

**Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication**

Émergence des réseaux inter- hospitaliers et rôles des assistants sociaux

Le cas du réseau PHARE

Auteure : Apolline Soyez

Promotrice : Anne Rousseau

Commission du mémoire : Florence Degavre, Viviane Delannoy et Anne Rousseau

Année académique 2023 - 2024

Master en politique économique et sociale, à finalité spécialisée : Analyse et évaluation des politiques

REMERCIEMENTS

Je tiens tout particulièrement à remercier ma promotrice, Madame Anne Rousseau, pour son encadrement et sa disponibilité tout au long de ce mémoire. Je voudrais aussi adresser mes remerciements aux membres de ma commission, à savoir Madame Florence Degavre et Madame Viviane Delannoy, pour leurs précieux conseils et leur présence. Mes remerciements vont également à tous les professionnels qui ont eu la gentillesse de me recevoir dans ce contexte. Je leur exprime ma gratitude pour le temps qu'ils m'ont accordé et pour la possibilité de nourrir ce travail d'opinion provenant directement du terrain. Je souhaite également exprimer ma reconnaissance envers ma famille, mes proches, collègues et amis pour leur soutien constant durant ces trois années.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	8
1^{ÈRE} PARTIE : CONTEXTUALISATION ET PROBLÉMATISATION.....	10
Chapitre 1 : Contexte de la politique de santé européenne	10
1.1. Les systèmes de santé en Europe	10
1.2. Compétences de l'Union Européenne en matière de santé publique	12
1.3. Exercice des droits européens dans le domaine de la santé publique	14
Chapitre 2 : Évolution d'une législation hospitalière belge	15
2.1. La sécurité sociale, création et évolution	15
2.2. Législation hospitalière : histoire et dates clés.....	16
2.3. Coordination des législations hospitalières	21
2.4. L'organisation de l'hôpital	24
2.5. La notion d'agrément	25
2.6. La programmation hospitalière	26
2.7. Le financement de l'hôpital.....	28
Chapitre 3 : Développement des réseaux inter-hospitaliers	29
3.1. Les relations entre hôpitaux belges	30
3.2. Réforme du paysage hospitalier et mise en réseau.....	31
3.3. Les réseaux belges wallons (Réseaux hospitaliers, s. d.).....	32
Chapitre 4 : Le rôle de l'assistant social	33
4.1. Définition	34
4.2. Quelques éléments historiques clés de l'émergence du métier d'assistant social	35
4.3. Spécificités du travail d'assistant social en milieu hospitalier.....	37
2^{ÈME} PARTIE : MÉTHODOLOGIE.....	40
Chapitre 1 : Choix du terrain : Le réseau PHARE	41

1.1.	Historique	41
1.2.	Composition du réseau – 4 centres hospitaliers	42
1.3.	Organes de pilotage	45
1.4.	Missions	45
1.5.	Forces et faiblesses du réseau PHARE	47
Chapitre 2 : Modalités de collecte des données		49
2.1.	Acteurs du réseau PHARE	50
2.2.	Assistants sociaux du réseau PHARE	51
Chapitre 3 : Principaux résultats		51
3.1.	Réseau PHARE	51
3.2.	Le vécu des assistants sociaux dans ce cadre	55
Chapitre 4 : Développement sur la question recherche		59
3^{ème} PARTIE : ANALYSE		61
Chapitre 1 : La théorie des tensions de rôle		61
1.1.	Les conflits de rôle	63
1.2.	Les ambiguïtés de rôle.....	63
1.3.	Les surcharges de rôle	64
Chapitre 2 : Les conflits de rôles du travail social en milieu hospitalier : que nous dit la littérature		64
2.1.	Les conflits du rôle d’assistant social.....	65
2.2.	L’ambiguïté du rôle d’assistant social.....	66
2.3.	La surcharge du rôle d’assistant social.....	66
Chapitre 3 : Analyse dans le cadre du réseau PHARE à la lumière de la théorie des tensions de rôle		67
3.1.	L’ambiguïté du rôle de l’assistant social.....	68
3.2.	La surcharge de travail de l’assistant social	70
3.3.	Le conflit du rôle de l’assistant social.....	71
CONCLUSION.....		74

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	77
ANNEXES	82

INTRODUCTION

Depuis 4 ans, mon travail consiste à être assistante sociale dans le domaine des soins de santé. Ainsi, je me suis rapidement sensibilisée aux enjeux socio-économiques liés à la population vieillissante, comme la baisse du taux de mortalité ou la prolongation de l'espérance de vie. Dans la foulée, je m'interroge aussi sur l'évolution du rôle des professionnels de la santé au sein d'une institution non-marchande, par exemple, au sein d'un hôpital.

Après avoir examiné plusieurs options, je décide de m'impliquer dans l'aventure de la FOPES. À ce moment-là, je souhaite approfondir ma réflexion sur la société actuelle et en savoir plus sur les défis économiques et sociaux auxquels elle est confrontée. Lors de la mise en œuvre de mon projet mémoire, je me suis rapprochée davantage de diverses pistes de sujets comme l'accessibilité financière d'une personne âgée en maison de repos ou encore de la marchandisation des soins prodigués au sein d'un établissement de soins.

Après plusieurs moments de réflexion et d'exploration, j'ai pris la décision de m'intéresser plus spécifiquement aux institutions non-marchandes, comme les hôpitaux belges, en me demandant comment ils maintiennent leurs activités dans le cadre de ce qui est appelé « la nouvelle gestion publique » qui mobilise beaucoup des concepts du secteur privé.

Ainsi, une des caractéristiques des réformes hospitalières en Belgique, récentes et antérieures, tient à la mise en réseaux inter-hospitaliers. La question que je choisis d'adresser dans ce mémoire est celle du rôle de l'assistant social dans ce contexte. Mon attention se porte sur les changements distincts dans les responsabilités, les compétences ou l'interaction professionnelle des travailleurs sociaux, en prenant en considération les évolutions du métier.

Pour appréhender cette question, je choisis de travailler au plus proche du « terrain » dans une démarche inductive qui m'amène à mobiliser la théorie des tensions de rôle pour comprendre les évolutions du rôle de l'assistant social dans le contexte de l'instauration de réseaux inter-hospitaliers locorégionaux tel que le réseau PHARE en Wallonie dans lequel je travaille actuellement.

La première partie de mon mémoire est dédiée à la contextualisation de mon sujet. Pour commencer, je m'attache à décrire la politique de santé en Europe et aussi l'évolution de la législation hospitalière belge. J'envisage également l'apparition des réseaux inter-hospitaliers et le rôle de l'assistant social dans un hôpital.

La deuxième partie traite du dispositif méthodologique défini dans le cadre de mon approche inductive pour traiter de ce sujet. Je spécifie mon domaine d'étude, à savoir le réseau PHARE, la façon dont l'objet est développé, les données collectées et leur traitement, en tenant compte des évolutions de ma question de recherche.

La dernière partie expose l'analyse qui mobilise la théorie des tensions de rôle. Cette dernière est effectivement apparue comme pertinente au cours de la recherche. Sur cette base, j'expose les conflits de rôles vécus par les travailleurs sociaux en milieu hospitalier, en prenant en compte les connaissances issues la littérature dans ce domaine.

Enfin, ce mémoire se conclut en explicitant ses apports sur le plan des connaissances relatives au travail social en milieu hospitalier dans le contexte des récentes réformes le concernant et souligne les limites ainsi que les perspectives de cette recherche.

1^{ÈRE} PARTIE : CONTEXTUALISATION ET PROBLÉMATISATION

« Cette vie est un hôpital où chaque malade est possédé du désir de changer de lit. » Charles Baudelaire, *Le Spleen de Paris*, 1869, pp. 140.

Pour cette première partie, je débute expliquer l'origine de ma recherche et sa contextualisation. Celle-ci se déroule par le biais d'une analyse en entonnoir, dans une approche inductive. Je vais donc commencer par vous donner un aperçu de la situation de la politique de santé européenne.

Ensuite, je donne une explication concise de la législation hospitalière et de l'évolution du métier d'assistant social, en mettant l'accent sur ses caractéristiques particulières dans un hôpital.

Pour faciliter votre compréhension, je vous ai inclus en annexe un résumé des dates importantes liées à l'évolution de la législation hospitalière belge, par le biais d'une ligne du temps.

Chapitre 1 : Contexte de la politique de santé européenne

Dans ce chapitre, avant d'aborder les législations hospitalières belges, en adoptant une démarche en entonnoir, je tiens à vous replacer dans le contexte des politiques de santé européennes. Celles-ci me permettront de mieux vous expliquer la suite de mes propos.

1.1. Les systèmes de santé en Europe

Avant toute chose, par définition : « Un système de santé est l'ensemble des organisations, institutions, ressources et personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé ». (Fort & Echailler, 2020)

Ces systèmes représentent la rencontre entre la demande et l'offre de soins. Plus précisément, ils offrent aux citoyens la possibilité d'obtenir un revenu de remplacement en cas de maladie, et de payer les frais engagés par celle-ci. De même, ils permettent d'organiser la production de soins, tels que pour les lieux de soins, les professions médicales, la distribution de médicaments et autres technologies médicales.

À présent, je tiens à préciser plusieurs systèmes de santé.

En premier lieu, l'objectif d'un système national est de quantifier les soins prodigués et d'assurer l'égalité d'accès. Il se présente comme un organisme public de santé et garantit un accès quasi gratuit aux soins pour tous les citoyens. Toutefois, les soins se financent par l'impôt et se mettent en place par l'État. Néanmoins, la qualité de leurs soins reste sujette à débat, avec une longue file d'attente avant d'obtenir des soins spécialisés.

Dans un système libéral, j'observe un système public de protection maladie très partiel. Seuls les individus ayant besoin de soins urgents, les plus pauvres, les personnes âgées ou les personnes invalides peuvent profiter du soutien public en matière de santé. Il est donc nécessaire que les autres aient recours à un système d'assurance privé, ce qui entraîne des coûts plus élevés. Il est ouvert à certaines catégories particulières de la population. Par exemple, aux États-Unis, le gouvernement gère des programmes d'aide médicale pour les plus démunis, ainsi que pour les personnes âgées.

De plus, le système d'assurance-maladie, connu sous le nom de "Bismarckien", oscille entre le système libéral et le système national. En 1883, Bismarck, chancelier de l'Empire allemand, devient le premier à imbriquer une caisse de retraite obligatoire annexée à une assurance maladie et accident de travail. Ce concept est adopté petit à petit par l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la France ainsi que dans certains pays de l'Europe centrale. Ce dernier se distingue par le fait que la protection maladie est unifiée au travail et subventionnée par les cotisations sociales (employeurs et employé). Il assure le choix du patient, le confort et la qualité des soins, mais il est souvent contraint par un tarif élevé et des inégalités d'accès aux soins. Les salariés ayant leurs droits peuvent d'abord y accéder, mais en Europe, ce système est étendu à tous en mettant en place des mécanismes d'assurance personnelle gratuits pour les plus démunis.

Enfin, les systèmes « Beveridgiens » ont vu le jour en 1942 par l'intermédiaire du plan Beveridge, ce modèle anglais promet la gratuité des soins à l'ensemble de la population pour assurer une couverture universelle de maladie. Cette aide est garantie par l'impôt et l'État. Les établissements de santé se construisent avec un système national et les hôpitaux sont des collectivités publiques. Pour ce concept, il y a plus de décentralisations dans la gestion des soins.

Au niveau de l'Union européenne, deux types systèmes de santé se distinguent : Les systèmes dits Bismarckiens et Beveridgiens. Ils mettent en avant le secteur public des soins avec un financement essentiellement repris dans les impôts.

Le système de santé en Belgique est similaire à celui de l'assurance-maladie. Il a un système de sécurité sociale universel et obligatoire, qui est accessible aux citoyens belges et étrangers. Il est possible pour les assurés de souscrire à une assurance santé obligatoire auprès d'une des 5 caisses de mutualité ou de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie invalidité (CAAMI).

1.2. Compétences de l'Union Européenne en matière de santé publique

À l'origine, l'Europe est principalement construite sur le plan économique, en mettant en œuvre des principes de libre circulation des biens, des services, des personnes et des capitaux.

Après 1945, la plupart des pays européens élargissent leur système de santé pour assurer que tout le monde puisse bénéficier de mêmes droits. Ils insistent pour que les citoyens ne dépendent pas de l'accès à la santé en fonction de leurs revenus personnels, mais pour qu'ils reçoivent tous les soins dont ils ont besoin. Pour mettre en place cette politique, les pays européens ont deux choix : soit élargir l'assurance-maladie à tous, soit établir un service public de santé universel. Maintenant, il y en a d'autres qui décident que leur système de santé soit plus influencé par les revenus que par les maladies.

L'introduction du Traité de Rome en 1958 met l'accent sur la santé dans les articles 36, 48 et 56. Elle n'est pas considérée comme un élément distinct au sein de l'Union Européenne.

Le traité de Maastricht est mis en place en 1992 pour structurer la démarche sociale européenne. Il établit une base légale pour l'Union Européenne afin qu'elle puisse agir dans le

domaine de la santé publique. Il assure une protection élevée de la santé humaine lors de la définition et de la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté.

L'objectif de cette politique en matière de santé est de prévenir les maladies, de promouvoir des modes de vie sains et de soutenir les individus face aux menaces pesant sur la santé, comme les pandémies, par exemple.

Plus tard, le Traité d'Amsterdam vient réviser le Traité de Maastricht en élargissant les compétences de l'Europe pour traiter des organes et des substances d'origine humaine.

Aujourd'hui, le Traité de Lisbonne modifie la considération de la santé par le droit européen. Les enjeux communs de sécurité en matière de santé publique sont répartis entre l'Union Européenne et les États Membres. De même, d'une compétence d'action pour soutenir les États Membres dans la protection et l'amélioration de la santé humaine.

Ce texte clarifie la compétence de l'Europe en matière de politique de santé. Il met en avant un niveau élevé en matière de santé au sein des propositions de la Commission. Le traité émancipe aussi les États Membres quant à leur définition de leur politique de santé et leur organisation et fourniture de service de santé et soins médicaux.

En bref, plusieurs buts se précisent : Aider à l'amélioration de la santé publique par un financement et législation au niveau de la lutte contre les menaces transfrontières graves sur la santé, les médicaments, droits des patients liés aux soins de santé transfrontières, la prévention des maladies et promotion de la santé.

Les politiques de santé européennes s'ajoutent aux politiques des pays membres, renforçant ainsi le rôle de l'Union Européenne. Les États membres assument la responsabilité de l'organisation et de la fourniture de services de santé et de soins médicaux. Ses missions sont de défendre et d'optimiser la santé des citoyens de l'Union Européenne, d'appuyer l'actualisation des infrastructures de santé, de perfectionner l'efficacité des systèmes de santé européens et de consolider les éléments de préparation et réaction aux menaces transfrontières pour la santé.

1.3. Exercice des droits européens dans le domaine de la santé publique

L'Europe possède des compétences qui vont se diviser en 3 catégories :

- ⇒ Les compétences exclusives : L'Union Européenne est la seule à pouvoir édicter et opter pour des textes de loi.

- ⇒ Les compétences partagées : Elles peuvent faire l'objet de lois de la part de l'Europe ou des États Membres.

- ⇒ Les compétences d'appui : L'Europe peut intervenir dans 7 domaines (la santé publique, l'industrie, la culture, le tourisme, l'éducation et la formation, la jeunesse et le sport, la protection civile et la coopération administrative) afin de soutenir ou coordonner les actions des États Membres.

En matière de santé publique, l'Europe collabore avec les États membres, en particulier en ce qui concerne les questions de sécurité en matière de santé publique. Elle complète les politiques de santé nationales en soutenant les dirigeants des États Membres à arriver à leurs buts communs. Cette dernière les aide aussi à unifier leurs ressources et dépasser leurs défis communs et cela en finançant des projets de santé dans l'ensemble de l'Union Européenne.

Initialement, la santé publique relève principalement des États membres, mais elle est également partagée avec l'Europe. Les gouvernements nationaux s'organisent librement et s'enrichissent en services de soins comme ils le souhaitent. L'Union Européenne soutient et complète ces politiques nationales. Comme expliqué précédemment, le Traité de Lisbonne a vu le jour pour intervenir comme base sur le fonctionnement de l'action européenne (article 168).

Par ces objectifs, il y a une volonté d'amélioration des systèmes de santé nationaux de l'Union Européenne. Cela favorise la coopération avec les États-Tiers et encourage la coopération entre les États Membres ainsi que la coordination de leur politiques et systèmes sanitaires.

À côté de tout cela, l'augmentation des dépenses de santé étaient auparavant considérée comme un signe de croissance économique. Puis, dans les années 1970, l'Europe, tout comme d'autres continents ou pays, réexamine le rôle des dépenses publiques de santé. En raison des

difficultés économiques ralenties, elles connaissent une augmentation plus importante que les recettes qui diminuent. Le système de santé sera confronté à des déficits financiers. Ainsi, dans les années 1990, l'Europe prévoit la mise en place d'un marché public et d'une monnaie unique pour réduire le déficit public et l'ensemble des dépenses publiques, ou du moins tenter de stabiliser la situation économique.

Enfin , après avoir donné un aperçu du domaine de la santé à travers l'Europe, je poursuis avec plus de précisions sur la législation hospitalière belge.

Chapitre 2 : Évolution d'une législation hospitalière belge

Avant de me pencher sur les législations hospitalières en Belgique, je tiens à vous présenter leurs origines en fournissant des détails sur la sécurité sociale belge.

2.1. La sécurité sociale, création et évolution

En Belgique, le système politique est jugé comme complexe en raison de la présence de plusieurs clivages. Parmi eux, il y a le clivage idéologique entre les libéraux et les socialistes, ainsi que le clivage communautaire entre francophones et flamands, et enfin, le clivage confessionnel entre le monde chrétien et laïque.

Avec le temps, de nombreux débats sur la sécurité sociale vont conduire à une prise en compte croissante de ces clivages.

Il convient de souligner que la forme bismarckienne adoptée par les institutions belges peut constituer une limite. Par exemple, imaginons que la pension de retraite ne soit pas versée par répartition mais par capitalisation... L'État adopterait donc une attitude plus radicale.

L'introduction de la sécurité sociale belge a été progressive mais aussi en tension, ce qui aurait pu aussi la diriger vers une autre voie.

De cette manière, il me semble donc important de retracer l'évolution historique de la sécurité sociale belge.

Autrefois, les hôpitaux étaient fréquemment des établissements de soins établis par des anciennes congrégations religieuses, des mutualités ou des autorités locales.

Néanmoins, en 1919, une première régularisation étatique a été réalisée avec l'adoption de la loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Après la Libération, fin décembre 1944, le parlement a approuvé l'Arrêté-Loi sur la sécurité sociale des travailleurs, ce qui va établir le cadre de la protection sociale obligatoire. L'Arrêté du Régent du 21 mars 1945, qui met en place l'assurance maladie-invalidité, ne touche pas à la structure ou à l'organisation de l'hôpital. Plus tard, le système de sécurité sociale s'étant étendu et incluant d'autres domaines, comme les allocations familiales.

En 1967, l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) est instaurée afin de superviser et coordonner le système d'assurance maladie-invalidité en Belgique.

Au cours des années 90, plusieurs réformes et ajustements sont réalisés afin d'adapter le système de sécurité sociale aux évolutions économiques et démographiques. Ainsi, en 1990, la mise en place de la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale marque le début du passage à la numérisation de la sécurité sociale. En 1999, la première déclaration d'emploi électronique, appelée « Dimona », a été introduite.

Actuellement, le système de sécurité sociale en Belgique comprend les pensions de vieillesse et de survie, le chômage, l'assurance accidents professionnels, l'assurance maladies-professionnelles, les allocations familiales, l'assurance maladie-invalidité et les vacances annuelles. Son financement provient des employeurs, des travailleurs et de l'État.

