaliers psychiatriques que dans les maisons de soins psychiatriques et les habitations protégées.

Dans le cadre de l'élaboration des programmes de soins offerts par les réseaux SSM, axés sur les groupes cibles qui dépassent le cadre des établissements, on formule également les défis, et les missions y afférentes, auxquels le travail social sera confronté à l'avenir.

Au cours des activités du groupe de travail ad hoc, on a examiné les éléments suivants :

- La note de politique relative aux soins de santé mentale des ministres Aelvoet et Vandembroucke, intitulée : « Là psyché : le cadet de mes soucis », dont plusieurs passages sont explicitement en faveur d'une valorisation de la dimension sociale dans l'aide SSM, ainsi que d'un développement du travail social.
- Les résultats de l'enquête réalisée en mai 2000 auprès des services sociaux des hôpitaux (à l'inclusion des hôpitaux psychiatriques) par le ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, administration des soins de santé.
- Le version définitive du texte « service social à l'hôpital », élaboré par un groupe de travail au sein de l'administration fédérale de la Santé publique, qui sera prochainement publié.

### Le présent avis traite des aspects suivants :

1. Les normes juridiques relatives au travail social au sein des SSM
2. Problématique
  - 2.1. Evolutions et attentes générales
  - 2.2. Concrétisation de ces attentes à l'égard du travail social dans les différentes structures de soins
3. L'enquête : service sociaux dans les hôpitaux
4. Le travailleur social et la dimension sociale dans les SSM : une mission et une contribution spécifiques
5. Proposition de revalorisation du travail social au sein des SSM

## **1. Normes juridiques relatives au travail social dans les SSM**

### O Services hospitaliers psychiatriques

Depuis l'agrément des services A et T en 1974, la norme est restée inchangée (AR du 15/02/1974).

- Service K : par 20 patients : 1 inf. grad. soc. ou un travailleur social.
- Service A : par 60 patients : 1 inf. grad. soc. ou 1 travailleur social.
- Service T : par 120 patients : 1 inf. grad. soc. ou 1 travailleur social (idem pour Tg)
- Cette norme s'applique aussi à l'hospitalisation partielle dans ces services.

- Service Sp : par 90 patients : 1 inf. grad. soc. ou 1 travailleur social.

O Maisons de soins psychiatriques : pas de normes explicites !

O Habitations protégées : pas de normes explicites

O Centres de soins de santé mentale : obligation explicite de prévoir un ou plusieurs membre(s) du personnel des « disciplines sociales ».

La réglementation mentionne les normes minimales.

Globalement, on peut dire qu'en ce qui concerne le groupe global des normes relatives au personnel, seule une infime partie est prévue pour les professions qui sont spécifiquement formées à l'accompagnement psychosocial des patients.

La fonction du travail social peut aussi bien être remplie par un assistant social que par un infirmier social. Le titre d'infirmier social est protégé par le ministère de la Santé publique pour ce qui est de l'exercice de l'art infirmier et des titres professionnels particuliers. Le titre d'assistant social est protégé au sein du ministère de la Justice par la loi du 12 juin 1945. *Le texte emploiera dorénavant le terme générique de travailleur social.*

Selon l'équipement dans les SSM, on parle de patients, de résidents, de clients, d'utilisateurs, ...

*Afin d'éviter tout malentendu, on emploiera dans le texte le terme plus général « utilisateur », qui est valable dans les différents secteurs des SSM...*

