

Rapport

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

30 septembre 2013

Marieke Desmet, Griet De Bodt, Patricia Fruyt, Sam Delye, Aurélie Londot, Christiane Gosset, Ann Van Hecke

Mission du



service public fédéral
SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

Veillez référer le présent rapport comme suit :

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.

Sommaire

Remerciements	5
Introduction.....	6
Chapitre 1 : Etude de la littérature.....	8
1.1. Travail social à l'hôpital	8
1.2. Travail social en hôpital psychiatrique	9
1.3. Le travail social sous pression	11
1.4. Un encadrement objectif du travail social	13
Chapitre 2 : Problématique et objectifs	14
Chapitre 3 : Méthodologie	15
3.1. Equipes	15
3.2. Déroulement de la recherche.....	18
3.3. Echantillon	19
3.4. Constitution de l'échantillon	21
3.4.1. Caractéristiques générales de l'échantillon	21
3.4.2. Sessions d'information	22
3.4.3. Caractéristiques des répondants, de l'hôpital et du service social.....	22
3.4.4. Caractéristiques des répondants.....	27
Chapitre 4: Phase 1: Description des tâches liées au travail social en établissement psychiatrique...	28
4.1. Inventaire des activités du travail social	28
4.1.1. Méthode	28
4.1.2. Résultats	30
Chapitre 5: Phase 2: manuel, importance, fréquence et durée, facteurs d'influence.....	34
5.1. Elaboration et tests du manuel des activités du travail social	34
5.1.1. Méthode	34
5.1.2. Résultats	38
5.2.1. Matériel et méthode	51
5.2.2. Résultats néerlandophones.....	53
5.2.3. Résultats pour les hôpitaux francophones.....	74
5.3. Fréquence et durée	92
5.3.1. Méthode	92
5.3.2. Résultats issus des hôpitaux néerlandophones	95
5.3.3. Résultats francophones.....	104
5.4. Facteurs d'influence sur la charge de travail du travailleur social	114

5.4.1. Méthode	114
5.4.2. Résultats	116
Chapitre 6 : Discussion	124
6.1. Région néerlandophone	124
6.1.1. Importance accordée aux activités	124
6.1.2. Classement selon le temps investi	127
6.1.3. Différences selon la taille et le statut des hôpitaux	131
6.2. La région francophone	132
6.2.1. Importance accordée aux activités génériques et spécifiques	132
6.2.2. Temps investi pour effectuer une activité	133
6.2.3. Activités qui ne sont pas en lien avec le travail social.....	133
6.2.4. Statut et taille des hôpitaux	134
6.3. Facteurs d'influence	134
6.3.1. Belgique	134
6.3.2. Stratification	135
6.4. Limite de la recherche	137
6.5. Recommandations pour une recherche future.....	137
Chapitre 7: Conclusion	139
Références bibliographiques.....	140

Remerciements

Cette étude n'aurait pas été possible sans l'aide et la collaboration de bon nombre d'acteurs. Les équipes de recherche de l'UZ Gand et de l'Université de Liège remercient toutes les personnes qui ont contribué à la réalisable de l'étude et du présent rapport.

Nous remercions en tout premier lieu tous les membres du comité de pilotage pour leur apport critique, leur soutien et surtout leur participation très active. Leur apport sur le fond et les réunions nous ont permis de collecter des informations dont la richesse se remarque dans les résultats finaux. Nous remercions tout particulièrement les hôpitaux participants, leurs directions, les personnes de contact ainsi que tous les travailleurs sociaux qui ont participé à cette étude pendant deux ans, qui ont répondu aux questionnaires et motivé leurs collègues. Sans leur expérience et connaissance du terrain, cette étude n'aurait pas pu voir le jour et a été une source de motivation pour les équipes de recherche.

Nous remercions le prof. dr. Ann Van Hecke pour son soutien méthodologique, son œil critique, les conseils et sa lecture du présent rapport.

Enfin, cette étude n'aurait pas été possible sans la confiance, la reconnaissance et le financement du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Nous remercions le SPF et son coordinateur, Jelle Osselaer, pour son suivi et sa contribution à cette étude.

Introduction

La société est en constante évolution. Ces changements influencent l'organisation de l'hôpital et du travail social. Certaines de ces évolutions sociétales ont une influence importante sur la qualité des services proposés dans les hôpitaux psychiatriques par les services sociaux sous pression (De Vries, 2010; Degadt & Van Herck, 2003; Peers, 2001). Les travailleurs sociaux¹ sont ainsi de plus en plus confrontés à des réglementations complexes, à des difficultés de solvabilité des patients, à l'exigence de plus de collaboration avec le patient, à des situations de patients plus complexes en raison de comorbidités. Ils ont également à composer avec la famille des patients, d'autres acteurs des soins de santé ainsi qu'avec de nombreuses autres évolutions. De plus, la charge que représente les admissions et les sorties, les séjours plus courts et le système de financement, font en sorte que le travailleur social doit opérer des choix qui mettent en danger la qualité de ses activités (Peers, 2001; Groupe de travail 'sociale service het hôpital', 2010; Giles, Gould, Hart & Swancott, 2007).

Face à ces changements, exerçant une pression sur le travail social, il existe bon nombre d'évolutions qui améliorent le travail de ces professionnels. En Belgique, une association professionnelle pour les travailleurs sociaux en milieu hospitalier prend progressivement forme. Elle s'occupe plus particulièrement de la défense des intérêts professionnels, du développement de politiques, de la reconnaissance et de l'élaboration d'un profil professionnel (Verzelen, 2005; groupe de travail « service social à l'hôpital », 2010; Ingelbrecht, 2010).

En soutien à ces évolutions positives et afin de garantir un service de qualité en matière de travail social en milieu psychiatrique, un cadre similaire est nécessaire pour ce secteur. Ce dernier n'est jusqu'à présent ni doté d'une description claire des activités, ni d'un cadre légal récent et adéquat, ni d'un financement transparent reposant sur les activités et finalités du travail social (Groupe de travail « le service social à l'hôpital », 2011; Hermans, 2009). Une des étapes essentielles dans l'obtention d'une normalisation et d'un financement à la fois adapté et transparent, est d'établir des paramètres objectifs pour l'attribution des travailleurs sociaux dans un service (groupe de travail « travail social à l'hôpital », 2011).

Le début du 21^{ème} siècle a vu naître en Belgique de nombreuses tentatives destinées à la réalisation de ces étapes essentielles. Ces tentatives se concrétisent sous forme d'avis formulés par différents conseils et groupes de travail tels que le Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH), le groupe de travail psychiatrie du CNEH et le groupe de travail « Le service social à l'hôpital », créé en 2009 par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (Peers, 2001; Osselaer, 2011, groupe de travail « le service social à l'hôpital », 2010). En 2000, tous les hôpitaux ont dû compléter une enquête sur leurs services sociaux, commanditée par les autorités fédérales. Suite à cette enquête, en 2001, le Conseil national des établissements hospitaliers a mis sur pied un observatoire social qui avait pour mission de mettre en place des normes de financement du travail social et de tenir un registre d'un certain nombre de paramètres (Ministère des Affaires sociales, Santé publique et Environnement, 2001). Cet observatoire social a, depuis, été dissout. Par ailleurs, le groupe de travail « service social à l'hôpital » a pris l'initiative en 2010 de cartographier le travail

¹ Le terme « travailleur social » désigne à la fois les infirmiers sociaux / spécialisés en santé communautaire et les assistants sociaux.

social, de montrer les difficultés rencontrées sur le terrain et de proposer des points d'action (Groupe de travail « service social à l'hôpital », 2011).

Malgré ces avis et initiatives, il n'existe toujours pas de paramètres objectifs sur lesquels appuyer un financement adapté et transparent, une réglementation ou une normalisation. Une classification des activités accomplies par les services sociaux ainsi que l'évaluation du temps requis pour leur exécution peuvent constituer ces paramètres objectifs. Actuellement, *on compte encore peu d'initiatives* adaptées à la situation des hôpitaux belges. Dans d'autres pays, des travaux visant la classification des activités du travail social et le calcul de la charge de travail ont été entrepris pour attribuer les moyens financiers et humains de manière adéquate.

Les besoins que raconte le travail social et l'absence de solution proposée par la littérature soulignent l'importance du développement d'instruments de mesure de la charge de travail des services sociaux. Ces instruments serviraient à objectiver la répartition des travailleurs sociaux au sein d'un service.

Le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement a décidé de soutenir en 2008 une première initiative en cette matière proposée par plusieurs hôpitaux universitaires de Flandre, à savoir la recherche « Un tour d'horizon du travail social : Développement d'un instrument de gestion du travail social en hôpital ». Les activités effectuées par les travailleurs sociaux d'hôpitaux universitaires, généraux, gériatriques et spécialisés ont été identifiées puis classifiées. Il manquait cependant des données spécifiques au contexte des hôpitaux psychiatriques. Il était dès lors aussi souhaitable de recueillir ces données spécifiques afin de dresser un inventaire complet du travail social de l'hôpital (Osselaer, 2011; Fruyt, De Bodt, Vantwembeke, Smaers, Van Bever & Paternostre, 2010).

Le domaine d'action de l'étude a été étendu aux hôpitaux psychiatriques afin d'obtenir une image complète du travail social accompli dans l'ensemble des hôpitaux du pays. Dans la continuité de la recherche effectuée dans les hôpitaux universitaires, généraux, gériatriques et spécialisés, cette recherche a pour objectif de cartographier l'ensemble des activités des travailleurs sociaux des hôpitaux psychiatriques. Cet ensemble des activités a été évalué en fonction de l'importance de ces activités aux yeux des travailleurs sociaux et du temps qu'ils y consacrent. Il a été également tenu compte des facteurs influençant le travail social. Ceci constitue les fondements du développement d'un instrument de gestion destiné à mesurer la charge de travail par service afin de répartir les travailleurs sociaux d'un hôpital psychiatrique de manière plus transparente et objective.

Le présent rapport est structuré comme suit : le chapitre un est consacré à une étude de la littérature, le chapitre deux aborde l'organisation au sein des hôpitaux psychiatriques, les évolutions et le travail social en leur sein avec ses défis pour le futur. Le chapitre trois décrit la mise sur pied de cette recherche. La composition et le fonctionnement des équipes de recherche y sont précisés, ainsi que les différentes étapes de la recherche, le choix des participants, le tirage et les caractéristiques de l'échantillon. Ensuite, le chapitre quatre aborde la première phase de la recherche. Il reprend l'inventaire des activités des travailleurs sociaux. La seconde phase de la recherche est traitée au chapitre cinq qui décrit les préparatifs et la mise en oeuvre de cette étape de la recherche et des questionnaires sur l'importance, la fréquence et la durée des activités et les facteurs influençant le

travail social. Enfin, les chapitres six et sept abordent la discussion, les limites de la recherche et la conclusion.

Chapitre 1 : Etude de la littérature

Ce chapitre aborde un certain nombre d'aspects liés aux soins de santé mentale en Belgique et au travail social dans les hôpitaux psychiatriques. Tous les domaines des soins en santé mentale y seront décrits : les services d'aides et de soins en santé mentale, le fonctionnement des soins de santé mentale, les différents développements au sein des soins de santé mentale, l'utilisation des soins de santé mentale ainsi que la place des travailleurs sociaux dans ce secteur et leurs difficultés sur le terrain. Cette recherche se consacre plus particulièrement aux difficultés rencontrées par les travailleurs sociaux des hôpitaux psychiatriques.

1.1. Travail social à l'hôpital

Objectifs du travail social

Dans le profil professionnel rédigé par l'association néerlandaise des travailleurs sociaux, les objectifs du travail social sont décrits comme étant : « initier la participation, le développement chez le patient de la capacité à résoudre les problèmes par soi-même, l'autonomie des personnes dans leurs rapports sociaux que ce soit par une aide directe ou par une influence sur leurs relations sociales » (Jagt, 2006).

Le contexte de soins, en l'occurrence le milieu hospitalier, ainsi que les développements au sein de l'hôpital, exercent une influence sur l'accomplissement du travail social. Une description des objectifs du travail social, spécifique au milieu hospitalier, est donc alors aussi souhaitable. Cet objectif peut être énoncé comme suit :

«Le travail social a pour objectif de susciter le bien-être du patient et de son entourage, dans le domaine de sa santé et de sa prise en charge dans un processus de soins intégrés, en portant une attention particulière aux déterminants sociaux du problème de santé touchant le patient ». (Groupe de travail 'le service social à l'hôpital', 2011).»

De plus, le travail social permet d'offrir des soins à la fois de qualité et accessibles. (Groupe de travail 'le service social à l'hôpital', 2011).

Le travailleur social exerçant en hôpital psychiatrique est perçu comme étant à même d'intervenir dans tout type de dossier. Il doit dès lors être capable d'intervenir dans la situation de vie globale du patient et, de cette manière, pouvoir le ramener vers une certaine réalité sociale (avec ses possibilités et/ou limites), dans un contexte personnel difficile. Les attentes placées dans les travailleurs sociaux sont donc multiples : la collaboration à la concertation interdisciplinaire, la participation à la politique des unités de soins, la collaboration dans les programmes de formation, entre autres relatifs à la sécurité sociale et aux interventions sociales, le développement d'actions psycho-éducatives pour les patients et les membres de leurs familles,... (Peers, 2001).

Valeur ajoutée du travail social

Une étude sur les services sociaux en services d'urgence indique qu'ils offrent une valeur ajoutée (Bywater & McLeod, 2003). Ils assurent une utilisation efficace des moyens limités et parfois onéreux. Ainsi, une admission prolongée en cas de crise peut être évitée par la mise en place immédiate de services adéquats et partant éviter des risques de réhospitalisation (Bywaters & McLeod, 2003).

Des patients admis en urgence sont très souvent satisfaits lorsqu'il voient un travailleur social dans le service. Une étude montre que 95% des patients accompagnés par un travailleur social sont satisfaits de leur prise en charge contre 82% qui ne les ont pas. En outre, 82% était content du temps d'attente contre 62% des patients non pris en charge par un travailleur social. 91% des patients étaient satisfaits des interventions psychosociales contre 82% qui n'étaient pas accompagnés par un travailleur social (Serrano et al., 1997).

Le travail social occupe une place importante dans le domaine des soins de santé mentale, surtout lorsque ces derniers sont davantage organisés dans un milieu communautaire. Le travailleur social apporte un soutien pratique et émotionnel qui est de nature à améliorer la qualité de vie des patients et à réduire le risque de rechute. L'organisation de soins en milieu communautaire rend la réalisation de ces conditions possibles et permet de fonctionner au mieux au sein de la communauté. (Morgan, 2007).

Un travailleurs social en hôpital psychiatrique fait très souvent partie d'une équipe interdisciplinaire qui collabore aux aides et soutiens du patient. Les travailleurs sociaux décrivent leurs interventions comme un regard spécifique et holistique sur le patient et son environnement social. Ils agissent sur l' « empowerment du patient » afin de lui rendre une emprise sur ses droits (Blinkhorn, 2004).

1.2. Travail social en hôpital psychiatrique

Le travail social dans un contexte changeant

Un travailleur social en milieu hospitalier travaille constamment sur les interactions entre l'hôpital, l'environnement du patient et son entourage. Le travail social est fortement lié et au contexte et donc aux changements dans la société. Il peut s'agir soit d'évolutions au niveau des clients et donc de la demande de soins, soit d'une modification du cadre dans lequel le travail est réalisé (Van Riet, 2006).

Pour ce qui concerne les changements dans la société, on observe ces dernières années l'apparition de notions nouvelles telles que l'individualisation, la digitalisation, la globalisation, l'interculturalisation et la bureaucratisation (De Vries, 2010; Hermans & Desair, 2009; Van Riet, 2006).

Les soins de santé mentale mettent l'accent sur une offre de soins sur mesure, garantissant la continuité des soins. De là découle l'ouverture des initiatives d'habitations protégées et la loi de reconversion par laquelle des lits intramurales ont été convertis au profit d'initiatives extramurales.

Les collaborations entre plusieurs acteurs gagnent aussi de l'intérêt, ce qui conduit à la formation de plateformes de concertation, de projets pilotes comme le système du référent hospitalier et des

projets novateurs comme les soins psychiatriques à domicile. Des circuits et réseaux de soins se sont développés pour plusieurs groupes d'âge et groupes cibles spécifiques. Pour ce qui est du secteur des soins résidentiels, les équipes unidisciplinaires sont remplacées par des équipes multidisciplinaires (Cools, 2006; Vandeurzen et al., 2010; Vandeurzen, 2010; Psy107, 2011).

Etant donné que la Belgique reste un leader dans le nombre de lits proportionnellement à la population, les autorités fédérales ont mis en place le mécanisme institué par l'article 107 afin de pouvoir offrir des soins de santé mentale communautaires (Psy107, 2011).

L'article prévoit d'allouer des moyens de l'hôpital pour offrir des soins répondant aux besoins des patients présentant une problématique psychique. Cette offre prend la forme de prévention, de promotion en SSM, de screenings et poses de diagnostic par la première ligne (médecins et centres de SSM); de prises en charge de personnes présentant des troubles psychiques aigus ou chroniques; d'équipes de revalidation qui oeuvrent à la réinsertion sociale; de prises en charge en résidentiel lorsqu'une admission est indispensable et enfin en hébergements plus spécifiques si le domicile n'est pas en état (Psy107, 2011).

Conséquences des évolutions du travail social

Les changements de société amènent les travailleurs sociaux à adapter leurs activités d'aides et de soutiens.

Les personnes vivent seules, ce qui augmente l'isolement et la solitude. Les réseaux sociaux deviennent plus ténus et l'aide informelle est de plus en plus souvent remplacée par une aide à partir de structures institutionnelles (De Vries, 2010; Hermans & Desair, 2009; Lammertyn, 2009).

Les travailleurs sociaux sont souvent amenés à intervenir aussi bien auprès de la personne en demande d'aide, d'organisations ou encore dans le domaine financier. Ceci amène à un surcroît de travail administratif, de processus de travail, de normes de productions et de systèmes d'enregistrement. De nombreuses institutions décident dès lors de fusionner afin de réaliser des économies d'échelle. Ceci aboutit souvent à des formes de gestion à distance, ce qui induit un surcroît de bureaucratie. La bureaucratie et les procédures qui en découlent sont souvent perçues de manière flexible par les travailleurs sociaux, comme un signe de leur maîtrise professionnelle. Lorsque quelque chose ne fonctionne pas correctement, on renvoie alors à ces procédures, ce qui suscite une certaine angoisse chez les travailleurs sociaux qui redoutent d'avoir commis une faute. De plus, il faut consacrer un temps conséquent à ces procédures, temps qui n'est alors pas utilisé à une aide directe (De Vries, 2010; Van Riet, 2006).

L'article 107 précité met l'accent sur les soins communautaires de santé mentale. La continuité des soins et le travail en réseau sont essentiels. Le développement d'accords de collaboration, principalement avec la première ligne et de moments de concertation est aussi primordial. Outre la réflexion sur le développement de projets locaux et d'accords de collaboration, un travailleur social peut jouer un rôle central dans l'équipe multidisciplinaire s'occupant de la prise en charge, du suivi et de l'intégration des patients. Un travailleur social peut ainsi faire partie d'une équipe mobile disponible 24h/24h et 7j/7j, il peut aussi être coordinateur de soins ou personne de référence, ou

encore effectuer une évaluation de l'environnement et peut enfin venir en aide, réhabiliter et réintégrer le patient (Vandeurzen et al., 2010).

On peut supposer qu'un travailleur social aura un rôle de coordination et qu'il travaillera davantage avec l'entourage des patients et moins avec le secteur résidentiel. La conséquence probable sera que le travailleur social aura moins de contacts et moins d'échanges avec le département ou ses collègues travailleurs sociaux car il sera moins présent dans l'institution. L'ensemble des activités d'un travailleur social pourrait être plus limité parce que d'autres disciplines pourraient effectuer une partie de ces activités (comité de pilotage du 21/12/2011).

L'expertise que possède le travail social en hôpital psychiatrique en matière de déterminants sociaux, de leur gestion et de méthodologie sur la coordination de soins, fait qu'il est destiné à agir sur les évolutions des soins sociaux. Cet élément contraste avec le manque de moyens financiers pour le travail ambulatoire des travailleurs sociaux. De plus, les moyens alloués pour le référent hospitalier sont réduits au profit des projets article 107. Il n'existe pas de directive en matière de discipline pour ces projets, pas plus qu'une description des tâches.

Outre le contexte en évolution et les difficultés du patient qui peuvent accentuer la pression du travail social, il existe également le développement de la profession. Ces évolutions arrivent à un bon moment. C'est ainsi que se développent sur le terrain une sorte de cadre théorique et une recherche scientifique grâce au master en ingénierie et action sociales en particulier. Des spécialisations se font également jour dans le travail social. Enfin, une association professionnelle des travailleurs sociaux à l'hôpital se met tout doucement sur pied en Belgique. Elle vise particulièrement la défense des intérêts, le développement de la politique et une reconnaissance de la profession (Verzelen, 2005; Groupe de travail « service social de l'hôpital », 2010; Ingelbrecht, 2010; Hermans & Desair, 2009).

1.3. Le travail social sous pression

Comme mentionné auparavant, beaucoup de changements sont intervenus dans le domaine des soins de santé mentale ainsi que dans le contexte social. Il est alors important de disposer d'un cadre suffisamment souple pour s'adapter à ces changements. Jusqu'à présent, il fait cruellement défaut. De nombreuses modifications doivent dès lors être apportées afin de maintenir le travail social à un niveau de qualité et de professionnalisme suffisant :

Un descriptif clair des tâches

Hutschemaekers, Tiemens et Kaasenbrood (2005) ont abouti, dans le cadre d'une recherche consacrée au rôle des psychiatres et autres professionnels dans les soins de santé mentale, à la conclusion que dans ce domaine de soins la différenciation entre les rôles est moins nette. Il manque une délimitation des rôles spécifiques de chaque profession et des expertises respectives.

Une description claire des tâches des travailleurs sociaux permet de présenter ces tâches aux tiers, aux autres praticiens ou aux patients. Cela permet une délimitation claire avec les autres disciplines et permet par ailleurs de voir clairement les possibilités de collaboration interdisciplinaire. Dans les hôpitaux psychiatriques, la prise en charge est souvent réalisée par des équipes interdisciplinaires, composées de praticiens de toutes les spécialités. La collaboration

interdisciplinaire suppose la présence de chaque discipline au sein de l'équipe. Chaque praticien apporte ses propres spécificités professionnelles. Il assume également des tâches en lien uniquement avec la vie communautaire, telles que, par exemple, mettre en place un climat de vie favorable au patient (Liégeois, 1997). Une description claire de ces spécificités professionnelles, des activités liées au travail social et des éventuels points communs avec d'autres disciplines est dès lors aussi souhaitable dans ce contexte. Au-delà, une description détaillée des tâches permet de fournir des paramètres objectifs pour déterminer les moyens nécessaires à l'exécution des tâches. Pour le travailleur social lui-même, cela est de nature à créer un sentiment d'identité et d'uniformité dans le domaine spécifique du travail social accompli en milieu hospitalier. Cela contribue également à fournir les lignes directrices pour une prise en charge de qualité. Un travailleur social pourrait également se référer à cette description des tâches en cas de conflit. (Groupe de travail 'Le service social à l'hôpital', 2010; NVMW, 2011).

L'absence d'un descriptif clair peut conduire à une moindre satisfaction. Aux Pays-Bas, une association professionnelle de travailleurs sociaux a été fondée en 1947, ce qui a permis, en 1962, la publication du premier code professionnel, suivi, en 2011, par un code professionnel spécifiquement dédié au travail social en milieu hospitalier (Jagt, 2006). Un tel profil professionnel aide à se former une image du travail social et permet au travailleur social de s'orienter dans ses activités. Le code professionnel s'apparente plus à un guide fournissant des directives méthodologiques générales, qu'à un descriptif uniforme de l'ensemble des activités (NVMW, 2011).

Une normalisation actualisée

En plus de ce descriptif clair des tâches, un cadre législatif clair et actualisé est également essentiel. La reconnaissance et le fonctionnement du service social dans un hôpital sont actuellement essentiellement dépendants de la vision des directions et peuvent donc varier fortement d'un hôpital à l'autre. Il est ainsi constaté qu'il n'y a pas uniformité quant à la place occupée par le service social au sein de l'organigramme des différentes institutions. Cela a une influence sur le fonctionnement des services. Ainsi, par exemple, selon que le service social est placé sous la direction nursing ou sous la direction administrative, un travailleur social effectuera plus ou moins d'activités de soins et de tâches administratives. Même s'il existe un cadre légal pour l'attribution des travailleurs sociaux, la situation varie d'un hôpital psychiatrique à l'autre. Ainsi, par exemple, il faut un ETP² travailleur social par 20 patients pour être agréé comme service-K (Peers, 2001). Ce cadre législatif date de 1974 et est fortement dépassé sur certains points (Peers, 2001; groupe de travail « service social de l'hôpital », 2010).

Un financement adéquat

Enfin, la nécessité d'un financement adéquat est relevée. On peut dire d'une manière générale que le financement des soins de santé mentale repose sur d'anciens critères comme le nombre de lits ou encore le taux d'occupation. La majorité de ce financement est attribué au secteur résidentiel (80%) alors qu'une question sur des soins communautarisés reste sans réponse (Van Herck & Van De Clout, 2013). Au lieu de réformer de cadre actuel, de nouvelles règles ou exceptions viennent le compléter. Des projets sont mis sur pied et de nouvelles initiatives ne sont pas financées de manière structurelles et restent au stade du projet pilote (Cools, 2006).

² ETP = Equivalent temps plein

Le financement spécifiquement alloué au service social manque de clarté, mais est finalement destiné à figurer sous la partie B1 des moyens financiers du budget, dans la partie où sont repris les coûts administratifs (A.R. du 25 avril 2002 relatif à la fixation, à la détermination et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, voir chapitre V, art. 12§2). Le budget ainsi fixé se rapporte à une base qui remonte aux années 1979 et 1981. Une adaptation forfaitaire devrait intervenir et ne concernerait que les charges futures, mais est peu adéquate et en tout cas pas adaptée au contexte actuel (Housen, 2004). Seuls les projets visant à mettre en place de nouveaux systèmes de soins, comme le système du référent hospitalier, ont pu bénéficier d'un financement complémentaire et de la possibilité de bénéficier d'un ½ ETP travailleur social. Le financement de tels projets est très peu avancé et est nettement insuffisant (groupe de travail « service social à l'hôpital », 2010, Housen, 2004).