2.2. *Législation hospitalière : histoire et dates clés*

Après avoir fait une brève description de l'histoire de la sécurité sociale, il me paraît essentiel de retracer l'histoire de la législation hospitalière dans son contexte et de vous fournir les dates importantes.

En Belgique, la législation sur les hôpitaux est marquée par plusieurs étapes et évolutions :

Au 19^{ème} siècle, la Belgique a connu l'avènement d'hôpitaux gérés par des établissements religieux ou des associations caritatives. Il n'y avait pas de législation hospitalière globale à ce moment-là.

Avant la Première Guerre mondiale, la Belgique était engagée dans des organismes de secours mutuels et des initiatives privées pour la protection sociale.

En 1925, l'Office National des Invalides de Guerre (ONIG) va être créé pour se consacrer aux soins médicaux et sociaux des invalides de guerre et de leur famille.

En 1945, après la Deuxième Guerre mondiale, le Plan De Block a été instauré dans le but d'agrandir l'assurance maladie belge. Cela a des répercussions sur le financement des soins de santé et aide à mettre en place une structure plus formelle.

Par la suite, le 23 décembre 1963, la première législation hospitalière belge est instaurée avec l'objectif de définir les activités de soins et d'adopter les principes fondamentaux régissant les hôpitaux, leurs missions, organisations, fonctionnement et financement.

Le souhait de l'État est de fixer ces institutions des soins avec des normes qualitatives communes en lien avec la médecine moderne. Mais aussi de maintenir une certaine structure des activités déjà en cours par l'instauration de règles diverses et variées tout en garantissant également l'accessibilité des soins pour tous.

Nommée également « Loi Custers », elle est considérée comme un pilier entre les positionnements du passé et les horizons futurs.

Selon le sénateur Jacques Hambye : « *Ce projet de loi tend à réaliser trois objectifs. Le premier est de faire bénéficier les malades assurés sociaux de la gratuité totale de l'hospitalisation en chambre commune. Le second est d'assurer la viabilité des hôpitaux. Et le troisième est de décharger les communes de l'obligation d'intervenir dans le déficit des hôpitaux C.A.P* »¹

Cette loi va permettre également d'apporter une définition légale de l'hôpital :

« *Pour l'application de la présente loi :*

¹ Compte-rendu analytique du Sénat du 28 novembre 1963

1° sont considérés comme hôpitaux les établissements comportant un ou plusieurs services d'examen et de traitement et dans lesquels des personnes sont admises à séjourner aux fins d'y subir un examen ou un traitement médical, chirurgical ou obstétrical ;

2° sont considérés comme hôpitaux universitaire, les hôpitaux qui, eu égard à leur fonction propre dans le domaine des soins de l'enseignement et de la recherche scientifique appliquée répondant aux conditions fixées par le Roi et sont désignés comme tels par lui sur proposition des autorités académiques d'une université belge ;

3° ne sont pas considérés comme hôpitaux, les établissements psychiatriques fermés (où l'on colloque administrativement, les établissements psychiatriques « ouverts » tombent donc sous l'application de loi, NDLR), les établissements médico-pédagogique et les établissements destinés au simple hébergement de personne âgées ou d'enfants. Après avis du Conseil des hôpitaux institué par l'article 10, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, étendre en tout ou en partie, et avec d'éventuelles adaptations, les dispositions de la présente loi à ces diverses sortes d'établissements »²

Par sa ratification, elle établit des critères et des normes pour garantir le bon fonctionnement des hôpitaux en Belgique. Pour atteindre l'agrégation, les hôpitaux, en particulier ses employés et personnels soignants, devront satisfaire à des exigences en termes d'équipement et d'équipes. Par exemple, les hôpitaux qui ont plus de 24 lits doivent maintenir une comptabilité conforme à un plan comptable uniforme. Elle doit présenter le prix de revient de chaque service de l'hôpital. Par ailleurs, les institutions doivent aussi tenir compte de chaque mission de l'établissement en fonction de leur taille et de leur spécialisation.

Cependant, l'objectif est également de garantir le respect adéquat des normes établies pour les soins médicaux, l'installation et la gestion.

En ce qui concerne le financement, la loi spécifie plusieurs dispositions essentielles. Par exemple, le prix normal couvrira tous les frais associés au séjour des patients en chambre commune et à leur traitement à l'hôpital.

² Article 1^{er}, paragraphe 2 de la loi sur les hôpitaux du 23 décembre 1963 (cfr.)

Cette loi vise également à favoriser la collaboration entre les hôpitaux afin d'éviter les doubles services et de rationaliser l'offre de santé à l'échelle nationale.

Durant les années 1990 et 2000, des arrêtés-royaux ont été mis en place pour améliorer la structure de l'hôpital afin de mieux s'adapter aux évolutions démographiques, technologiques et financières du système de santé. Par exemple, ces derniers ont été abordés sur les critères d'agrément pour les associations d'institutions ou services psychiatriques, sur les critères pour les services de radiothérapie ou encore sur les hospitalisations de jour. La collaboration entre les hôpitaux et les mécanismes de financement basés sur la performance est mise en place grâce à ces ajustements.

Néanmoins, par cette volonté d'exigence dans la qualité des soins donnés, il me paraît important de noter que la mise en place d'une nouvelle gestion publique peut occasionner un nouvel enjeu relatif à une pression psychologique sur le travailleur. Cette dernière peut donc se développer au sein des entreprises privées et publiques. Notamment, dans des institutions non-marchandes, comme des hôpitaux. Cela peut même les inciter à devenir de véritables systèmes paradoxaux qui imposent des instructions paradoxales aux collaborateurs (De Gaulejac, p. 83, 2010).

Ainsi, on peut examiner l'hôpital en utilisant deux registres. D'une part, un système de médiation qui établit des dispositifs pour faciliter l'assimilation de principes essentiels à la production mais relativement incompatibles. Il est probable que l'organisation soit confrontée à des contradictions économiques, fonctionnelles ou psychologiques. D'un autre côté, un système socio-psychique qui encourage l'intégration de règles ou d'outils de gestion, ainsi que de processus psychiques (projection, idéalisation, etc.) (V. De Gaulejac, 2010, p. 85)

En 2004, la Belgique met en place la mise en réseau hospitalier pour renforcer les collaborations entre les hôpitaux et rationaliser les services de santé. Le but est de maximiser les ressources et d'améliorer la qualité des soins. J'examinerai cela plus en détail dans la suite de l'écrit.

Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, élabore un plan en avril 2015 dans le but de mettre en place la réforme du paysage hospitalier et de financer les hôpitaux.

« Nous voulons plus d'efficacité et plus de qualité. Il ne s'agit pas d'économies, mais d'une réforme. Les points de départ sont les besoins de nos patients qui ont évolué. Nous créerons notamment des réseaux entre hôpitaux, avec des hôpitaux de base, de référence et universitaires. Dans ce contexte, la technologie onéreuse, par exemple, sera attribuée à un réseau et pas à un hôpital. » (Cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique & De Block, 2015, p. 1)

Cette manœuvre vise à augmenter l'efficacité et la qualité des soins.

À l'heure actuelle, pour ma part, je pense qu'il est essentiel de constater l'évolution des maladies et besoins des patients. Par cela, les méthodes et les traitements vont aussi évoluer sur une courte durée. Afin de réduire les coûts de ces nouvelles technologies, des réseaux entre hôpitaux seront mis en place. L'objectif est de se concentrer davantage sur le patient et sur la preuve scientifique. De cette manière, le gouvernement ainsi que les hôpitaux belges vont modifier leur système de financement, mettre en place le droit à des soins justifiés et donc, inciter à un progrès de l'efficacité mais aussi de la qualité.

Au sein de cette réforme, il sera question de l'évolution de la structure des lits et des durées de séjour parmi les divers points spécifiés. En plus des activités liées aux patients, le gouvernement souhaite adopter une approche centrée sur le résultat. Il intègre davantage le concept de performance en termes de durée de séjour. Chaque centre hospitalier est dans l'obligation de porter une attention plus précise à son activité.

En plus de cela, dans les milieux hospitaliers, les nouvelles méthodes de gestion sont de plus en plus observées en raison de l'externalisation des activités dites 'supports'. De ce fait, les activités de soins internes (mise en place de « pôles d'activités ») et externes (constitution de « réseaux de soins », « parcours patients ») vont être renforcées.

Ainsi, en cherchant à contrôler les coûts, l'ambition est de rationaliser le suivi des patients. Ce qui a des conséquences sur la pratique des médecins et du personnel soignant.

Les conditions de travail en particulier se détériorent (intensification du travail, rythme de travail réduit à un contrôle informatique, pression temporelle, etc.).

Selon moi, ceci illustre le fait que cette série de réformes hospitalières s’inscrit dans ce que la littérature appelle le Nouveau Management Public³ (NMP). Celui-ci, considéré comme école de pensée en gestion publique, favorise les pratiques managériales qui se développent dans le secteur marchand et mettent l’accent sur les incitations à la performance. Leur mission est de transformer le secteur public en introduisant une approche entrepreneuriale, afin de promouvoir la créativité, la flexibilité, la concurrence et la performance. Selon moi, les travailleurs et plus spécifiquement, les travailleurs sociaux sont impactés par les changements liés au nouveau management public. Par cela, la rationalisation des choix et l’application de méthodes d’intervention normalisées sont à l’origine de nouvelles formes de gestion sociale. Celles-ci permettent d’obtenir des pratiques plus efficaces et un meilleur contrôle (Molina, 2014 ; Gaspar, 2019).

2.3. *Coordination des législations hospitalières*

La loi du 23 décembre 1963, qui a été la première à définir l'hôpital, subit plusieurs modifications et a été implicitement abrogée en 1987. Le 7 août 1987, un arrêté-royal a été émis pour proposer une première coordination de la législation hospitalière.

Ensuite, ce dernier est ajusté le 10 juillet 2008 par une seconde coordination. Cette dernière instaure la loi sur les hôpitaux et établissements de soins et précise plus en détail le type d'établissement qui pourra être identifié comme un hôpital. Elle détaille également comment l'activité médicale est organisée, gérée, financée et les normes nécessaires pour répondre aux besoins de la population.

De la même manière que d'autres acteurs économiques offrent des soins, l'hôpital a une mission générale pour laquelle il bénéficie d'un financement public. Il doit présenter une

³ « *Le principe majeur du NMP est la possibilité de transférer dans le secteur public les méthodes de gestion inspirées du secteur privé. Face à la rigidité et la centralisation de l'administration bureaucratique Wébérienne, le NMP oppose un secteur public reposant sur les trois E « Économie, Efficacité, Efficience », capable de répondre à moindre coût aux besoins des citoyens, désormais devenus des clients.* » (Mokhtari, 2021, pp. 414)

proposition de soins rationnelle en vue de la collaboration au sein d'un réseau. Il s'agit d'un espace aménagé de manière pluridisciplinaire, offrant des soins spécifiques aux bénéficiaires.

2.3.1. Cadre général de l'activité hospitalière

La définition précisée par la loi de 1963 met en avant l'élément que chaque centre hospitalier accueille des patients qui y seront hébergés et cela à l'opposé d'autres structures. La loi du 10 juillet 2008 va modifier cette définition :

« Pour l'application de la présente loi coordonnée sont considérés comme hôpitaux, les établissements de soins de santé où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés, pour ou à des patients qui y sont admis et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais. Ces hôpitaux remplissent une mission d'intérêt général. »⁴

À ce moment-là, le but est de mettre en évidence les particularités des missions hospitalières. De plus, offrir des soins spécialisés à tout moment, dans n'importe quelle situation. Ainsi qu'un cadre pluridisciplinaire pour les patients admis ou séjournant en hospitalisation ambulatoire ou de jour, pour une durée limitée.

La loi de 2008 est modifiée par la loi du 28 février 2019 et cette dernière précise la notion des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. Elle distingue aussi d'autres types d'hôpitaux :

- Hôpitaux psychiatriques : *« Pour l'application de la présente loi coordonnée sont considérés comme hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux exclusivement destinés à des patients psychiatriques. »⁴*
- Hôpitaux universitaires : *« Pour l'application de la présente loi coordonnée, sont considérés comme hôpitaux universitaires, services hospitaliers universitaires, fonctions hospitalières universitaires, ou programmes de soins universitaires, les*

⁴ Loi du 10 juillet 2008 - Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins : Titre 1^{er}, Chapitre 1^{er}, Section 1^{ère}, Art. 2.

hôpitaux, services hospitaliers, fonctions hospitalières ou programmes de soins qui, eu égard à leur fonction propre dans le domaine des soins aux patients, de l'enseignement clinique et de la recherche scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies et de l'évaluation des activités médicales, répondent aux conditions fixées par le Roi et sont désignés comme tels par Lui sur la proposition des autorités académiques d'une université belge qui dispose d'une faculté de médecine offrant un cursus complet. »⁵

2.3.2. Activités hospitalières

Avant de me pencher sur le rôle de l'assistant social, il me semble pertinent de vous décrire en détail les activités hospitalières.

Les services hospitaliers	« (...) des activités auxquelles correspond une localisation précise au sein de l'hôpital. On distingue les services d'hospitalisation, où les patients résident, et les services médicaux ou médico-techniques, où certaines prestations spécifiques nécessitant une expertise particulière ou un appareillage spécial sont dispensées. » (author-health, 2023, paragr. 1)
Les fonctions	« (...) des activités hospitalières disponibles pour l'ensemble des services de l'hôpital. Plusieurs fonctions sont soumises à des normes et contrôles spécifiques de la part de la communauté ou de la région compétente. Les fonctions comprennent notamment la pharmacie hospitalière, les soins palliatifs, les soins intensifs, la prise en charge des urgences, la banque de sang hospitalière, la médiation, la prise en charge de la douleur, le laboratoire de biologie clinique. » (author-health, 2023, paragr. 2)
Les programmes de soins	« Un cadre organisationnel permettant d'implémenter des « trajets de soins » pour un groupe-cible spécifique. Ils résultent d'un agencement entre services d'hospitalisation, services médicaux ou médico-techniques et fonctions nécessaires pour une prise en charge de qualité ». Par exemple, il

⁵ Loi du 10 juillet 2008 - Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins : Titre 1^{er}, Chapitre 1^{er}, Section 2, Art. 4.

y a eu le programme de soins pour enfants, pour les patients oncologiques ou encore pour les patients gériatriques. (author-health, 2023, paragr. 3)

2.4. L'organisation de l'hôpital

« L'hôpital est un échelon structurant de l'organisation des systèmes de santé, un lieu où se pratique la médecine et où de multiples professions médicales et non-médicales travaillent ensemble. »⁶

Ce point a pour but de définir la structure générale de la gestion hospitalière et d'analyser les principaux rôles des acteurs.

La loi sur les hôpitaux établit une première notion essentielle : celle de la gestion distincte de l'établissement hospitalier.

En ce qui concerne les règles hospitalières, j'identifie l'exploitant de l'hôpital, et plus précisément la personne morale, titulaire des droits et obligations d'un ou plusieurs hôpitaux. Il y aura donc un « propriétaire » d'un ou plusieurs hôpitaux, mais chacun d'entre eux devra être géré séparément par plusieurs organes.

D'un autre côté, on retrouve le gestionnaire : « l'organe désigné statutairement (par l'exploitant) pour gérer cette exploitation (...) » (Sarah et al., 2021, paragr. 61). C'est à lui de définir la politique générale de l'hôpital et d'assumer la responsabilité générale de l'activité hospitalière quotidienne.

Il est également prévu par la loi⁷ qu'un directeur soit présent dans chaque structure hospitalière. Il est tenu de parler aux gestionnaires, aux médecins-chefs, aux chefs du département infirmier, aux chefs des paramédicaux, aux chefs des services administratifs et financiers, etc.

⁶ Janina Kehr et Fanny Chabrol, « L'hôpital », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 16 | 2018, mis en ligne le 22 mai 2018, consulté le 23 janvier 2024. URL : DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2997>

⁷ Loi sur les hôpitaux du 7 août 1987, Article 12

Dans chaque hôpital, un médecin-chef doit être désigné pour assurer « *le bon fonctionnement du département médical* » (Sarah et al., 2021, paragr. 71). Pour tout service hospitalier, un médecin-chef doit aussi être choisit pour être « *responsable de l'organisation et de la coordination de l'activité médicale dans son service telle qu'elle est mise au point par hôpital, (...)* » (Sarah et al., 2021, paragr. 72).

Dans la loi sur les hôpitaux⁸, il est défini que la présence d'un « *staff médical comprenant tous les médecins de l'hôpital* »⁹ est indispensable.

Effectivement, les médecins collaborent pour évaluer la qualité et initiatives en vue de perfectionner la qualité des soins. À côté de tous ceci, l'ensemble des médecins d'un hôpital peuvent prendre part aux initiatives et sont donc représentés au sein d'un conseil médical. Dans la loi, à nouveau, il est précisé que « *dans chaque hôpital est créé un conseil médical* »⁹

2.5. La notion d'agrément

Cette section s'ancre principalement sur un article du courrier hebdomadaire du CRISP, « Les hôpitaux en Belgique » datant de l'année 1986.

En premier lieu, je me permets de vous préciser le principe d'agrément. Étroitement lié à la norme de programmation, chaque centre hospitalier doit respecter plusieurs principes pour l'obtenir.

Avec l'avènement du système d'agrément, l'objectif est de garantir que seuls les centres hospitaliers, services et fonctions hospitalières, ainsi que les programmes de soins agréés pourront être ouverts et utilisés.

La création de la première loi sur l'agrément des établissements hospitaliers a eu lieu le 20 juillet 1947, grâce à l'Arrêté-Régent. Les hôpitaux doivent respecter 8 règles qui sont précisées par l'Arrêté-Royal du 23 octobre 1964. Ce dernier définit des normes de construction, de

⁸ Loi sur les hôpitaux du 7 août 1987, Article 13

⁹ Loi sur les hôpitaux du 7 août 1987, Article 120

fonctionnement et d'organisation pour tout service, mais elles resteront floues jusqu'à ce moment-là.

Elles concernent principalement la répartition des responsabilités au sein de l'établissement de soins, y compris le respect des mesures d'hygiène, de sécurité et de confort des patients.

Pour obtenir l'agrément d'un hôpital aigu, il est nécessaire qu'il ait au moins un service de chirurgie et de médecine interne, un service de gériatrie, un service de neuropsychiatrie ou encore un service de maternité. Il est nécessaire d'avoir plusieurs fonctions, comme l'anesthésiologie, la radiologie et les activités de base en biologie clinique.

Il est à souligner que ces normes d'agrément ne doivent pas être confondues avec des programmes de qualité établis par les autorités de manière volontaire.

2.6. *La programmation hospitalière*

Cette section s'ancre principalement sur un article du courrier hebdomadaire du CRISP, « Les hôpitaux en Belgique » datant de l'année 1986.

Une politique de programmation pourrait mener à bien deux tâches. Une première initiative vise à réduire les préoccupations financières tout en évitant le développement inconsidéré de l'activité hospitalière. Ensuite, pour adapter les services de santé aux besoins de la société, il est crucial de garantir un aménagement équitable de l'infrastructure hospitalière entre les services et les régions.

La décision a été prise d'instaurer une stratégie hospitalière visant à orienter l'offre de soins en fonction des besoins de la population. En veillant à ce que tous aient accès à des soins de qualité, en assurant une répartition optimale des services et équipements de soins de santé, tout en contrôlant les dépenses.

Il est important de souligner que toutes les réformes encouragent les acteurs du secteur hospitalier (tels que les gestionnaires, les médecins, le personnel soignant, etc.) à se réunir pour s'auto-évaluer et améliorer leur efficacité en utilisant des indicateurs tels que les moyennes nationales.