## **2. Problématique**

### **2.1. Evolutions et attentes générales**

#### ***Une évolution sensible dans la société***

- La société et la réglementation qui la régit sont devenues beaucoup plus complexe. Citons par exemple les procédures concernant l'admission forcée, la gestion des biens, l'assurabilité, les pièges à l'emploi, les pièges à l'inactivité, ...
- L'accès aux soins est limitée par les problèmes d'inaccessibilité sur le plan financier, malgré le fait que l'on ait pris récemment des mesures positives à l'égard des utilisateurs. Le travailleur social doit intervenir pour la médiation en matière de dettes, les subsides de location, l'acquisition de l'intervention majorée, demandes d'aide auprès du CPAS ...
- En outre, il faut pouvoir garantir à des groupes spécifiques de patients, tels que les allochtones, un accompagnement interculturel adéquat.
- Actuellement, on compte sur une implication et une participation plus importantes dans les soins, tant de la part des utilisateurs et que des membres de leur famille. Tous souhaitent être mieux informés, sont plus émancipés et sont soutenus par les associations de personnes concernées et par les mutualités. L'autorité soutient explicitement cette évolution dans la note de politique, entre autres dans le cadre

d'initiatives relatives aux droits des patients, à la médiation en matière de plaintes, à la participation, ...

- De même, les interactions de plus en plus fréquentes et nécessaires entre les SSM et les secteurs y afférents (évolution sur le marché du travail, réformes en matière de justice, secteur de l'aide sociale) ont un impact sur la nature et la quantité du travail social.

### ***Une évolution sensible au niveau de la demande de soins***

Les normes en matière de personnel montrent que le travailleur social est confronté à une réalité tout autre que celle d'il y a 25 ans. En principe, un travailleur social dans un service A par exemple, doit encore toujours s'occuper de 60 utilisateurs. Toutes les situations en matière de soins sont caractérisées par la rotation plus rapide des utilisateurs.

En outre, les problèmes sont devenus plus complexes (par exemple comorbidité) et on s'attend à ce que l'offre de soins soit basée sur la demande individuelle de soins des utilisateurs et de leur entourage. On attend aussi du travailleur social qu'il participe à l'élaboration d'un fonctionnement multidisciplinaire et axé sur les groupes cibles.

L'autorité souhaite veiller à la qualité du processus de soins. Pour les aspects relatifs à l'accueil et à la communication en matière de soins, on a fait appel, entre autres, à la contribution du travailleur social. Les soins font également l'objet d'un score dans le RPM.

### ***Une évolution sensible dans le secteur des soins de santé mentale***

Le nouveau concept relatif au contenu et à l'organisation des soins de santé mentale apportera d'importants changements. On crée de nouveaux programmes et de nouvelles formes de soins.

Pour ce faire, des réseaux d'équipements seront mis en place, qui organiseront, pour les groupes cibles, les soins requis en circuits de soins dépassant le cadre des établissements. Le travailleur social aura, en l'occurrence, un rôle important à jouer, tant pour la personne individuelle qui demande un aide que pour aider à développer ces associations. C'est le domaine par excellence dans lequel les travailleurs sociaux ont acquis une expérience de plusieurs années.

Lors de la réalisation des programmes de soins axés sur les groupes cibles qui dépassent le cadre des établissements, on a opté pour une collaboration complémentaire entre d'une part, le travail social au sein des SSM et, d'autre part, le travail social général, lesquels doivent se soutenir mutuellement.

Concrètement, on prendra des initiatives supplémentaires en matière de discussion concernant les utilisateurs, de concertation relative à la continuité des soins, d'harmonisation de l'accompagnement social concret et de suivi des dossiers.

Cette concertation entre le travail social au sein des SSM et le travail social général permettra un échange de connaissances et de compétences spécifiques.

## **2.2. Concrétisation de ces attentes relatives au travail social dans les différentes structures de soins**

- ***dans les services hospitaliers psychiatriques (HP et SPHG)***

Les sections hospitalières posent des exigences plus grandes à l'égard du service social.

Il y a plus de concertation interdisciplinaire, on attend une plus grande collaboration en matière de politique des unités de soins, où le travailleur social peut mettre des accents spécifiques. On attend également une collaboration pour ce qui est des programmes de formation, par exemple en matière de sécurité sociale, d'aptitudes sociales, mais également en ce qui concerne le développement de la psycho-éducation pour les utilisateurs et les membres de leur famille.