Le groupe de travail «service social à l'hôpital » conseille d'identifier des données qui seraient à la fois fiables, valides et aisément disponibles et qui pourraient constituer un indicateur de l'importance et du coût des missions sociales au sein de l'hôpital. (Groupe de travail « le service social à l'hôpital », 2010).

1.4. Un encadrement objectif du travail social

Afin d'obtenir un encadrement objectif et actualisé du travail social à l'hôpital, il est nécessaire de disposer de paramètres pouvant conduire à une description des tâches, à une normalisation objective et actualisée et à un financement adéquat. Il convient donc de savoir ce qu'est le travail social à l'hôpital et de connaître la masse de travail à effectuer pour garantir un service de qualité.

En Belgique, aucune étude ne s'est penchée sur les paramètres à obtenir pour allouer objectivement des travailleurs sociaux à un service.

Dans d'autres pays, il existe une classification des activités du travail social et un calcul de la charge de travail servant de base à l'attribution de moyens financiers et humains.

En ce qui concerne la description des méthodes, nous renvoyons à l'étude réalisée avec les hôpitaux généraux et universitaires (De Bodt, 2012).

Malgré les nombreuses études étrangères, il existe peu de possibilités à un encadrement objectif du travail social en Belgique. Les études ne peuvent être complètement transposées au contexte hospitalier belge ou elles ne tiennent pas compte de la complexité du travail social.

Chapitre 2 : Problématique et objectifs

L'analyse de la littérature montre que le travail social a connu, ces dernières décennies, des changements radicaux dus à des évolutions sociétales. Le cadre permettant au travail social de fonctionner est très peu décrit ou est désuet.

L'objectif de la présente recherche est d'établir la cartographie de certains aspects fondamentaux du travail social en psychiatrie. Notre intention est de considérer l'ensemble des activités afin d'identifier les aspects essentiels du travail social dans les hôpitaux psychiatriques en considérant le temps consacré et l'importance de ces activités. La suite de la recherche se concentrera sur l'analyse des facteurs qui influencent le travail social dans les hôpitaux psychiatriques.

Cette étude dresse une base pour une recherche future visant le développement d'un instrument de gestion qui permettrait d'évaluer la charge de travail du service social des hôpitaux. Cet instrument peut garantir une allocation transparente et objective du nombre de travailleurs sociaux dans un hôpital.

Chapitre 3 : Méthodologie

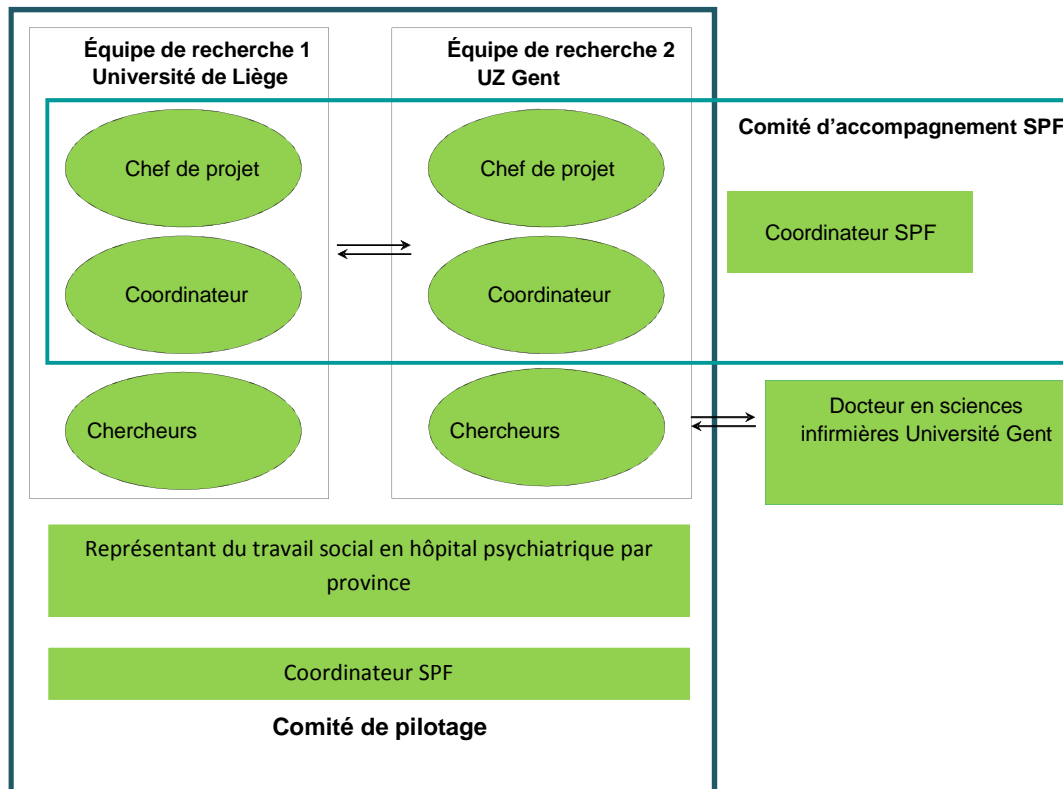
Ce chapitre aborde le cadre de la recherche et son déroulement. Seront d'abord décrits la direction et la composition des équipes de recherche, ensuite les différentes phases de cette recherche et enfin la constitution de l'échantillon.

3.1. Equipes

La direction, l'organisation et le suivi de la recherche peuvent être schématisés comme suit :

- **Équipe de recherche 1 : Université de Liège**
 - Chef de projet : Prof. Dr. Christiane Gosset
 - Coordinateur : Sam Delye
 - Chercheuses : Aurélie Londot
- **Équipe de recherche 2 : Universitair hôpital Gent**
 - Chef de projet : Patricia Fruyt
 - Superviseur : Griet de Bodt
 - Coordinatrice : Marieke Desmet

Figure 1: Composition des équipes de recherche



Les **chefs de projets** dirigent la recherche. Ils assurent le suivi général, l'ajustement et l'évaluation de la recherche. Ils ont en outre contribué à la rédaction et à l'approbation de documents de travail ; Ils ont par ailleurs veillé à résoudre les principaux problèmes auxquels l'équipe a été confrontée que ce soit pour les documents, les rapports et les instruments.

Les **coordinateurs** des deux équipes sont les personnes de contact pour les hôpitaux psychiatriques participants. Ils prennent en charge l'organisation générale de la recherche, sa coordination et son suivi. Ils assurent également les étapes préalables de la recherche : revue de la littérature, rédaction des questionnaires, du manuel, des tableaux d'analyse et des autres instruments. Ils ont par ailleurs analysé les données recueillies, puis les ont communiquées au comité de pilotage.

Les **chercheurs** s'occupent de l'organisation et du suivi de la recherche, sur base des outils et documents développés par les coordinateurs.

La recherche bénéficiait par ailleurs du soutien d'un **comité de pilotage**, composé des membres des deux équipes de recherche, de responsables de services sociaux, de travailleurs sociaux issus des hôpitaux psychiatriques des 2 parties du pays, et d'un coordinateur émanant du SPF Santé publique, Environnement et Sécurité de la chaîne alimentaire. Ce comité de pilotage a apporté sa contribution au contenu même de la recherche par son expertise en matière de travail social. Les experts ont exprimé leur avis sur le déroulement général de la recherche, les questionnaires, le timing,... Leurs interventions portaient sur plusieurs phases de la recherche. Ils ont évalué les rapports, les résultats et ont par ailleurs collaboré à la recherche de solutions pour les éventuels points d'achoppement/obstacles décelés. Les membres du comité de pilotage ont été sélectionnés sur base de leur appartenance linguistique, des spécificités de leur établissement hospitalier (public, privé,

universitaire, présence de services spécifiques tels que k-services, forensique services, soins en famille,...) et de leur position dans l'hôpital (chefs de service, coordinateur d'unité, expérience,...)

- Membres du **comité de pilotage** pour la partie **francophone** :
 - Equipe de recherche 1
 - Jacques Van Geel : La Petite maison, Chastre
 - Françoise Theys : Clinique Sans Souci, Bruxelles
 - Nadine Cuyvers : Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège (ISoSL)- Site du Petit Bourgogne, Liège
 - Christine Maes : Hôpital neuro-psychiatrique Saint-Martin, Dave
 - Martine Depuers : Hôpital psychiatrique le Chêne aux Haies, Mons
 - Katty Clarenne : Institut neuro-psychiatrique la Clairière, Bertrix
 - Gabrielle Deckers : Clinique psychiatrique frères alexiens, Henri-Chapelle
 - Coordinateur SPF Santé publique et environnement : Jelle Osselaer

- Membres du **comité de pilotage** pour la partie **néerlandophone** :
 - Equipe de recherche 2
 - Jessica Kellner : Psychiatrisch centrum Sint-Amandus, Beernem
 - Kristine des Vijver : Psychiatrisch centrum Dr. Guislain, Gand
 - Marietje Desr Veken : Psychiatrisch centrum Caritas, Melle/Merelbeke
 - Jenny Vanormelingen : Psychiatrisch centrum Sint-Norbertushuis, Duffel
 - Petra Saenen/Liesbeth Vaes: Openbaar psychiatrisch ziekenhuize Geel
 - Esther van Reeth : Universitair psychiatrisch centrum Sint-Jozef, Kortenberg
 - Coordinateur SPF Santé publique et environnement : Jelle Osselaer

Il est également fait appel à Mme Ann Van Hecke, tant pour le soutien sur le plan méthodologique que pour l'analyse des résultats. Elle fait partie du service Sciences infirmières du Département Santé sociale de l'Université de Gand.

L'équipe de recherche francophone peut compter sur l'expertise de Mme Isabelle Heyden, une assistante sociale active en hôpital psychiatrique et par ailleurs assistante de recherche de cette équipe.

Enfin un **comité d'accompagnement** du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement a été mis sur pied. La personne de contact est Jelle Osselaer. Ce comité d'accompagnement prend en charge les activités suivantes :

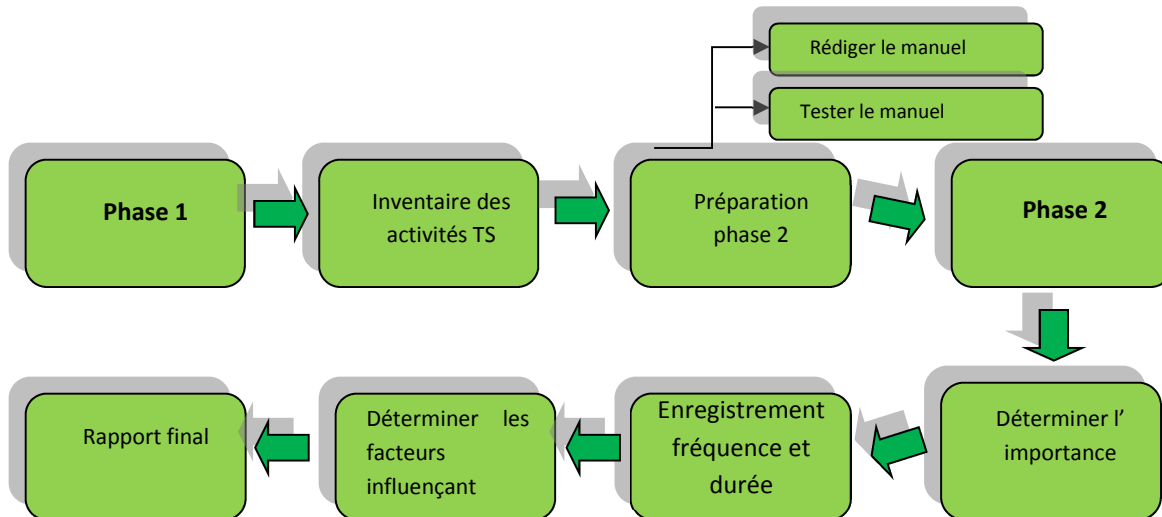
- Relayer les directives du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique susceptibles d'avoir un impact sur la recherche ou ses objectifs ;
- Favoriser le transfert des données et les relations avec d'autres services du SPF ;
- Superviser l'état d'avancement des travaux ;

Coordonner la recherche avec d'autres initiatives sur une thématique complémentaire ou similaire

3.2. Déroulement de la recherche

Le déroulement de la recherche peut être présenté suivant le schéma suivant:

Figure 2 : déroulement de la recherche



Deux phases distinctes se succèdent dans le déroulement de la recherche. La première phase était consacrée aux étapes préparatoires à la recherche, telles que l'étude de la littérature, la sélection et le tirage des échantillons ainsi que la prise de contact et l'information des hôpitaux participants. Ensuite, toujours lors de cette première étape, il a été procédé à un inventaire des activités accomplies par les travailleurs sociaux dans les hôpitaux psychiatriques.

En vue de préparer la seconde phase, un manuel a été rédigé, définissant les activités des travailleurs sociaux. Afin de s'assurer de l'intelligibilité de ce manuel par tout travailleur social, il a été procédé à un test du document.

La seconde phase est subdivisée en trois étapes relatives à l'évaluation de : l'importance accordée par les travailleurs sociaux réservent aux différentes activités, l'investissement en temps requis par ces activités et, finalement, les facteurs influençant le travail social.

Afin de donner un caractère exhaustif à la recherche, l'étude a été menée dans plusieurs types d'hôpitaux : universitaires, généraux, gériatriques, spécialisés ainsi que dans des hôpitaux psychiatriques.

En 2009, il avait été décidé, de prime abord, d'effectuer en premier lieu la recherche dans des hôpitaux universitaires et des hôpitaux généraux qui jouaient le rôle de groupe de contrôle. L'inventaire des tâches avait finalement été uniquement accompli auprès des hôpitaux généraux. Peu après, en 2010, une recherche complémentaire a été initiée, et portait sur les hôpitaux gériatriques et spécialisés. En mars 2012, la dernière étape de ces deux recherches a été réalisée par le biais de questionnaires tendant à identifier les facteurs influençant le travail social.

Afin de disposer d'une image complète du travail social dans les hôpitaux, le même principe de recherche appliqué aux hôpitaux psychiatriques.

Le même processus a été retenu pour chacune de ces 3 recherches.

Le déroulement de ces phases de la recherche, dans plusieurs secteurs hospitaliers, peut être présenté schématiquement comme suit :

Figure 3: Déroulement de la recherche suivant le secteur hospitalier

	CHU	Hôpitaux Généraux	Hôpitaux Psychiatriques
Recherche 2009-2010	<ul style="list-style-type: none"> Inventaire des tâches Détermination de leur importance Enregistrement de la fréquence et de la durée 	<ul style="list-style-type: none"> Inventaire des tâches 	
Recherche 2010-2011	<ul style="list-style-type: none"> Préparation de l'inventaire des facteurs influençant 	<ul style="list-style-type: none"> Détermination de leur importance Enregistrement de la fréquence et de la durée Préparation de l'inventaire des facteurs influençant 	<ul style="list-style-type: none"> Démarrage de la recherche
Recherche 2012-2013	<ul style="list-style-type: none"> Questionnaire sur les facteurs influençant Rapport final mars 2012 	<ul style="list-style-type: none"> Questionnaire sur les facteurs influençant Rapport final mars 2012 	<ul style="list-style-type: none"> Inventaire des tâches Détermination de leur importance Enregistrement de la fréquence et de la durée Facteurs influençants Rapport final septembre 2013

3.3. Echantillon

On dénombre, en Belgique, 65 hôpitaux psychiatriques. (= la population, cf. tableau 1).

Etant donné qu'il n'était pas envisageable d'intégrer l'ensemble des hôpitaux dans cette recherche, une sélection a été opérée parmi eux. Un échantillon de 40 hôpitaux a été retenu. La sélection s'est opérée sur base d'un échantillon aléatoire stratifié proportionnel.

Tableau 1: Hôpitaux psychiatriques en Belgique répartis par régions, taille et statut.

	Nombre	Publique		Nombre	Privé		Nombre
		< 300 lits	≥ 300 lits		< 300 lits	≥ 300 lits	
Néerlandophone	38 (58%)	2 (67%)	1 (33%)	3 (8%)	22 (63%)	13 (37%)	35 (92%)
Francophone	27 (42%)	2 (33%)	4 (67%)	6 (22%)	19 (90%)	2 (10%)	21 (78%)
Total	65	4	5	9	43	14	56

La randomisation garanti que le tirage de l'échantillon se déroule sur une base objective. Les hôpitaux sélectionnés ont été chaque fois extrait de la population, afin de permettre à ce que tous les hôpitaux puissent être sélectionnés de façon égale (De Moor & Van Maele, 2008). Pour réaliser cette randomisation, l'échantillon a été tiré au sort à l'aide du programme d'analyse statistique SPSS 19.

De surcroît, il fallait trouver certaines caractéristiques données dans différents hôpitaux, lesquelles peuvent avoir une influence importante sur les résultats de la recherche. C'est pour cette raison qu'il en a été tenu compte lors du tirage de l'échantillon parmi la population. De cette manière, des comparaisons peuvent être opérées ultérieurement, sur base de ces critères et une évaluation statistiquement pertinente peut être effectuée (De Moor & Van Maele, 2008). Dans le cadre de cette recherche, les critères qui suivent ont été suffisamment importantes que pour être prise en compte

- Partie du pays: Néerlandophone/Francophone
- Statut: Public/Privé
- Taille (sur base de la reconnaissance des lits): <300 lits/≥300 lits

Cette stratification a été retenue, après concertation avec le comité de pilotage (le 02 décembre 2011), afin de tenir compte de son influence présumée sur les prestations des travailleurs sociaux. On peut par ailleurs envisager d'autres caractéristiques importantes, telles que les types de services présents dans un hôpital, l'implantation urbaine ou rurale. Néanmoins, il n'aurait pas été possible de considérer ces critères comme des strates pour cette recherche. Pour ce qui concerne la situation de l'implantation, il n'existe pas de critère univoque permettant d'en déterminer le statut, il est uniquement tenu compte de la densité de population, mais cette mesure ne considère pas l'environnement immédiat de l'hôpital (Lenders et al., 2005).

Enfin, en plus de la stratification et de la randomisation de l'échantillon, ce dernier a également été constitué de manière proportionnelle. Il a donc été tenu compte de la proportion entre la taille de l'échantillon et de la population, au sein de chaque strate, afin de respecter l'égalité au sein de chacune d'elles. (De Moor & Van Maele, 2008).³

³ On dénombre ainsi 39 hôpitaux néerlandophones et 27 hôpitaux francophones, lesquels représentent respectivement 59 % et 41% de la population. L'échantillon, composé à partir de la répartition linguistique, se présente comme suit: 24 hôpitaux néerlandophones (ou 59% des 40 retenus au total) et 16 francophones (ou 41% du total).

3.4. Constitution de l'échantillon

Une fois la sélection des hôpitaux réalisée, les hôpitaux néerlandophones ont été contactés téléphoniquement afin de solliciter leur participation. Lors de ce contact, un bref exposé de la recherche a été donné et les éléments attendus de la part des hôpitaux indiqués. Après ce contact, une lettre d'information a été envoyée à la personne de contact de chaque hôpital. De la sorte, il était possible pour chaque hôpital de décider (ou non) de participer en parfaite connaissance de cause. L'équipe de recherche francophone a choisi d'adresser d'abord un courrier à la direction des hôpitaux sélectionnés, suivi, une semaine plus tard, d'un entretien téléphonique avec une personne de contact. Les personnes de contact des hôpitaux étaient également destinataires d'une lettre d'information (cf annexe 2).

Les hôpitaux ont également reçu un formulaire d'adhésion à la participation (cfr annexe 3), de sorte que leur participation puisse être confirmée par écrit.

Pour l'ensemble des hôpitaux sollicités, lorsque la proposition de participation était déclinée par un hôpital, on passait alors au suivant figurant dans la liste aléatoire préalablement composée. Ce dernier est alors à son tour contacté.

3.4.1. Caractéristiques générales de l'échantillon

Comme pour la recherche portant sur les hôpitaux généraux, un échantillon de 40 hôpitaux a été tiré. Afin de respecter une représentation proportionnelle, le tableau 2 présente cet échantillon.

Tableau 2 : Echantillon des hôpitaux psychiatriques belges proposé

	Nombre	Publique		Nombre	Privé		Nombre
		< 300 lits	≥ 300 lits		< 300 lits	≥ 300 lits	
Néerlandophone	23 (58%)	1 (67%)	1 (33%)	2 (8%)	13 (63%)	8 (37%)	21 (92%)
Francophone	17 (41%)	1 (33%)	3 (67%)	4 (23%)	12 (90%)	1 (8%)	13 (76%)
Total	40	2	4	6	25	9	34

Tableau 3 : Echantillon des hôpitaux psychiatriques belges final

	Nombre	Publique		Nombre	Privé		Nombre
		< 300 lits	≥ 300 lits		< 300 lits	≥ 300 lits	
Néerlandophone	23 (58%)	1 (67%)	1 (33%)	2 (8%)	13 (63%)	8 (37%)	21 (92%)
Francophone	13 (35%)	0 (0%)	3 (67%)	3 (18%)	9 (69%)	1 (8%)	10 (59%)
Total	37	1	4	5	22	9	31

3.4.2. Sessions d'information

Après que les hôpitaux aient marqués leur accord pour participer à la recherche, ils ont été invités à une session d'information. L'ensemble des personnes de contact – venues seules ou accompagnées d'un ou de plusieurs collègues du service social ont reçu une information relative à la présentation de la recherche (son objectif, son contexte, les différentes phases, ...) ainsi qu'aux attentes de l'équipe de recherche⁴. Elles ont eu l'occasion d'y poser leurs questions.

Il a été demandé à toutes les personnes de contact d'informer les travailleurs sociaux de leur établissement à propos du contenu de la recherche, ainsi que de l'implication attendue de leur part.

Tous les participants à la session d'information ont reçu une farde de documentation, contenant une présentation PowerPoint dans laquelle l'étude était expliquée, un planning de la recherche et les directives pour compléter l'inventaire des tâches (cf annexe 5), première étape de la recherche. Des directives ont également été communiquées aux personnes de contact afin de leur permettre de compléter un questionnaire en rapport avec les facteurs démographiques de l'hôpital et du service social. Au terme de la séance d'information, l'ensemble de ces documents a également été mis à disposition des personnes de contact en format électronique.

3.4.3. Caractéristiques des répondants, de l'hôpital et du service social

Dans le cadre de la recherche menée dans les hôpitaux psychiatriques, des caractéristiques du répondant/de la personne de contact, de l'hôpital et du service social ont été pris en compte⁵.

ces derniers ont été questionnés à propos de données démographiques les concernant, ceci afin de permettre à l'équipe de recherche de disposer d'un aperçu des caractéristiques démographiques des hôpitaux faisant partie de l'échantillon.

Ces données concernent :

- **Répondant** : Genre, âge, fonction, diplômes obtenus et ancienneté ;
- **Hôpital** : Nom de l'hôpital, code postal, nombre de site(s), nombre de travailleurs sociaux, type de services présents ;
- **Service social** : service (dé)centralisé, place dans l'organigramme, type de responsable (hiérarchique, fonctionnel et/ou opérationnel) et la formation de ce responsable, présence d'un département et d'un coordinateur du département, nombre d'ETP travail social pour le service et leur financement, les collaborateurs administratifs liés au service, composition du service (genre et formation), autres fonctions éventuelles des travailleurs sociaux dans l'hôpital.

⁴ Ces sessions d'information se sont déroulées en février et mars 2012.

⁵ Dans le cadre de la recherche, les personnes contactées ont dû remplir un questionnaire à propos de variables démographiques les concernant, de l'hôpital et du service social/groupe de travail social. Ces personnes de contact sont définies comme des répondants.

Sur les 36 questionnaires envoyés, 35 ont été reçus en retour (taux de réponse de 97%). Parmi ceux-ci, on relève 23 répondants issus de la partie néerlandophone du pays (taux de réponse de 100%) et 12 de la partie francophone (taux de réponse de 92%).

Caractéristiques des répondants

Des 35 questionnaires reçus, 32 ont été remplis par un répondant ayant une formation de travailleur social. Trois répondants ne sont pas des travailleurs sociaux.

Ving-quatre répondants sont des responsables du service social, 11 répondants sont les travailleurs sociaux d'une équipe (voir tableau 4).

Tableau 4: Fonction et ancienneté des répondants

Fonction	Ancienneté						Inconnu	Total
	0-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	14-15 ans	15-19 ans	≥20 ans		
Travailleur social	2	2	3	0	0	2	1	10
Chef de service avec formation assistant social	13	3	1	0	0	4	0	21
Chef de service avec une formation autre qu'assistant social	0	1	2	0	0	0	0	3
Inconnu	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	15	6	6	0	0	6	2	35

Caractéristiques de l'hôpital

La répartition des hôpitaux psychiatriques par province est reprise dans le tableau 5. Deux provinces ne sont pas représentées dans l'échantillon, à savoir celle d'Anvers et celle du Luxembourg. Dans la province du Luxembourg, il n'y a de toute façon qu'un seul hôpital psychiatrique. Pour la province d'Anvers, 3 des 5 hôpitaux ont été choisis pour faire partie de l'échantillon et contactés pour participer à la recherche mais ces hôpitaux ne pouvaient pas y participer en raison de leur surcharge de travail à ce moment-là.

Tableau 5: nombre d'hôpitaux psychiatriques par province pour l'échantillon et nombre total dans la population

	Flandre occidentale	Flandre orientale	Anvers	Limbourg	Brabant flamand	Bruxelles	Hainaut	Namur	Brabant wallon	Liège	Luxembourg
Nombre dans l'échantillon	5	6	0	6	5	4	5	1	2	2	0
Nombre total dans la population	7	11	5	6	8	8	7	4	3	5	1

Dans les 35 hôpitaux psychiatriques, 7 disposent de plusieurs sites (voir tableau 6). Dans 3 de ces hôpitaux, les travailleurs sociaux travaillent également sur les différents sites. Ceci concerne 35 travailleurs sociaux (35/332 travailleurs sociaux ou 10.5% de tous les travailleurs sociaux de l'échantillon).