Il y a une volonté de rationaliser l'économie, car l'objectif des politiques est de maximiser, en respectant les contraintes budgétaires, la satisfaction des consommateurs, leur profit ou l'ensemble des buts choisis.

La notion de programmation hospitalière est présentée pour la première fois dans l'article 6 de la loi du 23 décembre 1963. Il est spécifié qu'un Arrêté Royal doit être émis pour définir celle-ci. Son objectif est de maîtriser la dimension budgétaire de l'offre de soins, d'évaluer les besoins et devrait garantir une accessibilité aux soins pour les patients¹⁰.

En théorie, les pouvoirs organisateurs ne peuvent recevoir des subventions que si leurs travaux de création ou de reconditionnement s'inscrivent dans le cadre de ce programme. Dans la pratique, les consignes n'ont pas été respectées. En général, contrairement aux subventions, il n'y avait pas de restrictions pour la construction ou l'ouverture d'établissements hospitaliers.

Ainsi, afin de régulariser la situation, un Arrêté Royal du 12 décembre 1966 va préciser le nombre maximal de lits à ne pas dépasser par millier d'habitants pour chaque type de service.

En 1972, le concept de « secteur hospitalier » est instauré après l'échec de la loi de 1963. Il planifie chaque zone, traduit les critères de programmation, afin d'évaluer la correspondance du nombre de lits réels avec les normes de programmation.

Le premier découpage géographique/délimitation des secteurs a été réalisé du côté administratif. La commission régionale de programmation a apporté des modifications à ce dernier, ce qui entraînera la création de 23 régions hospitalières flamandes, 11 wallonnes et 1 bruxelloise.

Le 6 juillet 1973, une loi est instituée pour interdire de construire, d'étendre, de reconverter un hôpital, d'effectuer des travaux qui augmentent le nombre de lits ou modifient leur destination quand cela ne s'insère pas dans le cadre du programme.

¹⁰ Avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers sur la programmation de l'offre de soins hospitaliers, le 18 novembre 2021

Par ailleurs, le 22 juillet 1982, un accord est conclu entre le gouvernement et les autorités exécutives des Communautés pour mettre un terme à la création ou à l'ouverture de nouveaux services pour tous les hôpitaux généraux.

C'est seulement en 1986 que ce protocole a été étendu aux hôpitaux disposant de lits psychiatriques. Dès lors, il ne peut plus y avoir d'augmentation du nombre de lits. Si d'autres lits sont mis en place, ils doivent remplacer un lit existant.

Il y a une augmentation des exigences en même temps qu'un rationnement budgétaire. Donc, un nouvel accord est conclu entre le gouvernement et les pouvoirs exécutifs le 25 juillet 1986, ce qui entraîne la suppression de lits.

En ce qui concerne les normes de programmation hospitalière actuelle, il est interdit de mettre en service de nouvelles unités sans autorisation.

2.7. *Le financement de l'hôpital*

Les mutuelles sont principalement impliquées dans les soins prodigués aux patients hospitalisés, ainsi que dans les soins ambulatoires.

Maintenant, le financement d'un hôpital belge se compose de 4 sources de financement : « *le Budget des Moyens Financiers (39%), les honoraires médicaux (41%), les médicaments et dispositifs médicaux (15%) et autres (5%)* » (Durant, s. d., p. 7).

Parmi les sources, la première, le Budget des Moyens Financiers (BMF) constitue un paramètre essentiel et se définit par « *La répartition individuelle, par hôpital, du budget global hospitalier* ». Il se base sur « *l'activité liée au patient* » (FOD Heath - Be Care, 2020).

Chaque année, le ministère de la Santé publique énonce une activité justifiée proportionnellement au nombre et type d'admissions à la suite d'une période de 2 ans.

L'ensemble des maladies sont déterminées par les APR-DRG¹¹, c-à-d « 355 groupes homogènes de malades x 4 niveaux de sévérité x 3 groupes d'âges » (Durant, s. d., p.10).

Ainsi, l'activité justifiée évolue en lits justifiés et donc, les durées de séjour standard se précisent pour chaque séjour d'une période antérieure de 2 ans.

En tant que deuxième ressource, on peut citer les honoraires médicaux qui prennent en charge une partie des rétributions des médecins pour l'investissement dans l'infrastructure, la logistique et les soins infirmiers.

Dans la loi sur les hôpitaux, il est prévu que les médecins soient essentiellement rémunérés à l'acte. Cela constitue bien le système du Tiers payant, les patients déboursent la consultation et par la suite, leur mutuelle les rembourse d'une partie.

Bien que la plupart des produits pharmaceutiques soit inclus dans le BMF, certains médicaments sont remboursés séparément par les organismes assureurs.

Pour récapituler, dans ce chapitre, j'ai exposé que la législation hospitalière est solidement établie et a connu une évolution majeure au fil des années. Cela a favorisé le développement des réseaux inter-hospitaliers sur des bases déjà établies.

Chapitre 3 : Développement des réseaux inter-hospitaliers

Ce chapitre a pour but de vous présenter en premier lieu les diverses formes de collaborations possibles entre les hôpitaux belges. En ce qui concerne la suite, j'explique également la loi qui régit la mise en place des réseaux inter-hospitaliers.

¹¹ All Patient Refined Diagnosis related groups : « Ils rassemblent les séjours en groupes cohérents au niveau médical et homogènes en terme de consommation de ressources. »

3.1. *Les relations entre hôpitaux belges*

Avec la réforme du paysage hospitalier, les coûts des soins de santé augmentent, la technologie progresse et les restrictions du nombre de lits s'accroissent. Les hôpitaux ont accès à des systèmes mis en place par les autorités.

Il existe trois formes juridiques de collaboration : le regroupement, l'association et la fusion.

Selon l'article 8 de l'Arrêté-Royal du 30 janvier 1989, chaque groupe d'hôpital se définit comme « *une collaboration durable, juridiquement formalisée et agréée (...) en vue d'une répartition des tâches (...) en matière d'offre et de services, de disciplines ou d'équipements* ».

Ils ne peuvent pas se distancer de plus de 25 km, et il doit y avoir deux organes qui les dirigent : le comité médical commun ainsi que le comité de coordination.

D'après l'Arrêté Royal du 25 avril 1997, l'association d'hôpitaux vise à exploiter conjointement un ou plusieurs programmes de soins, services, fonctions, sections hospitalières, services médicaux. L'autonomie et les organes d'administration sont maintenus pour tous les centres hospitaliers.

Néanmoins, il est nécessaire de mettre en place deux organes supplémentaires : le comité d'association et le comité médical commun. Les hôpitaux s'associent principalement en raison de la nécessité d'atteindre un certain volume d'activités pour ouvrir certains services hospitaliers.

Comme dernière forme juridique, par l'Arrêté Royal du 31 mai 1989, on retrouve la fusion. Celle-ci se précise comme étant la centralisation en une seule unité administrée par un seul gestionnaire ayant un seul agrément... Ce sont deux ou plusieurs hôpitaux se trouvant dans un espace circulaire de 35 km maximum, qui se rejoignent.

Enfin, un Arrêté-Royal du 10 juin 2006 remet en question celui d'avril 1997, il précise la notion d'association bassin de soins : « (...) *une association telle que visée au point 1° entre des hôpitaux situés à l'intérieur d'un territoire déterminé dénommé ci-après 'bassin de soins'* ».

Un arrondissement administratif ou l'addition d'arrondissements contigus couvrant au moins 150 000 habitants déterminent le secteur.

Cette loi a pour objectif d'adapter l'offre hospitalière aux besoins justifiés de la population du bassin de soins visé par la spécialisation ou la concentration sur un nombre minimum de sites.

3.2. Réforme du paysage hospitalier et mise en réseau

Depuis la loi du 28 février 2019, il est obligatoire pour chaque centre hospitalier de faire partie d'un réseau hospitalier clinique locorégional. Cette démarche est en relation avec la réforme du paysage hospitalier, instaurée dans le but d'atteindre une offre hospitalière plus qualitative et rationnelle.

Le réseau hospitalier clinique locorégional est une collaboration qui a une personnalité juridique, une durabilité et une formalité juridique. Il est agréé par les autorités compétentes pour la politique en matière de soins de santé.

L'application de la politique hospitalière repose sur l'utilisation d'outils de gestion essentiels, tels que la programmation, l'agrément et le financement. Toutefois, je tiens à souligner que cette approche est à considérer avec une distance critique. En réalité, l'attachement à ces outils pourrait parfois entraîner plusieurs défis et/ou tensions.

Par exemple, il serait approprié de solliciter la disponibilité de programmes de soins agréés pour l'accès au public et le financement des institutions, car cela va garantir la qualité des soins. Cependant, cela peut aussi entraîner des contraintes bureaucratiques excessives et des dépenses administratives élevées pour l'établissement de santé. D'autre part, en mettant de côté que les conditions de santé publique, telles que l'hygiène, la sécurité et la qualité des soins, soient indispensables... Il me paraît important de préciser que leurs évaluations peuvent être subjectives et dépendent de normes variant d'une institution à une autre. Il est donc crucial de maintenir un équilibre entre la réglementation et la garantie de la qualité des soins. En veillant à ne pas excéder les tâches administratives qui pourraient compromettre l'efficacité et l'accessibilité des services de santé.

Pour que l'activité établie en milieu hospitalier soit exploitable, elle doit être programmée, financée et agréée. Plus précisément, il me paraît important de planifier l'offre de soins à l'hôpital en fonction des besoins des patients, afin de garantir l'accès à des soins de qualité.

Leur mission est définie en fonction de la stratégie, de la coordination et des points de référence.

En fait, les réseaux décident quelles stratégies adopter pour évaluer les missions de soins spécialisées et les localiser. Ils assurent aussi la coordination de l'offre de soins généraux et spécialisés entre les hôpitaux appartenant à un même réseau. De la même manière, pour les soins offrant des avantages techniques, ils ont la possibilité de conclure des accords avec des hôpitaux disposant de ces mêmes responsabilités.

3.3. Les réseaux belges wallons (Réseaux hospitaliers, s. d.)

Avant de passer à l'explication sur le rôle de l'assistant social, il me semblait essentiel de vous fournir les réseaux existants en Wallonie.

Pour donner suite à la loi du 28 février 2019, dès le 1^{er} janvier 2020, le paysage hospitalier wallon va être divisé en 8 réseaux :

- PHARE : CHwapi, CHR Haute-Senne, Mouscron et EpiCURA.
- HELORA : CHU Tivoli, Centres Hospitaliers Jolimont, CHU Ambroise Paré et CHR Mons-Hainaut.
- Réseau liégeois : CHU de Liège, CHBA, CHR de la Citadelle, CHR Huy, Clinique André Renard, CHR Verviers, Centres Hospitaliers de Malmédy et ISOSL Valdor Péri.
- MOVE : CHC, Klinik St Josef de St Vith et le St Nikolaus-Hospitalier d'Eupen.
- HUmani Santé Charleroi Thiérache : CHU Vésale, le Centre de Santé des Fagnes et le CHU Charleroi.
- Réseau Hospitalier de Charleroi Métropole : GHDC et la Clinique Notre-Dame de Grâce.
- Réseau Hospitalier Namurois : CHR de Namur, CHR Val de Sambre, la Clinique Saint-Luc de Bouge et les hôpitaux du CHU UCL (Université Catholique de Louvain) Namur-Dinant, Sainte-Elisabeth, Mont-Godinne.
- Réseau Vivalia : L'ensemble des hôpitaux de la Province du Luxembourg.

Étant employée au sein d'un des centres hospitaliers du réseau PHARE, j'opte pour analyser le rôle de l'assistant social dans le contexte de ce réseau.

Cette décision peut être source de plusieurs biais cognitifs.

En effet, le choix du réseau PHARE dans lequel je travaille pourrait me rendre moins impartiale. Cela peut influencer ma perception et l'amener à une vision partielle c'est pourquoi l'accompagnement de ma commission mémoire est indispensable pour m'assurer de la nécessaire distance critique afin d'appréhender ces questions de façon inductive tout en tirant parti de ma proximité avec le terrain

Avant de me plonger dans le réseau PHARE, j'aborde le sujet du rôle de l'assistant social, que je questionne dans le cadre de ce mémoire, en raison des évolutions inhérentes aux réformes précédemment exposées.

Chapitre 4 : Le rôle de l'assistant social

La fonction de l'assistant social ne peut être catégorisée en une seule définition. Il est primordial de ne pas limiter la définition de sa fonction à une seule catégorie. Le rôle de l'assistant social est fondé sur un large éventail de pratiques, de valeurs et d'une méthodologie spécifique (Autès, 1996). De cette manière, cette profession est tellement vaste et variée qu'elle ne peut être résumée en une seule définition.

La pratique du travailleur social fait ressortir son efficacité mais aussi des interrogations continuellement portées sur son identité, son unité ou encore sa diversité (Michel Autès, p. 1, 1996). Il doit être en mesure de reconnaître sa capacité à intégrer différents savoirs pour accompagner un patient dans son rapport à lui-même et à son environnement (Thierry Glaner, p. 66, 2014). Également, il doit être capable d'accompagner les bénéficiaires dans tous les domaines qui poseraient problème.

Dès lors, pour expliquer son rôle, il me semble pertinent de commencer par vous présenter la définition internationale du travail social approuvée par l'Assemblée Générale de l'IASW, le 10 juillet 2014 à Melbourne.

« Le travail est une pratique professionnelle et une discipline. Il promeut le changement et le développement social, la cohésion sociale, le développement du pouvoir d'agir et la libération des personnes. Les principes de justice sociale, de droit de la personne, de responsabilité sociale collective et de respect des diversités sont au cœur du travail social. Étayé par les théories du travail social, les sciences sociales, les sciences humaines et des connaissances autochtones, le travail social encourage les personnes et les structures à relever les défis de la vie et agit pour améliorer le bien-être de tous. Cette définition peut être développée au niveau national ou régional. » (International Federation of social workers, , pp. 1, 2014)

4.1. Définition

Selon le Code de Déontologie Belge Francophone des assistants sociaux (Union professionnelle Francophone des Assistants Sociaux, 1985, p. 2):

« L'Assistant Social est :

-Un agent d'aide personnelle visant à permettre à l'homme de mieux se réaliser par une meilleure utilisation de ses propres ressources et celles de la société et de favoriser ainsi l'épanouissement de ses potentialités, une plus grande autonomie et une prise en charge responsable ;

-Un agent d'action sociale en participant à des actions qui contribuent au développement d'une société propre à faciliter les progrès humains. Par sa fonction d'analyse et d'intervention auprès des personnes, des groupes et des communautés dans les structures où ils vivent, l'Assistant Social est révélateur des besoins et agent de développement individuel et social. »

L'assistant social se charge de jouer un rôle normatif et émancipateur. Ainsi, son devoir se partage entre le fait de tenir compte des politiques mises en place et d'un autre côté, d'aider les bénéficiaires dans leur intégralité. En mettant l'accent sur ces tâches, ils doivent faire face à des situations d'intervention d'urgence ou d'insertion sociale. (Thierry Glaner, p.65, 2014)

Pour récapituler, en plus d'une charge administrative dans son travail, l'intervention dite psychosociale est un élément clé du rôle du travailleur social. (Karsz, 2004, p.61).

Ainsi, la mission principale de l'assistant social est de guider et d'accompagner les bénéficiaires dans leur insertion, tout en respectant leur autonomie. Ses activités sont axées sur

l'éducation, le soutien, l'information et l'orientation, l'aide psychosociale, l'assistance aux autres travailleurs sociaux et l'encadrement d'institutions (Foucart, 2005).

L'assistant social se définit également comme un spécialiste de la communication entre l'utilisateur et son environnement, un médiateur. D'après Bilodeau (2005), il s'agirait d'une « thérapie sociale ».

Maintenant, avant de préciser la spécialisation de l'assistant social en milieu hospitalier, le sous-point suivant explicite davantage l'origine de sa fonction.

4.2. Quelques éléments historiques clés de l'émergence du métier d'assistant social

La Révolution française entraîne une laïcisation de la société et l'émergence de la notion de bienfaisance. Ainsi, la recherche du bien moral trouve son origine dans un principe d'entraide laïque, en postulant que l'abolition des problèmes sociaux se produit par une modification des normes de conduite.

La professionnalisation du service social émerge à la fin du 19^{ème} siècle dans un contexte assez étendu. Il examine le traitement de la question sociale, ainsi que l'évolution du mouvement ouvrier et l'émergence du mouvement féministe.

Au commencement du 20^{ème} siècle, l'intervention de l'État débute par l'assistance aux plus démunis, en transmettant la charité et la bienfaisance.

Dès les années 1910, des premières tentatives de formations sociales sont entreprises. Elles sont courtes, temporaires et bien planifiées. Leur mission est de concevoir les législations et les structures institutionnelles de l'enseignement du service social en Belgique après la Première Guerre mondiale.

Par exemple, la Centrale d'éducation ouvrière propose des cours temporaires, tout comme l'École temporaire de service social.

En Belgique, avant 1920, il n'y a pas encore de travailleurs sociaux ou d'écoles sociales. L'organisation de la profession et de la formation d'assistant social fut instaurée après la Première Guerre mondiale. Cela répond à une stratégie féministe qui encourage l'engagement dans la sphère publique à travers l'action sociale.

À l'origine, le travail social accompagnant une forte tradition caritative, vient de la religion chrétienne, prône l'amour pour autrui, le devoir individuel d'aider celui et dans le besoin : c'est le principe de la charité chrétienne.

En ce qui concerne la reconnaissance officielle de la profession, le diplôme d'auxiliaire sociale fut établi par un Arrêté Royal du 15 octobre 1920, qui instaure les écoles de service social. Il constitue le premier texte, avec le Rapport au Roi daté du 1er septembre 1920, qui parle du service social.

L'instauration d'un enseignement du travail social en Belgique dans les années 1920 fut influencée par des expériences étrangères. Il y a une relation entre la formation au travail social et le contexte législatif et institutionnel qui planifie de manière continue et homogène l'enseignement du service social en Belgique durant l'entre-deux-guerres.

En outre, les nouvelles aspirations engendrées par la guerre et les obstacles spécifiques que les administrations publiques surmontent, prouvent que les situations exigent une assistance sociale.

Le travail social se forme par l'intermédiaire de cinq écoles sociales entre 1920 et 1922.

Avant la Seconde Guerre Mondiale, les travailleurs sociaux développent leur éthique professionnelle en s'appuyant sur une pratique confessionnelle (charité), un humanisme laïc (entraide) et surtout, social (solidarité).

Leur approche est un mélange de justice et de solidarité, avec le désir de remédier aux injustices, mais toujours basée sur un caractère normatif et éducatif.

Après la Seconde Guerre Mondiale, les formations se multiplient pour atteindre environ vingt établissements d'enseignement social.

L'action de l'État évolue. L'État-assurance est instaurée par l'association de mouvements sociaux ayant obtenu un certain nombre de droits fondamentaux en ce qui concerne les conditions de travail et la protection contre le non-travail.

En 1948, les Nations Unies adoptent également la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, à côté de tout cela. Ainsi, les droits sociaux deviennent universels, la démocratie devient de plus en plus tangible avec la proclamation d'une égalité de droit, mais aussi leur mise en œuvre dans les politiques publiques. L'importance des valeurs d'égalité et d'équité croissent.

La Belgique ne reconnaît le titre d'assistant social qu'en 1945. En 1948, le premier code de déontologie est mis en place, marquant ainsi le début des valeurs du travail social.

Donc, les valeurs adoptent un ton moins moraliste et sont plus centrées sur l'individu. Par exemple, elles considèrent la personne et sa dignité, ou une acceptation inconditionnelle de la personne.