Dans le cadre de pensée bio-psychosocial des équipes, le travailleur social est un généraliste qui examine la situation de vie globale de l'utilisateur et qui introduit ainsi la réalité sociale (possibilités et/ou limitations) dans ce récit complexe.

- ***Dans la maison de soins psychiatriques***

A l'origine, la mission de la MSP était caractérisée par la population d'utilisateurs provenant de la section chronique de l'hôpital, qui étaient calmes et disposaient de certaines ressources financières. La mission du travailleur social se limitait alors à entretenir les contacts familiaux.

Actuellement, la MSP est devenu un équipement particulier où sont admis de jeunes utilisateurs ayant des problèmes aigus (tels que des fugues, des troubles comportementaux permanents, des suicides contre avis, ...) et de nombreux problèmes sur le plan financier. C'est pourquoi il y a beaucoup de travail : la procédure d'admission, les négociations avec le CPAS en ce qui concerne l'accessibilité sur le plan financier, les problèmes importants auxquels sont confrontés les utilisateurs devant se rendre dans une MSP et ayant une famille à charge...

Actuellement, la MSP ne dispose pas de normes spécifiques pour le travail social. Les travailleurs sociaux de l'hôpital psychiatrique sont, en pratique, encore toujours chargés des soins à ces utilisateurs. Il est plus que nécessaire d'établir une norme spécifique en matière de personnel.

- ***dans les habitations protégées***

Souvent, l'habitation protégée est née du service social, de par la nature du projet. En ce sens, le travailleur social est souvent très bien représenté au sein de l'équipe qui assure l'accompagnement. En outre, on travaille la plupart du temps avec un accompagnateur qui est responsable de l'accompagnement intégral des utilisateurs. De plus, il est nécessaire que l'équipe soit composée de manière pluridisciplinaire, afin que tous les utilisateurs puissent bénéficier de l'accompagnement auquel ils ont droit. L'accompagnateur (de quelque discipline qu'il soit) doit pouvoir s'adresser à des accompagnateurs d'autres disciplines lorsqu'il est confronté à une demande spécifique.

L'utilisateur d'une habitation protégée a droit à un « accompagnateur », mais en ce qui concerne la problématique psychosociale, il doit également pouvoir consulter un travailleur social, qui est spécialiste sur ce terrain. Il est demeuré indispensable de garantir une présence par projet.

- ***dans les initiatives de renouvellement des soins***

*O fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins*

Le projet relatif à la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins en est à sa troisième année. Il n'y a encore aucune certitude quant à la continuité de ce projet. En effet, il est, dans beaucoup d'endroits, partiellement assuré par le service social.

L'approche proposée dans la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins se situe dans le prolongement des méthodologies de préparation à la sortie et d'accompagnement qui étaient déjà appliquées auparavant par le travailleur social.

Cependant, il y a une plus-value: le traitement systématique, l'attention accordée à la sortie dès l'admission, la prise de contact avec les personnes qui adressent les utilisateurs, la collaboration étroite avec l'infirmier qui assure l'accompagnement, tout cela a permis de réaliser des plans de sortie très bien élaborés. En raison de la faible extension du personnel que génère le projet, il est possible de s'occuper à nouveau de l'accompagnement psychosocial à la sortie. Le projet permet d'effectuer une meilleure préparation à la sortie à tous les égards, de réaliser une concertation meilleure et accrue, tant au niveau interne (avec l'utilisateur et son accompagnateur personnel) qu'avec les soins à domicile (le médecin généraliste et les autres acteurs), ce qui permet d'améliorer la qualité. Les travailleurs sociaux sont bien placés pour aider à l'exécution de ce projet. A l'avenir, il y a lieu de valoriser cette méthode de travail et de l'étendre à une offre spécifique pour tous les utilisateurs présentant un risque accru de rechute dans les services hospitaliers aigus.