Tableau 6 : Nombre d'hôpitaux répartis sur plusieurs sites

Nombre d'hôpitaux avec plusieurs implantations				
Nombre de sites	1	2	3	4
Nombre d'hôpitaux	28	4	2	1

La répartition des services se présente comme suit :

Tableau 7 : Nombre hôpitaux et le type de service

Type de service	Nombre d'hôpitaux
Service A (Observation et prise en charge, hospitalisation complète (j+n))	28
Service A1 (Observation et prise en charge, hospitalisation de jour partielle)	26
Service A2 (Observation et prise en charge, hospitalisation de nuit partielle)	24
Service T (Prise en charge, hospitalisation complète (j+n))	27
Service T1 (Prise en charge, hospitalisation de jour partielle)	24
Service T2 (Prise en charge, hospitalisation de nuit partielle)	22
Service IB (traitement intensif de patients avec trouble de comportement important et/ou agressifs)	6
Service K (enfants et adolescents, hospitalisation complète (jour+nuit))	14
Service K1 (enfants et adolescents, hospitalisation de jour partielle)	11
Service K2 (enfant et adolescents, hospitalisation de nuit partielle)	9
Service TFB (lits pour traitements en famille)	1
Service TFP (placement en milieu familial)	1
Service S6 (service spécialisé de psychogériatrie)	8
Service Tg (service de neuro-psychiatrie pour le traitement des patients gériatriques)	8

Certains hôpitaux disposent, en plus des services ordinaires, de services médico-légaux spécifiques tels que des services pour l'internement, service de défense sociale, service médico-légal de psychiatrie infantile, centres de jour médico-légaux,...

Caractéristiques du service social/du travail social

Dans la plupart des hôpitaux psychiatriques le service social est décentralisé. C'est dès lors de cette façon que le travail de la plupart des travailleurs sociaux est organisé. Ceci implique donc qu'ils sont rattachés à la hiérarchie d'un service donné et accompagnent les patients de ce service, en tant que membre de l'équipe. Tel est le cas dans 23 hôpitaux (66%). Huit hôpitaux (ou 23%) disposent d'un service social centralisé. Deux hôpitaux (6%) travaillaient encore avec une forme intermédiaire ou étaient en phase de transition, passant d'un service social centralisé à une forme décentralisée. Pour deux hôpitaux, la structure des services n'est pas connue.

Sur le plan de sa situation dans l'organigramme de l'établissement, le travail social se situe, dans la plupart des cas, sous la direction paramédicale et/ou sous la direction infirmière. Il peut également être placé sous la direction générale, la direction médicale la direction nursing ou le département administration et finances (cf. tableau 8). Souvent, le service social est placé dans la ligne hiérarchique de plusieurs directions : directions paramédicale et infirmière (n=3); directions générale et médicale (n=1); directions générale, médicale et paramédicale (n=1) ; direction paramédicale et le département administration et finances.

Tableau 8 : Place du travail social dans l'organigramme

Département	Nombre
Direction paramédicale	12
Direction infirmière	6
Direction générale	2
Direction médicale	1
Direction des soins aux patients	1
Administration et finances	1
Combinaison	6
Autre	4
Inconnu/non mentionné	2

Les hôpitaux participants ont été également questionnés à propos de l'organigramme du service social. Les travailleurs sociaux peuvent être placés sous la subordination de trois fonctions distinctes⁶.

⁶ Un travailleur social peut être dirigé par un **responsable hiérarchique**, qui a dans ses attributions la gestion du travail social, du personnel et de l'organisation.

Un **responsable opérationnel** peut être prévu. Cette personne interviendra dans l'exécution opérationnelle des tâches, sans pour autant disposer de façon permanente de compétences hiérarchiques formelles. La

Sur le plan de la direction du travail social, il ressort de l'enquête que c'est surtout l'option du responsable hiérarchique qui est retenue (24 des 35 hôpitaux). Dans quatorze hôpitaux, la voie du responsable opérationnel est également retenue pour la direction du travail social tandis que dans dix autres, c'est l'option du supérieur fonctionnel qui a été choisie.

Dans douze hôpitaux, on retrouve uniquement un responsable hiérarchique, dans cinq autres, c'est uniquement un responsable opérationnel qui est mis en place. Un hôpital a mis en place un responsable fonctionnel, à l'exclusion de toute autre sorte de responsable. L'organigramme du travail social de cinq hôpitaux n'a pas été communiqué.

Les responsables fonctionnels ont suivi une formation d'assistant social (90%). 64% des responsables opérationnels et 37% des responsables hiérarchiques ont suivi une formation d'assistant social.

Les travailleurs sociaux sont amenés à intervenir en groupe, de plus ou moins grande importance.

Dans 27 des 35 hôpitaux, on retrouve ces groupes d'intervention. Un coordinateur est présent dans 22 de ces groupes.

Sur le plan du soutien que les travailleurs sociaux peuvent proposer, 18 hôpitaux ont recours à un appui du type « encadrement et accompagnement dans les démarches administratives ». Pour seulement quatre hôpitaux, il s'agit d'un collaborateur administratif exclusif au service social. Dans 17 hôpitaux, il n'y a pas d'encadrement et d'accompagnement dans les démarches administratives.

Sur le plan de la démographie des services/département, le travail social est principalement effectué par des femmes (276 femmes soit 83% contre 56 hommes soit 17%), et aussi par des personnes diplômées en travail social (303 assistants sociaux, soit 92% contre 27 d'infirmières sociales soit 8%). Le nombre de travailleurs sociaux d'un hôpital varie de 1 à 31, avec une moyenne⁷ de 9,5 et une médiane⁸ de 9.

Outre des activités relevant du travail social, certains travailleurs sociaux des hôpitaux ont déclaré accomplir les activités suivantes :

- Coordination de la médiation interculturelle (n⁹=10)
- Médiation interculturelle (n= 7)
- Fonction d'ombudsman (n=3)
- Fonction d'ombudsman interne (n=1)
- Activités psychothérapeutiques (n=10)

coordination, le contrôle et le suivi des activités de ces personnes demeurent confiés à un autre membre du personnel.

Il peut être recouru à un **gestionnaire fonctionnel**, assurant cette tâche en vertu d'une certaine expertise ou fonction. Dans certains domaines touchant à des activités extrêmement techniques, sont réservés à des collaborateurs spécialisés.

⁷ Moyenne = la somme de toutes les réponses exprimées divisée par le nombre de répondants. P. ex.: 1 1 1 2 3 3 3 4 5 5 5 6 7 7 8 → la moyenne = 4,1

⁸ Médiane = le chiffre qui se situe au milieu de toutes les réponses exprimées. P. ex. :. 1 1 1 2 3 3 3 4 5 5 5 6 7 7 8 → la médiane = 4

⁹ n = le nombre d'hôpitaux où cette tâche est assumée par un ou plusieurs travailleurs sociaux

- Gestion administrative des patients (n= 10)
- Service social du personnel (n=1)
- Assistance morale, religieuse et philosophique (n=2)
- Autres : coordination de groupes de parole, collaboration aux programmes de formations, relations publiques, pré-admission, etc. (n= 6)

3.4.4. Caractéristiques des répondants

Le paragraphe 3.4.3. traite des données démographiques des personnes de contacts, de l'hôpital et du service social. Le tableau 9 présente les données démographiques des participants à l'étude. Ces données ont été recueillies lors du questionnaire sur l'importance.

Les travailleurs sociaux employés dans des services ambulatoires ou des maisons de soins psychiatriques (MST) ou absents pour longue durée n'ont pas dû compléter la liste. Les travailleurs sociaux en ambulatoire ou en MST ne devaient pas participer à l'étude car ils tombent sous le couvert d'autres financements et normes. Ils ne peuvent pas être retenus dans une étude visant un financement objectif et transparent et une normalisation du travail social en hôpital. Une étude pourrait leur être consacrée.

Enfin, les travailleurs sociaux qui remplacent un collègue ou récemment actif dans l'hôpital pouvaient compléter le questionnaire. Les travailleurs sociaux qui n'avaient pas pris part aux tests sur le manuel ne devaient pas collaborer au questionnaire sur l'importance et à l'encodage de la fréquence et de la durée.

Les travailleurs sociaux qui effectuaient l'ensemble des activités en remplacement d'un collègue ou qui étaient nouveaux dans l'hôpital, ont été invités à participer.

Tableau 9: Données démographiques des répondants

		Répondants nl	Répondants fr	Total
Genre	Homme	19	7	26
	Femme	149	35	184
Formation	AS	152	36	188
	Inf spéc en soins com.	16	6	22
Ancienneté dans l'hôpital	0-4	51	13	64
	5-9	37	7	44
	10-14	27	7	34
	15-19	15	7	22
	20 ans ou plus	28	8	36
Ancienneté comme travailleur social	0-4	43	10	53
	5-9	41	7	48
	10-14	28	10	38
	15-19	16	7	23
	20 ans ou plus	33	8	41
	Inconnu	7	0	7

Chapitre 4: Phase 1: Description des tâches liées au travail social en établissement psychiatrique

Ce chapitre définit la conduite de la recherche et les résultats de l'inventaire de toutes les activités que les travailleurs sociaux accomplissent.

4.1. Inventaire des activités du travail social

4.1.1. Méthode

La première phase de cette recherche comprenait un travail d'inventaire des activités effectuées par les travailleurs sociaux des hôpitaux psychiatriques. Elle s'est basée sur celui obtenu lors de la précédente recherche effectuée avec les hôpitaux généraux, gériatriques, spécialisés et universitaires (Fruyt et al., 2010). La présentation du questionnaire pour l'inventaire a été adaptée. Des activités spécifiques au contexte du travail social psychiatrique y ont été ajoutées, sur base de la littérature. Les définitions des activités génériques ont été reprises comme fil conducteur, tout comme pour la recherche effectuée avec les hôpitaux généraux, gériatriques, spécialisés et universitaires. Une liste a été ainsi obtenue –créée en Excel- et divisée comme suit :

- Activités liées au patient et activités sans lien avec le patient ;
- 10 activités génériques liées au patient et 2 activités génériques sans lien avec le patient
- Division des tâches génériques en méthodes et thématiques
 - Par méthode, il faut entendre la manière effective d'accomplir une activité déterminée en lien avec une intervention donnée.
Exemple : la méthode « médiation » peut se rapporter à une intervention dans le domaine des problèmes relationnels.
 - Les interventions thématiques sont tous les sujets où une méthodologie a été appliquée.
- Deux activités (« autres ») non liées au travail social, notamment chef de service et infirmier.

Une première liste comportant 56 méthodes et 211 interventions a été créée (voir annexe 6).

Premier questionnaire

Ce premier document, accompagné d'un mode d'emploi, a été diffusé par courrier électronique et postal aux personnes de contact. Ces dernières étaient chargées de diffuser ce document à tous les travailleurs sociaux de leur institution. Ceux qui étaient absents pour une période indéterminée n'ont pas été sollicités.

Au cours du premier inventaire, les travailleurs sociaux ont été invités à cocher *oui/non* au regard des activités selon qu'elles avaient été réalisées l'année passée. Un espace était prévu pour des

remarques ou pour ajouter d'éventuelles activités manquantes. Des remarques plus générales pouvaient également être formulées à la fin du document.

Deuxième questionnaire

Après analyse du premier inventaire, une seconde liste a été établie. Y figuraient les activités qui n'étaient pas mentionnées dans le premier inventaire ainsi que des activités pour lesquelles certains travailleurs sociaux n'avaient pas répondu.

Une définition a également été ajoutée pour chaque méthode car des précisions étaient nécessaires. Ces définitions provenaient de la recherche menée dans les hôpitaux généraux, gériatriques et universitaires (De Bodt et al, 2012).

Les personnes de contact ont procédé de la même manière pour ce second tour (voir annexe 6). Elles ont transmis le document reprenant les tâches nouvelles et clarifiées, accompagné de son mode d'emploi aux travailleurs sociaux participants par mail (voir annexe 5). En région francophone, des inventaires sur support papier ont à nouveau été envoyés. Tous les travailleurs sociaux devaient cocher *oui/non* au regard des activités selon qu'elles avaient ou non été effectuées l'année passée. Il n'était plus possible d'ajouter des nouvelles activités.

Total des deux questionnaires

Ensuite, toutes les activités ont été répertoriées et comptabilisées ainsi que le nombre de travailleurs sociaux ayant effectué ces activités (somme de toutes les réponses « oui »), et le nombre de travailleurs sociaux ayant répondu (« nombre »). Le pourcentage de « oui » a été calculé en fonction du nombre total de travailleurs sociaux participants (290 (Ned, 81 (Fr) ou 290 (Bel)). Enfin, un pourcentage moyen de « oui » a été calculé par rapport au nombre de travailleurs sociaux qui ont donné une réponse (« nombre »). Ces calculs ont été effectués tant pour la partie néerlandophone du pays, pour la partie francophone du pays que pour la Belgique entière (voir annexe 7).

4.1.2. Résultats

Premier tour

Une liste comportant 211 thématiques et 56 activités spécifiques a été soumise à tous les travailleurs sociaux participants. Les équipes de recherche ont reçu un total de 268 questionnaires complétés (198 néerlandophones et 70 francophones). Toutes les activités ont été évaluées par les travailleurs sociaux des hôpitaux psychiatriques. Aucune activité mentionnée sur la liste n'a dû être supprimée. Par contre, beaucoup d'activités ne figurant pas sur la liste ont dû être ajoutées. La liste proposée au départ a donc été amendée, à la lumière des ajouts et des remarques des participants.

Deuxième tour

Au second tour d'inventaire, une liste comportant 146 thématiques et les 56 activités spécifiques¹⁰ a été à nouveau soumise aux participants. 250 inventaires complétés ont été remis aux équipes de recherche (184 néerlandophones et 66 francophones). Le nombre d'inventaires complétés est plus faible au second tour. Les raisons étaient diverses : travailleur social en maladie de longue durée, grossesse, travailleur social plus en service dans le secteur ou transféré dans un autre service. Dans certains cas, aucune raison n'a été mentionnée.

Lors du deuxième tour, pratiquement toutes les activités identifiées au premier tour ont obtenu une réponse des travailleurs sociaux. Il ne s'agissait pas à ce stade d'abandonner des activités.

Total des deux questionnaires

Si on totalise les deux tours, 290 personnes ont participé à l'inventorisation des activités du travail social dans les hôpitaux psychiatriques (209 néerlandophones et 81 francophones).

Toutes les activités ont été évaluées par les travailleurs sociaux au cours de ce second tour. Au final, la liste non exhaustive comporte 309 activités du travail social, 4 activités diverses, 56 activités spécifiques et 12 activités génériques (cf annexe 6). En annexe, se trouve également la répartition du nombre de travailleurs sociaux qui ont effectué ces activités en Belgique, dans la partie néerlandophone et dans la partie francophone du pays (cf annexe 7).

Le tableau 10 présente les dix activités les plus réalisées et le tableau 10, les dix activités les moins réalisées. Il s'agit d'activités spécifiques au travail social en psychiatrie. Ce classement ne tient pas compte des méthodes de regroupement en activité générique et spécifique.

On constate une similitude en ce qui concerne les 10 activités les plus réalisées. Elles concernent la resocialisation et la concertation avec la famille et autres professionnels (voir tableau 9).

Les 10 activités les moins réalisées ne sont pas identiques. Elles sont plus spécifiques aux tâches médicales (exemple 'Alimentation parentérale') et d'autres tâches pratiques (comme régler un mariage à l'hôpital). Une thématique n'a pas eu de réponse du côté francophone, à savoir 'Prise en charge des soins de santé par le Ministère de la Justice en cas d'admission forcée' (voir tableau 11).

¹⁰ Au second tour, les méthodes ont été définies sur base du manuel réalisé lors de l'étude sur les activités du travail social dans les hôpitaux généraux et universitaires.

Tableau 10: Top 10 des tâches spécifiques en fonction du territoire

Top 10 des tâches spécifiques pour la Belgique¹¹					
		Nombre Bel	Som Bel	% Bel	Moy % Bel
1	Aider la personne à reconstruire ses réseaux et contacts sociaux	286	281	96,9%	98,3%
2	Resocialisation et réintégration	285	276	95,2%	96,8%
3	Services de travail social (CPAS, autre hôpital, commune,...)	265	267	90,3%	98,9%
4	Discussion de situations de patients avec d'autres disciplines	267	259	89,3%	97,0%
5	Discussion avec la famille	285	258	89,0%	90,5%
6	Participation à une concertation interdisciplinaire pour le patient	264	255	87,9%	96,6%
7	Justice et tribunaux (Justice de Paix, Tribunal de la Jeunesse, Tribunal du travail,...)	267	253	87,2%	94,8%
8	Concertation pour le fonctionnement du service, vision, évaluation	267	249	85,9%	93,3%
9	Concertation avec le patient et/ou sa famille et/ou les aidants proches et/ou les tiers importants	255	247	85,2%	96,9%
10	Entretien spécifique	246	244	84,1%	99,2%
Top 10 des tâches spécifiques pour la partie néerlandophone					
		Nombre NI	Som NI	% NI	Moy % NI
1	Aider la personne à reconstruire ses réseaux et contacts sociaux	208	204	97,6%	98,1%
2	Resocialisation et réintégration	207	200	95,7%	96,6%
3	Participation à une concertation interdisciplinaire pour le patient	207	200	95,7%	96,6%
4	Concertation avec le patient et/ou sa famille et/ou les aidants proches et/ou les tiers importants	197	196	93,8%	99,5%
5	Services de travail social (CPAS, autre hôpital, commune,...)	195	192	91,9%	98,5%
6	Discussion de situations de patients avec d'autres disciplines	197	190	90,9%	96,4%
7	Justice et tribunaux (Justice de Paix, Tribunal de la Jeunesse, Tribunal du travail,...)	197	189	90,4%	95,9%
8	Intervention majorée	197	185	88,5%	93,9%
9	Assurance hospitalisation	196	184	88,0%	93,9%
10	Discussion avec la famille	209	184	88,0%	88,0%

¹¹ Nombre: le nombre de travailleurs sociaux ayant répondu à la question.

Som: le nombre de travailleurs sociaux ayant effectué une tâche au cours de l'année écoulée.

%: le pourcentage de travailleurs sociaux ayant effectué une tâche au cours de l'année écoulée. Il s'agit de la somme divisée par le nombre de participants (= 209 (NI), 81 (Fr) ou 290 (Bel)).

Moy %: pourcentage moyen de "oui". Il s'agit de la somme divisée par le nombre de répondants à cette question.

Top 10 des tâches spécifiques pour la partie francophone					
		Nombre Fr	Som Fr	% Fr	Moy% Fr
1	Aider la personne à reconstruire ses réseaux et contacts sociaux	78	77	95,1%	98,7%
2	Resocialisation et réintégration	78	76	93,8%	97,4%
3	Discussion avec la famille	76	74	91,4%	97,4%
4	Services de travail social (CPAS, autre hôpital, commune,...)	70	70	86,4%	100,0%
5	Discussion de situations de patients avec d'autres disciplines	70	69	85,2%	98,6%
6	Services de santé mentale	70	67	82,7%	95,7%
7	Discussion de situations de patients entre travailleurs sociaux	70	67	82,7%	95,7%
8	Mise en évidence des problèmes relationnels/de communication avec le partenaire et/ou les enfants	77	67	82,7%	87,0%
9	Faire partie de l'équipe qui gère la sortie	70	67	82,7%	95,7%
10	Réunions du service social	69	66	81,5%	95,7%

Tableau 11: les 10 dernières tâches spécifiques en fonction du territoire

Les 10 dernières tâches spécifiques pour la Belgique					
		Nombre Bel	Somme Bel	% Bel	Moy% Bel
300	Alimentation par sonde	265	17	5,9%	6,4%
301	Participer à des projets régionaux en psycho-éducation	241	16	5,5%	6,6%
302	Congé d'allaitement	264	15	5,2%	5,7%
303	Dispense de ceinture de sécurité	262	15	5,2%	5,7%
304	Dispenser une formation aux membres du département psychothérapie	241	15	5,2%	6,2%
305	Service Médi'Kids	236	14	4,8%	5,9%
306	Soins aux personnes âgées	238	14	4,8%	5,9%
307	Couvre-chefs pour patients cancéreux	235	12	4,1%	5,1%
308	Alimentation parentérale	265	6	2,1%	2,3%
309	Autres (couverture alternative, paiement de la pension, régler un mariage à l'hôpital,...)	236	4	1,4%	1,7%
Les 10 dernières tâches spécifiques pour la partie néerlandophone					
		Nombre NI	Somme NI	% NI	Moy% NI
300	Soins aux personnes âgées	183	8	3,8%	4,4%
301	Congé de paternité	196	7	3,3%	3,6%
302	Service Médi'Kids	184	7	3,3%	3,8%
303	Dispenser une formation aux membres du département psychothérapie	184	7	3,3%	3,8%
304	Dispense de ceinture de sécurité	197	6	2,9%	3,0%
305	Participer à des projets régionaux en psycho-éducation	184	6	2,9%	3,3%
306	Groupe d'entraide	184	5	2,4%	2,7%
307	Congé d'allaitement	197	4	1,9%	2,0%
308	Alimentation parentérale	197	4	1,9%	2,0%
309	Autres (couverture alternative, paiement de la pension, régler un mariage à l'hôpital,...)	184	0	0,0%	0,0%
Les 10 dernières tâches spécifiques pour la partie francophone					
		Nombre Fr	Somme Fr	% Fr	Moy % Fr
300	Formation spécifique pour les services de soins à domicile	56	7	8,6%	12,5%
301	Soins aux personnes âgées	55	6	7,4%	10,9%
302	Heures supplémentaires le week-end	55	6	7,4%	10,9%
303	Rédaction d'un testament	57	6	7,4%	10,5%
304	Forfait palliatif	67	6	7,4%	9,0%
305	Couvre-chefs pour patients cancéreux	51	5	6,2%	9,8%
306	Autres (couverture alternative, paiement de la pension, régler un mariage à l'hôpital,...)	52	4	4,9%	7,7%
307	Alimentation par sonde	68	3	3,7%	4,4%
308	Alimentation parentérale	68	2	2,5%	2,9%
309	Prise en charge des soins de santé par le Ministère de la Justice en cas d'admission forcée	0	0	0,0%	0,0%

Chapitre 5: Phase 2: manuel, importance, fréquence et durée, facteurs d'influence

Le premier aspect de cette phase repose sur l'élaboration d'un manuel de classification des activités génériques et spécifiques du travail social des hôpitaux qui sert d'instrument de base à la définition des activités des travailleurs sociaux de l'hôpital. Il est le fil conducteur des questionnaires importance, fréquence et durée. Le questionnaire sur les facteurs d'influence de la charge de travail termine ce chapitre.

5.1. Elaboration et tests du manuel des activités du travail social

5.1.1. Méthode

5.1.1.1. Elaboration du manuel

L'inventaire fournit une image détaillée de l'ensemble des activités spécifiques accomplies par les travailleurs sociaux des hôpitaux. Ce sujet est néanmoins tellement vaste qu'il n'est pas aisé d'explorer de façon approfondie les activités du travail social (comme leur importance et leur fréquence et durée)

Une première ébauche de manuel a été rédigée au cours de la première partie de la recherche 'Un tour d'horizon du travail social : Développement d'un instrument de gestion du travail social de l'hôpital'. L'équipe de recherche a procédé à une revue de la littérature étendue afin de rédiger un projet de regroupement des activités ainsi qu'à leur définition. Ce projet a été soumis à l'avis critique, plus particulièrement sur la question de l'exploitabilité des notions, des comités de pilotage francophone et néerlandophone. Sur base des remarques formulées par les comités de pilotage, le manuel a été adapté jusqu'à ce qu'un consensus soit obtenu à son propos (Fruyt et al., 2010).

Cette méthode présente l'avantage de permettre la comparaison des résultats finaux des recherches, menées dans les différents secteurs de soins.

De nombreuses adaptations ont été apportées au manuel original :

- Le lay-out a été adapté ;
- La définition de la coordination de soins afin de la rendre conforme à la description la plus récente de la politique de sortie ;
- Des exemples afin de les rendre applicables tant aux hôpitaux généraux, universitaires et psychiatriques ;
- Les activités spécifiques « collaborer au projet ou à la recherche » ont été séparées en « collaborer à cette recherche » et « collaborer à d'autres projets et recherches » (Fruyt et al., 2010; De Bodt et al., 2012).

Le manuel a été présenté aux membres du comité de pilotage en leur demandant de l'évaluer de façon critique afin de déterminer s'il reflète fidèlement leur pratique professionnelle. L'équipe de

recherche a recensé l'ensemble des remarques. Après cela, le comité de pilotage s'est à nouveau réuni afin de discuter de toutes les remarques¹².

A la demande du comité de pilotage, quelques exemples ont été précisés, certaines définitions ont été affinées et 10 'activités qui ne sont pas liées au travail social' ont été ajoutées au manuel. Lors des 2 premières phases de la recherche, les données relatives aux activités infirmières ainsi que celles de responsable de service avaient été recueillies à l'occasion de l'enregistrement de la durée et de la fréquence. Ces activités n'avaient néanmoins pas été reprises dans le manuel. Il a donc été aussi demandé d'ajouter ces activités vu qu'elles peuvent être prises en charge par les travailleurs sociaux et qu'elles nécessitent un investissement en temps conséquent.

Les activités non liées au travail social qui ont été ajoutées sont les suivantes :

- Activités liées à la fonction de chef de service
- Activités infirmières
- Activités psychothérapeutiques
- Coordination de la médiation interculturelle
- Médiation interculturelle
- Fonction d'ombudsman
- Administration des patients
- Service social pour le personnel
- Assistance morale, religieuse orale et philosophique
- Autres activités liées à l'institution

La version définitive du manuel comporte des activités liées au patient ainsi que des activités qui ne sont pas liées au patient, réparties en 12 tâches principales, 63 activités accessoires et 10 activités qui ne sont pas liées au patient (voir annexe 8).