En 1950, le Case Work fut le point de départ de la création des premières définitions des méthodes du travail social.

Dans les années 1970, le terme de travail social vient au monde. C'est en 1976 que le Code International de Déontologie des Assistants sociaux fut élaboré par la Fédération Internationale des Assistants Sociaux (FIAS).

4.3. Spécificités du travail d'assistant social en milieu hospitalier

Après avoir fixé la définition de l'assistant social et son historique, il me paraît opportun de préciser que le travail social à l'hôpital peut être appréhendé comme une « *forme spécialisée du travail social* » (Guide travail social dans les hôpitaux, 2019, p. 7).

L'assistant social fait partie intégrante d'une équipe pluridisciplinaire. Il apporte son aide directe aux bénéficiaires souffrant de problèmes de santé et indirectement à leurs proches.

Il s'intéresse aux problèmes psychosociaux qui surviennent après une maladie ou une hospitalisation, auprès du patient ou de ses proches.

L'intervenant social a pour fonction première de soutenir l'établissement hospitalier dans l'accomplissement de sa première mission, qui est d'assurer des soins de santé de qualité accessibles à tous.

« Le travail social a pour objectif d'améliorer le bien-être du patient (et de son entourage) lié à sa santé et son traitement au sein du processus de soin intégré, avec une

attention particulière pour les déterminants sociaux du problème de santé du patient. » (M. Desmet et al., p. 8, 2013)

Effectivement, l'Institut de Médecine définit six objectifs pour atteindre les soins de qualité (Guide travail social dans les hôpitaux, 2019, p. 4) :

- Ils détiennent une même valeur.
- Ils se dirigent vers le patient et conservent en particulier ses souhaits et préférences.
- Ils s'effectuent au moment opportun.
- Ils se prodiguent afin de réduire considérablement les blessures ou troubles.
- Ils sont efficaces et s'appuient sur des connaissances scientifiques.
- Ils sont efficaces et évitent tout gaspillage.

Pour ma part, de cette manière, l'assistant social contribue à la concrétisation de ces objectifs. En ce qui concerne l'accessibilité des soins, il peut même jouer un rôle central dans l'émergence de la problématique médicale dans l'histoire de vie du patient. Il peut donc intervenir dès le début de l'admission d'un patient, voire même avant.

Une des missions sociales essentielles est de vérifier que l'établissement hospitalier respecte les droits du patient, assure l'accès aux soins et permet que tout individu puisse bénéficier de soins adéquats.

Ainsi, le travailleur a la capacité d'intervenir dans les divers domaines de vie. Son rôle est d'assister, soutenir le patient et ses proches. Il occupe donc une position centrale entre les bénéficiaires et le corps médical, dans le but de chercher des solutions aux problèmes rencontrés pendant ou après l'hospitalisation.

L'objectif de la « socialisation des soins » est de tenir compte de la durée minimale de l'hospitalisation du patient tout en lui garantissant un projet de sortie adéquat. Parmi les possibilités, il y a l'offre de services d'aide à domicile, la recherche d'un logement dans une autre institution, etc.

De plus, il est primordial d'intensifier en permanence la collaboration interdisciplinaire avec l'équipe et les réseaux externes.

Dans un même temps, selon moi, l'assistant social a une double tâche en s'assurant que les lois soient appliquées et en accompagnant au mieux les bénéficiaires dans leur situation. Par

cela, je constate des injonctions paradoxales ; la productivité doit s'améliorer dans un contexte de nouvelle gestion publique, tout en offrant un accompagnement qualitatif aux patients. L'intervenant n'est pas considéré comme sujet mais comme une ressource au service de l'institution et se retrouve coincé dans un système paradoxal qui peut le conduire à l'exclusion (Kyte, 2020).

Dans ce chapitre, j'ai expliqué en détail le rôle de l'assistant social en décrivant sa définition, son histoire et sa spécialisation au sein de l'hôpital.

Pour récapituler, dans cette partie, j'ai mentionné que les systèmes de santé européens et la législation hospitalière belge ont connu une évolution significative au fil du temps. On constate une augmentation de la présence du concept de marchandisation dans notre société, ce qui me pousse à me questionner sur son impact sur le rôle de l'assistant social.

En ce qui concerne la deuxième partie de ce mémoire, je vais commencer par aborder le terrain que j'ai sélectionné. De même, en utilisant une approche inductive, la méthode et les résultats des entretiens menés avec des professionnels des réseaux inter-hospitaliers.

2^{ème} PARTIE : MÉTHODOLOGIE

« La vie est plus qu'une simple application des connaissances scientifiques sur la vie. La vie sociale n'est pas une machine construite d'après un dessin. » (Vaclav Havel, Méditations d'été, 1991)

En ce qui concerne cette deuxième partie, je souhaite vous donner des explications sur la démarche méthodologique que j'ai adoptée. Cela m'a permis d'élargir ma réflexion inductive sur le rôle de l'assistant social au sein d'un réseau inter-hospitalier.

En prenant en considération le contexte d'émergence d'un réseau inter-hospitalier comme PHARE, je tiens compte des connaissances précédemment exposées et également de mes expériences professionnelles dans le milieu hospitalier. De plus, je me penche de manière concrète sur la mise en évidence du rôle de l'assistant social dans un cadre inhérent au Nouveau Management Public. Le terrain est le point de départ de ma problématisation et de ma théorisation (Quivy & Van Campenhoudt, 2006, p. 175). Je m'intéresse tout particulièrement au vécu des travailleurs sociaux dans ce contexte et à la question de savoir comment ils perçoivent l'évolution de leur(s) rôle(s) dans un tel contexte. Mon questionnement cerne l'éventuelle présence de transformations.

Dans le premier chapitre, je présente le terrain que j'ai choisi pour mettre en pratique mon approche inductive sur le rôle de l'assistant social dans un contexte de mise en réseau.

En ce qui concerne le deuxième chapitre, j'explique comment collecter des données auprès des acteurs du réseau PHARE.

Dans le troisième chapitre, je tiens à préciser en détail le contenu des entretiens menés avec les professionnels concernant l'évolution du rôle de l'assistant social au sein du réseau PHARE.

Enfin, le dernier chapitre de cette section porte sur l'avancée de ma question de recherche.

Chapitre 1 : Choix du terrain : Le réseau PHARE

De manière générale, les hôpitaux belges possèdent plusieurs axes d'action en commun comme les soins de santé, la prévention, la promotion de la santé, la formation ou encore l'éducation. Toutefois, la mission de l'État belge est d'offrir des soins complets et de qualité. À travers une loi, il souhaite renforcer les collaborations hospitalières, optimiser les ressources et répondre à l'augmentation des besoins en soins de santé.

À la suite de la réforme du 28 février 2019, 3 centres hospitaliers de la province du Hainaut (c'est-à-dire EpicURA, CHR Haute-Senne et CHwapi) ont pris la décision de se réunir et de créer un réseau clinique locorégional. Ils partagent quelques points communs à travers leurs plans stratégiques ou encore, leurs origines, issues de fusion. Ce réseau se nomme PHARE en raison de leur lien avec le repère, l'image du service qu'ils souhaitent proposer aux habitants de la région. Quant aux valeurs abordées, ils choisissent l'accessibilité, la pluralité et la qualité. Définies comme fondamentales, elles sont d'ailleurs une source d'inspiration pour la mise en place des projets.

Le réseau PHARE s'étend sur 35 communes, ce qui équivaut à 531.000 habitants. Ses principaux atouts sont la distance maximale de 30 minutes entre eux, leur position, potentialité et complémentarité. Je pense qu'il est pertinent de revenir un peu sur le déroulement de la création de PHARE.

1.1. Historique

En annexe, j'ai indiqué les dates essentielles pour la création du réseau en utilisant une ligne du temps.

Bien avant que la loi des réseaux hospitaliers imposée aux hôpitaux, les trois membres fondateurs, c.-à-d. EPICURA, CHR Haute-Senne et CHwapi s'approchent petit à petit par plusieurs points communs comme leurs valeurs, origines issues de fusions d'autres centres et leurs projets.

En 2016, les responsables des centres hospitaliers EPICURA, CHWapi et CHR Haut-Senne commencent à se rencontrer et mettre en place un projet de collaboration à venir.

Par la suite, le 15 mars 2017, trois Centres Hospitaliers : Épicura, CHR Haute-Senne et CHwapi procèdent à une déclaration commune. Le 21 décembre 2017, ils effectuent une évaluation des projets et travaux. Le réseau PHARE est lancé en décembre 2018 et une conférence de presse est tenue en avril 2019 pour officialiser sa création.

Un communiqué de presse est publié le 4 novembre 2019 pour annoncer que le CHMouscron a officiellement rejoint le réseau PHARE.

1.2. Composition du réseau – 4 centres hospitaliers

o CHwapi

En 2004, Tournai est composée 4 sites indépendants et liées à des convictions philosophiques :

Notre-Dame	=>	Catholique
Dorcas	=>	Pluraliste
Hôpital civil	=>	CPAS
IMC	=>	Socialiste

Pour faire suite aux souhaits du SPF des Affaires sociales et de la Santé publique en 2006, l'objectif est de réorganiser les activités hospitalières et de réduire la concurrence.

Il est prévu que les responsables de l'IMC, Dorcas, de l'Hôpital civil et de Notre-Dame se réunissent pour mettre en place un protocole global d'accord d'intégration hospitalière.

La fusion de ces 4 hôpitaux entraîne la création du Centre Hospitalier de Wallonie Picarde (CHwapi) par la volonté de la Mutuelle Socialiste et de la Mutuelle Chrétienne en 2009. À ce moment-là, toutes les implantations restent actives (Dorcas, IMC, Notre-Dame et Hôpital civil).

En 2010, la fusion administrative des 4 établissements marquera le début d'une première phase.

Toutefois, en 2016, le site Dorcas ferme définitivement pour être déplacé vers une nouvelle localisation, celle du site Union.

Les fermetures des sites Notre-Dame et IMC étaient à l'origine planifiées pour l'année 2023. Cependant, en raison d'un incident lors d'une tempête, une grue s'est effondrée et a causé des dommages aux nouveaux bâtiments. Le calendrier a dû être ajusté. En raison de ces événements,

les travaux ont pris du retard, ce qui a également entraîné un report de la date de réouverture à 2026. Cette situation met en lumière les risques associés à la gestion de grands projets d'infrastructure, et soulève des interrogations sur la fiabilité des mesures de sécurité mises en place.

Plus de 2700 collaborateurs et près de 300 médecins sont membres de l'association CHwapi. Sa mission est : « Bien-être et être bien ».

○ **CHR Haute-Senne**

Le 1er janvier 1996 marque le début de l'établissement du Centre Hospitalier Régional de la Haute Senne (CHR Haute-Senne), qui rassemble les hôpitaux publics et privés de Soignies et de Braine-Le-Comte.

En vertu de la loi du 8 juillet 1976 sur les CPAS, il est établi en tant qu'association sans but lucratif.

Avec environ 70 000 habitants, il est également composé de 533 collaborateurs et de 100 médecins.

Son objectif est de fournir des soins de qualité à toute la population de la région et de garantir la continuité des soins.

○ **EpiCURA**

Avant la création d'EpiCURA, plusieurs étapes ont été nécessaires pour accomplir ce projet. La fusion de l'Institut Médico-Chirurgicale de Tournai (IMC) et de l'Association Médico-Hospitalière du Hainaut occidentale (AMHHO) a lieu en 1998. C'est ainsi que le RHMS sera mis en place.

En 1999, l'Association de l'Hôpital de la Madeleine (Ath) et la Clinique de Beloeil font partie intégrante du projet.

Ensuite, en 2009, l'IMC de Tournai et la Clinique de Péruwelz décident de se retirer du RHMS pour rejoindre le CHwapi.

Pendant ce temps, en 1979, le Centre Hospitalier du Grand-Hornu est établi. En 1998, il est rejoint par la Clinique Notre-Dame de Frameries pour devenir le Centre Hospitalier Hornu-Frameries.

La lettre d'intention marque le début de la création d'EpiCura en 2008.

En 2010, avec la création du projet médical. En 2012, une nouvelle structure, connue sous le nom d'EPICURA, est créée afin de gérer les patrimoines et les numéros d'agrément hospitaliers du CHHF, ainsi que du RHMS.

Ce nouveau Centre Hospitalier est divisé en plusieurs sites.

- Celui de Hornu.
- Celui de Baudour.
- Celui d'Ath-Beloeil.

Ce projet est principalement élaboré en raison de la politique des bassins de soins lancée en 2006 par Rudy Demotte.

Son objectif est de rassembler un médecin de qualité, des services de soins de proximité, un équipement technologique de pointe et une convivialité. Il assure à tous les patients un accès libre aux soins et une égalité de traitement, tout en respectant leurs convictions philosophiques. Ils ont 2500 collaborateurs et 400 médecins.

o **CHMouscron**

Pendant la Première Guerre mondiale, un ancien bâtiment scolaire est converti en un hôpital militaire.

La création de la Clinique "Refuge de la Sainte-Famille" remonte à 1931, avec le départ des sœurs de la Charité. Peu à peu, elle s'agrandit et accueille plus d'activités, comme de l'ergothérapie ou encore de l'hémodialyse.

En 1980, il a la construction d'un nouveau bâtiment pour accueillir plus de patients.

En 1994, le Centre Hospitalier Régional et la Clinique fusionnent pour devenir le Centre Hospitalier de Mouscron afin de faire face aux nouvelles normes de rationalisation et de rentabilisation.

Au commencement des années 2000, les deux sites se réunissent véritablement dans un seul bâtiment. La construction de ce dernier débute en 2006 et est inaugurée en 2010.

1.3. Organes de pilotage

Avant que le CHM ne se joigne au projet, deux comités ont la charge du réseau : un comité stratégique et un comité de pilotage.

- Le comité stratégique se compose de 3 présidents, 3 directeurs généraux, 3 directeurs médicaux, 2 administrateurs par centre hospitalier et 3 présidents des conseils médicaux. En organisant des réunions trimestrielles, il clarifie les divers axes stratégiques et les sujets des futures collaborations, et souhaite poursuivre sa mission pour assurer une prise en charge optimale du patient.
- Le comité de pilotage est constitué de 3 directeurs généraux et de 3 présidents des conseils d'administration. Il se réunit chaque mois et est plus dynamique. Il examine les opportunités médicales, s'entretient avec des groupes de travail constitués par des directions médicales, ou encore un groupe de travail sur le dossier patient informatisé.

Cependant, d'après la direction générale et direction médicale du CHwapi, le Comité stratégique se petit à petit substitue aux directeurs généraux. Un collège des directions médicales a aussi été établi.

1.4. Missions

Pour commencer sur des bases concrètes, les 3 hôpitaux fondateurs commencent des études préparatoires et analysent les bases préexistantes. En demandant l'aide d'Antarès et Sirius, des cabinets de conseil en santé, le but est d'évaluer la position du réseau et de réaliser une analyse sociologique de la population du bassin de soins. Les hôpitaux cherchent à mieux comprendre les besoins de santé des individus et à les satisfaire de manière optimale.

Depuis la mise en place du réseau PHARE, plusieurs tâches émergent sous la forme de projets.

- Projet médical : mise en place d'un pôle d'excellence, comme celui de l'oncologie/hématologie. Ils font preuve de réflexion en lançant des appels à projets et en collaborant. Ils cherchent également à optimiser l'achat de matériel médical de grande envergure.

- L'objectif du projet d'exploitation commune est d'assurer une amélioration continue en s'engageant tous les trois à obtenir la certification de l'Accréditation Canada¹². Leur travail consiste aussi à mettre en place un dossier patient informatisé (nommé projet POLARIS).
- Le projet de support comprend l'amélioration des logiciels, la mise en place d'une centrale d'achat et l'exploration de formations communes ou de recrutements communs.

Néanmoins, il est crucial d'avoir une vision critique de ces initiatives. Il est essentiel que l'assistant social prenne en compte les objectifs des projets médicaux. En travaillant en étroite collaboration avec les équipes médicales, ce dernier peut aider à repérer les besoins non-médicaux des patients. Il est possible d'intégrer des éléments tels que le soutien émotionnel, les ressources financières et le logement dans la planification des soins.

En outre, le projet d'exploitation et la démarche de certification de l'Accréditation Canada soulignent l'importance cruciale de la qualité des services de santé. Il est important de s'assurer que cette quête de qualité n'affecte pas l'accessibilité et l'inclusivité des services. L'assistant social s'engage à plaider en faveur de services adaptés aux besoins variés de la population, en particulier des groupes vulnérables.

Maintenant, le projet de fonction de support peut également ouvrir la voie à l'intégration de la perspective sociale. Par exemple, contribuer à la création de logiciels conviviaux pour les patients, ou mettre en œuvre des programmes de formation. L'intervention des travailleurs sociaux vise à rendre les services de santé plus accessibles et centrés sur les besoins des patients.

L'objectif de cette collaboration entre les hôpitaux est de fournir une assistance aux patients et de répondre de manière optimale aux besoins de santé publique des habitants de la région.

Les trois hôpitaux fondateurs commencent des études préliminaires et analysent les bases préexistantes, ce qui marque le début d'une collaboration pour renforcer le réseau PHARE.

Même si les efforts du réseau PHARE sont fixés sur l'amélioration des services de santé à la fois sur le plan médical et opérationnel, il doit aussi inclure une dimension sociale à chaque

¹² Avec la participation de l'Organisation de normes en santé (HSO), Agrément Canada est un organisme qui offre des programmes d'évaluation continue pour améliorer la qualité et la sécurité.

étape du processus. Les travailleurs sociaux sont à prendre en compte pour cette intégration, en assurant que les besoins non-médicaux des patients soient pris en compte et que les services de santé restent centrés sur le patient.

Cependant, la mise en œuvre de la nouvelle gestion publique pourrait avoir des répercussions sur la pratique des assistants sociaux, en particulier en ce qui concerne l'impératif de performance. Cela comporte une dimension paradoxale, car en même temps, elle cherche aussi à encourager leurs implications plus importantes dans la prise de décisions sur l'orientation des actions publiques.

Ainsi, en se référant à l'émergence du réseau PHARE et en conservant la logique du NMP, il y a un risque qu'il ne restreigne pas ces logiques marchandes.

En effet, les parties prenantes ont la possibilité de mettre en avant davantage les appels à projets, les bilans d'activités et les fiches de suivi. Ce qui pourrait aussi influencer l'assistant social. Il ne pourra plus accomplir son travail, sera dénué de sens et de plus en plus standardisé en utilisant des outils de gestion.

1.5. Forces et faiblesses du réseau PHARE

Pour terminer ce chapitre, je pense qu'il est pertinent de faire un résumé des forces et faiblesses du réseau PHARE. En effet, pour créer un environnement où les établissements de santé soient efficaces, maximisent les ressources et offrent les meilleurs soins de santé aux patients, plusieurs facteurs doivent être combinés.

Voici ses forces :

- Proximité géographique : Elle permet de faciliter les trajets entre les établissements de santé, une coopération plus étroite ainsi qu'une meilleure accessibilité pour les patients.
- Histoire similaire : Leurs origines communes, c-à-d toutes issues de fusion entre hôpitaux, cela favorise la compréhension mutuelle et l'alignement des pratiques.
- Valeurs communes : De même que l'histoire similaire, l'association de valeurs communes entre centres hospitaliers peut faciliter le développement de projets centrés sur le patient.

- Frein à la concurrence direct : Celle-ci permet aux établissements de se focaliser sur la complémentarité de leurs services plutôt que sur la rivalité.
- Économie d'échelle : En unifiant les équipements et ressources, les centres hospitaliers réalisent des économies d'échelle. Ainsi, le partage d'appareil coûteux comme le Pet-Scan leur permet d'obtenir les agréments nécessaires pour offrir aux individus un service spécialisé.
- Communication au service de soins : Un partage d'information efficace entre institutions est essentiel pour améliorer la coordination des soins et garantir aux patients les meilleurs traitements possibles.

