

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

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

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

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

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

Cela ne veut pas dire pour autant que ce soit impossible. Pour que l'hôpital puisse assumer ce rôle, il est nécessaire que certaines conditions soient remplies. Politique, directeurs d'hôpitaux et assistants sociaux, nous avons chacun une part de responsabilité.

Quant à la responsabilité politique, elle est clairement engagée rien que par le mode de financement mis en place. Le degré de sévérité des pathologies influence le budget des moyens financiers (BMF) attribués à l'hôpital. Mais cet indicateur ne tient pas suffisamment compte des facteurs sociaux susceptibles de peser sur les durées de séjour et les résultats cliniques. A cela s'ajoute le fait que le financement des services sociaux est insuffisant voire inexistant. Quand il existe (hôpitaux universitaires, certains services), il est difficilement

identifiable. Pourtant les normes d'agrément ont été fixées et ses missions sont clairement définies dans une note du Conseil National des établissements hospitaliers et ratifiée par le Ministère le 8 mars 2001. Ce double discours politique crée des attentes chez les utilisateurs, les gestionnaires et les assistants sociaux qui, dans les faits, sont difficilement rencontrés.

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

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

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

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

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

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

N. GUERREIRO  
Responsable du service social  
UCL Mont-Godinne