5.1.1.2. Tests du manuel

Le manuel comportant les définitions des activités génériques et spécifiques effectuées par les travailleurs sociaux devait garantir une compréhension uniforme des thématiques lors des questionnaires sur l'importance et sur la fréquence et durée. Les différences d'interprétations devaient être limitées. C'est la raison pour laquelle, le manuel a été testé.

Le test du manuel a été réalisé à l'aide de casus. Un cas pratique a été soumis à trois travailleurs sociaux néerlandophones et deux francophones travaillant en hôpital psychiatrique et non impliqué dans l'étude. Avec l'aide de quatre travailleurs sociaux du milieu psychiatrique n'ayant pas participé à l'étude, les casus ont été développés. Cinq casus avec activités spécifiques ont été décrits et, pour chacun, un cas a été défini comme référence¹³. Au final, quatre cas ont été utilisés pour cette étude.

¹² Le 14 juin 2012

¹³ « Casus référence » signifie que les cas ont été examinés en détail et testés par des travailleurs sociaux et des chefs de service sociaux dans les régions néerlandophones et francophones. Au besoin, la description a été adaptée au casus. De cette façon, un casus référence a été obtenu pour chaque casus.

Avant les tests, pour la partie néerlandophone, trois séances d'information ont été fixées afin de fournir des explications sur le test et le contenu du manuel¹⁴. Les participants pouvaient y poser leurs questions. Les personnes de contact qui n'étaient pas dans la possibilité de participer à ces séances d'information ont été contactées téléphoniquement.

Dans la partie francophone, une session d'information s'est tenue à la demande d'un hôpital. Les hôpitaux participants pouvaient par ailleurs interroger téléphoniquement l'équipe de recherche.

La veille du test, le manuel (voir annexe 8) et un casus (voir annexe 9) ont été distribués aux assistants sociaux. Au moment du test en lui-même¹⁵, les assistants sociaux¹⁶ ont reçu une marche à suivre, un casus et le formulaire d'enregistrement (voir annexe 9). Les participants pouvaient se référer au manuel pendant le test.

Au premier tour, le casus 3 a été diffusé (voir annexe 9). Si un, ou plusieurs, des travailleurs sociaux avaient besoin d'un autre moment pour répondre au test, en raison de congé ou de maladie, la personne de contact recevait alors un autre casus supplémentaire, soit le casus 5 (voir annexe 9). Il s'agissait ainsi d'éviter que les résultats du test de la personne qui y répond plus tard ne soient influencés par sa connaissance préalable des réponses. Seul le casus 3 a été utilisé par les participants francophones.

Afin d'évaluer l'interprétation adéquate du travailleur social, deux aspects du test ont été pris en compte à savoir les résultats individuels et la fiabilité interévaluateur sur les items (FIE).¹⁷ Les activités ont été comparées au golden standard.

Pour les résultats individuels, les travailleurs sociaux devaient reconnaître 80% des activités relevées dans les casus et indiquer les activités dans le formulaire d'enregistrement. Ce pourcentage a été jugé par l'équipe de recherche – et dans la foulée des 2 premières parties de la recherche (Fruyt, 2010 ; De Bodt, 2012)- comme certitude que les travailleurs sociaux maîtrisaient les items du manuel.

En raison du taux de scores inférieurs à 80%, des tests de rattrapage ont été organisés.¹⁸ Un feedback individualisé a été réalisé dans la partie néerlandophone après chaque test. Les casus 2 et 4 ont été utilisés au deuxième tour (voir annexe 9). Seul le casus 4 a été utilisé dans la partie francophone.

Si un score de 80% n'était pas atteint, un troisième tour était organisé. Afin de réduire à ce stade la pression sur les travailleurs sociaux, un mini-casus comportant 10 activités a été organisé (voir annexe 9).

Le FIE a été calculé après chaque tour. Pour ce faire, les résultats de participants à ce tour, plus les résultats des personnes ayant déjà réussi le tour précédent, ont été examinés. On a examiné le pourcentage de tâches génériques et de tâches spécifiques reconnues dans les activités visées.

¹⁴ Les 3 séances d'information ont eu lieu les 9 et 30 août ainsi que le 4 septembre.

¹⁵ Le premier tour s'étendait du 31 août au 1^{er} octobre 2012

¹⁶ Tous les travailleurs sociaux qui travaillent en semi-résidentiel ne doivent pas participer aux tests

¹⁷ La fiabilité interévaluateur consiste en la mesure dans laquelle il y a correspondance entre les résultats des mesures opérées par différents répondants concernant un même individu (= casus), à un moment donné et faisant usage d'un même instrument (= le manuel) (Sermeus, 2007).

¹⁸ La seconde période de test s'est déroulée d'octobre à décembre 2012.

Lorsque cette fiabilité interévaluateur est inférieure à 80%, on en déduit que l'item n'est pas suffisamment compris. Un feedback complémentaire par rapport à cet item est alors donné à tous les hôpitaux. La littérature précise qu'un pourcentage de 80% est une base pour pouvoir tirer des conclusions (Hallgren, 2012).

5.1.2. Résultats

5.1.2.1. Manuel

Les items suivants sont intégrés et définis dans le manuel :

Tableau 12: Activités génériques et spécifiques du travail social

Activités liées au patient

Interventions psychosociales

Entretien de soutien
Accompagnement
Prise en charge
Intervention de crise à l'hôpital
Médiation

Enquêtes et rapports

Anamnèse psychosociale et exploration sociale
Faire un rapport écrit
Gestion du dossier social
Visites à l'extérieur
Enregistrement (rapports/dossiers internes + RPM)

Coordination de soins

Identifier des patients prioritaires
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient
Coordonner des aides et des services pour le patient
Faire appel au réseau social (aide informelle)
Mettre en place d'autres aides et services pour le patient (aide formelle)
Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives
Assurer la fonction de médiation

Aide matérielle

Aide sociale et administrative

Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient
Coordonner des aides et des services pour le patient
Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives
Assurer la fonction de médiation

Aide financière et administrative

Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient
Coordonner des aides et des services pour le patient
Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives
Assurer la fonction de médiation

Aide juridique et administrative

Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient
Coordonner des aides et des services pour le patient
Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives
Assurer la fonction de médiation

Prévention

Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient
Assurer la fonction de médiation

Défense des intérêts

Défense des intérêts individuels
Défense des intérêts collectifs

Signalement

Signalement interne
Signalement externe

Activités qui ne sont pas en lien avec le patient

Développement de compétences

Suivre une formation
Dispenser une formation
Donner/recevoir des conseils, accompagner des professionnels/se faire accompagner
Réfléchir à propos de ses propres interventions
Planifier le développement de compétences
Contribuer à la formation des étudiants (stages, travaux scolaires)

Autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient

Concertation non liée au patient
Contribution au développement de la politique
Définition et justification de la profession et de ses compétences
Participation à des projets et des recherches
a) Participation à cette recherche
b) Participation à d'autres projets de recherche
Activités liées à l'organisation et au service
Déplacements
Temps réservé à soi
Congés

**Activités qui ne sont pas en lien avec le travail
social**

Activités de chef de service

Activités infirmières

Activités psychothérapeutiques

Coordinateur de la médiation interculturelle

Médiation interculturelle

Fonction d'ombudsman

Gestion administrative des patients

Service social du personnel

Assistance morale, religieuse et philosophique

Autres activités en lien avec l'institution

5.1.2.2. Tests

Après le premier tour, 40 des 253 travailleurs sociaux ont obtenu un résultat de 80% ou plus. 213 travailleurs sociaux devaient réaliser un second test. Ce sont finalement 208 travailleurs sociaux qui ont participé à ce second test. 136 travailleurs sociaux ont obtenu un résultat de 80% ou plus. 72 personnes devaient donc effectuer un troisième test. Finalement, ce sont 52 travailleurs sociaux qui ont effectué ce troisième exercice dont 12 seulement ont obtenu 80% (voir tableau 13).

Tableau 13: Nombre de travailleurs sociaux qui ont obtenu un résultat de 80%

Test 1

Nombre réussites NI	Nombre réussites Fr	Nombre réussites total
38/195 (19%)	2/58 (3%)	40/253 (16%)

Test 2

Nombre réussites NI	Nombre réussites Fr	Nombre réussites total
136/154 (88%)	0/54 (0%)	136/208 (65%)

Test 3

Nombre réussites NI	Nombre réussites Fr	Nombre réussites total
5/8 (62%)	7/44 (16%)	12/52 (23%)

Certains travailleurs sociaux ont à ce stade décidé d'arrêter de collaborer à la recherche. Les motifs invoqués sont la charge de travail, les absences (repos de maternité, fin de contrat, etc.) ou la prise de nouvelles fonctions (ex : travailler en ambulatoire).

Les travailleurs sociaux néerlandophones qui n'avaient pas obtenu 80% ont été écartés de la recherche (trop de travail ou prise d'autres fonctions). Ceux qui ont souhaité malgré tout poursuivre, ont été contactés. Les personnes de contacts des hôpitaux se sont dès lors engagés à aider ces personnes dans l'apprentissage du manuel ou à leur donner des informations complémentaires.

Les travailleurs sociaux francophones qui n'ont pas obtenus 80% ont été invités à deux séances d'informations organisées par l'équipe de recherche. Ces séances se sont déroulées le 8 et 10 janvier 2013. 10 personnes y ont participé.

Etant donné que les tests servent de base aux questionnaires sur l'importance des activités et fréquence et durée, on ne peut pas conclure que les réponses des personnes qui n'ont pas obtenu 80% soient considérées valides. Cela concerne principalement la partie francophone. Combiné à des arrêts de participation de certaines institutions, les résultats de ces deux questionnaires seront traités séparément. L'équipe de recherche ne présente donc pas pour ces questionnaires de résultats au niveau national.

5.1.2.3. Fiabilité interévaluateur

La fiabilité interévaluateurs (FIE) montre dans quelle mesure les évaluateurs (= les travailleurs sociaux) arrivent aux mêmes résultats, s'ils utilisent le même instrument (le manuel). Autrement dit, les thématiques abordées dans le manuel sont-elles bien définies pour être comprises par tout le monde ?

La FIE est le rapport entre le nombre de réponses correctes et de réponses incorrectes. Si elle est inférieure à 80%, elle est indiquée en rouge. La FIE est donc faible ce qui signifie que les items ne sont pas bien compris des participants.

Remarque : les résultats de 80% et plus sont pris en compte dans la FIE. Les casus du premier tour diffèrent des casus du second test. De plus, un autre casus a été utilisé lors du troisième tour. A chaque fois, les tests ont porté sur des items différents. Etant donné les différents résultats francophones et néerlandophones, conjugués à une participation faible du côté francophone, il est apparu que deux personnes avaient évalué certains items. La FIE atteignait donc soit 100% ou 50%. Ces pourcentages sont indiqués en jaune dans les tableaux.

FIE Test 1

Au premier tour, 30 items ont été soumis à 253 participants. Douze items ont obtenu une FIE suffisante, les 18 autres avaient une FIE de moins de 80% (voir tableau 14).

Pour la partie néerlandophone, 30 items ont également été soumis (3 casus ont été utilisés). 12 items ont une FIE suffisante (voir tableau 14).

Pour la partie francophone, tous les travailleurs sociaux pouvaient réaliser le test au même moment, c'est la raison pour laquelle un seul casus de 20 items a été utilisé. Seuls cinq items ont une FIE suffisante au premier tour (voir tableau 14).

Tableau 14: Fiabilité interévaluateurs après le premier test, première partie

Tour 1	FIE NI	Nombre de réponses	FIE Fr	Nombre de réponses	FIE total
ACTIVITES LIEES AU PATIENT					
Interventions psychosociales					
Entretien de soutien	85%	312	86%	116	85%
Accompagnement	42%	347	21%	116	37%
Prise en charge	53%	159	26%	58	46%
Interventions de crise à l'hôpital					
Médiation					
Enquêtes et rapports					
Anamnèse psychosociale et exploration sociale	84%	237	79%	58	83%
Faire un rapport écrit	80%	194	81%	58	80%
Gestion du dossier social	76%	196	50%	58	70%
Visites à l'extérieur	51%	43			51%
Enregistrement (rapports/dossiers internes + RPM)					

Coordination de soins					
Identifier des patients prioritaires					
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé					
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins	45%	155	51%	58	47%
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	63%	435	35%	116	57%
Coordonner des aides et des services pour le patient					
Faire appel au réseau social (aide informelle)	98%	41			98%
Mettre en place d'autres aides et services pour le patient (aide formelle)	93%	41			93%
Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives					
Médiation					
Aide matérielle					
Aide matérielle	98%	155	93%	58	97%
Aide sociale et administrative					
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	88%	41			88%
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins					
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	67%	39			67%
Coordonner des aides et des services pour le patient					
Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives	65%	198	40%	58	59%
Médiation					
Aide financière et administrative					
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	71%	349	46%	116	65%
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins	59%	194	46%	58	56%
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	47%	157	55%	58	49%
Coordonner des aides et des services pour le patient					
Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives	49%	194	19%	58	42%
Médiation					
Aide juridique et administrative					
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé					
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins					
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	56%	351	33%	116	50%

Coordonner des aides et des services pour le patient					
Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives	72%	39			72%
Médiation					
Prévention					
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	93%	41			93%
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins					
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient					
Médiation					
Défense des intérêts					
Défense des intérêts individuels	44%	155	15%	58	37%
Défense des intérêts collectifs					
Signalement					
Signalement interne	54%	41			54%
Signalement externe					

	FIE NI	Nombre de réponses	FIE Fr	Nombre de réponses	FIE total
Tour 1					
ACTIVITES QUI NE SONT PAS EN LIEN AVEC LE PATIENT					
Développement de compétences					
Suivre une formation					
Dispenser une formation					
Donner/recevoir des conseils, accompagner des professionnels/se faire accompagner					
Réfléchir à propos de ses propres interventions	80%	155	81%	58	80%
Planifier le développement de compétences					
Contribuer à la formation des étudiants (stages, travaux scolaires)					
Autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient					
Concertation non liée au patient	71%	195	64%	58	69%
Contribution au développement de la politique					
Définition et justification de la profession et de ses compétences	93%	41			93%
Participation à des projets et des recherches					
Activités liées à l'organisation et au service	90%	41			90%
Déplacements	87%	199	90%	58	90%
Temps réservé à soi					
Congé					
ACTIVITES QUI NE SONT PAS EN LIEN AVEC LE TRAVAIL SOCIAL					
Activités de chef de service					

Activités infirmières					
Activités psychothérapeutiques	74%	155	76%	58	75%
Coordinateur de la médiation interculturelle					
Médiation interculturelle					
Fonction d'ombudsman					
Gestion administrative des patients					
Service social du personnel					
Assistance morale, religieuse et philosophique					
Autres activités en lien avec l'institution					

Les activités spécifiques qui ne figuraient pas dans les tests sont noircies

FIE Test 2

208 travailleurs sociaux ont participé au second tour. 38 items ont été évalués. Vingt items sur les 38 ont un score FIE supérieur ou égal à 80% (voir tableau 15).

38 items ont été évalués du côté néerlandophone. 31 ont un score FIE suffisant (voir tableau 15).

33 items ont été évalués du côté francophone. Seuls 10 items ont un score FIE suffisant. Les 23 autres ont une fiabilité faible. Un seul item obtient 0%, seuls deux participants ont répondu à cet item. Neuf items obtiennent 100%, mais là aussi, seuls deux participants ont répondu (voir tableau 15).

Tableau 15: Fiabilité interévaluateurs après le deuxième test, première partie

Tour 2	FIE NI	Nombre de réponses	FIE Fr	Nombre de réponses	FIE total
ACTIVITES LIEES AU PATIENT					
Interventions psychosociales					
Entretien de soutien	99%	204	91%	58	97%
Accompagnement	90%	208	100%	2	91%
Prise en charge	92%	177	21%	56	75%
Interventions de crise à l'hôpital	100%	9	74%	54	78%
Médiation					
Enquêtes et rapports					
Anamnèse psychosociale et exploration sociale	88%	505	62%	108	84%
Faire un rapport écrit	93%	184	100%	2	94%
Gestion du dossier social	95%	194	29%	56	80%
Visites à l'extérieur	61%	33	11%	108	24%
Enregistrement (rapports/dossiers internes + RPM)					
Coordination de soins					
Identifier des patients prioritaires	100%	9	72%	54	76%
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	92%	439	9%	54	83%
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins	68%	311	100%	2	68%
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	91%	422	40%	166	70%
Coordonner des aides et des services pour le patient					
Faire appel au réseau social (aide informelle)	100%	26	74%	54	82%
Mettre en place d'autres aides et services pour le patient (aide formelle)	98%	170	22%	54	79%
Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives	44%	9	46%	54	46%
Médiation					
Aide matérielle					
Aide matérielle	100%	24	100%	2	100%
Aide sociale et administrative					
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	100%	26	33%	54	54%
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins					
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	71%	167			71%
Coordonner des aides et des services pour le patient					
Effectuer et accompagner le patient dans les	93%	60	55%	110	68%

démarches administratives					
Médiation					
Aide financière et administrative					
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	87%	352	100%	4	87%
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins	91%	184	100%	2	92%
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	74%	35	56%	56	65%
Coordonner des aides et des services pour le patient					
Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives	58%	184	54%	110	58%
Médiation					
Aide juridique et administrative					
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	82%	143			82%
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins	98%	153	37%	54	82%
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	85%	72	66%	56	76%
Coordonner des aides et des services pour le patient					
Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives	98%	160			98%
Médiation					
Prévention					
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	96%	26	76%	54	82%
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins					
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient					
Médiation					

Tour 2	FIE NI	Nombre de réponses	FIE Fr	Nombre de réponses	FIE total
Défense des intérêts					
Défense des intérêts individuels	92%	167	0%	2	91%
Défense des intérêts collectifs					
Signalement					
Signalement interne	42%	27	6%	54	16%
Signalement externe					
ACTIVITES QUI NE SONT PAS EN LIEN AVEC LE PATIENT					
Développement de compétences					
Suivre une formation	97%	143			97%
Dispenser une formation					
Donner/recevoir des conseils, accompagner des professionnels/se faire accompagner					
Réfléchir à propos de ses propres interventions	90%	167	100%	2	90%
Planifier le développement de compétences	82%	143			82%
Contribuer à la formation des étudiants (stages, travaux scolaires)					
Autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient					
Concertation non liée au patient	84%	182	100%	2	85%
Contribution au développement de la politique					
Définition et justification de la profession et de ses compétences	100%	26	37%	54	57%
Participation à des projets et des recherches					
Activités liées à l'organisation et au service	100%	26	61%	54	73%
Déplacements	81%	59	51%	110	61%
Temps réservé à soi					
Congé					
ACTIVITES QUI NE SONT PAS EN LIEN AVEC LE TRAVAIL SOCIAL					
Activités de chef de service					
Activités infirmières					
Activités psychothérapeutiques	96%	167	100%	2	96%
Coordinateur de la médiation interculturelle					
Médiation interculturelle					
Fonction d'ombudsman					
Gestion administrative des patients					
Service social du personnel					
Assistance morale, religieuse et philosophique					
Autres activités en lien avec l'institution					

Les activités spécifiques qui ne figuraient pas dans les tests sont noircies

FIE Test 3

Cinquante-deux travailleurs sociaux ont participé à ce troisième test. 38 items ont aussi été évalués. Ving items sur les 38 ont un score FIE supérieur ou égal à 80% (voir tableau 16).

Du côté néerlandophone, 38 items ont été évalués. Trente et un ont un score FIE suffisant (voir tableau 16).

Du côté francophone, 33 items ont été évalués. Seuls 10 items ont un score FIE suffisant. Les 23 autres ont une fiabilité faible. Un seul item obtient 0%, seuls deux participants ont répondu à cet item. Neuf items obtiennent 100%, mais là aussi, seuls deux participants ont répondu (voir tableau 16).

Pour les items pour lesquels un score FIE restait faible, des informations complémentaires ont été données.

Tableau 16: Fiabilité interévaluateurs après le troisième test, première partie

Tour 3	FIE NI	Nombre de réponses	FIE Fr	Nombre de réponses	FIE total
ACTIVITES LIEES AU PATIENT					
Interventions psychosociales					
Entretien de soutien	99%	189	100%	4	99%
Accompagnement	90%	199	56%	48	83%
Prise en charge	94%	162	58%	48	86%
Interventions de crise à l'hôpital	100%	7	96%	46	96%
Médiation					
Enquêtes et rapports					
Anamnèse psychosociale et exploration sociale	90%	466	96%	48	90%
Faire un rapport écrit	93%	174	100%	2	93%
Gestion du dossier social	96%	179	71%	48	91%
Visites à l'extérieur	67%	30			67%
Enregistrement (rapports/dossiers internes + RPM)					
Coordination de soins					
Identifier des patients prioritaires	100%	4	96%	46	96%
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	94%	406	15%	46	86%
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins	69%	302	100%	2	69%
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	92%	380	60%	50	88%
Coordonner des aides et des services pour le patient					
Faire appel au réseau social (aide informelle)	100%	20	85%	46	89%

Mettre en place d'autres aides et services pour le patient (aide formelle)	99%	155	72%	46	92%
Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives	69%	13	37%	46	45%
Médiation					
Aide matérielle					
Aide matérielle	100%	24	100%	2	100%
Aide sociale et administrative					
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	100%	29	39%	46	63%
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins					
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	74%	167	59%	46	71%
Coordonner des aides et des services pour le patient					
Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives	88%	57	54%	48	72%
Médiation					
Aide financière et administrative					
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	89%	334	100%	4	89%
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins	91%	175	100%	2	91%
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	69%	29	77%	48	74%
Coordonner des aides et des services pour le patient					
Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives	58%	184	50%	2	58%
Médiation					
Aide juridique et administrative					
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	82%	134			82%
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins	100%	138	20%	46	80%
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	83%	66	78%	50	81%
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient					
Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives	97%	151			97%
Médiation					
Prévention					
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	100%	20	78%	46	85%

Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins	
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	
Médiation	

Tour 3	FIE NI	Nombre de réponses	FIE Fr	Nombre de réponses	FIE total
Défense des intérêts					
Défense des intérêts individuels	92%	158	0%	2	91%
Défense des intérêts collectifs					
Signalement					
Signalement interne	65%	29	43%	46	52%
Signalement externe					
ACTIVITES QUI NE SONT PAS EN LIEN AVEC LE PATIENT					
Développement de compétences					
Suivre une formation	96%	134			96%
Dispenser une formation					
Donner/recevoir des conseils, accompagner des professionnels/se faire accompagner					
Réfléchir à propos de ses propres interventions	92%	158	100%	2	92%
Planifier le développement de compétences	84%	134			84%
Contribuer à la formation des étudiants (stages, travaux scolaires)					
Autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient					
Concertation non liée au patient	85%	173	44%	48	76%
Contribution au développement de la politique					
Définition et justification de la profession et de ses compétences	97%	29	65%	46	77%
Participation à des projets et des recherches					
Activités liées à l'organisation et au service	100%	20	37%	46	56%
Déplacements	93%	56	98%	48	95%
Temps réservé à soi					
Congé					
ACTIVITES QUI NE SONT PAS EN LIEN AVEC LE TRAVAIL SOCIAL					
Activités de chef de service					
Activités infirmières					
Activités psychothérapeutiques	96%	158	100%	2	96%
Coordinateur de la médiation interculturelle					
Médiation interculturelle					
Fonction d'ombudsman					

Gestion administrative des patients	
Service social du personnel	
Assistance morale, religieuse et philosophique	
Autres activités en lien avec l'institution	

Les activités spécifiques qui ne figuraient pas dans les tests sont noircies

5.2. Importance accordée aux activités génériques et spécifiques

Grâce au questionnaire sur l'importance, on détermine l'importance accordée par les travailleurs sociaux aux activités génériques et spécifiques du travail social telles que décrites dans le manuel.

On aborde tout d'abord la méthode de préparation et l'analyse du questionnaire. Viennent ensuite le classement des tâches génériques et spécifiques par ordre d'importance et les pourcentages pour la question générale de l'importance en région néerlandophone. La comparaison est ensuite faite entre les hôpitaux publics et privés, et entre les petits hôpitaux et les grands hôpitaux aussi bien pour le classement que pour la question d'importance des tâches.

Enfin, les résultats pour la région francophone sont répertoriés de la même façon.

5.2.1. Matériel et méthode

Questionnaire

Le questionnaire sur l'importance des activités comporte 3 parties (voir annexe 11).

La première reprend une série de questions sur les données générales¹⁹ permettant de créer un profil du travailleur social.

Dans la seconde partie, on demande au travailleur social de classer les tâches génériques et spécifiques suivant leur importance en attribuant un chiffre à chaque tâche²⁰, le chiffre le plus élevé étant attribué à la tâche la plus importante et le plus bas à la tâche la moins importante. Chaque chiffre ne pouvait être utilisé qu'une seule fois. Les travailleurs sociaux étaient ainsi obligés de faire un choix dans l'importance différente pour les tâches génériques et spécifiques.

La troisième partie porte sur l'importance des activités. Les travailleurs sociaux pouvaient, pour toutes les tâches génériques et spécifiques, indiquer s'ils les « trouvent importantes » ou s'ils « veulent », s'ils « savent » ou s'ils « peuvent » les réaliser. Pour ce faire, une échelle de Likert à 4 modalités²¹ a été retenue. Leur avis était sollicité par rapport à des activités du travail social liées au patient ou non, ainsi qu'à des activités qui ne sont pas liées au travail social. Pour chacune des activités, il fallait se positionner par rapport au fait de trouver l'activité importante, de vouloir l'effectuer, de savoir l'effectuer et de pouvoir l'effectuer.

¹⁹ Nom, hôpital, service, âge, sexe, années d'ancienneté en hôpital, dans cet hôpital, ancienneté en tant que travailleur social ou infirmier social

²⁰ Les chiffres à attribuer dépendent du nombre de tâches. Il y a 12 activités génériques donc, pour le classement des tâches génériques, on peut accorder un chiffre entre 1 et 12. Il y a 5 activités spécifiques auxquelles attribuer un chiffre entre 1 et 5

²¹ Tout-à-fait », « d'accord », « d'accord », « pas d'accord » et « pas du tout d'accord »

Le questionnaire a été soumis aux membres du comité de pilotage afin de recueillir leur avis sur la clarté et la présentation. L'équipe de recherche, des collègues et un membre du comité ont testé l'efficacité du programme *Jotform*. La version électronique en a été testée au niveau de la facilité d'utilisation technique par l'équipe de recherche, un collègue de l'Hôpital Universitaire de Gand et un membre du Comité de Pilotage qui ne faisait pas partie de la recherche.