*O Travail et activité de jour : accompagnement du trajet professionnel - travail adapté - centres d'activités*

La réhabilitation et la resocialisation des utilisateurs en vue d'un travail et d'une embauche a toujours constitué la mission du travailleur social.

En recherchant un travail adapté, une formation, une activité de jour et en assurant l'accompagnement du trajet, le travailleur social peut avoir un rôle important à jouer, entre autres dans la rédaction des dossiers de demandes, l'examen des possibilités d'embauche sur le terrain, les pièges de l'inactivité... la collaboration avec les services et les initiatives existantes constitue à nouveau un élément très important.

*O Soins psychiatriques pour les utilisateurs qui restent à domicile*

Dans le cadre de la réalisation des différentes formes de soins psychiatriques pour les utilisateurs qui restent à domicile, le travailleur social aura un rôle important à jouer. Celui-ci, de par sa connaissance du terrain, donnera la priorité et fera appel aux initiatives et aux services déjà existants.

En termes généraux, on peut également dire que, dans la nouvelle vision des soins de santé mentale, les idées de base suivantes ont une importance particulière en tant que réponse à une demande de soins complexe : soins sur mesure, continuité des soins et participation. Pour offrir des soins efficaces, il faut un bon fonctionnement multidisciplinaire au sein de chaque module du programme global de soins. La contribution du travailleur social et sa compétence spécifique sont des éléments

indispensables à la réalisation de soins basés sur un contexte psycho-médico-social. La mission du travailleur social sera axée sur le soutien de l'utilisateur et des acteurs issus de son entourage social. En outre, le service social au sein des SSM tentera de stimuler un fonctionnement basé sur le soutien mutuel et la complémentarité avec le travail social général, qui est actif dans l'entourage des utilisateurs.

### **3. L'enquête : SERVICES SOCIAUX DANS LES HOPITAUX (\*)**

Cette enquête, réalisée en mai 2000 par le ministère fédéral, Administration des soins de santé, auprès de tous les hôpitaux, fait ressortir une série d'aspects qui donnent une indication sur le contenu du travail et les besoins, et ce également dans les hôpitaux psychiatriques.

#### ***Examen des résultats***

Globalement, on peut dire pour la plupart des hôpitaux que :

- le service social a une mission et une identité qui lui sont propres ;
- actuellement, l'occupation en personnel est beaucoup plus élevée que la norme ;
- le service social est en partie responsable de la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins, de l'accompagnement du trajet professionnel, de la médiation en matière de dettes et, de facto, le service social assume encore des tâches au sein de la maison de soins psychiatriques ;
- Actuellement, dans l'ensemble des tâches l'aide matérielle et sociale, l'accompagnement psychosocial et la coordination intra- et extra-muros sont les aspects les plus importants ;
- Il est frappant de constater que le souhait du travailleur social est de pouvoir consacrer davantage de temps encore à la coordination intra-et extra-muros et à l'accompagnement psychosocial de l'utilisateur ;
- Les partenaires les plus importants des services sociaux au sein des hôpitaux psychiatriques sont les mutualités, le CPAS et la Justice. Dans la perspective de programmes de soins axés sur des groupes cibles, il y aura, dans le cadre de la préparation à la sortie, de plus en plus de contacts avec les soins à domicile, les médecins généralistes et les autres partenaires.

### **4. Le travailleur social et la dimension sociale au sein des SSM : Une mission et une contribution spécifiques aux soins**

La note de politique en matière de soins de santé mentale de la ministre de la Santé publique, Magda Aelvoet, « La psychè : le cadet de mes soucis », décrit la situation actuelle et indique la direction à suivre pour les évolutions futures du secteur :

- « la demande croissante en matière de soins de santé mentale s'explique uniquement dans le contexte de notre société, qui évolue rapidement et qui devient de plus en plus complexe » (avant-propos).
- « Les problèmes liés aux soins de santé mentale sont multiples. On peut difficilement les comparer parce qu'ils dépendent du contexte social dans lequel

---

\* Annexe 1 : un résumé des résultats de cette enquête



ils apparaissent ainsi que des possibilités (financières) et de l'expérience » (page 5).