Dans un second temps, voici ses faiblesses :

- Manque d'implications de certains membres dans les projets futurs : Pendant les entretiens exploratoires, un interviewé, président du réseau PHARE, explicite le fait qu'avec le manque de clarté de la législation, les centres hospitaliers composant le réseaux n'ont pas d'obligation à participer aux projets. Cela peut les bloquer et remettre en question l'avenir du réseau.
- Manque de communication entre services spécifiques : Les intervenants m'ont précisé qu'ils n'avaient pas beaucoup de contact avec les autres services sociaux du réseau. À part, lorsqu'un patient se voit transféré d'un centre hospitalier à un autre pour un examen.
- Assurabilité d'une collaboration efficiente : Lors des entretiens avec le réseau, les interviewés ont parlé notamment du mouvement du personnel entre deux centres hospitaliers et le fait de renforcer celui-ci.

En optant pour une approche inductive, je passe maintenant au deuxième chapitre qui traite des méthodes de collecte des données. Après avoir spécifié le terrain choisi, je décide de me rendre chez les membres de ce réseau pour leur poser des questions directes sur la création de PHARE et les responsabilités de l'assistant social.

Chapitre 2 : Modalités de collecte des données

Pour cette démarche inductive, je suis partie d'observations du terrain, d'une collecte de données en me questionnant sur le réseau PHARE et le rôle des assistants sociaux. J'ai choisi de diversifier les points de vue : ces acteurs sont donc des membres de direction ou encore des assistants sociaux de formation.

En tant qu'assistant social travaillant sur le terrain en milieu hospitalier, je me questionne sur la mise en place du réseau, sur ses avantages, sa structuration, et surtout sur le rôle (attendu/vécu) de l'assistant social. Afin d'approfondir cela, j'utilise la méthode inductive pour analyser les réponses apportées par le terrain et développer une théorie en rapport avec celles-ci.

Afin d'en savoir plus sur le réseau PHARE, j'ai réalisé quatre entretiens avec des membres de la direction des centres hospitaliers composant le réseau. Ceux-ci m'ont permis de comprendre sa création, ses valeurs et également, sa législation. Au cours de cette investigation sur le terrain, j'effectue également huit entretiens avec des assistants sociaux pour cerner leur vécu quant à leur rôle dans ce contexte spécifique.

C'est ainsi que j'ai pris conscience de la richesse de leurs témoignages, et du fait que cela pouvait confirmer à la fois l'objectivation du sujet et l'énonciation de possibles questions de recherche. En fait, dans une démarche qualitative, le principe de l'entretien compréhensif va mettre en avant l'objectivation croissante du sujet de recherche par l'intermédiaire d'une « *posture de curiosité, d'attente, d'ouverture, voire de passivité, dans les phases préliminaires de l'enquête (Schwartz, 1993)* » (Kaufmann J., 2016, p.23). À partir de son livre basée sur la théorie ancrée¹³, Anselm Strauss (2012) suggérera même de se laisser imprégner par le terrain pour explorer les premières propositions de recherche.

¹³ Glaser, B. G., Strauss, A. L., Soulet, M., & Ouevray, K. (2012). *La découverte de la théorie ancrée : stratégies pour la recherche qualitative*. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BB08956940>

Avant de commencer mes entretiens, j'ai pris le temps de réfléchir à plusieurs propositions de recherche pour comprendre l'impact de la mise en place du réseau PHARE sur le rôle de l'assistante sociale. La création du réseau a permis de faire évoluer le rôle de l'assistant social et de susciter des tensions. De plus, lorsque les ambiguïtés, les conflits ou la surcharge de travail surviennent, le rôle de l'assistant social devient de plus en plus complexe.

2.1. Acteurs du réseau PHARE

Afin de développer mes recherches et analyses, je suis d'avis que la réalisation de la première partie des entretiens soit la première étape. Les acteurs interrogés ne sont pas des travailleurs sociaux mais ce sont des professionnels de la santé ou spécialistes du réseau, en raison de leurs fonctions et de leur présence dans les comités de direction.

Dans ma recherche, je n'ai pas vraiment établi de critères stricts d'inclusion ou d'exclusion. Mon but principal est d'obtenir plus d'informations sur le réseau PHARE, pour mieux appréhender le rôle de l'assistant social par rapport à tout cela. Afin d'accomplir cette tâche, j'ai considéré plusieurs éléments qui étaient selon moi cruciaux :

- La personne doit être membre de la direction d'un hôpital ou d'un comité de direction.
- Elle doit avoir joué un rôle actif dans la création du réseau PHARE.
- Elle doit avoir été embauchée avant la mise en œuvre du projet de mise en réseau (pour avoir un vécu).

Concernant ma méthode de sélection, j'ai commencé par faire une sélection aléatoire dans les listes à ma disposition. Puis, en prenant en compte les retours et conseils des participants lors des entretiens, j'ai donc pu joindre davantage de personnes pertinentes pour mon projet.

Pour fixer mes limites et démarches éthiques, je demande d'abord aux acteurs leur accord pour être enregistrés et pour faire apparaître leurs initiales et fonctions dans le traitement de mes données.

Maintenant que j'ai précisé la méthode de sélection des acteurs du réseau PHARE, je vais passer à celle des assistants sociaux.

2.2. Assistants sociaux du réseau PHARE

Après avoir acquis de l'expérience dans le travail social en milieu hospitalier, à travers ces entretiens, je me questionne sur la perspective des assistants sociaux du réseau PHARE avant et après, la réforme du paysage hospitalier. En bref, je souhaite obtenir davantage d'informations sur l'évolution de leur rôle.

Par conséquent, ma cible était constituée d'assistants sociaux devant être recrutés avant la création du réseau PHARE, et donc, faire partie de l'équipe paramédicale d'un des centres hospitaliers membres.

Concernant ma méthode de sélection, dans l'intention de solliciter leur accord pour se porter volontaires, j'ai pris contact avec des travailleurs sociaux remplissant les critères énoncés précédemment.

Tout comme lors des entretiens tenus avec les acteurs du réseau PHARE, j'ai pris soin de leur demander leur accord pour être enregistré et mentionner leurs initiales et fonctions dans mon mémoire.

Chapitre 3 : Principaux résultats

Dans une démarche inductive, voici un bref résumé de mes échanges avec des experts sur le terrain.

3.1. Réseau PHARE

Comme je l'ai mentionné précédemment, afin d'en apprendre davantage sur le réseau PHARE et progresser dans ma recherche, j'ai mené des entretiens avec des membres de la direction du réseau.

Pour une meilleure compréhension, je vous ai joint en annexe un tableau récapitulatif des sujets abordés lors des entretiens menés avec les membres de la direction du réseau PHARE.

Le 29 juin 2015, les ministres fédérales de la santé belges signent une déclaration commune validant la mise en œuvre des réseaux. Cette loi commune a été mise en place pour rapprocher les hôpitaux. Cependant, selon les personnes interviewées, la gouvernance des réseaux reste

ambiguë car elle ne s'applique qu'à la mise en réseau, sans aucune précision supplémentaire. Par exemple, elle n'apporte pas un point de vue organisationnel ou financier.

D'autres acteurs avaient aussi envisagé que la réforme serait plus ambitieuse et aurait pu prendre en considération les soins à domicile ou les maisons de repos. Ainsi, son attention s'est portée sur les hôpitaux et n'a pas inclus d'autres établissements de soins. Si la législation ne se précise pas, comme les membres du réseau ne sont pas obligés de s'impliquer, la coordination et gestion des projets du réseau peuvent être plus difficile et donc, susciter l'inquiétude quant à la durabilité à long terme de la collaboration du réseau.

Les intervenants m'ont précisé qu'ils avaient anticipé la mise en pratique de la loi de 2015, ils avaient déjà tout préparé en amont... C-à-d qu'ils ont communiqué entre hôpitaux, formé des équipes de travail et abordé le projet médical.

« Si vous voulez, elle a mis un cadre juridique en disant que les hôpitaux devaient être ensemble, qu'il fallait qu'il y ait un territoire jointif. En fait, elle en est restée là. Cette législature-ci, Monsieur Vannebrouck, il n'a pas beaucoup travaillé sur les réseaux, à tel point que, par exemple, toute la gouvernance du réseau, vous verrez, c'est encore un peu flou. »
Extrait d'un entretien exploratoire avec le réseau PHARE

Au début de leurs réflexions, les directeurs des hôpitaux membres (Epicura, CHwapi et CHR Haute-Senne) se sont réunis pour discuter de la création du réseau PHARE et ont observé divers points communs. Par exemple, leurs histoires, leurs valeurs mais aussi, leur terrain d'entente par le partage d'une vision réseau axée sur la collaboration sans fusion.

Effectivement, dans d'autres régions, certains réseaux inter-hospitaliers ont choisi de fusionner afin d'améliorer la coordination des soins. Ayant déjà eu plusieurs fusion à leur actif, le réseau PHARE a décidé d'améliorer la qualité des soins sans adopter un modèle de collaboration de fusion.

La création du réseau PHARE a été confirmée par les échanges entre les directions générale et médicale du CHwapi, Epicura et CHR Haute-Senne. Ils ont commencé à négocier et à réfléchir à la mise en place du réseau en 2016. Les acteurs ont poursuivi leur réflexion en 2017,

et l'ASBL a été officiellement établie en 2020, dans le but de regrouper les charges, les services, les compétences intellectuelles et les procédures.

En ce qui concerne leur motivation à se rassembler, il y a plusieurs avantages et forces dans le réseau.

Contrairement à d'autres régions qui ont adopté une approche différente, le réseau PHARE est principalement attiré par sa proximité géographique, ce qui facilite l'organisation et la coordination des soins et les rend plus efficaces. Cela évite également la concurrence directe. Cette collaboration offre également la possibilité d'éviter les doublons d'équipements et les synergies, pour obtenir les agréments pour des services spécifiques (par exemple : PET-Scan).

« ...Il y en a qui étaient plus intéressés par le trésor de guerre financier qu'on représentait au premier tour... Pas super concluant. Et puis, on a été recontactés par, par un administrateur du CHwapi et d'Épicura parce qu'en fait, le point particulier entre le CHwapi et Epicura, ce sont pratiquement les mêmes pouvoirs organisateurs. Donc, on retrouve souvent les mêmes personnes dans les deux conseils d'administration. On a eu une discussion avec lui et avec Didier Delval à l'époque, qui a été très très très positif. On s'est très vite rendu compte en fait qu'on avait la même vision du réseau, c'est-à-dire un réseau avec des hôpitaux de proximité, un réseau sans politique tarifaire excédentaire pour les patients. Un réseau où on ne parlait pas de fusions ou de méga-fusions. Mais vraiment, chacun garde sa gouvernance locale, son agrément, c'était plus de la mise en commun. Et puis, une même histoire, on est tous déjà le résultat de fusions. Soignies à l'époque, il y avait, il y avait deux hôpitaux à Soignies, il y en avait un à Braine le Comte, on avait un Enghien... » Extrait d'entretien exploratoire avec le réseau PHARE

Le réseau a aussi mis en place des initiatives, comme la mise en place d'un marché commun pour les achats. Cela leur donne la possibilité de réaliser des économies d'échelle et de bénéficier de meilleures conditions auprès des fournisseurs. Cependant, une approche exclusivement axée sur la réduction des coûts pourrait mettre en péril la qualité des soins et la satisfaction des patients. Ils ont également mis en place plusieurs plans pour faire face à des catastrophes ou des pannes, et assurer une continuité dans la prise en charge du patient. Il est essentiel de s'assurer que ces plans soient régulièrement mis à jour et testés, afin de garantir leur efficacité en cas d'urgence réelle.

Je crois qu'il serait intéressant que toutes ces initiatives soient adoptées de manière intégrée dans la gestion globale du réseau, en prenant en compte les spécificités de chaque établissement et les besoins des patients.

Les participants m'ont fait part de leur volonté de poursuivre leur collaboration en mettant en place un nouveau système d'information médicale entre eux. Néanmoins, à plusieurs reprises, ils ont également précisé qu'ils étaient chargés de représenter le réseau au lieu de prendre des initiatives individuelles, tout en maintenant une pratique locale. Cela dit, il est essentiel de souligner que cette collaboration ne se fait donc pas au détriment de l'identité individuelle. La gestion de cette dualité entre la représentation du réseau et la préservation d'une pratique locale peut être délicate, et pourrait potentiellement causer des tensions ou des conflits d'intérêts.

Désormais, les acteurs du réseau comprennent que l'ensemble de cette organisation peut avoir des répercussions sur les professionnels, que ce soit dans leur pratique, leur recrutement, leur formation ou encore leur organisation des soins.

En cas de pénurie de personnel médical, même s'il n'y a pas de concurrence directe, il peut y avoir certains défis à relever. Lorsqu'un employé quitte l'hôpital pour rejoindre un autre établissement du même réseau, cela peut entraîner une tension, notamment une rivalité entre les hôpitaux. En somme, le collaborateur n'est pas perdu pour le réseau, mais pour le centre hospitalier, c'est vrai.

Ensuite, grâce à l'intégration de ce réseau, plusieurs questions peuvent être abordées. Si les services sont délocalisés vers d'autres hôpitaux et que la gestion et la communication sont mauvaises, les patients pourraient ressentir des désagréments. Il est crucial d'harmoniser les pratiques et les systèmes entre les différents établissements. Ainsi que la volonté de s'ajuster au changement de paradigme tout en préservant l'humain dans les soins.

Pour récapituler, les acteurs ont émis une réflexion sur l'avenir du secteur de la santé, en soulignant l'importance de maintenir un équilibre entre efficacité économique¹⁴ et qualité des soins¹⁵. Ainsi qu'une collaboration fructueuse entre les différentes parties prenantes du réseau.

3.2. Le vécu des assistants sociaux dans ce cadre

Avant de commencer à expliquer le retour des intervenants, je tiens à souligner qu'un tableau récapitulatif comprenant tous les points abordés lors des entretiens se trouve en annexe.

En participant à ces rencontres, mon principal but était d'obtenir les retours et les avis de spécialistes sur l'évolution du rôle de l'assistant social après la création de PHARE sur le terrain. Pendant ces moments, je suis attentive à leurs opinions et observations sur leur travail au sein du réseau.

En prenant en considération le fait que ma formation soit similaire à la leur, j'ai été confrontée à une forme d'obstacle qui m'a parfois empêché d'exprimer ma neutralité.

Quant aux projets élaborés par le réseau PHARE, les intervenants interrogés affirment que la plupart des centres hospitaliers ont impliqué leur force dans la gestion du projet POLARIS.¹⁶

Les travailleurs sociaux de PHARE estiment que le réseau n'a pas encore un impact sur leur fonction. À l'heure actuelle, il pourrait jouer un rôle de catalyseur dans la promotion du travail. Ils estiment qu'il serait intéressant de prendre le temps de réfléchir davantage aux enjeux de leur rôle. Par exemple, si l'hôpital veut réduire au maximum les durées de séjour, le patient devra sortir plus rapidement, ce qui entraînera également une diminution du temps d'intervention du service social.

¹⁴ « ...Relation entre le résultat d'un processus et les ressources utilisés pour l'atteindre. » (*Efficiences économiques*, s. d., Étienne Chantrel)

¹⁵ « ... Mesure dans laquelle les services de santé destinés aux individus et aux populations augmentent la probabilité de parvenir à l'état de santé souhaité. » (*Qualité des Soins*, s. d.)

¹⁶ Élaboration par Epicura, CHMouscron, CHR Haute-Senne et CHwapi d'un nouveau dossier patient informatisé

« ...Je crois que c'est d'autant plus avantageux de pouvoir en discuter avec, avec les autres membres du réseau PHARE et de justement pouvoir mettre sur table toutes nos connaissances, nos expériences pour construire un projet commun et qui sera justement beaucoup plus bénéfique dans la prise en charge du patient, puisqu'on va tous, en tout cas, dans la construction du projet, on va tous aller vers la même idée, si on est d'accord de le construire ensemble. Donc ça, j'en vois vraiment une force et je crois que ça peut vraiment surtout permettre d'aller dans des pistes d'amélioration continue mais qui se cantonne pas à juste ici notre pratique à nous de vraiment s'élargir à autre chose... » Extrait d'entretien avec le service social du réseau PHARE

Une analyse approfondie permet de réaliser la dynamique qui entraîne cette évolution. La mise en réseau a été le point de départ, mais il s'agissait plutôt de développer une nouvelle politique de soins de santé. Au cours des entretiens, les participants ont exprimé leur souhait que le réseau PHARE examine ces questions et mette en place des initiatives en lien avec un projet médical spécifique. Cela contribue à définir les spécificités et les projets médicaux à venir. Cette réflexion met en évidence l'importance de s'adapter aux changements de paradigme dans le domaine de la santé, et de tirer parti de ces évolutions pour améliorer les services et les soins offerts à la population.

En ce qui concerne leur rôle de dispensateurs de soins, plusieurs personnes interrogées ont souligné qu'il resterait inchangé. Selon elles, d'autres professionnels ont été désignés pour faire avancer le réseau et les hôpitaux inclus dans le projet. D'autres ont observé qu'ils pourraient malgré tout être impactés par l'arrivée de ce nouveau réseau. La facilité des déplacements des patients vers d'autres sites, tout comme les consultations et examens, permettrait une organisation plus rapide des projets de sortie d'hospitalisation.

Ensuite, il y aura une diversité d'opinions concernant ce rôle, car un acteur va souligner l'importance d'une spécialisation plus poussée du travailleur dans les pathologies et le domaine médical. D'autres vont suggérer que le rôle ne devrait pas être trop orienté vers la médecine, que l'assistant social ne doit pas être considéré comme un second médecin. En raison de son expertise, on pourrait le qualifier d' « électrons libres ».

En prenant en considération leurs dires, à l'origine, leurs directions ne les auraient pas poussés à s'impliquer dans ce nouveau réseau inter-hospitalier. Avec le peu d'informations reçues, ils considèrent avoir été contraints de s'impliquer par la force des choses et par leurs propres initiatives.

Par exemple, à Tournai, le service d'oncologie du CHwapi a été touché en raison d'un manque de médecins. Par conséquent, les patients suivis ont été transférés à Mouscron. Le renforcement du soutien entre les centres hospitaliers a été rendu possible grâce au réseau.

Cependant, du point de vue des travailleurs sociaux, cela ne s'avère pas bénéfique, car, toujours selon leurs dires, cela pourrait aussi affecter leur rôle de prestataires de soins et leur ajouter une charge de travail supplémentaire. Cela signifie aider les patients à trouver des solutions de transport, à renouveler leur suivi social et à établir un lien de confiance avec eux.

En ce qui concerne le rôle de membre au sein d'un établissement de soins, il est possible que la mise en réseau ait des répercussions. Ils doivent s'autoévaluer en utilisant la démarche d'accréditation, mais aussi se former davantage en suivant différentes formations ou congrès organisés.

Toutes ces avancées pourraient jouer un rôle crucial dans la réalisation de projets futurs entre les hôpitaux.

Par exemple, la constitution d'un nouveau dossier patient informatisé pourrait améliorer la communication entre les hôpitaux du réseau, car lorsqu'un patient est déplacé et transféré vers un autre site, les professionnels ne reçoivent que peu d'informations.

Néanmoins, en ce qui concerne la communication entre les services sociaux du réseau, ils affirment que dès l'origine, c'est dans l'ADN de l'assistant social de communiquer avec les autres. Celui-ci serait déjà impliqué dans cette transmission, mais de manière informelle. Même s'ils manquent d'information, les intervenants soulignent qu'il est encore trop tôt pour prévoir des réunions quotidiennes du service social du réseau PHARE au niveau du réseau.