Déroulement

Début février, le lien vers le questionnaire électronique, le manuel pour la classification des activités du travail social à l'hôpital (voir annexe 8) et la marche à suivre pour remplir le questionnaire ont été envoyés aux répondant dans les hôpitaux psychiatriques (voir annexe 11).

Analyses

Etant donné que seuls 8 travailleurs sociaux du côté francophone ont obtenu un résultat de 80% aux tests du manuel et qu'il restait 55% des participants francophones par rapport au début de l'étude, les résultats seront traités séparément.

La distribution des données recueillies pour les activités génériques et spécifiques et les activités qui ne sont pas en lien avec le travail social a été examinée. Si la distribution est normale, un test paramétrique est utilisé. En cas de distribution anormale, le test sera non paramétrique. Il s'est avéré, sur base des QQ-plots et des histogrammes, que la distribution des données n'est pas normale.

Le classement des activités génériques et spécifiques par importance s'est effectué sur base de la médiane, premier et troisième quartile²². L'activité dont la médiane est la plus élevée prendra la première place, l'activité dont la médiane est la plus faible prendra la dernière place du classement. Afin d'examiner si une différence statistique existe (p -valeur inférieur ou égale à 0,050) ou si c'est un hasard, le test statistique non paramétrique de Wilcoxon a été réalisé. Les tableaux rapportent également les moyennes et écarts-types.

Quatre catégories de réponses ont été utilisées pour qualifier le degré d'importance. Les catégories « tout à fait d'accord » et « d'accord » ont été rassemblées sous une réponse « oui », de même que les catégories « pas d'accord » et « pas d'accord du tout ».ont été regroupées en réponse « non ». Les tableaux rapportent le pourcentage.

Enfin une comparaison par statut et par taille des hôpitaux complètent les analyses. Une comparaison nationale n'est pas possible pour les raisons invoquées ci-dessus.

La distribution des données n'étant pas normale, le test statistique non paramétrique de Mann-Whitney a été utilisé pour détecter d'éventuelles différences significatives entre hôpitaux publics et privés et entre petits (inf. à 300 lits) et grands hôpitaux (sup. à 300 lits). On parle de différence statistiquement significative lorsque la p -valeur est inférieure à 0,05. Les tableaux rapportent également la médiane, premier et troisième quartile, la moyenne et l'écart-type. Ils figurent en annexe 13.

Pour la recherche générale, une comparaison a été faite avec le test exact de Fischer. Le test Chi-carré ne pouvait pas être utilisé pour ces données car il n'y avait pas suffisamment de résultats

²² Voir note bas de page n° 72

disponibles par catégorie. Des différences significatives ont été montrées pour les pourcentages par statut. Les tableaux reprenant tous les pourcentages par statut se trouvent dans l'annexe 13.

5.2.2. Résultats néerlandophones

182 travailleurs sociaux néerlandophones satisfaisaient aux critères de participation au questionnaire sur l'importance. 168 travailleurs sociaux ont complété au final ce questionnaire (= taux de réponse de 92%). Les raisons de ne pas avoir complété le questionnaire étaient : absence pour maladie (n=5), repos de maternité (n=1), arrêt de contrat (n=3) et charge de travail élevée (n=2). Des problèmes liés à une fusion d'établissement et problèmes informatiques ont fait que des travailleurs sociaux à mi-temps n'ont pas pu réaliser l'exercice. Cinq participants de cet hôpital ont arrêté au moment des tests du manuel.

5.2.2.1. Importance accordée aux activités génériques

Les répondants ont classé par ordre décroissant les activités génériques de 12 (la plus importante) à 1 (la moins importante)..

En cas de l'absence de données ou de mauvaise interprétation de la question, le classement des activités spécifiques était à nouveau demandé aux travailleurs sociaux. Sur les 168 questionnaires complétés, 19 n'ont pas pu être retenus pour les analyses par manque de données ou mauvaises interprétations des instructions.

Le tableau ci-dessous propose le classement des activités génériques par importance sur base de la médiane (voir tableau 17).

Tableau 17: Classement des activités génériques pour la région néerlandophone

Activité générique	Nombr	Med	Q1	Q3	Moy	ET
1. Interventions psychosociales	149	11	8	12	10,0	2,41
<i>Différence entre Interventions psychosociales et Aide sociale et administrative: $p=0,848^*$</i>						
2. Aide sociale et administrative	149	10	9	12	10,0	2,04
<i>Différence entre Aide sociale et administrative en Aide financière et administrative: $p<0,001^*$</i>						
3. Aide financière et administrative	149	9	8	10	8,8	2,05
<i>Différence entre Aide financière et administrative et Coordination de soins: $p=0,158^*$</i>						
4. Coordination de soins	149	9	6	11	8,3	2,89
<i>Différence entre Coordination de soins et Enquêtes et rapports: $p=0,372^*$</i>						
5. Enquêtes et rapports	149	9	5	11	7,9	3,44
<i>Différence entre Enquêtes et rapports et Aide juridique et administrative: $p=0,130^*$</i>						
6. Aide juridique et administrative	149	8	6	9	7,4	2,12
<i>Différence entre Aide juridique et administrative et Défense des intérêts: $P<0,001^*$</i>						

7. Défense des intérêts	149	5	3	7	5,2	2,80
<i>Différence entre Défense des intérêts et Développement de compétences: p=0,419*</i>						
8. Développement de compétences	149	5	3	6	4,9	2,07
<i>Différence entre Développement de compétences et Prévention: p=0,155*</i>						
9. Prévention	149	4	3	6	4,6	2,51
<i>Différence entre Prévention et Aide matérielle: p= 482*</i>						
10. Aide matérielle	149	4	2	6	4,3	2,58
<i>Différence entre Aide matérielle et Signalement: p=0,123</i>						
11. Signalement	149	4	2	5	3,9	2,28
<i>Différence entre Signalement et Autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient: P<0,001*</i>						
12. Autres activités qui ne sont pas en lien	149	2	1	3	2,6	2,00

* On parle de différence statistiquement significative lorsque la p-valeur est inférieure à 0,050.

Les interventions psychosociales est l'activité générique jugée la plus importante. Il n'y a pas de différence statistiquement significative avec la seconde activité générique jugée importante à savoir l'aide sociale et administrative. Il y a cependant bien une différence statistiquement significative entre l'aide sociale et administrative et l'aide financière et administrative.

On observe une différence statistiquement significative entre la sixième et septième activité du classement. L'aide juridique et administrative is significativement plus importante que la défense des intérêts. Enfin l'activité signalement est également significativement plus importante que l'activité générique jugée la moins importante, à savoir les autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient.

5.2.2.2. Classement des activités spécifiques par activité générique pour le côté néerlandophone

Un classement des activités spécifiques pour chaque activité générique a été effectué. Le classement s'effectue sur base de la médiane et le test non-paramétrique de Wilcoxon a été utilisé pour détecter d'éventuelle différence statistiquement significative entre deux activités spécifiques du classement (voir tableau 18-28).

Toutes les réponses des 168 questionnaires n'ont pas pu être retenues. Des questionnaires ont été écartés en raison de données incomplètes.

Activités liées au patient

Tableau 18: Classement des activités spécifiques des interventions psychosociales pour le côté néerlandophone

Interventions psychosociales						
Activité spécifique	Nomb	Med	Q1	Q3	Moy	ET
1. Prise en charge	160	4	3	5	4,0	1,09
<i>Différence entre prise en charge et accompagnement: P<0,001*</i>						
2. Accompagnement	160	4	3	4	3,4	1,22

<i>Différence entre accompagnement et médiation: p=0,004*</i>						
3. Médiation	160	3	2	4	2,9	1,35
<i>Différence entre médiation et interventions de crise à l'hôpital: P<0,001*</i>						
4. Interventions de crise à l'hôpital	160	2	1	3,75	2,3	1,52
<i>Différence entre interventions de crise à l'hôpital et entretien de soutien: p=0,908*</i>						
5. Entretien de soutien	160	2	1	3	2,3	1,09

* On parle de différence statistiquement significative lorsque la p-valeur est inférieure à 0,050.

Pour établir le classement des activités spécifiques des interventions psychosociales, les participants devaient leur attribuer un chiffre de 1 à 5. La prise en charge psychosociale est jugée comme l'activité spécifique la plus importante par les travailleurs sociaux des hôpitaux psychiatriques néerlandophones. La deuxième place est occupée par l'accompagnement qui est significativement plus important que la médiation. L'avant dernière place est occupée par les interventions de crise à l'hôpital, la dernière par l'entretien de soutien. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre ces deux activités spécifiques. Il y a cependant bien une différence statistiquement significative entre médiation et interventions de crise à l'hôpital (voir tableau 18).

Tableau 19: Classement des activités spécifiques des enquêtes et rapports pour le côté néerlandophone

Enquêtes et rapports						
Activité spécifique	Nombr	Med	Q1	Q3	Moy	ET
1. Gestion du dossier social	160	5	5	5	4,7	0,82
<i>Différence entre gestion du dossier social et visites à l'extérieur: P<0,001*</i>						
2. Visites à l'extérieur	160	3	3	4	3,3	0,93
<i>Différence entre visites à l'extérieur et enregistrement: P<0,001*</i>						
3. Enregistrement (rapports, etc.)	160	3	2	4	2,7	1,25
<i>Différence entre enregistrement (rapports, etc.) et anamnèse psychosociale: p=0,976*</i>						
4. Anamnèse psychosociale et exploration	160	3	2	3	2,8	1,08
<i>Différence entre anamnèse psychosociale et faire un rapport écrit: P<0,001*</i>						
5. Faire un rapport écrit	160	1	1	2	1,5	0,90

* On parle de différence statistiquement significative lorsque la p-valeur est inférieure à 0,050.

Pour établir le classement des activités spécifiques des enquêtes et rapports, les participants devaient leur attribuer un chiffre de 1 à 5. La gestion du dossier social est jugée comme l'activité spécifique la plus importante. La moins importante des activités est de faire un rapport écrit. Il n'y a aucune différence statistiquement significative entre ces activités spécifiques à part entre l'anamnèse psychosociale et exploration sociale et l'enregistrement (rapports, etc.) (voir tableau 19). Cependant, il existe bien une différence statistiquement significative entre les visites à l'extérieur et l'anamnèse psychosociale.

Tableau 20: Classement des activités spécifiques de la coordination de soins pour le côté néerlandophone

Coordination de soins						
Activité spécifique	Nombr	Med	Q1	Q3	Moy	ET
1. Orienter	160	7	5	8	6,7	1,98
<i>Différence entre orienter et médiation: $p=0,113^*$</i>						
2. Médiation	160	7	4	9	6,3	2,42
<i>Différence entre médiation et faire appel au réseau social: $p=0,506^*$</i>						
3. Faire appel au réseau social	160	6	5	7	6,1	1,82
<i>Différence entre faire appel au réseau social et mettre en place: $p=0,891^*$</i>						
4. Mettre en place d'autres aides et services	160	6	4	8	6,0	2,30
<i>Différence entre mettre en place d'autres aides et services et informer: $p=0,094$</i>						
5. Informer	160	6	4	7,75	5,6	2,16
<i>Différence entre informer et coordonner des aides et des services: $P<0,001^*$</i>						
6. Coordonner des aides et des services	160	4	3	6	4,2	2,01
<i>Différence entre coordonner des aides et des services et collaborer avec les services: $p=684^*$</i>						
7. Collaborer avec les services	160	4	2,25	6	4,4	2,26
<i>Différence entre collaborer avec les services et identifier des patients prioritaires: $P<0,001^*$</i>						
8. Identifier des patients prioritaires	160	3	2	5	3,3	2,09
<i>Différence entre identifier des patients prioritaires et démarches administratives: $P<0,001^*$</i>						
9. Accompagner dans les démarches	160	1	1	2	2,2	2,19

* On parle de différence statistiquement significative lorsque la p-valeur est inférieure à 0,050.

Pour établir le classement des activités spécifiques de la coordination de soins, les participants devaient leur attribuer un chiffre de 1 à 9. Orienter le patient vers un autre service est considéré comme l'activité la plus importante de la coordination de soins. Aucune différence statistiquement significative s'observe pour les 5 premières activités spécifiques par importance (voir tableau 20). Aucune différence s'observe entre orienter et faire appel au réseau social. Cependant, il y a bien une différence entre orienter et mettre en place d'autres aides et services. Aucune différence existe entre médiation et mettre en place d'autres aides et services. Des différences s'observent entre faire appel au réseau social et informer d'une part et entre informer et faire appel au réseau social d'autre part.

Accompagner dans les démarches administratives en matière de coordination de soins est l'activité spécifique jugée la moins importante et est significativement moins importante qu'identifier des patients prioritaires (voir tableau 20).

Tableau 21: Classement des activités spécifiques de l'aide sociale et administrative pour le côté néerlandophone

Aide sociale et administrative						
Activité spécifique	Nombr	Med	Q1	Q3	Moy	ET
1. Accompagner dans les démarches	159	5	4	6	4,7	1,36
<i>Différence entre accompagner dans les démarches administratives et coordonner: $p=0,055^*$</i>						
2. Coordonner des aides et des services	159	4	3	6	4,3	1,42
<i>Différence entre coordonner des aides et des services et informer: $p= 0,094^*$</i>						
3. Informer	159	4	2	5	3,9	1,66
<i>Différence entre informer et médiation: $p=0,009^*$</i>						
4. Médiation	159	3	2	4	2,9	1,43
<i>Différence entre médiation et orienter: $p=0,001^*$</i>						
5. Orienter	159	3	2	4	2,9	1,57
<i>Différence entre orienter et collaborer avec les services: $P<0,001^*$</i>						
6. Collaborer avec les services	159	2	1	3	2,1	1,22

* On parle de différence statistiquement significative lorsque la p-valeur est inférieure à 0,050.

Pour établir le classement des activités spécifiques de l'aide sociale et administrative, les participants devaient leur attribuer un chiffre de 1 à 6. Accompagner dans les démarches administratives est l'activité spécifique de l'aide sociale et administrative la plus importante. Aucune différence statistiquement significative existe avec coordonner des aides et des services. Si l'on compare accompagner dans les démarches administratives et informer, on observe alors une différence statistiquement significative. Il n'y a pas de différence entre coordonner des aides et des services et informer. Il en existe bien une entre coordonner des aides et des services et médiation. Enfin, il existe une différence statistiquement significative entre informer et médiation, entre médiation et orienter et entre orienter et collaborer avec les services (voir tableau 21).

Tableau 22 : Classement des activités spécifiques de l'aide financière et administrative pour le côté néerlandophone

Aide financière et administrative						
Activité spécifique	Nombr	Med	Q1	Q3	Moy	ET
1. Accompagner dans les démarches	161	6	4	6	5,0	1,42
<i>Différence entre accompagner dans les démarches administratives et coordonner : $P<0,001^*$</i>						
2. Coordonner des aides et des services	161	4	3	5	3,9	1,39
<i>Différence entre coordonner des aides et des services et informer: $p= 0,152^*$</i>						
3. Informer	161	4	2	5	3,6	1,62
<i>Différence entre informer et médiation: $p=0,294^*$</i>						
4. Médiation	161	4	2	5	3,4	1,53
<i>Différence entre médiation et orienter: $p=0,001^*$</i>						
5. Orienter	161	2	1	4	2,8	1,56
<i>Différence entre orienter et collaborer avec les services: $p=0,009^*$</i>						
6. Collaborer avec les services	161	2	1	3	2,3	1,34

* On parle de différence statistiquement significative lorsque la p-valeur est inférieure à 0,050.

Pour établir le classement des activités spécifiques des aide financière et administrative, les participants devaient leur attribuer un chiffre de 1 à 6. Accompagner dans les démarches administratives est l'activité spécifique de l'aide financière et administrative la plus importante. Il n'existe pas de différence statistiquement significative avec coordonner des aides et des services qui occupe la seconde place. Collaborer avec les services est l'activité spécifique jugée la moins importante (voir tableau 22).

Il n'existe pas de différence entre coordonner des aides et des services et informer et entre informer et médiation. On observe cependant une différence statistiquement significative entre accompagner dans les démarches administratives et informer et entre coordonner des aides et des services et médiation.

Tableau 23 : Classement des activités spécifiques de l'aide juridique et administrative pour le côté néerlandophone

Aide juridique et administrative						
Activité spécifique	Nombr	Med	Q1	Q3	Moy	ET
1. Accompagner dans les démarches	160	5	4	6	4,9	1,37
<i>Différence entre accompagner dans les démarches administratives et coordonner: $p=0,002^*$</i>						
2. Coordonner des aides et des services	160	4	3,25	5	4,3	1,39
<i>Différence entre coordonner des aides et des services et médiation: $p<0,001^*$</i>						
3. Médiation	160	4	2	5	3,6	1,68
<i>Différence entre médiation et informer: $p=0,016^*$</i>						
4. Informer	160	3	2	4	3,0	1,48
<i>Différence entre informer et orienter: $p=0,407^*$</i>						
5. Orienter	160	3	2	4	3,0	1,5
<i>Différence entre orienter et collaborer avec les services: $P<0,001^*$</i>						
6. Collaborer avec les services	160	2	1	3	2,2	1,30

* On parle de différence statistiquement significative lorsque la p-valeur est inférieure à 0,050.

Pour établir le classement des activités spécifiques des aide juridique et administrative, les participants devaient leur attribuer un chiffre de 1 à 6. Accompagner dans les démarches administratives est l'activité spécifique de l'aide juridique et administrative estimée la plus importante. Une différence statistiquement significative s'observe avec la seconde activité spécifique, à savoir coordonner des aides et des services. Collaborer avec les services est jugée la moins importante des activités spécifiques (voir tableau 23).

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre informer et orienter. On trouve cependant une différence statistiquement significative entre orienter et médiation.

Tableau 24: Classement des activités spécifiques de la prévention pour le côté néerlandophone

Prévention						
Activité spécifique	Nombr	Med	Q1	Q3	Moy	ET
1. Médiation	158	4	2	4	3,2	0,98
<i>Différence entre médiation et informer: $p=0,082^*$</i>						
2. Informer	158	3	2	4	2,9	0,95
<i>Différence entre informer et orienter: $P<0,001^*$</i>						
3. Orienter	158	2	2	3	2,4	0,90
<i>Différence entre orienter et collaborer avec les services: $P<0,001^*$</i>						
4. Collaborer avec les services	158	1	1	2	1,5	0,87

* On parle de différence statistiquement significative lorsque la p-valeur est inférieure à 0,050.

Pour établir le classement des activités spécifiques de la prévention, les participants devaient leur attribuer un chiffre de 1 à 4. La médiation est jugée l'activité spécifique la plus importante de la prévention, mais il n'existe pas de différence statistiquement significative avec informer. On observe cependant une différence statistiquement significative entre médiation et orienter. Collaborer avec les services est jugée comme l'activité spécifique la moins importante (voir tableau 24).

Tableau 25: Classement des activités spécifiques de la défense des intérêts pour le côté néerlandophone

Défense des intérêts						
Activité spécifique	Nombr	Med	Q1	Q3	Moy	ET
1. Défense des intérêts collectifs	162	2	2	2	1,8	0,40
<i>Différence entre défense des intérêts collectifs et défense des intérêts individuels: $P<0,001^*$</i>						
2. Défense des intérêts individuels	162	1	1	1	1,2	0,40

* On parle de différence statistiquement significative lorsque la p-valeur est inférieure à 0,05.

Pour établir le classement des activités spécifiques des défense des intérêts, les participants devaient leur attribuer un chiffre de 1 à 2. La défense des intérêts collectifs est significativement plus importante que la défense des intérêts individuels (voir tableau 25).

Tableau 26: Classement des activités spécifiques de signalement pour le côté néerlandophone

Signalement						
Activité spécifique	Nombr	Med	Q1	Q3	Moy	ET
1. Signalement interne	162	2	2	2	1,8	0,37
<i>Différence entre signalement interne et externe: $P<0,001^*$</i>						
2. Signalement externe	162	1	1	1	1,2	0,37

* On parle de différence statistiquement significative lorsque la p-valeur est inférieure à 0,05.

Pour établir le classement des activités spécifiques de signalement, les participants devaient leur attribuer un chiffre de 1 à 2. Le signalement interne est significativement plus important que le signalement externe (voir tableau 26).

Activités qui ne sont pas en lien avec le patient

Tableau 27: Classement des activités spécifiques du développement de compétences pour le côté néerlandophone

Développement de compétences						
Activité spécifique	Nombr	Med	Q1	Q3	Moy	ET
1. Planifier le développement de compétences	157	5	4	6	4,9	1,24
<i>Différence entre planifier le développement de compétences et contribuer à la formation des étudiants: $p=0,299^*$</i>						
2. Contribuer à la formation des étudiants	157	5	4	6	4,7	1,26
<i>Différence entre contribuer à la formation des étudiants et suivre une formation: $P<0,001^*$</i>						
3. Suivre une formation	157	3	2	5	3,2	1,61
<i>Différence entre suivre une formation et réfléchir à propos de ses propres interventions: $p=0,860^*$</i>						
4. Réfléchir à propos de ses propres	157	3	2	4	3,2	1,30
<i>Différence entre réfléchir à propos de ses propres interventions et dispenser une formation: $p=0,105^*$</i>						
5. Dispenser une formation	157	3	2	4	2,9	1,52
<i>Différence entre dispenser une formation et donner/recevoir des conseils: $P<0,001^*$</i>						
6. Donner/recevoir des conseils, accompagner des professionnels	157	2	1	3	2,0	1,22

* On parle de différence statistiquement significative lorsque la p-valeur est inférieure à 0,05.

Pour établir le classement des activités spécifiques du développement de compétences, les participants devaient leur attribuer un chiffre de 1 à 6. Planifier le développement de compétences est jugée comme l'activité spécifique la plus importante du développement de compétences. Aucune différence statistiquement significative s'observe avec la seconde activité spécifique, contribuer à la formation des étudiants.

Une différence statistiquement significative s'observe cependant entre planifier le développement de compétences et suivre une formation. Il existe également une différence statistiquement significative entre contribuer à la formation des étudiants et réfléchir à propos de ses propres interventions et entre contribuer à la formation des étudiants et dispenser une formation. Aucune différence statistiquement significative existe entre dispenser une formation et suivre une formation. Donner/recevoir des conseils, accompagner des professionnels est jugée comme la moins importante des activités spécifiques, elle est significativement moins importante que dispenser une formation (voir tableau 27).

Tableau 28: Classement des activités spécifiques des autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient pour le côté néerlandophone

Autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient						
Activité spécifique	Nombr	Med	Q1	Q3	Moy	ET
1. Définition et justification de la profession	160	5	4	6	4,5	1,49
<i>Différence entre justification de la profession et contribution au développement de la politique: $p=0,266^*$</i>						
2. Contribution au développement de la	160	5	4	6	4,4	1,59
<i>Différence entre contribution au développement de la politique et participation à d'autres projets et recherches: $p=0,023^*$</i>						

3. Participation à d'autres projets et recherches	160	4	3	5	4,0	1,42
<i>Différence entre participation à d'autres projets et recherches et participation à cette étude: $p=0,087^*$</i>						
4. Participation à cette étude	160	4	3	5	3,7	1,59
<i>Différence entre participation à cette étude et concertation non liée au patient: $P<0,001^*$</i>						
5. Concertation non liée au patient	160	2	2	3	2,4	1,13
<i>Différence entre Concertation non liée au patient et activités liées à l'organisation et au service: $P<0,001^*$</i>						
6. Activités liées à l'organisation et au service	160	2	1	3	2,0	1,28

* On parle de différence statistiquement significative lorsque la p-valeur est inférieure à 0,050.

Pour établir le classement des activités spécifiques des autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient, les participants devaient leur attribuer un chiffre de 1 à 6. La justification de la profession est jugée l'activité spécifique la plus importante des autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient. Aucune différence statistiquement significative existe avec la contribution au développement de la politique. Il existe cependant une différence statistiquement significative entre la justification de la profession et la participation à d'autres projets et recherches. Une autre différence statistiquement significative s'observe entre la participation à d'autres projets et recherches et la concertation non liée au patient. Les activités liées à l'organisation et au service sont jugées comme activité spécifique la moins importante. Elle est également significativement moins importante que la concertation non liée au patient (voir tableau 28).

5.2.2.3. Aperçu général de l'importance des activités pour le côté néerlandophone

La troisième partie du questionnaire a recueilli des informations sur le niveau d'importance des activités génériques et des activités spécifiques. On y trouve les pourcentages des travailleurs sociaux qui jugent l'activité importante, veulent, savent et peuvent l'accomplir. Les activités que 20% ou plus des travailleurs sociaux ne jugent pas importantes et qu'ils ne veulent, savent ou peuvent pas faire sont surlignées en mauve. Les activités jugées importantes à l'unanimité des répondants sont surlignées en orange (100%) (voir tableau 29).