- « Dans chaque hôpital, il convient d'accorder à l'accompagnement des patients un encadrement et une place identifiables. Il faut offrir un accompagnement adapté lors de la prise de contact, pendant l'admission, le séjour, et la préparation de la sortie » (page 17).

Dans un premier temps, on peut dire que la mission du travailleur social dans les soins de santé mentale (en l'occurrence, le service social) est, de manière générale, conforme à la description de la mission telle qu'elle figure dans l'avis relatif au service social dans les hôpitaux du 2/3/2001.

Les dispositions figurant dans cet avis, relatives à la mission du service social, à méthodologie et aux missions, pouvant être ou non axée spécifiquement sur l'utilisateur et sur son entourage, peuvent être retenues comme points de départ pour l'élaboration future du travail social au sein des SSM.

A la lumière du développement progressif des programmes de soins axés sur les groupes cibles et dépassant le cadre des établissements, le travailleur social, de par sa formation spécifique, s'intéressera au contexte social, à la dimension sociale des SSM à travers les différentes phases du programme de soins.

Le travailleur social ne peut réaliser cela que s'il fait partie intégrale et intégrante de l'aide directe et qu'il peut aussi compter sur une forme d'organisation d'un « service social » qui assure le soutien lié à la discipline, l'évaluation, le contrôle de la qualité, la formation et le développement des compétences, ...

Actuellement, la dimension sociale, le travail social au sein des SSM sont presque exclusivement soutenus par le biais de la mission et du fonctionnement des services psychiatriques hospitaliers. A l'avenir, leur mission fera partie d'un programme global de soins axés sur les groupes cibles. L'hospitalisation ne constituera pas un élément isolé et devra pouvoir préparer à ce qui précède et à ce qui suit cette phase de soins dans le programme. Dans le cadre d'un programme de soins, l'hospitalisation restera un événement important dans le système social des personnes présentant des troubles psychiques. Dans le même temps, il faudra élargir l'horizon du travail social et le réorienter le cadre lié aux missions (hospitalisations) vers une perspective axée sur l'utilisateur et le trajet de soins.

Au sein des SSM, le travailleur social devra avoir une attention particulière pour les dimensions et modalités de travail suivantes :

- le comportement de l'utilisateur, dicté par son rôle social : tout un chacun remplit des rôles sociaux dans les différents aspects de la vie quotidienne : familial, professionnel, culturel, ...  
La problématique SSM peut porter atteinte à ces rôles. Il est extrêmement important de vérifier, pour chacun de ses domaines, s'il peut être qualifié de fort (de façon à pouvoir les conserver et les stimuler) ou de faible (de façon à les améliorer).
- les facteurs environnementaux : chaque individu est confronté aux données structurelles de son environnement : les conditions de logement, le travail, les

revenus, les dispositions juridiques, ... Ces éléments peuvent influencer positivement la vie (p.ex. un revenu décent) ou négativement (p.ex. le chômage). L'adaptation optimale de ces facteurs environnementaux permet d'augmenter les possibilités de participation et d'intégration.

Sur la base de cette analyse, le travailleur social vérifie quels acteurs dans la société sont déjà actifs pour cet utilisateur et son entourage. En outre, une collaboration efficace et un échange d'informations avec les prestataires de soins qui l'assistent à domicile sont indispensables (travail social général, médecin généraliste, soins à domicile, ...). Si cela s'avère nécessaire, il faut réguler et stimuler cette collaboration. Ensuite, il convient d'entamer et de faire intervenir de nouveaux canaux (manquants) dans le réseau social existant.

Ceci suppose une expertise dans le domaine social. Mais cela demande également une compétence en ce qui concerne les facteurs exerçant une influence, qui sont présents à différents niveaux ou qui font défaut.

L'élaboration de ce planning doit se faire au rythme du fonctionnement thérapeutique et sur la base de l'évolution de l'utilisateur.