Pour ma part, il me semble compliqué de standardiser leurs pratiques, car ils ne partagent pas les mêmes méthodologies de travail et se mettent régulièrement en question. Pour certains

types de suivis patients, ils vont seulement partager des informations mais pour d'autres, ils vont les accompagner tout au long de l'hospitalisation. Au début d'une hospitalisation ou d'une prise en charge, l'assistant social évalue la capacité du patient à se prendre en charge. Si la volonté du réseau est de convenir d'une même manière de fonctionner, il serait bénéfique de mettre en place un cadre institutionnel pour avancer. Par exemple, organiser régulièrement des réunions entre services sociaux du réseau.

À l'heure actuelle, les intervenants sont préoccupés, car si la loi évolue, le financement pourrait devenir uniforme pour l'ensemble du réseau. Comme expliqué précédemment, la composition, les services et les pratiques varient entre les unités de soins d'un même hôpital, ainsi qu'entre les hôpitaux d'un même réseau. D'après les acteurs du réseau, à ce moment précis, il est inévitable que le conflit et l'ambiguïté surgissent. Il est essentiel de souligner que leur méthode de travail dépendrait également de leur environnement et de leur démographie.

En résumé, ils affirment que standardiser leur travail social sera compliqué. Leur opinion est que PHARE devrait maintenir ces disparités et apporter plus de cohérence.

Plusieurs intervenants interrogés soutiennent que le rôle des assistants sociaux peut varier en fonction du lieu de travail, de sa démographie et de son environnement. Il y a donc des opinions contradictoires, car on pourrait penser qu'il représente le lien entre le patient et le corps médical. Il doit travailler dans une institution qui établit des normes, mais aussi avec un réseau externe. En outre, les assistants sociaux seront tenus de prouver leur efficacité par écrit ou graphique au niveau de l'hôpital. Pour certains, leur direction pourrait adopter une approche différente.

Ensuite, l'instauration du réseau a également offert aux travailleurs sociaux la possibilité d'approfondir leurs connaissances et de s'engager dans des formations. Tous sont unanimes sur le fait que cela a permis des rencontres entre les assistants sociaux et de comparer des méthodes de travail. Il est mentionné que PHARE va renforcer le rôle du travail social en lançant des initiatives et en renforçant le cœur du métier.

Chapitre 4 : Développement sur la question recherche

Au début de mes recherches, au sein d'une démarche inductive, j'ai commencé par me questionner plus généralement sur l'évolution du rôle de l'assistant social dans un contexte de l'émergence d'un réseau inter-hospitalier (relatif aux Nouvelles Gestions publiques) tel que le réseau PHARE.

En effet, comme je l'ai mentionné précédemment, avec l'adoption de la nouvelle loi sur la création des réseaux inter-hospitaliers et sa volonté de mieux coordonner les soins, le réseau PHARE a été établi. En raison de l'ambiguïté de la législation hospitalière, la gouvernance du réseau suscite des préoccupations. Si à l'avenir, l'État octroie des subventions exclusivement aux réseaux (et non aux hôpitaux individuellement), cela pourrait aussi impacter les pratiques des assistants sociaux, leurs recrutements ou la gestion des soins.

Lors des entretiens, j'ai remarqué que les travailleurs perçoivent cela comme une mise en avant et une reconnaissance de leur rôle avec l'introduction du réseau PHARE.

En ce qui concerne ses projets futurs, le réseau PHARE aborde la standardisation des soins. Si elle est émise pour les missions confiées à l'assistant social, la tâche deviendrait complexe en raison des spécificités de chaque centre hospitalier. Pour garantir une qualité optimale des soins, il est conseillé par les membres de la direction de ne pas prendre en compte l'identité individuelle de chaque établissement. Cela peut provoquer des tensions au sein du travail de l'intervenant social.

En résumé, même si le réseau offre des avantages aux assistants sociaux, il comporte également des incertitudes. En remplissant leur rôle, ils peuvent éprouver diverses tensions concernant les finalités, les compétences, le statut social ou l'autorité.

Pour examiner les données collectées lors des entretiens, j'ai opté pour la théorie des tensions de rôle. Elle se caractérise par l'utilisation de concepts de conflits de rôles, d'ambiguïté de rôle et de surcharge de travail, qui font allusion aux données précédemment expliquées. Si l'on prend cela en considération, il serait pertinent d'examiner l'ensemble des problèmes auxquels les professionnels sont confrontés en utilisant cette théorie.

Dans cette deuxième partie, j'ai expliqué en détail la création du réseau PHARE, la méthode adoptée pour collecter les données et les résultats des entretiens avec les acteurs et assistants sociaux du réseau PHARE.

Pour la suite, je prévois de commencer par approfondir la théorie des tensions de rôle, puis de l'appliquer au rôle de l'assistant social, plus précisément à ceux du réseau PHARE.

3^{ème} PARTIE : ANALYSE

« *Ce n'est pas la conscience des hommes qui détermine leur être. C'est inversement leur être social qui détermine leur conscience* » Karl Marx : préface de la Contribution à la critique de l'économie politique, 1947 p. 4.

Au début de mes recherches, j'ai commencé avec la volonté d'analyser le rôle de l'assistant social dans un contexte de réseau inter-hospitalier lié à la question du nouveau management public.

Dans le premier chapitre, je me penche sur l'approfondissement de la théorie des tensions de rôle en y détaillant les différents types.

Ensuite, j'applique la théorie au rôle d'assistant social.

Pour terminer, j'étudie les diverses tensions entre les différents rôles de l'assistant social au sein du réseau PHARE.

Chapitre 1 : La théorie des tensions de rôle

Au cœur d'une institution hospitalière, les collaborateurs peuvent être confrontés à des attentes de rôles et celles-ci peuvent aussi s'opposer les unes aux autres. Elles se rapprochent de ce qu'on appelle les 'tensions de rôles'.

Cette théorie des tensions de rôles a été vivement critiquée dans la littérature anglaise, francophone et internationale (Djabi et al. 2019, p.41). Progressivement, elle est devenue plus claire au regard qu'un travailleur éprouve des difficultés à répondre de manière positive à toutes les attentes du/des rôle/s qui sont les siens.

En parallèle, comme précisé lors de la première partie, j'observe une modification du paysage hospitalier et une création de réseaux inter-hospitaliers. Cela me pousse à me poser questionner sur le rôle de l'assistant social et les données récoltés lors des entretiens montrent que PHARE

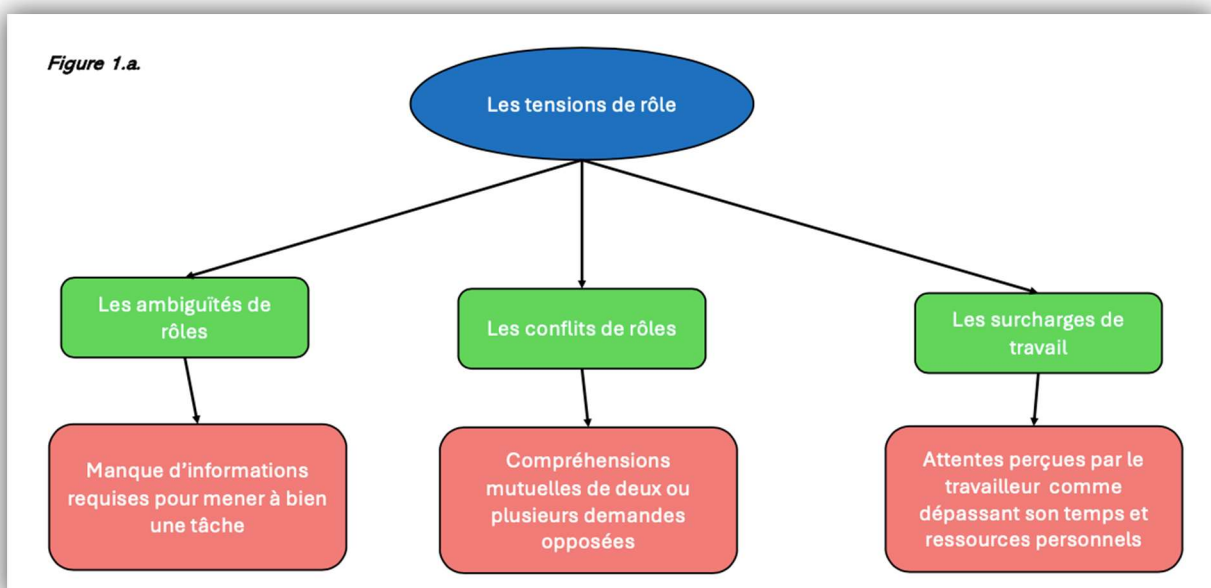
pourrait d'une part, amener plus de reconnaissance, pousser davantage à la formation mais aussi, ajouter une ou plusieurs tâches à leurs missions.

Cependant, je tiens à lier cela à la notion de Nouveau Management Public qui se définit par un ensemble d'outils ou pratiques tentant à accroître le contrôle sur le travail des intervenants et à augmenter leur productivité. Ainsi, l'avènement du réseau PHARE pourrait obliger le travailleur social à endosser plusieurs rôles parfois incompatibles ou ambiguës ce qui peut favoriser l'émergence de tensions de rôles.

Au fur et à mesure, la littérature se concentre davantage sur l'analyse des effets des tensions de rôles. Plus précisément, elle se questionne sur la manière dont les rôles demandés et organisés se métamorphosent et se confrontent à des tensions. En 1964, Kahn et al., composent plusieurs types : "conflit de rôles", "ambiguïté de rôle" ou "surcharge de rôle" (Rivière et al., 2019, pp.5).

Néanmoins, le contexte du Nouveau Management Public peut favoriser les formes de tensions de rôles. Les travailleurs sociaux sont fortement sollicités pour répondre aux nouveaux dispositifs (ex : pression budgétaire, manque d'effectifs, etc.). Les exigences de "managérialisation" du rôle de l'assistant social peuvent ainsi déclencher des réactions de stress lorsqu'elles dépassent ses limites.

En se basant sur cette figure ci-dessous, voici un schéma récapitulatif des différentes tensions de rôles :



Les idées de conflits, d'ambiguïté et de surcharge de rôle sont expliquées dans les points ci-dessous.

1.1. Les conflits de rôle

D'après Kahn et al., les conflits de rôle se définissent comme étant « l'occurrence simultanée d'au moins deux demandes incompatibles concernant un travail » (Djabi et al., 2019, p. 43). Cet effet provient d'une compréhension mutuelle de deux ou plusieurs demandes opposées et l'employé doit gérer ses attentes de rôles par lui-même. (Rivière et al., 2019, pp.5).

Ensuite, il est possible de spécifier 4 types de conflits de rôle :

- ⇒ Les conflits inter-émetteurs : ils surviennent lorsque plusieurs attentes exposées par différents émetteurs de rôle vont se contredire.
- ⇒ Conflits intra-émetteurs : un même émetteur de rôle va percevoir certaines attentes qui ne sont pas compatibles.
- ⇒ Les conflits inter-rôles : ils se manifestent lorsque plusieurs rôles sont incompatibles pour une personne.
- ⇒ Conflits de personne-rôle : les besoins ou les valeurs d'un individu vont se heurter.

1.2. Les ambiguïtés de rôle

Puis, les ambiguïtés de rôle sont la perception d'un manque d'informations requises pour mener à bien son travail (Djabi et al., 2019, p. 43).

De cette manière, deux contextes d'ambiguïté de rôle peuvent être identifiés :

- ⇒ Un premier lié à la tâche qui va être défini par un « manque d'informations concernant les définitions de l'emploi, ses objectifs et les moyens autorisés pour sa mise en œuvre » (Djabi et al., 2019, pp. 43-44).
- ⇒ Le deuxième porte sur la performance du rôle. La distinction entre deux formes d'ambiguïté socio-émotionnelle peut être faite : la première concerne l'évaluation précise de la personne centrale, tandis que la seconde concerne l'incertitude relative aux

conséquences éventuelles de la performance ou du non-performance de l'individu (Djabi et al., 2019, pp. 43-44).

Ces ambiguïtés résulteront du manque d'informations nécessaires pour avoir une compréhension claire de ce que l'on attend de lui (Rivière et al., 2019, p. 6).

1.3. Les surcharges de rôle

Ces surcharges proviennent d'attentes perçues par un travailleur comme dépassant son temps et ressources. Ce dernier peut donc se retrouver dans une certaine surcharge de tâches. Ces attentes excessives arrivent lorsque celles des émetteurs excèdent leurs capacités de réalisation (Rivière et al., 2019, p. 6)

Pour la suite, je vais me pencher de manière plus approfondie sur les récits de la littérature sur les tensions de rôle de l'assistant social à l'hôpital.

Chapitre 2 : Les conflits de rôles du travail social en milieu hospitalier : que nous dit la littérature

Au fil du temps, l'assistant social tient une place de plus en plus importante dans la société. Il peut se décrire comme étant un lien entre les professionnels de la santé (médecin, infirmière, aide-soignante, etc.), qu'ils exercent en milieu hospitalier ou ambulatoire, ainsi qu'entre les réseaux formels et informels (Guide du travail social dans les hôpitaux, 2019, p. 5). Ce professionnel assure une mission de connexion entre les personnes prodiguant des soins en structure hospitalière, celles qui les prodiguent à domicile et celles qui les reçoivent.

En bref, son rôle de médiateur entre les médecins, les soignants, les patients et leurs familles peut être crucial (Rivière et al., 2019, p. 6).

Par mon expérience professionnelle combinée avec le contexte émergent d'un nouveau réseau tel que PHARE, je me questionne sur les tensions propres à la fonction d'assistant social. Elles peuvent être déclinées de différentes manières et à différents niveaux. Ces tensions sont des rapports d'opposition qu'engendrent la rencontre entre les sphères de la vie (Bourque M. et al, 2019, pp. 20).

D'après Julien Prud'Home, les tensions principalement liées au rôle d'assistant social sont liées à ses origines administratives et à son intervention psychosociale (Bourque M. et al, 2019, pp. 20).

Ainsi, le professionnel peut être confronté à des tensions liées aux changements institutionnels ou aux pratiques sociales actuelles (ex : méthodes de gestion ou méthodologie). En 2012, Roger Bertaux et Philippe Hirlet étudient les conflits entre l'autonomie et l'hétéronomie promue par le travail social. Ils se posent des questions plus précises sur la capacité des assistants sociaux à travailler en autonomie tout en respectant le code institutionnel ou normes organisationnelles (Bourque M. et al, 2019, pp.20).

2.1.Les conflits du rôle d'assistant social

Avant tout, je tiens à souligner que l'intervenant social peut être confronté à des attentes contradictoires, comme lorsqu'il jongle entre son rôle administratif et son rôle de praticien envers le patient.

Pour ce qui est de son travail administratif, cette mission est essentiellement liée à la communication de l'assistant social avec les patients, en fonction de leurs besoins et/ou demandes. Le professionnel doit rédiger des rapports, des notes, des lettres ou des e-mails avec les bénéficiaires, leurs proches, des professionnels internes ou externes.

Tandis que pour le rôle de praticien, il implique une communication directe avec les patients, leurs proches et les professionnels. Envers le patient, l'assistant social offre un soutien émotionnel et un accompagnement adapté. Ce conflit entre les rôles d'administratif et de praticien peut entraîner certaines tensions.

Par tension, je voudrais préciser que l'assistant social pourrait se sentir divisé entre les besoins immédiats du bénéficiaire et les exigences de l'institution.

En réalité, il y a plusieurs conflits qui peuvent surgir lorsque l'intervenant doit répondre aux besoins individuels des patients tout en atteignant les objectifs institutionnels. Par exemple, dans une unité de gériatrie, il doit soutenir un patient et ses proches pour trouver une place en maison de repos et en même temps, l'hôpital lui demande de respecter une date de sortie précise.

2.2.L'ambiguïté du rôle d'assistant social

Ce type de tension de rôles peut apparaître lorsque les attentes administratives de l'hôpital ne sont pas clairement déterminées, lorsque les responsabilités de l'assistant social sont assez floues ou pas suffisamment liées les uns aux autres. Par exemple, lorsqu'un patient est hospitalisé sur un site hospitalier, mais qu'il se rend fréquemment à un autre pour des examens et des traitements. Il serait opportun de se demander quel service social est compétent pour assurer le suivi social du patient.

Cela peut provoquer des incertitudes quant à la réalisation de tâches administratives ou à la capacité de gérer d'autres tâches liées au soins du patient. L'assistant social est confronté à un défi impactant la qualité de l'accompagnement social.

Si un doute se présente quant à la participation des actions individuelles aux objectifs institutionnels, des problèmes pourraient s'engendrer dans la gestion des responsabilités ou encore influencer la satisfaction du bénéficiaire ou l'efficacité.

2.3.La surcharge du rôle d'assistant social

Les surcharges de travail peuvent résulter de la nécessité pour l'intervenant de jongler avec certaines exigences administratives imprévues, ce qui peut inévitablement entraîner une augmentation de la charge de travail globale.

Il incombe à l'assistant social de gérer les exigences de la pratique directe avec les patients, ainsi que ses responsabilités envers l'institution et d'autres tâches administratives. Par exemple, il doit organiser des aides à domicile pour la sortie d'un patient et participer aux réunions liées à l'accréditation de l'hôpital. En même temps, il doit veiller à ce que les notes soient correctement rédigées et transmises dans les dossiers des patients.

Cette forme de tension peut trouver une explication par la multitude d'exigences liées au rôle de membre d'un établissement de soins (ex : participation aux réunions, formations ou évaluations dans une démarche-qualité). La surcharge peut être source de fatigue ou de stress, tout en compromettant la qualité du service offert au patient. L'intervenant peut se sentir dépassé, ce qui le rend moins disponible pour accompagner les patients.

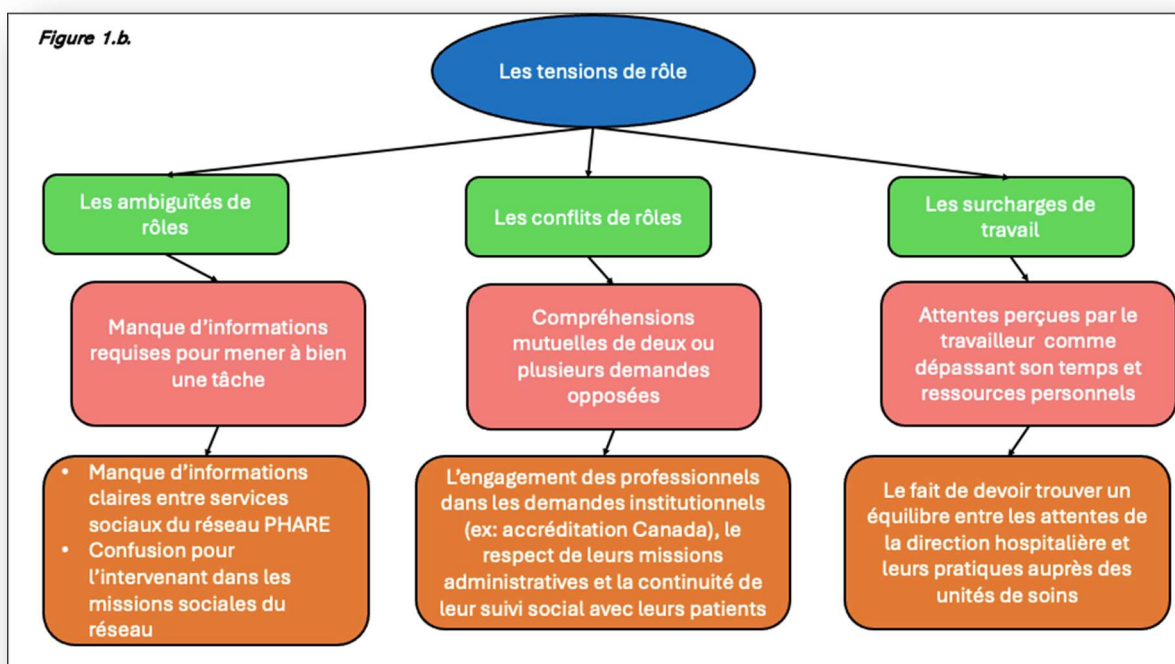
Maintenant que j'ai abordé les tensions du rôle à travers la littérature, pour le prochain chapitre, je me penche davantage sur l'analyse des tensions de rôle de l'assistant social dans le cadre du réseau PHARE à partir des données précédemment exposées.