Tableau 29: Aperçu général de l'importance des activités exprimé en % pour le côté néerlandophone

	N=	Je trouve cette activité	Je ne trouve pas cette activité	Je veux effectuer cette activité	Je ne veux pas effectuer cette activité	Je sais effectuer cette activité	Je ne sais pas effectuer cette activité	Je peux effectuer cette activité	Je ne peux pas effectuer cette activité
Activités liées au patient									
Interventions psychosociales	167	99%	1%	99%	1 %	93,5%	6%	98%	2%
Entretien de soutien	167	99%	1%	98,2%	1,2%	95%	5%	98,2%	1,2%
Accompagnement	167	99%	1%	98,2%	1,2%	92%	7%	95%	4%
Prise en charge	167	92%	7%	81,5%	18%	68%	31,5%	76%	24%
Interventions de crise à l'hôpital	167	93%	6,5%	86%	14%	70%	30%	79%	20%
Médiation	167	97%	2%	96%	4%	89%	9,5%	93,5%	6%
Enquêtes et rapports	168	96%	4%	94%	6%	87,5%	12,5%	95%	5%
Anamnèse psychosociale et exploration socialeonderzoek	168	100%	0%	99%	1%	91%	8%	96%	4%
Faire un rapport écrit	168	99%	1%	98%	2%	86%	14%	96%	4%
Gestion du dossier social	168	98%	2%	97%	3%	84,5%	15,5%	99%	1%
Visites à l'extérieur	168	94%	6%	93%	7%	60%	40%	84%	16%
Enregistrement (rapports, etc.)	168	77%	22%	77%	22%	72%	27,4%	92%	7%
Coordination de soins	168	98%	2%	96%	4%	84,5%	15,5%	91%	9%
Identifier des patients prioritaires	168	80%	20%	66%	44%	58%	42%	64%	36%
Informar	168	100%	0%	98%	2%	89%	11%	95%	5%
Orienter	168	99%	1%	95%	5%	91%	9%	93%	7%
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	168	100%	0%	99%	1%	96%	4%	99%	1%
Coordonner des aides et des services	168	99%	1%	94%	6%	83%	17%	89%	11%
Faire appel au réseau social	168	98%	2%	96%	4%	86%	14%	94%	6%

Mettre en place d'autres aides et services pour le patient	168	99%	1%	99%	1%	96%	4%	98%	2%
Médiation	168	96%	4%	93%	7%	86%	14%	90%	10%
Accompagner dans les démarches administratives	168	96%	4%	95%	5%	89%	11%	97%	3%
Aide matérielle	167	78%	21%	74%	26%	64%	35%	79%	20%
Aide sociale et administrative	168	99%	1%	99%	1%	96%	4%	98%	2%
Informier	168	99%	1%	98%	2%	95%	5%	98%	2%
Orienter	168	99%	1%	98%	2%	94%	6%	96%	4%
Collaborer avec les services	168	100%	0%	98%	2%	94%	6%	97%	3%
Coordonner des aides et des services	168	96%	4%	93%	7%	84,5%	15,5%	93,5%	6,5%
Médiation	168	96%	4%	92%	8%	83%	17%	92%	8%
Accompagner dans les démarches administratives	168	99%	1%	97%	3%	93,5%	6,5%	96%	4%
Aide financière et administrative	168	99%	1%	95%	5%	93,5%	6,5%	95%	5%
Informier	168	100%	0%	97%	3%	95%	5%	96%	4%
Orienter	168	99%	1%	99%	1%	99%	1%	98%	2%
Collaborer avec les services	168	98%	2%	96%	4%	95%	5%	96%	4%
Coordonner des aides et des services	168	94%	6%	89%	11%	84,5%	15,5%	90%	10%
Médiation	167	95%	5%	90,5%	9%	87,5%	12%	90,5%	9%
Accompagner dans les démarches administratives	167	96%	4%	93%	6,5%	94%	6%	95%	5%
Aide juridique et administrative	168	96%	4%	92%	8%	83%	17%	90%	10%
Informier	168	99%	1%	93%	7%	87,5%	12,5%	92%	8%
Orienter	168	98%	2%	97%	3%	94%	6%	94%	6%
Collaborer avec les services	168	98%	2%	96%	4%	92%	8%	96%	4%
Coordonner des aides et des services	167	90,5%	9%	83%	16%	74%	25%	86%	14%
Médiation	168	89%	11%	80%	20%	77%	23%	82%	18%
Accompagner dans les démarches	167	96%	4%	91%	8%	97%	12,5%	91%	8%

administratives									
Prévention	168	91%	9%	87%	13%	68%	32%	81,5%	18,5%
Informer	168	93,5%	6,5%	87,5%	12,5%	70%	30%	84%	16%
Orienter	168	95%	5%	89%	11%	81,5%	18,5%	92%	8%
Collaborer avec les services	168	97%	3%	92%	8%	83%	17%	89%	11%
Médiation	168	84,5%	15,5%	78%	22%	65,5%	34,5%	76%	24%
Défense des intérêts	167	93%	6,5%	89%	11%	79%	21%	86%	14%
Défense des intérêts individuels	168	95%	5%	93,5%	6,5%	86%	14%	90%	10%
Défense des intérêts collectifs	168	90%	10%	72%	28%	55%	45%	73%	27%
Signalement	167	92%	7%	89%	11%	72%	27%	83%	17%
Signalement interne	168	97%	3%	95%	5%	85%	15%	90%	10%
Signalement externe	168	90%	10%	73%	27%	54%	46%	67%	33%
Activités qui ne sont pas en lien avec le patient									
Développement de compétences	168	98%	2%	94%	6%	79%	21%	89%	11%
Suivre une formation	168	99%	1%	98%	2%	83%	17%	91%	9%
Dispenser une formation	168	63%	37%	53%	47%	51%	49%	73%	27%
Donner/recevoir des conseils, accompagner des professionnels/se faire accompagner	168	87%	13%	73%	27%	62%	38%	74%	26%
Réfléchir à propos de ses propres interventions	168	100%	0%	99%	1%	86%	14%	92%	8%
Planifier le développement de compétences	168	92%	8%	89%	11%	71%	29%	79%	21%
Contribuer à la formation des étudiants	168	90,5%	9,5%	79%	21%	67%	33%	90%	10%
Autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient	168	91%	9%	86%	14%	73%	27%	87,5%	12,5%
Concertation non liée au patient	168	92%	8%	86%	14%	68,5%	31,5	82%	18%
Contribution au développement de la politique	168	88%	12%	78%	22%	54%	46%	65,5%	34,5%

Définition et justification de la profession	168	88%	12%	79%	21%	63%	34%	79%	21%
Participation à cette étude	168	74%	26%	73%	27%	65,5%	34,5%	92%	8%
Participation à d'autres projets et recherches	168	77%	23%	70%	30%	54%	46%	84%	16%
Activités liées à l'organisation et au service	168	95%	5%	92%	8%	79%	21%	91%	9%

On constate que savoir effectuer une activité reçoit 27 fois une réponse négative par 20% des travailleurs sociaux des hôpitaux psychiatriques néerlandophones. Il s'agit principalement des activités qui ne sont pas en lien avec le patient.

En ce qui concerne les *interventions psychosociales*, plus de 20% des travailleurs sociaux précisent qu'ils ne savent ni ne peuvent pas effectuer de prise en charge et d'interventions de crise à l'hôpital.

En ce qui concerne les *enquêtes et rapports*, on remarque que tous les travailleurs sociaux néerlandophones trouvent important l'anamnèse psychosociale et exploration sociale alors que cette activité est classée en avant-dernière position des activités spécifiques des enquêtes et rapports. Les visites à l'extérieur sont très importantes pour les travailleurs sociaux, mais 40% d'entre-eux précisent ne pas savoir effectuer l'activité. Environ 20% des travailleurs sociaux ne trouvent pas important l'activité d'enregistrement (rapports, etc.), ils ne veulent et ne savent pas non plus effectuer cette activité. spécifiques.

En examinant la *coordination de soins*, identifier des patients prioritaires n'est pas important pour plus de 20% des travailleurs sociaux néerlandophones. Ils ne veulent, ne savent et ne peuvent pas effectuer l'activité. Informer et collaborer avec les services mis en place sont des activités importantes pour les travailleurs sociaux. Ces activités spécifiques sont classées en cinquième et septième place précédemment.

L'activité générique *aide matérielle* n'est pas importante pour 20 % des travailleurs sociaux néerlandophones. Ils ne veulent (26%), ne savent (35%) et ne peuvent (20%) pas effectuer cette activité.

Collaborer avec les services mis en place dans l'aide sociale et administrative est très important pour tous les travailleurs sociaux. Le classement des activités spécifiques de cette catégorie indique que c'est l'activité spécifique la moins importante.

Informé dans l'aide financière et administrative est également très important pour tous les travailleurs sociaux. Cette activité spécifique occupe la troisième place (sur six).

L'activité générique *prévention* et *informer en matière de prévention* est indiquée par 30% ou plus comme une activité que les travailleurs sociaux ne savent pas effectuer. La médiation en matière de prévention est une activité que plus de 20% des travailleurs sociaux néerlandophones ne veulent, ne savent et ne peuvent pas effectuer.

La *défense des intérêts collectifs* est jugée importante par 90 % des travailleurs sociaux, cependant plus de 20% indiquent qu'ils ne veulent et ne peuvent pas effectuer cette activité. De plus, 45% précisent qu'ils ne savent pas effectuer cette activité.

Le constat est le même pour l'activité *signalement externe* qui est jugée importante par 90 % des travailleurs sociaux, cependant plus de 20% indiquent qu'ils ne veulent et ne peuvent pas effectuer cette activité. De plus, 46% précisent qu'ils ne savent pas effectuer cette activité.

Vingt et un pourcents des travailleurs sociaux indiquent ne pas savoir effectuer le *développement de compétences*. Dispenser une formation n'est pas important pour bon nombre de travailleurs sociaux néerlandophones et ils précisent qu'ils ne veulent (48%), ne savent (49%) et ne peuvent pas (27%) effectuer l'activité. Donner/recevoir des conseils, accompagner des professionnels est pour 87% des travailleurs sociaux important, mais plus de 20% ne veulent, ne savent et ne peuvent effectuer l'activité. Ces deux activités spécifiques figurent d'ailleurs en dernière place du classement. Contribuer à la formation des étudiants est important pour près de 90% des travailleurs sociaux, mais plus de 20% indiquent qu'ils ne veulent et ne savent pas effectuer cette activité.

Réfléchir à propos de ses propres interventions est très important pour tous les travailleurs sociaux néerlandophones.

Plus de 20% des travailleurs sociaux indiquent ne pas savoir effectuer les activités spécifiques des *activités qui ne sont pas en lien avec le patient*. La participation à cette étude et participer à d'autres projets et recherches n'est pas important pour plus de 20% des travailleurs sociaux. Ils ne veulent pas non plus effectuer cette activité. Plus de 20% des répondants ne veulent, ne savent et ne peuvent pas contribuer au développement de la politique. Le constat est le même pour la définition et justification de la profession.

Tableau 30: Aperçu du niveau d'importance des activités qui ne sont pas en lien avec le travail social pour le côté néerlandophone exprimé en %

	Activités de chef de service	Activités infirmières	Activités psychothérapeutiques	Coordinateur de la médiation	Médiation interculturelle	Fonction d'ombudsman	gestion administrative des patients	Service social du personnel	Assistance morale, religieuse et philosophique	Autres activités en lien avec l'institution
N=	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168
J'effectue cette activité	35%	4%	27%	2%	5%	2%	52%	6,5%	99%	62%
Je n'effectue pas cette activité	64%	95%	63%	98%	95%	98 %	48%	93,5%	1%	38%

Je trouve cette activité importante	91%	71%	86%	29%	69%	86%	87,5%	79%	72%	79%
Je ne trouve pas cette activité importante	9%	29%	14%	71%	31%	14%	12,5%	21%	28%	21%
Je trouve important que cette activité soit effectuée par un travailleur social	67%	4%	29%	34%	32%	23%	32%	55%	2%	24%
Je ne trouve pas important que cette activité soit effectuée par un travailleur social	33%	95%	71%	65%	67%	77%	67%	44%	97%	75%
Je veux effectuer cette activité	45%	5%	36%	16%	15%	6,5%	42%	14%	4%	43%
Je ne veux pas effectuer cette activité	55%	95%	64%	84%	85%	93,5%	58%	86%	96%	57%
Je sais effectuer cette activité	37%	7%	29%	9,5%	9,5%	6,5%	43,5%	8%	3%	36%
Je ne sais pas effectuer cette activité	63%	93%	71%	90,5%	90,5%	93,5%	56,5%	92%	97%	64%
Je peux effectuer cette activité	38%	6%	29%	17%	15%	8%	45%	8%	4%	43%
Je ne peux pas effectuer cette activité	62%	94%	71%	83%	85%	92%	55%	92%	96%	57%

La *gestion administrative* des patients est effectuée par 52% des travailleurs sociaux, les autres activités en lien avec l'institution, les activités de chef de service et les activités psychothérapeutiques sont réalisées par plus de 25% des répondants. Plus de la moitié des travailleurs sociaux estiment que les activités de chef de service et de service social du personnel doivent être effectuées par un travailleur social. Seul 10% estiment qu'un travailleur social doit effectuer les activités d'assistance morale, religieuse et philosophique et les activités infirmières (voir tableau 30).

Les *activités de chef de service, activités psychothérapeutiques, la fonction d'ombudsman et la gestion administrative des patients* sont jugées importantes par plus de 80% des travailleurs sociaux. Plus de la moitié des travailleurs sociaux ne veulent, ne savent et ne peuvent effectuer ces activités. Plus de la moitié des travailleurs sociaux estiment que les activités de chef de service doivent être réalisées par un travailleur social. La coordination de la médiation interculturelle n'est importante

que pour 29% des répondants alors que 34% d'entre-eux estiment que cette activité doit être effectuée par un travailleur social (voir tableau 30).

5.2.2.4. Classement des activités génériques et spécifiques selon le statut des hôpitaux néerlandophones

Le tableau 31 reprend les activités génériques et les activités spécifiques qui distinguent statistiquement les hôpitaux selon leur statut. Le test non paramétrique Mann-Whitney-U a permis d'établir les éventuelles différences statistiquement significatives observées dans le classement des activités génériques et les activités spécifiques réparties entre hôpitaux psychiatriques publics (n=2) et privés (n=21). Pour toutes les activités génériques, sont indiqués le degré de significativité (p-valeur) et les paramètres de position tels la médiane, les quartiles, la moyenne avec la déviation standard. Le traitement complet des données figure en annexe 12.

Tableau 31: Classement des activités génériques selon le statut des hôpitaux néerlandophones

	Public						Privé						p-valeur*
	N=	Med	Q1	Q3	Moy	Sd	N=	Med	Q1	Q3	Moy	Sd	
Interventions psychosociales**	14	11	9	12	10,2	1,89	135	11	8	12	9,9	2,46	p=0,884
Interventions de	16	3	2	5	3,1	1,59	144	2	1	3	2,2	1,49	p=0,023
Médiation	16	2	1	3,75	2,3	1,45	144	3	2	4	3,0	1,33	p=0,046
Enquêtes et rapports	14	8	3,5	11	7,3	3,93	135	9	6	11	7,9	3,39	p=0,589
Coordination de	14	8	4,75	10	7,6	2,90	135	9	7	11	8,4	2,89	p=0,284
Aide matérielle	14	3,5	1,75	5,25	3,6	2,31	135	4	2	6	4,4	2,60	p=0,306
Aide sociale et administrative	14	11	9	12	10,4	1,55	135	10	9	11	10,0	2,09	p=0,603
Informer	16	5	4,25	6	4,9	1,45	143	4	2	5	3,8	1,65	p=0,010
Aide financière et administrative	14	10	7,75	11	8,7	2,76	135	9	8	10	8,8	1,97	p=0,620
Accompagner dans les démarches	16	6	6	6	5,7	0,77	145	5	4	6	4,9	1,45	p=0,005
Aide juridique et administrative	14	8	3,5	9	6,4	3,27	135	8	7	9	7,5	1,95	p=0,507
Accompagner dans les démarches	16	6	5,25	6	5,7	0,60	144	5	4	6	4,8	1,41	p=0,012
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	16	1	1	2,75	1,6	0,88	144	2	1	3	2,27	1,32	p=0,048
Prévention	14	4	1,75	6,25	4,1	2,49	135	4	3	6	4,7	2,51	p=0,462

Défense des intérêts	14	5	3	7,75	5,8	3,31	135	5	3	7	5,1	2,75	p=0,471
Signalement	14	4	2,75	7,25	4,9	2,70	135	4	2	5	3,8	2,22	p=0,158
Développement de compétences	14	6	4	6,25	5,3	1,94	135	5	3	6	4,8	2,09	p=0,243
Autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient	14	3,5	1,75	5	3,6	5,20	135	2	1	3	2,4	1,96	p=0,022

*différence statistiquement significative pour $p < 0,05$. Dans ce cas, les résultats sont grisés.

** Les activités génériques sont en gras.

Seule, l'activité générique "autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient" est estimée comme plus importante ($p < 0,05$) **dans les hôpitaux publics** que dans les hôpitaux privés.

Pour les activités spécifiques, six différences sont mises en évidence. Les interventions de crise à l'hôpital, donner des informations (sociales et administratives) et un soutien administratif (financier et juridique) sont significativement plus importantes **dans les hôpitaux publics**. La médiation et la collaboration avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient sur le plan juridique et administratif sont des activités estimées comme significativement plus importantes pour les travailleurs sociaux des **hôpitaux privés** (voir tableau 31).

5.2.2.5. Aperçu général de l'importance des activités génériques selon le statut des hôpitaux néerlandophones

Tous les pourcentages relatifs aux questions portant sur *trouver important une activité, vouloir, savoir et pouvoir effectuer les activités* génériques selon le statut public ou privé des hôpitaux psychiatriques, sont en annexe (voir annexe 12). les différences significatives sont rapportées dans le tableau 32.

Tableau 32: aperçu général sur l'importance des activités : différences statistiquement significatives entre hôpitaux publics et privés

	Public		Privé		p-valeur
	% oui	% Non	% oui	% Non	
Prise en charge (Interventions psychosociales) : trouver Important	76,5%	23,5%	95%	5%	p=0,022
Prise en charge (Interventions psychosociales) : vouloir effectuer	53%	47%	85%	15%	p=0,003
Prise en charge (Interventions psychosociales) : savoir effectuer	47%	53%	71%	29%	p=0,047
Visites à l'extérieur (Enquêtes et rapports) : savoir effectuer	82%	18%	58%	42%	p= 0,039
Informé (Coordination de soins): vouloir effectuer	88%	12%	99%	1%	p= 0,027
Médiation (Coordination de soins): vouloir effectuer	76,5%	23,5%	95%	5%	p= 0,022

Aide financière et administrative vouloir effectuer	82%	18%	93%	7%	p=0,035
Médiation (Aide financière et administrative) : Pouvoir effectuer	76,5%	23,5%	93%	7%	p=0,050
Orienter (Aide juridique et administrative) savoir effectuer	76,5%	23,5%	96%	4%	p=0,011
Accompagner dans les démarches administratives (Aide juridique)	76,5%	23,5%	93%	7%	p= 0,039
Accompagner dans les démarches administratives ((Aide juridique)	76,5%	23,5%	93%	7%	p= 0,039
Prévention savoir effectuer	88%	12%	66%	34%	p=0,046
Défense des intérêts collectifs savoir effectuer	88%	12%	51%	49%	p=0,003
Conseiller et coacher des professionnels vouloir effectuer	53%	47%	75,5%	24,5%	p=0,049
Réfléchir à propos de ses propres interventions vouloir effectuer	88%	12%	100%	0%	p=0,010
Fonction d'ombudsman trouver Important	100%	0%	85%	15%	P<0,001
	Public		Privé		P-valeur
	% Ja	% Nee	% Ja	% Nee	
Fonction d'ombudsman savoir effectuer	23,5%	76,5%	5%	95%	p=0,015
Fonction d'ombudsman Pouvoir effectuer	29%	71%	5%	95%	p=0,005
Gestion administrative des patients effectuer	23,5%	76,5%	50%	50%	p=0,031

Les travailleurs sociaux **des hôpitaux publics** sont moins nombreux que les travailleurs sociaux des hôpitaux privés à vouloir prendre en charge certaines activités. Ces tâches sont les suivantes : Prise en charge, informer (coordination de soins), médiation (coordination de soins), Accompagner dans les démarches administratives (aide juridique et administrative), donner/recevoir des conseils, accompagner des professionnels et réfléchir à propos de ses propres interventions. Les travailleurs sociaux des hôpitaux publics sont moins nombreux que leurs homologues à trouver importante la prise en charge psychosociale et ils sont aussi moins nombreux à savoir les effectuer. De même, ils sont moins nombreux à savoir effectuer Orienter (aide juridique et administrative) et moins nombreux à pouvoir Accompagner dans les démarches administratives (aide juridique et administrative). Enfin, les travailleurs sociaux des **hôpitaux privés** sont plus nombreux à effectuer la gestion administrative des patients.

Les travailleurs sociaux des **hôpitaux privés** sont moins nombreux que dans le hôpitaux publics à savoir effectuer certaines tâches comme effectuer des visites à l'extérieur, l'activité générique

prévention, la défense des intérêts collectifs et la fonction d'ombudsman. Enfin, ils sont moins nombreux à estimer la fonction d'ombudsman importante et moins nombreux à pouvoir l'effectuer.

5.2.2.6. Classement des activités génériques et spécifiques selon la taille des hôpitaux néerlandophones

Le tableau 33 reprend, selon la taille des hôpitaux, le classement des activités génériques et des activités spécifiques pour lesquelles une différence significative est notée. De nouveau le test non paramétrique de Mann-Whitney-U test utilisé pour apprécier les différences entre les "petits" hôpitaux psychiatriques comportant moins de 300 lits, au nombre de 14, et les "grands" hôpitaux psychiatriques comportant au moins 300 lits, au nombre de 9. Pour toutes les activités génériques, sont mentionnés le niveau de signification (p-valeur) et les paramètres de position tels la médiane, les quartiles, la moyenne et la déviation standard. Seules les activités spécifiques significatives sont décrites. De même, la médiane est utilisée pour établir le classement. L'ensemble des informations relatives aux activités spécifiques non significatives se retrouvent en annexe (voir annexe 12).

Tableau 33: Classement des activités selon la taille des hôpitaux néerlandophones

	Petits (< 300 lits)						Grands (≥300 lits)						p- valeur*
	N	Med	Q1	Q3	Moy	Sd	N	Med	Q1	Q3	Moy	Sd	
Interventions psychosociales**	65	11	8	12	10,1	2,16	84	11	8	12	9,8	2,58	p=0,583
Enquêtes et rapports	65	9	5	11	7,9	3,65	84	9	6	10	7,9	3,28	p=0,802
Coordination de	65	8	6	10	7,8	2,78	84	9,5	7	11	8,6	2,95	p=0,038
Informer	69	5	3	7	5,1	2,38	91	6	5	8	6,0	1,92	p=0,017
Accompagner dans les démarches	69	1	1	3,5	2,7	2,71	91	1	1	2	1,8	1,58	p=0,050
Aide matérielle	65	4	2	6	4,1	2,52	84	4,5	2	6,75	4,5	2,63	p=0,400
Aide sociale et administrative	65	10	10	11	9,9	2,28	84	11	9	12	10,1	1,85	p=0,665
Aide financière et administrative	65	9	8	10	8,7	2,24	84	9	8	10	8,9	1,89	p=0,899
Aide juridique et administrative	65	8	6	9	7,4	2,09	84	8	7	9	7,5	1,25	p=0,810
Coordonner des	69	4	3	5	4,1	1,30	91	5	4	6	4,5	1,43	p=0,019
Médiation	69	4	2	5	3,8	1,73	91	4	2	5	3,3	1,61	p=0,036
Prévention	65	4	2	7	4,7	2,71	84	4	3	5	4,6	2,37	p=0,706
Défense des intérêts	65	5	3	7	5,5	2,99	84	5	3	7	4,9	2,74	p=0,202
Signalement	65	4	2	6	4,2	2,41	84	4	2	5	3,7	2,17	p=0,273
Développement de compétences	65	5	4	6	4,9	2,11	84	5	3	6	4,9	2,05	p=0,891
Autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient	65	2	1	4	2,7	2,25	84	2	1	3	2,4	1,80	p=0,812
Concertation non liée au patient	69	2	2	3,5	2,7	1,21	91	2	2	3	2,2	1,02	p=0,008

*différence statistiquement significative pour $p < 0,05$. Dans ce cas, les résultats sont grisés.

** Les activités génériques sont en gras

Seule, l'activité générique *coordination de soins* est estimée significativement plus importante **dans les grands hôpitaux** que dans petits. Il y a cinq activités spécifiques pour lesquelles une différence statistiquement significative est trouvée quant à l'importance accordée. Donner des informations à propos de la *coordination de soins*, *coordonner des aides et des services*, et effectuer une médiation sur les plans juridique et administratif sont plus souvent déclarées importantes dans les grands hôpitaux que dans les petits. Accorder un *accompagnement dans les démarches administratives au plan de la coordination de soins* ainsi que la *concertation non liée au patient* sont plus importantes **dans les petits hôpitaux**.

5.2.2.7. Aperçu général de l'importance des activités génériques et spécifiques selon la taille des hôpitaux néerlandophones

L'ensemble des proportions de répondants se positionnant sur *l'importance d'effectuer une tâche, le fait de vouloir, savoir, pouvoir effectuer des activités* génériques selon le statut public ou privé des hôpitaux psychiatriques, se trouve en annexe (voir annexe 12). Les différences statistiquement significatives sont reprises dans le tableau 34.