La méthode systématique de travail et d'accompagnement au niveau de la dimension sociale est un élément essentiel et doit être garanti dans les différentes formes de SSM : l'hôpital psychiatrique, le SPHG, le CSSM, la maison de soins psychiatriques, l'habitation protégée mais également les projets de renouvellement des soins. Fondamentalement, il s'agit du même utilisateur, bien qu'il y ait des différences de priorité en fonction de la nature et du contexte de la demande de soins.

Dans tous les secteurs relevant des CSSM, la plupart des utilisateurs ont besoin d'une aide concrète et informative en rapport avec leur situation sociale parce qu'ils ne disposent pas toujours des compétences nécessaires. Le travailleur social conseille, négocie, fait de la médiation ou de l'adressage. Parfois, il doit également régler des aspects pratiques, en présence ou non de l'utilisateur, mais toujours en concertation avec lui.

Il convient de consacrer suffisamment d'attention à la prévention des rechutes, à l'information et à la psycho-éducation, tant pour l'utilisateur et son entourage que pour les prestataires de soins du premier échelon.

Le travailleur social remplit un rôle central dans la médiation et la coordination des soins. Souvent, le travailleur social organise et coordonne la concertation entre les différentes personnes concernées. Il travaille avec toutes les personnes concernées directement à différents niveaux. En ce sens, il doit également être attentif à la situation globale de vie. À cet égard, il remplit un rôle d'intermédiaire entre les disciplines, l'équipe, les autres prestataires de soins et l'utilisateur.

L'attention spécifique pour la dimension sociale de la demande et de l'offre de soins constitue le point de départ de la mission du travailleur social. À cet égard, il doit travailler de façon systématique et focalisée. En outre, il convient de s'adresser aux utilisateurs en tenant compte de leurs propres possibilités et responsabilités (elles peuvent être très différentes d'un utilisateur à l'autre et également en fonction du type de soins auquel on fait appel).

En tant que généraliste de l'aide, le travailleur social doit s'attacher surtout à la situation globale de vie. Il doit également remplir un rôle axé sur la politique suivie. Il faut accorder une attention systématique aux développements aux micro, meso et macroniveaux, grâce auxquels les utilisateurs ont des possibilités ou rencontrent des problèmes (fonction de signal, fonction de sensibilisation).

## **5. proposition de revalorisation du travail social au sein des SSM**

### **1. Evolutions futures**

Vu la complexité croissante des demandes de soins, telle que décrite ci-dessus, vu les évolutions très importantes de la société, des soins ... il est nécessaire d'apporter un soutien supplémentaire aux travailleurs sociaux. Assumer des missions, comme le présent avis le stipule, exige une formation continue et une formation de la pensée. Par conséquent, il faudra, au cours des prochaines années, accorder suffisamment d'espace et d'attention pour la formation et la formation continue spécifiques qui s'avèrent nécessaires.

Dans tous les avis formulés par le CNEH, relatifs à la concrétisation de l'organisation de nouvelles formes de soins, de nouveaux modules ... au sein des SSM, il convient de poser explicitement la question relative à la dimension sociale de cette nouvelle forme de soins et de la nécessité de l'apport spécifique du travailleur social. En outre, il conviendra de donner une définition correcte de la mission et du nombre de travailleurs sociaux dans ces formes de soins et ce, en relation avec la spécificité de chaque module de soins.

« la transformation ou le développement » d'une offre de soins axée sur les équipements vers une offre axée sur un groupe cible et un programme de soins sera en grande partie réalisé avec les hommes et les moyens dont dispose actuellement le secteur des SSM. Toutefois, la réalisation de, entre autres, la dimension sociale au sein des SSM, exigera des moyens supplémentaires. Sachant cela, on peut dire qu'il y est urgent de prendre deux mesures revalorisantes relatives à l'encadrement du travail social au sein des SSM dans les soins existants.