Chapitre 3 : Analyse dans le cadre du réseau PHARE à la lumière de la théorie des tensions de rôle

En raison de leur rôle et de leurs missions, les travailleurs sociaux font face à plusieurs défis et tensions, comme des ambiguïtés, des surcharges et des conflits. Les responsabilités institutionnelles, méthodologiques ou administratives sont souvent marquées par des attentes variées et des exigences contradictoires.

Dans ce chapitre, je veux mettre en avant les tensions auxquelles les assistants sociaux du réseau PHARE peuvent être confrontés. En cas de tensions excessives, elles pourraient éventuellement compromettre leur capacité à répondre de manière efficace aux besoins des patients et à maintenir un niveau de qualité dans leurs pratiques professionnelles.

Afin de faciliter la compréhension, j'ai remis ci-dessous un schéma qui récapitule les tensions de travail de l'assistant social travaillant au réseau PHARE :



3.1.L'ambiguïté du rôle de l'assistant social

En premier lieu, au niveau institutionnel, les intervenants insistent sur la nécessité de partager efficacement des informations entre eux. Il est essentiel de respecter cette condition pour assurer un travail de qualité auprès des patients.

D'après les interviewés, il peut y avoir de l'ambiguïté en raison d'un manque de communication claire entre services sociaux du réseau PHARE. Cela peut entraîner des incertitudes quant à la coordination des soins du patient, ainsi qu'aux responsabilités et aux attentes vis-à-vis des patients.

« (...) On a pas beaucoup d'échanges... Quand on fait une demande de séjour en revalidation ou ce genre de choses, on n'a pas beaucoup des échanges avec les autres hôpitaux. On fonctionne en tout cas au service social... On fonctionne fort avec les services et le réseau qui a vraiment le réseau direct. Mais c'est vrai qu'on a peu d'échanges. C'est déjà arrivé à l'occasion. Un patient qui est transféré, on l'appelle, mais c'est vraiment comme ça, verbal, il n'y a rien de bien. » Extrait d'entretien avec E.D., membre du service social du réseau PHARE.

Cependant, étant actuellement dans une société influencée par une nouvelle gestion publique, une logique marchande et une culture de la performance apparaissent. En mettant en avant des indicateurs quantitatifs pour améliorer la qualité, la littérature souligne que cela peut créer de l'ambiguïté, diminuer la valeur du travail social et accroître son contrôle de manière négative (Molina, 2014, p.59).

D'un autre côté, à travers les entretiens menés avec les professionnels, ceux-ci relayent le fait que l'assistant social garde une autonomie dans son travail, avec la création du réseau.

Malgré tout, il accorde de l'importance à son rôle de praticien défini par l'établissement hospitalier dont il est membre. Si celui-ci n'est pas assez précis, cela peut entraîner de la confusion concernant la mission précise du travailleur envers le patient. Les pratiques divergentes, le nombre de collaborateurs par service social et lignes hiérarchiques peuvent aussi contribuer à accentuer tout cela.

Par exemple, la quantité de collaborateurs varie d'un centre hospitalier à l'autre en fonction du service social. Le service social est formé de 16 personnes au CHwapi, tandis qu'au CHM, il y en a environ six. Même si cela est en lien avec l'établissement hospitalier, les missions de

l'assistant social vont donc changer en fonction du centre hospitalier, ce qui peut causer de la confusion dans son rôle.

« (...)En même temps, non parce que je veux dire, on dépend quand même du bon fonctionnement de l'hôpital, on est un des maillons qui fait aussi que oui, on est le lien, on a vraiment les deux. Je veux dire, je crois que c'est quasi 50/50. On doit fonctionner dans une institution et donc avec ses règles, avec ses fonctionnements et tout. » Extrait d'entretien avec D.D., membre du service social du réseau PHARE.

En additionnant l'ensemble de ces facteurs, je pense qu'il est visible que les intervenants sociaux soient confrontés à une ambiguïté de rôle entravant ainsi leurs capacités à remplir efficacement leurs missions, répondre correctement aux besoins des patients et membres de directions. Cela entraîne également une baisse de la qualité du service offert, à l'opposé de ce qui est prévu initialement.

« Il pourrait avoir une ambiguïté du rôle parce qu'on ne pratique pas de la même manière. (...) Et on n'a pas les mêmes pratiques parce qu'on dépend de de son environnement dépend. On dépend de la société dans lequel on est aussi. Enfin de l'entité plutôt. Et que voilà la réalité de terrain, elle influence beaucoup la façon dont on va déterminer nos fonctions, nos missions, nos... Enfin voilà, c'est... On doit composer avec ça en fait... (...) » Extrait d'entretien avec V.G., membre du service social du réseau PHARE.

En tenant compte de tous ces éléments, l'ambiguïté de rôle de l'assistant social au réseau PHARE peut être qualifiée d'ambiguïté liée à la tâche. L'intervenant est confronté à diverses missions, telles que le contact avec d'autres services sociaux du réseau. La communication entre eux reste floue car leur institution n'a pas de démarche précise et n'a pas de réunion ni de moment prévu.

En conjuguant ces facteurs, il est visible que les professionnels sont confrontés à une ambiguïté de rôle qui serait en mesure d'entraver leur capacité à remplir leurs missions et à répondre correctement aux besoins des patients et leurs proches.

3.2. La surcharge de travail de l'assistant social

Du point de vue institutionnel, il est impératif que les travailleurs sociaux participent activement aux projets institutionnels de leur centre hospitalier. Que ce soit pour une démarche qualité (comme l'accréditation) ou dans un but d'amélioration continue (comme la formation interne ou externe). En incluant leurs tâches administratives et leurs devoirs envers le patient, ils pourraient faire face à une charge de travail excessive.

« - **Moi**

Ils se sont tout mis d'accord sur une accréditation... Vous avez été aussi impliqué ?

- **P. W.**

Oui, on a été fort impliqué, fort sous tension quand ils sont venus... Ils nous ont assez sollicités cette fois-ci... On a dû participer à des réunions avec le directeur, avec les maisons de repos en fait... Avec la collaboration avec les maisons de repos, avec les services de soins à domicile... On a été beaucoup plus sollicité que les dernières fois. » Extrait d'entretien avec P.W., membre du service social du réseau PHARE.

Même si la surcharge du travail social a un impact sur l'aspect institutionnel, elle peut aussi être influencée par un contexte socio-économique négatif. Dans le monde du nouveau management public, cette surcharge provoque une détérioration des conditions de travail, l'augmentation des inégalités et perte de sens. Le travail social s'oriente alors vers un travail « d'usine ».

« Normalement, ce n'est pas notre rôle mais lorsqu'il y a des patients qui sont vraiment démunis et qu'ils ne savent pas venir en chimiothérapie... On essaye de trouver des solutions mais ces solutions gratuites cela n'existe pas malheureusement... » Extrait d'entretien avec P.W., membre du service social du réseau PHARE.

En tant que praticien, l'intervenant social a pour mission de superviser le transfert du patient vers d'autres hôpitaux. Il doit assurer la gestion du transfert, parfois trouver une solution de transport et maintenir un suivi social pour d'autres bénéficiaires, ce qui peut rendre leur tâche plus difficile.

« C'est plus des détails, tu vois, au niveau administratif, c'est plus des détails par rapport à les transferts d'un patient à un autre site, des choses comme ça. Donc ça c'est moins important,

Je l'ai moins ressenti pour le moment en tout cas au niveau du réseau, sur mon rôle en tant que prestataire clairement de soins. Pourquoi ? Parce que voilà le rôle, mon rôle de base ici, c'est d'accompagner les patients au niveau social... Il n'y a pas vraiment changé, même s'il y a des projets en interne qui se font. » Extrait d'entretien avec V.G., membre du service social du réseau PHARE.

Quant à l'aspect administratif, il tente de faciliter au maximum les échanges possibles entre patients, proches, membres internes du réseau mais aussi externe (ex : maison de repos, aides et soins au domicile, etc.).

De nos jours, la société est fortement influencée par la nouvelle gouvernance publique et le désir constant d'améliorer l'efficacité économique, ce qui implique que les travailleurs sociaux doivent rendre des comptes et justifier leurs méthodes de travail utilisées au sein de leur institution.

« On a essayé de faire en sorte d'obtenir plus, mais du coup ça demande plus de charge de travail parce qu'on doit justifier au niveau administratif, on doit remplir un rapport d'activité où on note combien de patients on a vu, combien de demandes, qu'est-ce qu'on a. » Extrait d'entretien avec E.D., membre du service social du réseau PHARE.

En résumé, dans l'environnement social, une surcharge se diagnostique par l'implication excessive des professionnels devant faire face à une série de responsabilités et tâches demandant du temps, de l'énergie et des ressources excédant ses capacités. Ainsi, il lui est difficile de répondre à toutes les demandes tout en maintenant un niveau de qualité satisfaisant dans leur pratique professionnelle.

3.3. Le conflit du rôle de l'assistant social

Pour les demandes institutionnelles, l'intervenant se doit de tenir compte de la gestion du réseau PHARE, celle-ci orientée vers une démarche qualité (ex : accréditation canada). En parallèle, il se voit contraint de devoir gérer le manque de recrutement ainsi que trouver un équilibre entre les attentes et pratiques des unités de soins du réseau. Cela peut entraîner un conflit.

« (...) Ma collègue, ici, elle fait l'Oncologie et la psychiatrie... Elle n'est qu'à 30 heures et elle s'en sort pas en fait parce qu'il y a énormément de travail... Et mon autre collègue qui fait l'hôpital de jour médical... Eh bien, elle rencontre beaucoup beaucoup de nouveau patient... Ils sont très très sollicitant... Mais bon, on fait ce que l'on peut... » Extrait d'entretien avec P.W., membre du service social du réseau PHARE.

Néanmoins, selon les centres hospitaliers du réseau, il est possible que les pratiques sociales convergent, ce qui rend la collaboration et la coordination des soins entre les unités plus compliquées. Dans le cas où un service social dépendant d'un hôpital du réseau a une approche différente, le rôle de l'assistant social peut également être affecté.

« J'ai pas l'impression qu'il y ait, comment dire, de la retenue de s'appeler entre nous dès qu'il y a une situation qui nécessite. Mais, de nouveau, c'est la pertinence de la situation qui fait qu'on le fera. C'est en fonction qu'on sera sur les prises en charge singulières. Maintenant, faut-il le faire sur des prises en charge communes ? Pas communes, mais sur des process ? Pour moi, c'est un peu trop tôt. Parce que le process, il faut d'abord qu'on soit au clair sur le fonctionnement qu'on va avoir et donc le projet médical, bien sûr, bien sûr, mais par contre, ce serait intéressant qu'on puisse le faire sur des problématiques qu'on rencontre, qui sont redondantes à nos institutions » Extrait d'entretien avec M. N., membre du service social du réseau PHARE.

Le pôle pratique peut diverger en fonction des services sociaux du réseau PHARE et cela peut amener des conflits de rôles. Par exemple, lorsqu'il s'agit de transférer un patient pour des examens médicaux ou de donner un rôle supplémentaire au service social accueillant les patients. Cela peut compromettre leur autonomie professionnelle.

Pour l'aspect administratif, les collaborateurs doivent se conformer aux nouvelles exigences et transformations liées au nouveau management publique. Ainsi, l'intégration de nouveaux processus administratifs peut provoquer des désaccords parmi les travailleurs. Pour le réseau, cela se retrouve particulièrement au niveau du fonctionnement du futur dossier patient informatisé (Polaris). Cela peut provoquer des conflits entre leurs obligations médicales et administratives.

« Parce que moi, je trouve ce qui a été renforcé, c'est le fait d'essayer d'arriver à des synergies sur la façon de gérer le dossier avec le nouveau dossier patient qui sera commun avec toutes les structures sauf le CHM. Malheureusement, ça ne sera pas commun à toutes et presque tous. » Extrait d'entretien avec D.D., membre du service social du réseau PHARE.

En d'autres termes, les conflits que les assistants sociaux rencontrent peuvent être qualifiés de conflits intra-émetteurs. L'assistant social peut être confronté à des exigences institutionnelles, telles que l'obligation de participer aux réunions sur l'accréditation Canada. De plus, dans un délai fixé par l'hôpital, il devra être attentif au patient pour la réalisation du projet de sortie d'hospitalisation et accomplir toutes les tâches administratives associées (ex : mails, contacts téléphoniques, ...).

En juxtaposant ces différents éléments, il est avéré que les travailleurs sociaux ont des conflits de rôles complexes et multiples, ce qui peuvent compromettre leur capacité à remplir efficacement leurs fonctions et à répondre aux besoins des patients.

CONCLUSION

Au sein de ce mémoire et en tant que praticienne réflexive, j'ai commencé mes recherches par l'analyse de la législation hospitalière en Belgique.

Je constate qu'elle a été modifiée à plusieurs reprises afin d'y inclure les établissements offrant des soins spécifiques dans un cadre pluridisciplinaire adapté aux patients, ou encore pour établir des réseaux inter-hospitaliers comme PHARE.

Étant assistante sociale en milieu hospitalier, j'ai entamé ce travail en me posant la question de savoir ce que l'avenir réservait à la prise en charge sociale et à sa qualité.

À travers cet écrit, tout en partant du terrain, mon but était de mettre en lumière les changements des centres hospitaliers en Wallonie picarde et mieux appréhender le rôle de l'assistant social en mettant en exergue les évolutions législatives, organisationnelles et fonctionnelles.

En vertu de la loi du 28 février 2019, chaque centre hospitalier belge doit être membre d'un réseau hospitalier locorégional afin d'obtenir son financement. De cette façon, Epicura, CHR Haute-Senne, CHwapi et CHMouscron s'associent pour former le réseau PHARE. Malgré leur volonté commune de fournir des soins de qualité à la population, cela ne sera pas simple car ils ont tous leur propre histoire, missions et valeurs. Dans le but d'enrichir leur collaboration, ils réfléchissent à l'élaboration de projets médicaux, d'exploitation partagée ou de soutien.

En observant cela, j'ai analysé le rôle de l'assistant social dans le milieu hospitalier du réseau PHARE. Selon le Code de Déontologie de l'UFAS, il est crucial de promouvoir le changement social et le bien-être individuel. Grâce à sa spécialisation, l'intervenant a plusieurs responsabilités à assumer, notamment la gestion administrative et l'écoute du patient. En d'autres termes, il se présente comme un expert dans la communication entre le bénéficiaire et son environnement. Dans le cadre de ses missions, il doit s'adapter à la Nouvelle Gestion Publique mise en place dans le réseau hospitalier : comme gérer la diminution des durées d'hospitalisation tout en s'assurant que le patient ait un projet de sortie adapté.

En prenant en considération la création du réseau PHARE, je me suis questionnée sur d'éventuelles évolutions du rôle du travail social.

En adoptant une approche inductive, j'ai en effet examiné l'évolution du rôle de l'assistant social après la création du réseau PHARE. Pour ce faire, j'ai réalisé plusieurs entretiens avec des membres de la direction, ainsi qu'avec des assistants sociaux. Dans le contexte du Nouveau Management Public, ces professionnels doivent jongler avec diverses responsabilités, pouvant se heurter à des conflits. En ce qui concerne la gestion hospitalière moderne, ils doivent se conformer à la rationalisation des ressources, à la responsabilité accrue des acteurs et à l'accent mis sur la performance. Dans un même temps, ils sont tenus de garantir une qualité et une efficacité de l'accompagnement social des patients.

Après cela, j'ai remarqué que la mise en place de ce nouveau réseau pourrait engendrer certains enjeux entre ses différents membres. Outre la présence d'une nouvelle gestion publique, cela me laisse perplexe quant à la façon dont les professionnels peuvent gérer leurs fonctions et faire progresser leurs missions.

Suite à ces recherches et entretiens, j'ai opté pour l'utilisation de la théorie des tensions de rôles dans mon analyse. J'ai pu identifier plusieurs types de tensions liées au rôle de l'assistant social du réseau PHARE : les ambiguïtés de rôle, les conflits de rôle et surcharges de travail.

En ce qui concerne les ambiguïtés de rôle, il est mentionné qu'il existe un manque d'informations claires entre les différents services sociaux du réseau PHARE. De plus, les services sociaux diffèrent en fonction du centre hospitalier, ce qui crée une confusion pour l'intervenant quant à ses missions.

En cas de conflits de rôle, le professionnel doit faire face à plusieurs demandes qui pourraient être opposées entre elles. Cela comprend les devoirs institutionnels tels que le respect des délais de séjour en hospitalisation, ainsi que le suivi social des patients (par exemple, aider un patient à trouver une place en maison de repos). Cela englobe aussi les obligations administratives, comme la rédaction de notes dans le dossier du patient.

De plus, en cas de surcharge de travail, il est important que l'intervenant trouve un équilibre entre plusieurs attentes. Particulièrement, il doit s'adapter à celles de sa direction, des unités de soins, mais aussi à celles du patient et de ses proches.

Toutefois, mes investigations ont pu soulever des incertitudes et des doutes. Lorsque j'ai décidé de choisir mon lieu de travail pour mes entretiens et mon analyse, je me suis confrontée à des limites. Il m'a été compliqué de trouver un équilibre entre mon rôle d'étudiante en master et mon rôle de professionnelle. À maintes reprises, lors de mes entretiens, je n'ai pas pu rester complètement neutre et parfois, j'ai pu avoir un impact excessif sur la conversation.

De plus, à mon sens, il est encore prématuré pour tirer des conclusions définitives sur l'impact de cette législation, car elle ne prévoit actuellement que la mise en réseau sans fournir de détails supplémentaires. Dans le but d'impliquer l'ensemble des membres du réseau dans leurs projets futurs, les intervenants interviewés suggèrent d'attendre que le gouvernement précise la loi. En apportant des éléments supplémentaires comme la distribution des subsides par réseau et non plus individuellement. Cependant, cela pourrait avoir des implications sur le recrutement et fonctionnement des travailleurs sociaux dans le réseau.

Enfin, pour ma part, en vue de donner une suite utile à cette étude, je pense qu'il serait pertinent d'entreprendre une recherche déductive sur un autre réseau inter-hospitalier belge pour vérifier la généralisation des théories et observations formulées dans celle-ci. Toutefois, une comparaison de ces réseaux pourrait aussi offrir un meilleur éclairage sur les pratiques à adopter et défis communs, ainsi que sur l'évolution des rôles professionnels dans le contexte de la réforme hospitalière en Belgique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Alain Letourmy, « Les politiques de santé en Europe : une vue d'ensemble », *Sociologie du travail* [En ligne], Vol. 42 - n° 1 | Janvier-Mars 2000, mis en ligne le 01 janvier 2000, consulté le 28 janvier 2024. URL : <http://journals.openedition.org/sdt/36247> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/sdt.36247>

Arcis, I. (1995). Les systèmes de santé en Europe. *Vivre ensemble Education*. <https://archives.vivre-ensemble.be/IMG/pdf/2010-01-UE-A4.pdf>

Artois, P. (2012). La professionnalisation en travail social au risque de la performance. *Empan*, 87, 34-38. <https://doi.org/10.3917/empa.087.0034>

Autès, M. (1996). Le travail social indéfini. *Recherches et Prévisions/Recherches et Prévisions*, 44(1), 1-10. <https://doi.org/10.3406/caf.1996.1733>

Author-health. (2023, 8 novembre). *Activités hospitalières*. Vers une Belgique En Bonne Santé. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/organisation/activites-hospitalieres#:~:text=Les%20fonctions%20comprennent%20notamment%20la,le%20laboratoire%20de%20biologie%20clinique>.