Tableau 34: Aperçu général de l'importance des activités génériques et spécifiques selon la taille des hôpitaux néerlandophones

	Petits		Grands		p-valeur
	% oui	% Non	% oui	% Non	
Visites à l'extérieur (Enquêtes et rapports): pouvoir effectuer	76%	24%	90%	10%	p=0,013
Coordonner des aides et des services (Aide financière et administrative) vouloir effectuer	83%	17%	94%	6%	p=0,022
Médiation (Aide financière et administrative) savoir effectuer	80%	20%	94%	6%	p=0,007
Aide juridique et administrative vouloir effectuer	84%	16%	97%	3%	p=0,004
Informé (Aide juridique et administrative) vouloir effectuer	87%	13%	97%	3%	p=0,017
Informé (Aide juridique et administrative) savoir effectuer	77%	23%	95%	5%	p=0,001
Coordonner des aides et des services (Aide juridique et administrative) vouloir effectuer	76%	24%	90%	10%	p=0,014
Coordonner des aides et des services (Aide juridique et administrative) savoir effectuer	64%	36%	82,5%	17,5%	p=0,007
Coordonner des aides et des services (Aide juridique et administrative) pouvoir effectuer	79%	21%	92%	8%	p=0,014
Médiation (Aide juridique et administrative) vouloir effectuer	73%	27%	85%	15%	p=0,046
Médiation (Aide juridique et administrative) savoir effectuer	67%	33%	85%	15%	p=0,007
Dispenser une formation (développement de compétences) savoir effectuer	61%	39%	43%	57%	p=0,013
Contribution au développement de la politique trouver important	81%	19%	93%	7%	p=0,023
Participation à d'autres projets et recherches savoir effectuer	63%	37%	48%	52%	p=0,039

Activités liées à l'organisation et au service pouvoir effectuer	99%	1%	86%	14%	p=0,003
Fonction d'ombudsman pouvoir effectuer	3%	97%	11%	89%	p=0,039
Assistance morale, religieuse et philosophique trouver important	81%	19%	66%	34%	p=0,022
Gestion administrative des patients	37%	63%	55%	45%	p=0,016

C'est plus **dans les petits hôpitaux** que dans les grands que les travailleurs sociaux déclarent vouloir et savoir effectuer les activités *aide juridique et administrative* et *aide financière et administrative*. Les travailleurs sociaux des petits hôpitaux sont moins nombreux à vouloir effectuer les activités suivantes: *coordonner des aides et des services (financière et administrative et juridique et administrative)*, *aide juridique et administrative et médiation (aide financière et administrative et aide juridique et administrative)* et *donner des informations (aide juridique et administrative)*. De même, ils sont moins nombreux à effectuer une *médiation (aide financière et administrative et aide juridique et administrative)* et *visites à l'extérieur et la fonction d'ombudsman* et ils sont moins nombreux à trouver important de *contribuer au développement de la politique*.

Dans les grands hôpitaux, on observe surtout une différence concernant les activités non liées au patient et les activités qui ne sont pas en lien avec le travail social. Les travailleurs sociaux des grands hôpitaux sont moins nombreux à savoir dispenser une formation, participer à d'autres projets et recherches que les travailleurs sociaux des petits hôpitaux. Ils sont moins nombreux à pouvoir effectuer des activités liées à l'organisation et à estimer importantes l'assistance morale, religieuse et philosophique. Les travailleurs sociaux des grands hôpitaux sont plus nombreux à effectuer la gestion administrative des patients.

5.2.3. Résultats pour les hôpitaux francophones

Quarante-deux travailleurs sociaux ont répondu à ce questionnaire sur l'importance. Six questionnaires ont dû être écartés de l'analyse par manque de cohérence. Environ 26 travailleurs sociaux n'ont pas pu compléter le questionnaire car ils avaient déjà planifié leurs congés.

5.2.3.1. Activités génériques classées par importance par les hôpitaux francophones

Vous trouverez ci-après la classification des activités génériques basée sur la médiane (voir note de bas de page n° 22 page 53) des données sur l'importance des activités des travailleurs sociaux (voir tableau 35).

Tableau 35: Activités génériques classées par importance en région francophone

	N	Médiane	Q1	Q3	Moyenne	ET
Interventions psychosociales	36	12	8	12	9,7	3,42
Différence entre Interventions psychosociales et Aide sociale et administrative : p=0,039						
Aide sociale et administrative	36	10	8	11	9,0	2,89
Différence entre Aide sociale et administrative et Coordination de soins : p=0,474						
Coordination de soins	36	10	6	11	8,6	3,04
Différence entre Coordination de soins et Aide financière et administrative : p=0,305						
Aide financière et administrative	36	8	7	10	7,7	2,60
Différence entre Aide financière et administrative et Enquêtes et rapports : p=0,764						
Enquêtes et rapports	36	7	5	11	7,6	2,85
Différence entre Enquêtes et rapports et Aide juridique et administrative : p=0,487						
Aide juridique et administrative	36	7	6	9	7,2	1,91
Différence entre Aide juridique et administrative et Prévention : p=0,043						
Prévention	36	5	3	8	5,6	3,08
Différence entre Prévention et Développement de compétences : p=0,975						
Développement de compétences	36	5	4	8	5,5	2,34
Différence entre Développement de compétences et Aide matérielle : p=0,807						
Aide matérielle	36	5	3	7	5,3	2,78
Différence entre Aide matérielle et Défense des intérêts : p=0,608						
Défense des intérêts	36	5	3	7	5,2	2,80
Différence entre Défense des intérêts et Autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient : p=0,006						
Autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient	36	2	1	4	3,4	3,37
Différence entre autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient et Signalement : p=0,987						
Signalement	36	2	1	5	3,3	2,78

Les 3 activités génériques jugées les plus importantes par les travailleurs sociaux sont respectivement : les *interventions psychosociales*, l'*aide sociale et administrative* et la *coordination de soins*. En bas de classement, on retrouve le *signalement*, les *autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient* et la *défense des intérêts* (voir tableau 35).

Les *interventions psychosociales* sont jugées significativement plus importantes que l'aide sociale et administrative. Aucune différence significative n'est trouvée entre *l'aide sociale et administrative* et la *coordination de soins*. Dans les activités les moins importantes, les *autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient* sont moins importantes que la *défense des intérêts*. Il existe une différence significative entre *aide financière et administrative* et *l'aide juridique et administrative* et entre les *enquêtes et rapports* et le *développement des compétences*. *L'aide financière et administrative* est significativement plus importante que *l'aide juridique et administrative* est estimée significativement plus importante que la prévention. Enfin, les *enquêtes et rapports* sont significativement plus importants que le *développement des compétences*.

5.2.3.2. Activités spécifiques pour la région francophone

Activités liées au patient

Tableau 36: Activités spécifiques des « interventions psychosociales » classées par importance

Interventions psychosociales						
Activités spécifiques	N	Médiane	Q1	Q3	Moyenne	ET
1. Accompagnement	37	4	3	5	3,9	1,16
Différence entre Accompagnement et Entretien de soutien : $p=0,439$						
2. Entretien de soutien	37	4	3	5	3,7	1,05
Différence entre Entretien de soutien et Prise en charge : $p=0,776$						
3. Prise en charge	37	4	3	4,50	3,5	1,22
Différence entre Prise en charge et Interventions de crise à l'hôpital : $p<0,001$						
4. Interventions de crise à l'hôpital	37	2	1	2,50	2,1	1,30
Différence entre Interventions de crise à l'hôpital et Médiation : $p=0,638$						
5. Médiation	37	2	1	2	1,8	0,88

L'*accompagnement* est l'activité spécifique jugée la plus importante des interventions psychosociales. La *prise en charge* est estimée significativement plus importante que les interventions de crise à l'hôpital. Selon les répondants, la *médiation* est considérée comme l'activité la moins importante des « interventions psychosociales » (voir tableau 36).

Tableau 37: Activités spécifiques des « enquêtes et rapports » classées par importance

Enquêtes et rapports						
Activités spécifiques	N	Médiane	Q1	Q3	Moyenne	ET
1. Anamnèse psychosociale et exploration sociale	36	5	5	5	4,8	0,72
Différence entre Anamnèse psychosociale et Gestion du dossier social : $p < 0,001$						
2. Gestion du dossier social	36	3	2,25	4	3,1	0,91
Différence entre Gestion du dossier social et Faire un rapport écrit : $p = 0,223$						
3. Faire un rapport écrit	36	3	2	4	2,8	1,05
Différence entre Faire un rapport écrit et Visites à l'extérieur : $p = 0,917$						
4. Visites à l'extérieur	36	3	2	4	2,8	1,14
Différence entre Visites à l'extérieur et Enregistrement (rapports/dossiers internes + RPM) : $p < 0,001$						
5. Enregistrement (rapports/dossiers internes + RPM)	36	1	1	2	1,6	1,03

L'anamnèse psychosociale et exploration sociale est l'activité spécifique jugée la plus importante des enquêtes et rapports. Elle est significativement plus importante que la gestion du dossier social. Les visites à l'extérieur sont également estimées significativement plus importantes que l'enregistrement. Selon les répondants, les enregistrements sont considérés comme l'activité la moins importante des « enquêtes et rapports » (voir tableau 37).

Tableau 38: Activités spécifiques de la « coordination de soins » classées par importance

Coordination de soins						
Activités spécifiques	N	Médiane	Q1	Q3	Moyenne	ET
1. Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	35	6	5	7	6,2	1,35
Différence entre Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient et Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives : $p = 0,369$						
2. Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives	35	6	3	9	5,7	2,82
Différence entre Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives et Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé : $p = 1$						
3. Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	35	6	4	8	5,6	2,61
Différence entre Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé et Mettre en place d'autres aides et services pour le patient (aide formelle) : $p = 0,711$						
4. Mettre en place d'autres aides et services pour le patient (aide formelle)	35	6	4	7	5,4	2,23
Différence entre Mettre en place d'autres aides et services pour le patient (aide formelle) et Coordonner des aides et des services pour le patient : $p = 0,766$						
5. Coordonner des aides et des services pour le patient	35	6	4	6	5,5	1,87

Différence entre Coordonner des aides et des services pour le patient et Faire appel au réseau social (aide informelle) : $p=0,220$						
6. Faire appel au réseau social (aide informelle)	35	5	3	7	4,9	1,98
Différence entre Faire appel au réseau social (aide informelle) et Identifier des patients prioritaires : $p=0,531$						
7. Identifier des patients prioritaires	35	4	2	9	5,3	3,40
Différence entre Identifier des patients prioritaires et Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins : $p=0,170$						
8. Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins	35	4	3	6	4,3	2,16
Différence entre Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins et Assurer la fonction de médiation : $p<0,001$						
9. Assurer la fonction de médiation	35	1	1	2	2,0	1,94

Collaborer avec les services mis /à mettre en place pour le patient est l'activité spécifique la plus importante de la coordination de soins. Le fait d'orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins est jugé significativement plus important qu'assurer la fonction de médiation. Selon les répondants, assurer la fonction de médiation est considéré comme l'activité la moins importante de la « coordination de soins » (voir tableau 38).

Tableau 39: Activités spécifiques de « l'aide sociale et administrative » classées par importance

Aide sociale et administrative						
Activités spécifiques	N	Médiane	Q1	Q3	Moyenne	ET
1. Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	37	5	4	5	4,5	0,99
Différence entre Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient et Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives : $p=0,526$						
2. Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives	37	5	3	6	4,3	1,66
Différence entre Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives et Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé : $p=0,582$						
3. Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	37	5	3	6	4,3	1,73
Différence entre Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé et Coordonner des aides et des services pour le patient : $p=0,049$						
4. Coordonner des aides et des services pour le patient	37	4	2	4	3,4	1,32
Différence entre Coordonner des aides et des services pour le patient et Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins : $p=0,243$						
5. Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins	37	3	2	4	3,0	1,24
Différence entre Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins et Assurer la fonction de médiation : $p=0,001$						
6. Assurer la fonction de médiation	37	1	1	1	1,6	1,28

Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient est l'activité spécifique la plus importante de l'aide sociale et administrative. Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé est une activité déclarée significativement plus importante que coordonner des aides et des services pour le patient, tout comme orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins est significativement plus important qu'assurer la fonction de médiation. Selon les

répondants, assurer la fonction de *médiation* est considéré comme l'activité la moins importante de « l'aide sociale et administrative » (voir tableau 39).

Tableau 40: Activités spécifiques de « l'aide financière et administrative » classées par importance

Aide financière et administrative						
Activités spécifiques	N	Médiane	Q1	Q3	Moyenne	ET
1. Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	36	5	4,00	5	4,5	1,03
Différence entre Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient et Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé : $p=0,352$						
2. Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	36	4	3,00	6	4,2	1,83
Différence entre Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé et Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives : $p=0,893$						
3. Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives	36	4	2,25	6	4,1	1,73
Différence entre Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives et Coordonner des aides et des services pour le patient : $p=0,116$						
4. Coordonner des aides et des services pour le patient	36	3,5	2,00	4,75	3,4	1,36
Différence entre Coordonner des aides et des services pour le patient et Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins : $p=0,094$						
5. Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins	36	3	2,00	4	2,9	1,26
Différence entre Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins et Assurer la fonction de médiation : $p=0,009$						
6. Assurer la fonction de médiation	36	1	1,00	2	1,9	1,44

Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient est l'activité spécifique la plus importante de l'aide financière et administrative. *Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins* est jugé significativement plus important qu'assurer la fonction de médiation. Selon les répondants, assurer la *fonction de médiation* est considéré comme l'activité la moins importante de « l'aide financière et administrative » (voir tableau 40).

Tableau 41: Activités spécifiques de « l'aide juridique et administrative » classées par importance

Aide juridique et administrative						
Activités spécifiques	N	Médiane	Q1	Q3	Moyenne	ET
1. Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	36	5	3	6	4,4	1,84
Différence entre Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé et Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient : $p=0,886$						
2. Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	36	4,5	3,25	5	4,3	1,26
Différence entre Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient et Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives : $p=0,994$						
3. Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives	36	4,5	3	6	4,2	1,57
Différence entre Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives et Coordonner des aides et des services pour le patient : $p=0,041$						

4. Coordonner des aides et des services pour le patient	36	3	2	4,75	3,4	1,33
Différence entre Coordonner des aides et des services pour le patient et Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins : $p=0,179$						
5. Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins	36	3	2	4	2,9	1,23
Différence entre Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins et Assurer la fonction de médiation : $p=0,010$						
6. Assurer la fonction de médiation	36	1	1	2	1,9	1,50

Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé est l'activité spécifique la plus importante de l'aide juridique et administrative. *Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives* est significativement plus important que coordonner des aides et des services pour le patient. Tout comme *orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins* est significativement plus important qu'assurer la fonction de médiation. Selon les répondants, assurer la *fonction de médiation* est considéré comme l'activité la moins importante de « l'aide juridique et administrative » (voir tableau 41).

Tableau 42: Activités spécifiques de la « prévention » classées par importance

Prévention						
Activités spécifiques	N	Médiane	Q1	Q3	Moyenne	ET
1. Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	37	4	2	4	3,0	1,18
Différence entre Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé et Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient : $p=0,920$						
2. Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	37	3	2	4	3,0	0,80
Différence entre Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient et Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins : $p=0,103$						
3. Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins	37	3	2	3	2,7	0,78
Différence entre Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins et Assurer la fonction de médiation : $p<0,001$						
4. Assurer la fonction de médiation	37	1	1	1	1,3	0,66

Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé est l'activité spécifique la plus importante des activités de prévention. *Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins* est significativement plus important qu'assurer la fonction de médiation. Selon les répondants, assurer la *fonction de médiation* est considéré comme l'activité la moins importante de « la prévention » (voir tableau 42).

Tableau 43: Activités spécifiques de la défense des intérêts classées par importance

Défense des intérêts						
Activités spécifiques	N	Médiane	Q1	Q3	Moyenne	ET
1. Défense des intérêts individuels	39	2	2	2	1,8	0,41
Différence entre Défense des intérêts individuels et Défense des intérêts collectifs : p<0,001						
2. Défense des intérêts collectifs	39	1	1	1	1,2	0,41

La *défense des intérêts individuels* est l'activité spécifique la plus importante des activités de défense des intérêts. Elle est statistiquement jugée plus importante que défense des intérêts collectifs (voir tableau 43).

Tableau 44: Activités spécifiques de « signalement » classées par importance

Signalement						
Activités spécifiques	N	Médiane	Q1	Q3	Moyenne	ET
1. Signalement interne	37	2	2	2	1,9	0,32
Différence entre Signalement interne et Signalement externe : p<0,001						
2. Signalement externe	37	1	1	1	1,1	0,32

Effectuer un Signalement interne est l'activité spécifique la plus importante de la rubrique « Signalement ». Elle est significativement plus importante qu'effectuer un signalement externe (voir tableau 44).

Activités non liées au patient

Tableau 45: Activités spécifiques de « développement de compétences » classées par importance

Développement de compétences						
Activités spécifiques	N	Médiane	Q1	Q3	Moyenne	ET
1. Réfléchir à propos de ses propres interventions	36	6	5	6	5,2	1,05
Différence entre Réfléchir à propos de ses propres interventions et Donner/recevoir des conseils, accompagner des professionnels/se faire accompagner : p=0,004						
2. Donner/recevoir des conseils, accompagner des professionnels/se faire accompagner	36	5	4	5	4,4	1,08
Différence entre Donner/recevoir des conseils, accompagner des professionnels/se faire accompagner et Suivre une formation : p=0,854						
3. Suivre une formation	36	4	3	6	4,3	1,49
Différence entre Suivre une formation et Planifier le développement de compétences : p<0,001						
4. Planifier le développement de compétences	36	3	2	3	2,6	1,15
Différence entre Planifier le développement de compétences et Contribuer à la formation des étudiants (stages, travaux scolaires) : p=0,968						
5. Contribuer à la formation des étudiants (stages, travaux scolaires)	36	2,5	2	3	2,6	1,18
Différence entre Contribuer à la formation des étudiants (stages, travaux scolaires) et Dispenser une formation : p=0,002						
6. Dispenser une formation	36	1	1	2	1,8	1,31

Réfléchir à propos de ses propres interventions est l'activité spécifique la plus importante de la rubrique « Développement de compétences ». Elle est significativement plus importante que donner/recevoir des conseils, accompagner des professionnels/se faire accompagner. *Suivre une formation* est significativement jugé plus important que planifier le développement de compétences. Enfin, *contribuer à la formation des étudiants (stages, travaux scolaires)* est significativement plus important que dispenser une formation, activité considérée par les répondants comme la moins importante du « développement de compétences » (voir tableau 45).

Tableau 46: Activités spécifiques des « autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient » classées par importance

Autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient						
Activités spécifiques	N	Médiane	Q1	Q3	Moyenne	ET
1. Activités liées à l'organisation et au service	37	5	3,5	6	4,8	1,39
Différence entre Activités liées à l'organisation et au service et Définition et justification de la profession et de ses compétences : $p=0,024$						
2. Définition et justification de la profession et de ses compétences	37	4	3	5	3,9	1,60
Différence entre Définition et justification de la profession et de ses compétences et Concertation non liée au patient : $p=0,927$						
3. Concertation non liée au patient	37	4	2,5	5	3,8	1,69
Différence entre Concertation non liée au patient et Participation à ce projet : $p=0,070$						
4. Participation à ce projet	37	3	2	4	3,0	1,58
Différence entre Participation à ce projet et Contribution au développement de la politique: $p=0,988$						
5. Contribution au développement de la politique	37	3	1	4	3,0	1,68
Différence entre Contribution au développement de la politique et Participation à d'autres projets et recherches : $p=0,349$						
6. Participation à d'autres projets et recherches	37	2	1,5	3,5	2,5	1,30

Les activités liées à l'organisation et au service sont les activités spécifiques les plus importantes des « Autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient ». Elles sont estimées significativement plus importantes que définir et justifier la profession et ses compétences. Selon les répondants, *participer à d'autres projets et recherches* est considéré comme l'activité la moins importante des « autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient » (voir tableau 46).

5.2.3.3. Aperçu général de l'importance des activités génériques et spécifiques exprimé en %

Tableau 47: Aperçu général de l'importance des activités génériques et spécifiques exprimé en % (n=42)

	Je trouve cette activité importante	Je ne trouve pas cette activité importante	Je veux effectuer cette activité	Je ne veux pas effectuer cette activité	Je sais effectuer cette activité	Je ne sais pas effectuer cette activité	Je peux effectuer cette activité	Je ne peux pas effectuer cette activité
ACTIVITES LIEES AU PATIENT								
Interventions psychosociales	100%	0%	95,2%	4,8%	95,2%	4,8%	88,1%	11,9%
Entretien de soutien	100%	0%	97,6%	2,4%	95,2%	4,8%	88,1%	11,9%
Accompagnement	100%	0%	92,9%	7,1%	92,9%	7,1%	90,5%	9,5%
Prise en charge	97,6%	2,4%	95,2%	4,8%	95,2%	4,8%	88,1%	11,9%
Interventions de crise à l'hôpital	78,6%	21,4%	66,7%	33,3%	76,2%	23,8%	61,9%	38,1%
Médiation	92,9%	7,1%	71,4%	28,6%	83,3%	16,7%	66,7%	33,3%
Enquêtes et rapports	92,9%	7,1%	92,9%	7,1%	97,6%	2,4%	95,2%	4,8%
Anamnèse psychosociale et exploration sociale	100%	0%	97,6%	2,4%	88,1%	11,9%	92,9%	7,1%
Faire un rapport écrit	92,9%	7,1%	95,2%	4,8%	95,2%	4,8%	95,2%	4,8%
Gestion du dossier social	97,6%	2,4%	97,6%	2,4%	92,9%	7,1%	92,9%	7,1%
Visites à l'extérieur	95,2%	4,8%	88,1%	11,9%	81%	19%	83,3%	16,7%
Enregistrement (rapports/dossiers internes + RPM)	71,4%	28,6%	64,3%	35,7%	78,6%	21,4%	78,6%	21,4%
Coordination de soins	97,6%	2,4%	90,5%	9,5%	92,9%	7,1%	85,7%	14,3%
Identifier des patients prioritaires	88,1%	11,9%	71,4%	28,6%	73,8%	26,2%	66,7%	33,3%
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	100%	0%	95,2%	4,8%	97,6%	2,4%	88,1%	11,9%
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins	100%	0%	97,6%	2,4%	100%	0%	88,1%	11,9%
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	100%	0%	97,6%	2,4%	97,6%	2,4%	92,9%	7,1%
Coordonner des aides et des services pour le patient	95,2%	4,8%	90,5%	9,5%	85,7%	14,3%	83,3%	16,7%
Faire appel au réseau social (aide informelle)	100%	0%	90,5%	9,5%	90,5%	9,5%	85,7%	14,3%

Mettre en place d'autres aides et services pour le patient (aide formelle)	100%	0%	97,6%	2,4%	95,2%	4,8%	90,5%*	7,1%*
Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives	97,6%	2,4%	92,9%	7,1%	92,9%	7,1%	90,5%	9,5%
Assurer la fonction de médiation	85,7%	14,3%	76,2%	23,8%	73,8%	26,2%	66,7%	33,3%
Aide matérielle	85,7%	14,3%	66,7%	33,3%	73,8%	26,2%	66,7%	33,3%
Aide sociale et administrative	97,6%	2,4%	95,2%	4,8%	97,6%	2,4%	92,9%	7,1%
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	97,6%	2,4%	95,2%	4,8%	97,6%	2,4%	92,9%	7,1%
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins	97,6%	2,4%	95,2%	4,8%	95,2%	4,8%	92,9%	7,1%
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	100%	0%	97,5%	2,5%	95,2%	4,8%	92,7%	7,3%
Coordonner des aides et des services pour le patient	95,2%	4,8%	88,1%	11,9%	83,3%	16,7%	83,3%	16,7%
Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives	100%	0%	92,9%	7,1%	90,5%	9,5%	90,5%	9,5%
Assurer la fonction de médiation	85,7%	14,3%	71,4%	28,6%	71,4%	28,6%	71,4%	28,6%
Aide financière et administrative	100%	0%	90,5%	9,5%	90,5%	9,5%	81%	19%
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	97,6%	2,4%	92,9%	7,1%	90,5%	9,5%	83,3%	16,7%
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins	100%	0%	95,2%	4,8%	95,2%	4,8%	90,5%	9,5%
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	97,6%	2,4%	92,9%	7,1%	92,9%	7,1%	88,1%	11,9%
Coordonner des aides et des services pour le patient	88,1%	11,9%	83,3%	16,7%	85,7%	14,3%	78,6%	21,4%
Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives	92,9%	7,1%	85,7%	14,3%	88,1%	11,9%	83,3%	16,7%
Assurer la fonction de médiation	83,3%	16,7%	66,7%	33,3%	69%	31%	64,3%	35,7%
Aide juridique et administrative	97,6%	2,4%	83,3%	16,7%	83,3%	16,7%	81%	19%
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	95,2%	4,8%	83,3%	16,7%	88,1%	11,9%	83,3%	16,7%
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins	100%	0%	90,5%	9,5%	95,2%	4,8%	88,1%*	9,5%*
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	100%	0%	95,2%	4,8%	92,9%	7,1%	90,5%	9,5%
Coordonner des aides et des services pour le patient	97,6%	2,4%	83,3%	16,7%	78,6%	21,4%	85,7%	14,3%
Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives	97,6%	2,4%	88,1%	11,9%	90,5%	9,5%	88,1%	11,9%
Assurer la fonction de médiation	76,2%	23,8%	61,9%	38,1%	54,8%	45,2%	61,9%	38,1%
Prévention	90,3%	9,7%	75,6%	24,4%	73,1%	26,9%	70,7%	29,3%
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	90,5%	9,5%	78,6%	21,4%	76,2%	23,8%	78,6%	21,4%

Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins	97,6%	2,4%	92,9%	7,1%	85,7%	14,3%	83,3%	16,7%
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	95,2%	4,8%	90,5%	9,5%	90,5%	9,5%	85,7%	14,3%
Assurer la fonction de médiation	81%	19%	69%	31%	69%	31%	69%	31%
Défense des intérêts	92,9%	7,1%	78,6%	21,4%	76,2%	23,8%	78,6%	21,4%
Défense des intérêts individuels	90,5%	9,5%	85,7%	14,3%	81%	19%	78,6%	21,4%
Défense des intérêts collectifs	81%	19%	54,8%	45,2%	50%	50%	52,4%	47,6%
Signalement	88,1%	11,9%	69%	31%	66,7%	33,3%	64,3%	35,7%
Signalement interne	90,5%	9,5%	73,8%	26,2%	71,4%	28,6%	69%	31%
Signalement externe	78,6%	21,4%	59,5%	40,5%	52,4%	47,6%	57,1%	42,9%
ACTIVITES QUI NE SONT PAS EN LIEN AVEC LE PATIENT								
Développement de compétences	97,6%	2,4%	95,2%	4,8%	73,8%	26,2%	73,8%	26,2%
Suivre une formation	97,6%	2,4%	97,6%	2,4%	73,8%*	23,8%*	69%*	28,6%*
Dispenser une formation	64,3%	35,7%	33,3%	66,7%	28,6%	71,4%	33,3%*	64,3%*
Donner/recevoir des conseils, accompagner des professionnels/se faire accompagner	92,9%	7,1%	92,9%	7,1%	85,7%	14,3%	76,2%	23,8%
Réfléchir à propos de ses propres interventions	100%	0%	100%	0%	88,1%	11,9%	78,6%	21,4%
Planifier le développement de compétences	88,1%	11,9%	83,3%	16,7%	69%	31%	57,1%	42,9%
Contribuer à la formation des étudiants (stages, travaux scolaires)	97,6%	2,4%	76,2%	23,8%	83,3%	16,7%	78,6%	21,4%
Autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient	85,7%	14,3%	69%	31%	71,4%	28,6%	69%	31%
Concertation non liée au patient	88,1%	11,9%	78,6%	21,4%	71,4%	28,6%	76,2%	23,8%
Contribution au développement de la politique	81%	19%	45,2%	54,8%	45,2%*	52,4%*	45,2%*	52,4%*
Définition et justification de la profession et de ses compétences	97,6%	2,4%	78,6%	21,4%	73,8%*	23,8%*	69%*	28,6%*
Participation à cette recherche	73,8%	26,2%	69%	31%	85,7%	14,3%	90,5%	9,5%
Participation à d'autres projets et recherches	83,3%	16,7%	66,7%	33,3%	73,8%	26,2%	78,6%	21,4%
Activités liées à l'organisation et au service	97,6%	2,4%	88,1%	11,9%	81%	19%	78,6%	21,4%

*1 valeur manquante (2,4%)

Les activités jugées importantes à l'unanimité des répondants sont surlignées en orange (100%). Le bleu indique les activités recueillant entre 50 et 70 % des suffrages tandis que le rose pâle indique les activités recueillant moins de 50% des suffrages.