### **2. Lacunes dans les normes actuelles à résoudre de façon urgente**

#### **2.1. La maison de soins psychiatriques**

Dans la maison de soins psychiatriques, 12 membres du personnel assurent l'accompagnement de 30 résidents. Leur présence est nécessaire pour pouvoir assurer une bonne continuité dans l'accompagnement. Vu l'évolution de la maison de soins psychiatriques, il s'avère nécessaire de prévoir, en sus de la norme en matière de personnel de 12/30 lits, ½ travailleur social ETP par 60 places pour l'exécution de tâches spécifiques propres au travailleur social (0,25 ETP par 30 lits).

Il s'agit, en l'occurrence, d'un supplément spécifique en sus des normes en matière de personnel (cf. l'ajout d'un orthopédagogue par 30 résidents) dans la MSP pour handicapés mentaux.

## **2.2. Renforcement du cadre global en matière de personnel pour le travail social dans les services hospitaliers psychiatriques**

Dans le cadre du développement des circuits et des réseaux de soins, il est d'ores et déjà nécessaire d'assurer le soutien centralisé du travail social par le biais du service social, du service d'accompagnement des patients, ... En outre, le service social doit concentrer les connaissances et les compétences afin de garantir le soutien mutuel et de stimuler le développement et l'approfondissement des compétences propres.

Le renforcement de l'encadrement et le développement du travail effectué par le service social garantit une contribution suffisamment importante et pertinente de la dimension du travail social dans la nouvelle matrice organisationnelle des soins, qui devra être réalisé dans les programmes de soins axés sur les groupes cibles et qui dépassent le cadre des établissements.

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.

Etant donné que la répartition en services A et T sera moins pertinente à l'avenir, on ne souhaite pas adapter les normes actuelles, mais procéder à une augmentation globale dans le cadre du personnel « service social ».

C'est pourquoi on propose d'accorder à tous les services hospitaliers psychiatriques une augmentation unique du cadre « service social » en fonction du nombre total de lits ou places agréés.

La proposition est de procéder à une extension de l'encadrement des travailleurs sociaux (en sus des normes actuelles) à raison d'un ETP par 150 places et/ou lits.

Annexes : 1

## Annexe 1 : résumé des résultats de l'enquête : services sociaux dans les hôpitaux

Cette enquête a été réalisée auprès de tous les hôpitaux en mai 2000, par la Direction Administrative de la politique des soins de santé.

Une série d'aspects\* figurant dans l'enquête donnent une indication sur les besoins et ce, aussi pour les hôpitaux psychiatriques.

### Missions du service social

|  | Les tâches les plus importantes qui sont remplies actuellement (q9)<br>HG HP total | Les tâches qui ne peuvent être remplies suffisamment (q10)<br>HG HP total |
|--|--|---|
| Aide matérielle et sociale             |  |   |
| Coordination intra- et extra-muros     |  |   |
| Accompagnement psychosocial            |  |   |
| contact patient-médecin                |  |   |
| Travailleurs sociaux spécifiques       |  |   |
| Sensibilisation des autres professions |  |   |

\* réponses aux questions 9 et 10 du questionnaire (en annexe)

### Commentaires des résultats

- Le taux de réponse était très élevé, à savoir 95 %. Par conséquent, l'enquête est certainement représentative en ce qui concerne les services sociaux dans les hôpitaux.
- Cette enquête portait uniquement sur les services sociaux dans les hôpitaux. Cela signifie qu'en ce qui concerne la psychiatrie, on n'a aucune idée des activités organisées dans la maison de soins psychiatriques, dans l'habitation protégée ou dans d'autres projets.
- Place au sein de l'organigramme
  - seulement 33 % relèvent directement de la direction générale
  - 41 % relèvent de la direction nursing
- qualifications du personnel du service social
  - 62 % ont obtenu le diplôme d'assistant social
  - 30 % ont obtenu le diplôme d'infirmier gradué social
- le personnel en dehors des normes :
  - Les hôpitaux généraux emploient, en moyenne, plus de personnel en sus des normes que les hôpitaux psychiatriques. Ceci s'explique par l'absence de normes dans les hôpitaux généraux.
- nombre de lits moyen par travailleur social ETP  
Dans les hôpitaux généraux, il y a, en moyenne, 1 travailleur social ETP par 69,6 lits.