Biais cognitifs : ce que c'est, types et stratégies de prévention. (s. d.). QuestionPro. Consulté le 28 mai 2024, à l'adresse <https://www.questionpro.com/blog/fr/biais-cognitifs/>

Carton, J. (2003). La réforme du financement des hôpitaux : la notion d'activité justifiée. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 1 (42), pp. 39 à 46. <https://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2003-1-page-39.htm>

Cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, & De Block, M. (2015, 24 avril). *Maggie De Block lance la réforme du financement des hôpitaux* [Communiqué de presse]. Consulté le 16 avril 2024, à

l'adresse https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/2015_04_24_reforme_du_financement_des_hopitaux.pdf

CHMouscron. (s. d.). Consulté le 19 janvier 2024, à l'adresse <https://www.chmoucron.be>

CHR Haute Senne (s. d.) Consulté le 19 janvier 2024, à l'adresse <https://www.chrhautesenne.be>

Ciavaldini, M. F. (s. d.). *Les biais cognitifs au travail : Comment les réduire ?* Ifeel. Consulté le 29 mai 2024, à l'adresse <https://ifeelonline.com/fr/biais-cognitifs-au-travail/>

Commeiras, N., Loubès, A. & Fournier, C. (2009). Les effets des tensions de rôle sur l'implication au travail : une étude auprès des managers de rayon. *Management international / Gestion Internacional / International Management*, 13(4), 73–89. <https://doi.org/10.7202/038586ar>

Conseil Fédéral des Établissements Hospitaliers (Éd.). (s. d.). *Avis du CFEH relatif au financement des réseaux inter-hospitaliers (partie 2)*. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/cfeh_d_501-2_-_financement_des_reseaux_hospitaliers_-_partie_2.pdf

De Gaulejac, V. (2010). La NGP : nouvelle gestion paradoxante. *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 83–98. <https://doi.org/10.7202/044221ar>

Desmet, M., De Bodt, G., Fruyt, P., Delye, S., Londot, A., Gosset, C., Van Hecke, A. (2013) *Un tour d'horizon du travail social : Développement d'un instrument de gestion du travail social de l'hôpital. Poursuite de la recherche en hôpital psychiatrique*. Bruxelles : SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Djabi, M., Perrot, S., Dumouchel, N., & Campoy, É. (2019). Proposition d'une nouvelle échelle de mesure multidimensionnelle des tensions de rôle au travail. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, N° 112(2), 4165. <https://doi.org/10.3917/grhu.112.0041>

Durant, G. D. (s. d.). *Le financement des hôpitaux en Belgique* [Diapositives ; PDF]. https://gvsau.de.fgv.br/sites/gvsau.de.fgv.br/files/le_financement_des_hopitaux_en_belgique.pdf

Epicura. (s. d.). Consulté le 19 janvier 2024, à l'adresse <http://www.epicura.be>

Fiche métier : Assistant-e Social-e - métiers.be. (S. d.).
Métiers.be. <https://metiers.siep.be/metier/assistant-social/>

FOD Health - Be Care. (2020, 19 février). *Financement des hôpitaux.* E-zine BeCare. <https://www.becaremagazine.be/becare-fevrier-2020-edition-10/financement-des-hopitaux>

Fontaine, L. (2020). L'organisation des hôpitaux en Belgique suite à la réforme du paysage hospitalier : Un pas de plus vers une réforme du financement des hôpitaux [Travail de fin d'études]. Université de Liège.

Fort, C., & Echailler, N. (2020, 13 juin). Les systèmes de santé en Europe. *Taurillon.* <https://www.taurillon.org/les-systemes-de-sante-en-europe>

Gaillard, B. (2022, 9 février). *Le fonctionnement de la l'Europe de la santé.* Toute L'Europe. Consulté le 18 janvier 2024, à l'adresse <https://www.touteleurope.eu/fonctionnement-de-l-ue/le-fonctionnement-de-l-europe-de-la-sante/>

Glärner, T. (2014). Agir et art de faire. Répercussions sur le développement identitaire des assistants sociaux. *Phronesis*, 3(3), 63–77. <https://doi.org/10.7202/1026395ar>

Histoire de la sécurité sociale en Belgique. (s. d.). Fiche info - Info droits et devoirs. Consulté le 19 décembre 2024, à l'adresse <https://discri.be/wp-content/uploads/FICHE-Histoire-de-la-securite-sociale-AOC-DISCRI.pdf>

International Federation of social workers. (2014, 10 juillet). *Définition internationale du travail social* [Communiqué de presse]. Consulté le 24 avril 2024, à l'adresse https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/ifsw-cdn/assets/ifsw_111716-6.pdf

Jetté, C. & Goyette, M. (2010). Pratiques sociales et pratiques managériales : des convergences possibles ? *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 25–34. <https://doi.org/10.7202/044217ar>

Kaufmann, J. (2016). 1. Le renversement du mode de construction de l'objet. Dans : *L'entretien compréhensif*(pp. 13-31). Paris : Armand Colin.

Launois, Géraldine. Assistant social d'entreprise Un rôle sous haute tension. Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication, Université Catholique de Louvain, 2018. Prom. : Wynants, Bernadette

Les hôpitaux en Belgique : Évolution de l'infrastructure et de la politique hospitalière. (1986). *Courrier Hebdomadaire du CRISP*, 1986 (1140-1141), 1-67.
<https://doi.org/10.3917/cris.1140.0001>

Louli, J. (2018). Le travail social en voie d'industrialisation?. *Le Sociographe*, 64, 95-103. <https://doi.org/10.3917/graph.064.0095>

Normandin, A.-L., Desautels, C., Decoste, G., Imsirovic, F., & Paquet, M. (2021). Les biais cognitifs et la compréhension des milieux de travail. Dans C. Gratton, E. Gagnon-St-Pierre, & E. Muszynski (Eds). *Raccourcis : Guide pratique des biais cognitifs Vol. 4*. En ligne : www.shortcogs.com

Politique de l'UE en matière de santé. (s. d.). Conseil de L'Union Européenne et Conseil Européen. Consulté le 20 janvier 2024, à l'adresse <https://www.consilium.europa.eu/fr/policies/eu-health-policy/>

Qualité des soins. (s. d.). Organisation Mondiale de la Santé. Consulté le 28 mai 2024, à l'adresse https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

Raimondeau, J. (2020). Chapitre 10. Administration de la santé : l'Union européenne et l'OMS. Dans : Jacques Raimondeau éd., *Manuel de santé publique* (pp. 285-312). Rennes : Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.raimo.2020.01.0285>

Réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux. (2023, 29 juin). SPF Santé publique. <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/hopitaux/financement-des-hopitaux/reforme-du-paysage#communique%C3%A9s>

Reman, P. R. (2006, janvier). L'importance de la sécurité sociale en Belgique : Fondements historiques et enjeux actuels. *Santé conjugulée*, 35, 8796.

Réseau PHARE. (2019, 25 avril). Le premier réseau hospitalier du Hainaut est constitué ! [Communiqué de presse]. [https://www.reseau-phare.be/images/PHARE/pdf/Reseau PHARE DP.pdf](https://www.reseau-phare.be/images/PHARE/pdf/Reseau_PHARE_DP.pdf)

Réseau PHARE. (2019, 4 novembre). *Réseau PHARE : le CHM rejoint le réseau hospitalier !* (Communiqué de presse).

[https://www.reseauphare.be/images/PHARE/pdf/20191104_CP_CHM_intgre le Rseau PHARE-2.pdf](https://www.reseauphare.be/images/PHARE/pdf/20191104_CP_CHM_intgre_le_Rseau_PHARE-2.pdf)

Réseau PHARE. (2021, 3 juin). Réseau PHARE : Le premier réseau hospitalier agréé ! (Communiqué de presse).

https://www.reseau-phare.be/images/PHARE/pdf/20210603_PHARE_AGR_CP.pdf

Réseaux hospitaliers. (s. d.). AVIQ. <https://www.aviq.be/fr/soins-de-sante/plateformes-et-reseaux-de-concertation/reseaux-hospitaliers>

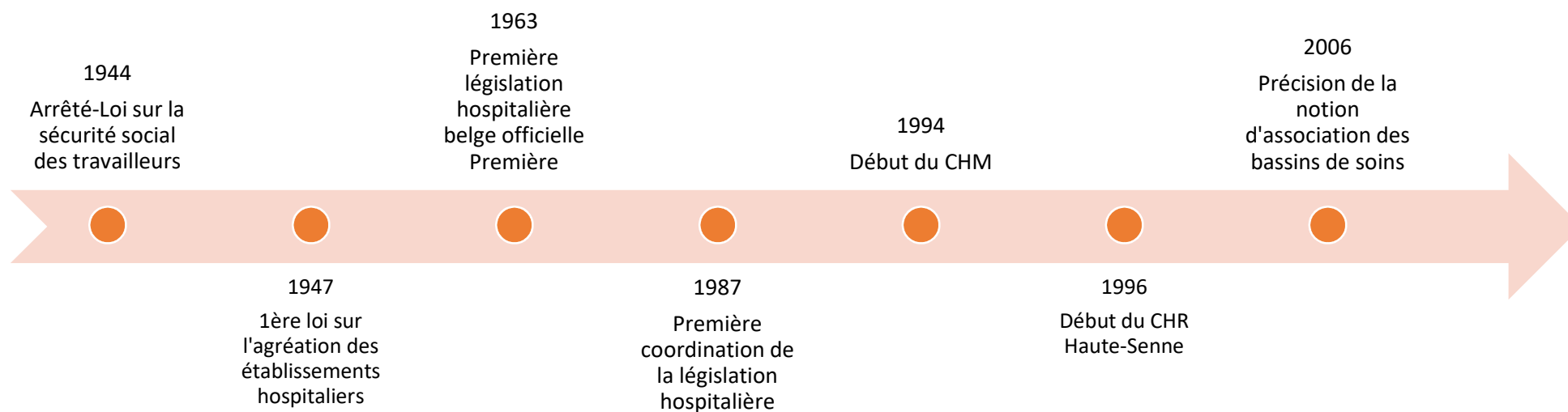
Sarah Ben Messaoud, Mathilde Coëffé et Céline Poupez, « Les grands axes de la législation hospitalière », *Pyramides* [En ligne], 35-36 | 2021, mis en ligne le 13 juillet 2023, consulté le 30 octobre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/pyramides/1848>

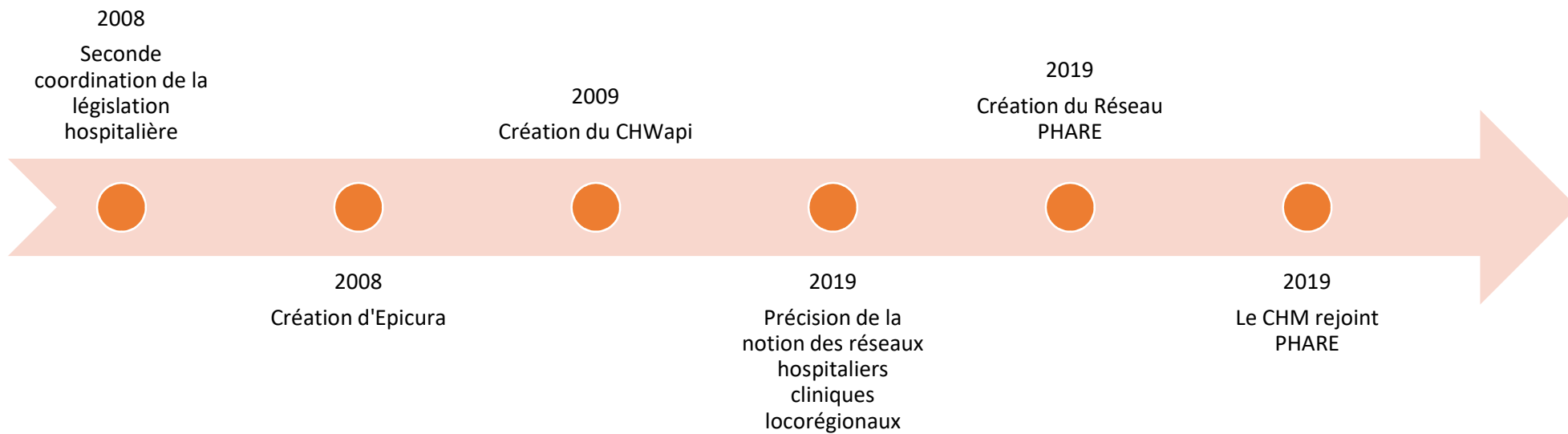
Travail social en mutation : repères historiques. (s. d.). Dans G. Zelis, *Fédération des Services Sociaux*. Atelier de Formation Consacré À L'éthique Professionnelle du Travail Social. <https://www.fdss.be/wp-content/uploads/SecretProEtControlCombo.pdf>

Union professionnelle Francophone des Assistants Sociaux. (1985). *Code de déontologie belge francophone des assistants sociaux UFAS - 1985* [Diapositives]. Comité de vigilance en Travail Social. http://www.comitedevigilance.be/IMG/pdf/code_belge_AS.pdf

ANNEXES

I. Ligne du temps





II. Tableau récapitulatif – Entretiens avec le réseau PHARE

<i>Fonctions</i>	<i>Homme/femme</i>	<i>Rôles actif réseau PHARE</i>	<i>Résumé des points abordés sur le réseau PHARE</i>
Directeur financier du CHwapi	Homme	Non	<ul style="list-style-type: none"> • Motivations pour créer le réseau PHARE : proximité géographique, association des appareils et techniques médicale, besoin de collaboration médicale. • Présentation du projet Polaris : création d'un futur dossier patient informatisé pour Epicura, CHwapi et CHR Haute-Senne.
Directrice médicale du CHwapi	Femme	Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Rappel du cadre juridique : les hôpitaux doivent être ensembles, avoir un territoire jointif. • Présentation des collègues au sein du réseau PHARE : Collège des directeurs généraux ainsi que médicaux. • Explications sur les forces du réseau PHARE : non-concurrence, soutien au niveau des soins, Organisation régulière de Colloque du réseau PHARE. • Crainte de l'évolution de la loi et que les subsides soient par la suite donnés au réseau et plus, aux hôpitaux individuels. • Précision sur le rôle de l'assistant social : Celui-ci serait moins lié au règlement de l'hôpital mais davantage à celles de la société qui l'entoure. • Avenir du réseau et plan stratégique : il n'y aurait pas davantage de spécialisation des services pour le moment. L'attention est portée sur la liberté thérapeutique du citoyen. • Avenir de collaboration : le gouvernement a abordé les collaborations intra-réseaux. Par exemple, si pas de chirurgie vasculaire dans le réseau PHARE. Alors, le patient serait redirigé vers le réseau Helora.
Directeur général du CHwapi	Homme	Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Explications données sur la création du réseau PHARE en 2018 : valeurs communes, histoire similaire, volonté commune de solidarité et d'accessibilité aux soins. • Concernant la loi, pour l'agrément, l'hôpital doit être en réseau. Mais une fois, celui-ci constitué, aucun obligation. • Explication sur les projets du réseau : Projet Polaris, concrétisation de marchés public, réflexion sur la sécurité informatique.

			<ul style="list-style-type: none"> • Réunion du collège des directeurs généraux mais aussi celui des directeurs médicaux une fois par mois.
Président du CHR Haute- Seine	Homme	Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Explication sur l'historique du réseau Phare. • Législation oblige les centres hospitaliers à se mettre en réseau pour obtenir l'agrément • Force du réseau : passé commun, couverture patient, culture de collaboration, de consensus, pas de piliers, proximité géographique. • Création d'un plan stratégique commun au réseau : premier jet du projet médial effectué • Projet du réseau : explication donnée sur la difficulté de mobiliser l'ensemble des membres du réseau. • Avenir du réseau : Projet polycliniques, projet pour la constitution d'une plateforme pour les stagiaires soignants, formations internes au réseau. • Frein à la collaboration : pas de financement commun, donc, pas de menace commune • Projet médical en construction : le réseau travaille sur les spécialisations de chaque centre hospitalier.

III. Tableau récapitulatif – Entretien avec le service social du réseau

Fonctions	Site	Homme/Femme	Résumé des points abordés
Coordination du service social	Chwapi	Homme	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration des projets au sein du réseau PHARE et le rôle de l'assistant social • Questionnement sur l'évolution du rôle de l'assistant social • Le réseau permet aux professionnels de se remettre en question sur leur pratique • Apports du réseau (accréditation, non-concurrence, ...) • Questionnements sur l'apport du médical sur le rôle de l'assistant social • L'assistant social, considéré comme étant un « électron libre »
Coordination du service social	Epicura	Femme	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnement sur l'évolution du rôle de l'assistant social face à la création du réseau PHARE • Le réseau PHARE permet une reconnaissance, un impact positif sur le travail social • Le pôle médical a un impact indirect sur le service social • Structure des services sociaux au sein de PHARE • Reconnaissance de diverses difficultés à envisager une standardisation des pratiques sociales • Discussion sur un changement de culture possible dans le réseau PHARE • Apporter davantage de médical au rôle de l'assistant social • Tronc commun entre les centres hospitalier permettant la montée de projets • Attente d'un projet médical de la pat • Précision de la spécialisation du rôle de l'assistant social en fonction des unités • Tensions entre la société et l'assistant social
Assistant social	Chwapi	Femme	<ul style="list-style-type: none"> • Création du réseau PHARE • Avenir du réseau PHARE : Avantages et inconvénients • Questionnement sur l'évolution du rôle de l'assistant social et collaboration avec les autres sites • Avenir du service social du réseau : l'importance du partage de connaissance

			<ul style="list-style-type: none"> • Les tensions de rôle de l'assistant social • Implication des collaborateurs dans les projets du réseau • Inquiétudes quant à l'évolution de la législation hospitalière • La question du secret professionnel quant au partage de données à travers le réseau
Assistant social	Chwapi	Femme	<ul style="list-style-type: none"> • Partage d'expériences entre les services sociaux du réseau • Le réseau PHARE, considéré comme un levier pour apporter une reconnaissance du travail social • Rôle de la communication entre les services sociaux du réseau PHARE • Crainte quant à l'évolution de la législation hospitalière
Assistant social	Epicura	Femme	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnement sur l'évolution du rôle de l'assistant social • Discussion sur l'implication du service social dans la création du réseau • Conséquence du réseau PHARE sur la prise en charge patient
Assistant social	CHMouscron	Femme	<ul style="list-style-type: none"> • Pour la création du réseau, une absence de transmission au service social est observée • Absence d'impact du réseau sur le service social • Pratiques différentes en fonction du centre hospitalier • Conséquence du réseau sur la prise en charge patient • Explication donnée sur le projet de l'Accréditation Canada • Structure du service social au CHM
Assistant social	CHMouscron	Femme	<ul style="list-style-type: none"> • Transfert de dossier patient d'un membre du réseau à l'autre • Informations données sur la création du réseau • Conséquences de la création du réseau sur l'assistant social
Assistant social	CHMouscron	Femme	<ul style="list-style-type: none"> • Informations sur la création du réseau et conséquences éventuelles sur l'assistant social