Dans les hôpitaux psychiatriques, il y a un travailleur social ETP par 47,3 lits. En pratique, on remarque que, dans plusieurs hôpitaux psychiatriques, les travailleurs sociaux sont responsables de l'accompagnement psychosocial des résidents MSP. Si on avait posé la question, on constaterait que le nombre moyen de personnes dont on est responsable est encore plus élevé.

- **Travailleurs sociaux en dehors du service social**

Un nombre limité de travailleurs sociaux travaillent également en dehors du cadre du service social : fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins, services du personnel, médiateur interculturel, accompagnement du trajet professionnel, médiation en matière de dettes ...

- **Missions du service social**

Les missions les plus importantes qui sont actuellement remplies dans les HP sont les suivantes :

- aide sociale et matérielle : 85, 3 % (HG 62 %)
- accompagnement psychosocial 85, 3 % (HG 75, 9 %)
- coordination intra- et extra-muros 80, 9 % (HG 99, 4 %)

Ces tâches sont à peu près les mêmes que dans les HG. C'est surtout l'aide matérielle et sociale qui est placée beaucoup plus haut que dans les hôpitaux généraux. Cela donne sans doute des informations sur la population en psychiatrie. En fait, on n'a pas posé de question au sujet de l'insertion dans des programmes de traitement : formation, psycho-éducation, ....

- **Les tâches qui sont remplies de façon insuffisante dans les HP sont les suivantes :**

- coordination intra- et extra-muros 48, 5% (HG 16,5 %)
- accompagnement psychosocial 45, 6 % (HG 53,8 %)
- contact médecin-patient 41,2 % (HG 36,7 %)
- sensibilisation des autres professions 35, 3 % (HG 65,8 %)

Apparemment, on estime que les hôpitaux offrent déjà beaucoup (assez ?) d'aide matérielle et sociale. D'autre part, on remarque que, dans les HP, on a davantage besoin d'une extension de la coordination intra- et extra-muros et de l'accompagnement psychosocial.

Les partenaires du service social : pour cette question, il est regrettable de ne pas avoir établi de distinction entre les partenaires aux niveaux socio-administratifs et du reclassement : habiter, travailler, ...

| Partenaires les plus importants   | HP (%) | HG (%) |
|-----------------------------------|--------|--------|
| Mutualités                        | 94     | 84     |
| CPAS                              | 89     | 88     |
| Tribunaux-police-avocats          | 75     | 11     |
| Autres hôpitaux                   | 52     | 15     |
| Centres de soins de santé mentale | 35     | 9      |
| Soins à domicile                  | 34     | 96     |
| Maisons de repos et MRS           | 28     | 88     |
| Foyers                            | 28     | 5      |
| Autres                            | 26     | 9      |

- Les chiffres très élevés pour les mutualités et les CPAS montrent qu'il y a des problèmes de paiement pour la psychiatrie.
- Les contacts avec la justice concernent surtout les procédures d'admissions forcées, mais sont également fonction de la nature des problèmes psychiatriques.
- D'autres contacts sont importants en psychiatrie: tout le domaine du reclassement dans le travail ; toutefois, les activités de jour ne sont pas mentionnées, ce qui peut constituer une explication.
- Les contacts avec les soins à domicile classiques sont naturellement beaucoup plus nombreux dans les hôpitaux généraux.
- En outre, il paraît logique qu'il y ait plus d'adressages vers les CSSM à partir des CSSM qu'à partir des hôpitaux généraux.
- Il y a peu de contacts avec les médecins généralistes, mais ils sont sans doute souvent assurés par le médecin traitant.