Défendre des intérêts collectifs et réaliser un signalement externe sont des activités importantes pour les assistants sociaux mais seulement la moitié d'entre-eux veulent, savent et peuvent effectuer ces activités.

Dispenser une formation et contribuer au développement de la politique sont des activités importantes pour les répondants mais plus de la moitié d'entre-eux ne veulent, ne savent ou ne peuvent pas les effectuer (voir tableau 47).

On remarque également que pratiquement tous les répondants estiment important de *suivre une ou des formations* mais 30% d'entre-eux ne peuvent pas effectuer cette activité (voir tableau 47).

Tableau 18: Aperçu du niveau d'importance des activités qui ne sont pas en lien avec le travail social exprimé en % (n=42)

	Activités de chef de service	Activités infirmières	Activités psychothérapeutiques	Coordinateur de la médiation interculturelle	Médiation interculturelle	Fonction d'ombudsman	Gestion administrative des patients	Service social du personnel	Assistance morale, religieuse et philosophique	Autres activités en lien avec l'institution
J'effectue cette activité	9,5%	11,9%	31%	0%	0%	4,8%	43,9%	7,1%	2,4%	45,2%
Je n'effectue pas cette activité	90,5%	88,1%	69%	100%	100%	95,2%	56,1%	92,9%	97,6%	54,8%
Je trouve cette activité importante	95,2%*	90,5%*	97,6%*	87,8%	85,7%*	78,6%*	92,7%	92,9%*	85,7%*	83,3%*
Je ne trouve pas cette activité importante	2,4%*	7,1%*	0%*	12,2%	11,9%*	19%*	7,3%	4,8%*	11,9%*	14,3%*
Je trouve important que cette activité soit effectuée par un travailleur social	81%*	4,8%*	50%*	34,1%	33,3%*	31%*	39%	61,9%*	2,4%*	40,5%*
Je ne trouve pas important que cette activité soit effectuée par un travailleur social	16,7%*	92,9%*	47,6%*	65,9%	64,3%*	66,7%*	61%	35,7%*	95,2%*	57,1%*
Je veux effectuer cette activité	16,7%*	11,9%*	47,6%*	4,9%	4,8%*	9,5%*	41,5%	19%*	2,4%*	40,5%*
Je ne veux pas effectuer cette activité	81%*	85,7%*	50%*	95,1%	92,9%*	88,1%*	58,5%	78,6%*	95,2%*	57,1%*
Je sais effectuer cette activité	23,8%*	14,3%*	42,9%*	2,5%	2,4%*	7,1%*	56,1%	28,6%*	7,1%*	38,1%*
Je ne sais pas effectuer cette activité	73,8%*	83,3%*	54,8%*	97,5%	95,2%*	90,5%*	43,9%	69%*	90,5%*	59,5%*
Je peux effectuer cette activité	9,5%*	11,9%*	38,1%*	4,9%	2,4%*	14,3%*	51,2%	14,3%*	4,8%*	35,7%*
Je ne peux pas effectuer cette activité	88,1%*	85,7%*	59,5%*	95,1%	95,2%*	83,3%*	48,8%	83,3%*	92,9%*	61,9%*

*1 valeur manquante (2,4%)

Bien que la plupart des participants déclare importantes les *activités qui ne sont pas en lien avec le travail social*, ils ne les effectuent pas. Seule la *gestion administrative* des patients inverse cette tendance et est effectuée par 44% des répondants (voir tableau 48).

A la question de savoir si les répondants trouvent important que ces activités soient réalisées par un assistant social, les avis sont partagés. A une quasi-unanimité, les répondants estiment qu'*effectuer une assistance morale et religieuse* n'est pas important à réaliser par les assistants sociaux (95%). Ils indiquent également ne pas vouloir effectuer la majorité de ces activités à l'exception des *activités psychothérapeutiques* (50%) et des *autres activités* en lien avec l'institution (40%).

La majorité des répondants indiquent ne pas pouvoir effectuer les activités qui ne sont pas en lien avec le travail social. La *gestion administrative* des patients constitue une exception (51%) (voir tableau 48).

5.2.3.4. Classement des activités génériques et spécifiques en fonction du statut de l'hôpital

Tableau 49: Aperçu de l'importance des activités génériques en fonction du statut de l'hôpital (public ou privé)

	Public						Privé						p-valeur
	N=	Méd	Q1	Q3	Moy	ET	N=	Méd	Q1	Q3	Moy	ET	
Interventions psychosociales	18	11,5	8,5	12	9,6	3,79	18	11,5	7,75	12	9,7	3,12	p=0,906
Enquêtes et rapports	18	7,5	6	10,25	7,9	2,47	18	7	4	11	7,3	3,24	p=0,577
Coordination de soins	18	10	7,25	11	8,8	3,02	18	8,5	6	11	8,3	3,12	p=0,576
Aide matérielle	18	6	3	7	5,3	2,35	18	5	2	8	5,3	3,22	p=0,787
Aide sociale et administrative	18	10	8,75	11	9	3,13	18	10	7,75	11	8,9	2,73	p=0,822
<i>Assurer la fonction de médiation</i>	20	1	1	3	2,1	1,61	17	1	1	1	1,1	0,24	p=0,025
Aide financière et administrative	18	8	4	9	6,9	2,80	18	8,5	7	10	8,4	2,20	p=0,125
Aide juridique et administrative	18	7	5	8	6,7	2,19	18	7,5	6,75	9	7,7	1,50	p=0,253
Prévention	18	4	3	8	5,4	3,13	18	5,5	3	9,25	5,7	3,12	p=0,702
Défense des intérêts	18	5	4	7,50	5,6	2,57	18	4	2,75	5,75	4,8	3,03	p=0,231
Signalement	18	2	1	6	3,6	3,26	18	2,5	1	4	3,1	2,26	p=0,858
Développement de compétences	18	5,5	4	8	5,8	2,49	18	5	3	6,50	5,2	2,21	p=0,522
Autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient	18	2	1	4,25	3,3	3,44	18	2,5	1	4,25	3,4	3,34	p=0,947

Les deux activités génériques en haut du classement sont identiques quel que soit le statut de l'hôpital, il s'agit des *interventions psychosociales* et de *l'aide sociale et administrative*. Notons cependant qu'aucune différence statistiquement significative n'est observée entre hôpitaux psychiatriques public et privés pour les activités génériques. Pour les activités spécifiques, une seule activité différencie statistiquement les hôpitaux : *assurer la fonction de médiation pour l'aide sociale et administrative* (voir tableau 49).

5.2.3.5. Aperçu général de l'importance accordée aux activités génériques et spécifiques selon le statut des hôpitaux francophones

Tableau 50: Importance accordée aux activités selon le statut de l'hôpital (n=42)

	Public		Privé		p-valeur
	Important % oui	Important % non	Important % oui	Important % non	
Faire appel au réseau social (aide informelle) : pouvoir effectuer	73,9	26,1	100	0	p=0,019
Médiation (Aide financière et administrative) : trouver important	95,7	4,3	68,4	31,6	p=0,025
Aide juridique et administrative : pouvoir effectuer	69,6	30,4	94,7	5,3	p=0,044
Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives (Aide juridique et administrative) : pouvoir effectuer	78,3	21,7	100	0	p=0,040
Prévention pouvoir effectuer	60,9	39,1	78,9**	10,5**	p=0,031
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé (Prévention) : pouvoir effectuer	65,2	34,8	94,7	5,3	p=0,023
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins(Prévention) : pouvoir effectuer	69,6	30,4	100	0	p=0,009
Signalement externe : pouvoir effectuer	43,5	56,5	73,7	26,3	p=0,048
Autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient : savoir effectuer	56,5	43,5	89,5	10,5	p=0,020
Activités de chef de service important par TS	91,3*	4,3*	68,4	31,6	p=0,034
Activités infirmières : effectuer	0	100	26,3	73,7	p=0,014
Activités infirmières : vouloir effectuer	0	95,7*	26,3	73,7	p=0,014
Activités infirmières : savoir effectuer	0	95,7*	31,6	68,4	p=0,005
Activités infirmières : pouvoir effectuer	0	95,7*	26,3	73,7	p=0,014
Gestion administrative des patients : effectuer	21,7	78,3	68,4*	26,3*	p=0,002
Gestion administrative des patients : vouloir effectuer	21,7*	73,9*	63,2	36,8	p=0,011
Gestion administrative des patients : savoir effectuer	30,4*	65,2*	84,2	15,8	p=0,001
Gestion administrative des patients : pouvoir effectuer	21,7*	73,9*	84,2	15,8	p<0,001

*1 valeur manquante 4,4%, **2 valeurs manquantes 10,6%

5.2.3.6. Classement des activités génériques et spécifiques en fonction de la taille de l'hôpital

Tableau 51: Aperçu de l'importance des activités génériques en fonction de la taille de l'hôpital

	Petit (< 300 lits)						Grand (≥ 300 lits)						p-valeur
	N=	Méd	Q1	Q3	Moy	ET	N=	Méd	Q1	Q3	Moy	ET	
Interventions psychosociales	15	11	8	12	9,7	3,18	21	12	8	12	9,7	3,67	p=0,770
Enquêtes et rapports	15	7	4	10	7,1	3,07	21	8	6	11	8,0	2,71	p=0,391
Coordination de soins	15	9	6	11	8,3	3,31	21	10	7	11	8,8	2,90	p=0,709
Aide matérielle	15	5	2	8	5,3	3,50	21	6	3,50	7	5,3	2,22	p=0,796
Aide sociale et administrative	15	10	9	11	8,9	2,84	21	10	8	11	9,0	3,00	p=0,974
Aide financière et administrative	15	8	7	10	8,1	2,30	21	8	5,50	9,50	7,4	2,80	p=0,661
Aide juridique et administrative	15	7	6	8	7,4	1,50	21	7	5,50	9	7,1	2,18	p=0,987
Prévention	15	6	3	10	5,9	3,40	21	4	3	7,50	5,4	2,91	p=0,747
Défense des intérêts	15	4	3	5	4,9	3,11	21	5	3,50	7,50	5,4	2,62	p=0,437
Signalement	15	2	1	4	2,9	2,17	21	2	1	6	3,7	3,15	p=0,622
Développement de compétences	15	5	4	8	5,6	2,17	21	5	3,50	7,50	7,4	2,50	p=0,746
Autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient	15	3	1	5	3,9	3,58	21	2	1	3,50	3	3,26	p=0,432
Activités liées à l'organisation et au service	14	6	5	6	5,4	0,94	23	5	3	6	4,4	1,50	p=0,039

Les trois activités génériques les plus importantes sont les *interventions psychosociales*, *l'aide sociale et administrative* et *la coordination de soins* pour les hôpitaux psychiatriques quelle que soit leur taille (tableau 18). Les tests statistiques ne montrent aucune différence significative entre hôpitaux de plus ou de moins de 300 lits pour les activités génériques. Pour les activités spécifiques, seule l'activité spécifique « *activités liées à l'organisation et au service* » est considérée, assez logiquement, comme plus importante pour les hôpitaux de plus de 300 lits ($p=0.04$).

5.2.3.7. Aperçu général de l'importance des activités génériques et spécifiques selon la taille de l'hôpital

Tableau 52: Activités pour lesquelles une différence statistiquement significative s'observe en matière d'importance selon la taille de l'hôpital (n=42)

	Petit		Grand		P- valeur
	%oui	%non	%oui	%non	
Enquêtes et rapports : vouloir effectuer	80	20	100	0	p=0,040
Coordonner des aides et des services pour le patient (Coordination de soins) : pouvoir effectuer	100	0	74,1	25,9	p=0,033
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé (Aide financière et administrative) : vouloir effectuer	80	20	100	0	p=0,040
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient (Aide financière et administrative) : vouloir effectuer	80	20	100	0	p=0,040
Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives (Aide financière et administrative) : trouver important	80	20	100	0	p=0,040
Médiation (Aide financière et administrative) : trouver important	66,7	33,3	92,6	7,4	p=0,044
Aide juridique et administrative : pouvoir effectuer	100	0	70,4	29,6	p=0,019
Prévention : pouvoir effectuer	80**	6,7**	63	37	p=0,015
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins (Prévention) : pouvoir effectuer	100	0	74,1	25,9	p=0,033
Signalement : trouver important	73,3	26,7	96,3	3,7	p=0,047
Signalement externe : pouvoir effectuer	86,7	13,3	40,7	59,3	p=0,004
Contribution au développement de la politique : pouvoir effectuer	66,7*	26,7*	33,3	66,7	p=0,023
Activités infirmières : effectuer	33,3	66,7	0	100	p=0,004
Activités infirmières vouloir : effectuer	33,3	66,7	0	96,3*	p=0,004
Activités infirmières savoir : effectuer	40	60	0	96,3*	p=0,001
Activités infirmières pouvoir : effectuer	33,3	66,7	0	96,3*	p=0,004
Gestion administrative des patients : savoir effectuer	80	20	40,7*	55,6*	p=0,034
Gestion administrative des patients : pouvoir effectuer	80	20	33,3*	63*	p=0,009
Assistance morale, religieuse et philosophique : savoir effectuer	20	80	0	96,3*	p=0,040

*1 valeur manquante 3,7%, **2 valeurs manquantes 13,3%

5.3. Fréquence et durée

Ce chapitre aborde l'élaboration et le traitement des résultats du questionnaire sur l'enregistrement de la fréquence et de la durée. La première partie du chapitre traite de la méthode de réalisation et l'analyse du questionnaire. La seconde décrit les résultats pour le côté néerlandophone, suivi d'une comparaison entre hôpitaux publics et privés, une comparaison entre petits et grands hôpitaux. Le chapitre se clôture par la présentation des résultats francophones.

5.3.1. Méthode

Questionnaire

Afin d'étudier le nombre de fois qu'un travailleur social effectue une activité par jour et le temps qu'il investit, une méthode adaptée d'encodage est utilisée. La littérature décrit beaucoup de méthodes – principalement utilisées dans des recherches infirmières (Oddone et al., 1995; Jackson, 1972; Burke, et al., 2000; Pelletier & Duffield, 2003; Amp, Westbrook, et al., 2007; Myny, et al., 2009; Delobelle & Smet, 2007). La comparaison entre les différentes méthodes se reflète également dans le deuxième rapport «Un tour d'horizon du travail social : développement d'un outil de gestion du travail social dans les hôpitaux» (De Bodt et al, 2012).

La méthode de **worksampling ou encodage à différents moments (MMO)** utilise des observateurs neutres qui encodent des activités sur une période donnée. Cette méthode permet de référer à de petites observations sur une période précise. L'échantillon doit être suffisamment grand. Le worksampling est principalement utilisé lorsque les travailleurs sont dans un environnement défini. La littérature décrit les avantages comme : flexible, pas cher et acceptable pour les observés. Les désavantages sont l'influence possible sur le comportement de par la présence d'un extérieur (Hawthorne effect) et la possibilité d'erreur de la part de l'observateur. Vu que le comportement à observer exige une prise de décision rapide, cette méthode est moins nuancée (Oddone et al., 1994; Jackson, 1972; Pelletier & Duffield, 2003).

Une autre méthode à savoir **l'enregistrement du temps** peut être utilisée. Il s'agit d'enregistrer des observations individuelles en continu. Cette technique offre la possibilité de donner des descriptions détaillées d'un nombre limité de personnes et est préférée lorsque les travailleurs ne sont pas dans un espace précis. Cet enregistrement de temps est plus aisé pour des tâches répétitives et immédiates. Les possibles interprétations d'observation et l'influence de la présence d'un externe (Hawthorne effect) est un désavantage. De plus, des observateurs extérieurs formés à l'exercice sont très chers (Burke et al., 2000).

Enfin, les activités peuvent être enregistrées par « **l'échantillon** » (= **technique de selfreporting**). Pour paraphraser ce qui précède, l'observateur est le participant et il utilise un tableau de bord. Il y encode ses activités de la journée (Delobelle & Smet, 2007).

Les avantages et inconvénients de cette méthode sont exposés ci-dessous (Ampt, Wetsbrook, et al., 2007, Myny et al., 2009; Finkler, Knickman et al., 1993; Pelletier, Duffield, 1993):

Avantages selfreporting :

- Respect de la protection de la vie privée des patients et famille ;
- Les experts savent ce qu'ils font ;
- Les personnes n'aiment pas être observées ;
- Pas d'observateur externe ;
- Pas d'observation individuelle ;
- Pas chère ;
- Moins chronophage.

Désavantages :

- Biais possibles ;
- Encodage selon la perception propre et pas du contenu de la profession ;
- Subjectivité ;
- Appel à la bonne volonté et à la mémoire des participants.

Les données erronées sont considérées comme désavantages. Burke et Oddone (2000; 1995) décrivent que le problème des erreurs en observation n'est pas plus important qu'une erreur commise par un observateur externe. Delobelle et Smet (2007) font référence à Howard (1994) qui attribue les limites du selfreporting à la nature de l'étude. Lorsque les participants sont actifs et motivés dans une étude, le selfreporting est considéré comme une méthode valorisante.

Cette étude a utilisé la méthode du selfreporting pour **déterminer la fréquence et la durée des activités**. Vu que les travailleurs sociaux se déplacent souvent et qu'ils couvrent plusieurs services, la technique MMO n'était considérée pertinente. Cette méthode est utilisée dans des recherches infirmières où tout le monde est dans un seul service. De plus, il ne nous était pas évident d'interrompre des entretiens délicats et complexes afin d'encoder ce que les participants faisaient à ce moment précis. Une observation continue n'était pas réalisable non plus pour une question de coût. Enfin, l'échantillon comporte un grand nombre de participants. Utiliser différents outils est un inconvénient. Pour remédier à la subjectivité des réponses, un manuel des activités génériques et activités spécifiques du travail social de l'hôpital a été élaboré et testé. Un questionnaire électronique sous forme *Jotform* pour recueillir les données et un tableau de bord ont été créés (voir annexe 14).

Déroulement

Les travailleurs sociaux qui avaient réussi les tests du manuel et qui étaient toujours en service ont pendant dix jours²³ encodé la fréquence et la durée de leurs activités spécifiques. La pertinence d'un recueil d'information sur une période de dix jours a été soumise à un professeur en méthodologie de l'université de Gand. Cette période devait être représentative des fréquences et durées des activités effectuées par des travailleurs sociaux.

²³ La période d'enregistrement s'étendait du 13 mars 2013 au 26 mars 2013. Un hôpital est revenu dans le projet –après une interruption temporaire– en avril. Sa période d'enregistrement a eu lieu du 4 juin 2013 au 17 juin 2013

Les travailleurs sociaux ne devaient rien encoder pour des jours non prestés. La période retenue s'étalait du 13 mars 2013 au 26 mars 2013. Etant donné que des travailleurs sociaux d'un hôpital connaissaient un système en équipe où le weekend est travaillé, ces personnes ont pu encoder le travail du weekend. Un hôpital qui avait arrêté l'étude, a repris en avril et a réalisé l'exercice entre le 4 juin 2013 et le 17 juin 2013.

Analyses

Les analyses se sont effectuées séparément (néerlandophones et francophones) car la validité des données francophones est sujette à caution en fonction des faibles scores aux tests du manuel et à la faible participation.

Les travailleurs sociaux ont rapporté combien de fois (fréquence) ils effectuaient une activité sur une journée et le temps (durée) consacré à celle-ci. Vu que certaines activités courtes sont effectuées fréquemment et que d'autres, de plus longue durée, ne sont pas souvent effectuées, il a été décidé de calculer l'impact de chaque activité. Cet impact, exprimé en minutes, est obtenu en multipliant la fréquence par la durée.

- Exemples : Suivre une formation a une fréquence faible (ex 1) mais une longue durée (ex une demi-journée soit 240 min). La gestion du dossier social a une fréquence élevée (ex 25 fois sur une journée) mais ne dure beaucoup moins (ex 1h30 sur une journée soit 90 min). Pour tenir compte à la fois de la fréquence et du temps investi pour effectuer l'activité, un impact est calculé. Dans notre exemple, l'impact de suivre une formation sera de 240 min et celui de la gestion du dossier social sera de 2250.

La fréquence, la durée et l'impact de chaque activité spécifique ont été calculés. Il a fallu ensuite calculer une fréquence moyenne, une durée moyenne et un impact moyen pour les activités génériques

- Exemple : la fréquence moyenne de l'activité générique *Interventions psychosociales* est le résultat des fréquences des activités *entretien de soutien, accompagnement, prise en charge, interventions de crise à l'hôpital et médiation* divisé par

Cette méthode de calcul a aussi été retenue pour obtenir les moyennes pour les trois grandes catégories à savoir les activités en lien avec le patient, les activités qui ne sont pas liées au patient et les activités qui ne sont pas en lien avec le travail social

Les calculs suivants ont été effectués pour les trois catégories, les activités génériques et les activités spécifiques :

- **La durée totale, la fréquence totale et l'impact total** : nombre obtenu en additionnant les fréquences, durées et impacts de toutes les activités génériques et spécifiques en lien ou non avec le patient, sociales ou non sur une période de 10 jours, exprimé en minutes ;
- **La durée, fréquence et impact par jour** : fréquence totale, durée totale et impact total divisés par 10 (soit le nombre de jours de la période d'encodage) ;

- **La durée, fréquence et impact par travailleur social** : fréquence totale, durée totale et impact total divisés par 181 (soit le nombre de participants à l'exercice). On divise par 181 pour montrer l'impact du travail social, pas seulement des travailleurs sociaux qui ont effectués l'activité. Ce chiffre est uniquement calculé pour les activités spécifiques ;
- **Une durée moyenne d'une activité à chaque fois qu'elle est effectuée** : sert à vérifier le temps moyen accordé à une activité, vu le temps rapporté, le temps total étant celui investi par jour pour une activité. Le nombre est obtenu en divisant la durée totale de l'activité par sa fréquence totale (durée totale/fréquence totale, , exprimé en minutes).

Après les différents calculs, un classement a été réalisé par activités liées au patient, par activités qui ne sont pas en lien avec le patient et enfin par activités qui ne sont pas en lien avec le travail social. Un classement avec les 12 activités génériques et les 58 activités spécifiques (sauf congé et temps réservé à soi) a également été réalisé. Les déplacements et la participation à cette étude figurent en annexe. La base de chaque classement repose sur l'impact total. L'activité dont l'impact est le plus élevé figure en première place et celle dont l'impact est le plus faible figure en dernière place. Les aperçus montrent les 10 premières et les 3 dernières

Certains questionnaires ne sont pas pris en compte car ils comportent des données irréalistes ou exagérées. Les données extrêmes ou improbables ont été supprimées de la base de données. Chaque enregistrement a été scrupuleusement observé, toutes les erreurs d'encodage ont été mises de côté. Les formulaires comportant un total de plus de 600 minutes d'activités par jour (10h) sans justification n'ont pas été pris en considération dans les analyses. Ca a été le cas pour 6 enregistrements qui montraient un dépassement allant de 1h20 à 7h27. Enfin, si un répondant avait omis d'indiquer une fréquence ou une durée pour une activité, celle-ci n'a pas été prise en compte non plus.

Outre un aperçu de l'impact des activités dans la partie néerlandophone du pays, on a également obtenu les différences sur base des statuts et de la taille. Pour ce faire, on a d'abord vérifié la répartition des variables dans l'échantillon avec le QQ-plot et des histogrammes. La distribution des données n'était pas normale. Pour comparer les variables qui n'étaient pas distribuées normalement avec les variables des catégories (public/privé et grand /petit), on a utilisé le test statistique non paramétrique de Mann-Whitney. En rapportant la comparaison entre les statuts, toutes les activités génériques et quelques activités spécifiques ont été données. Un niveau significatif de 0,05 a été utilisé. Le traitement complet des statuts avec toutes les activités spécifiques se trouve à l'annexe 16.

Les activités spécifiques « congé », « temps réservé à soi » et « contribution à cette recherche » n'ont pas été reprises dans les calculs, tant pour les régions néerlandophone et francophone que pour les statuts. L'activité « déplacements » a été analysée à part. On obtient ainsi une image plus claire des activités des travailleurs sociaux.

5.3.2. Résultats issus des hôpitaux néerlandophones

Ce sont 1594 enregistrements néerlandophones (rapports, etc.)s qui ont été pris en compte pour un total de 181 travailleurs sociaux participants.

5.3.2.1. Classement selon l'impact en temps investi par les participants néerlandophones

Tableau 53: Classement des activités liées ou non au patient, des activités qui ne sont pas en lien avec le travail social en fonction de l'impact pour les participants néerlandophones

	Classement	Impact total (min)	Impact par jour (min)	Fréquence totale	Fréquence par jour	Durée totale (min)	Durée par jour (min)	Durée/fréquence (min par activité)
Activités liées au patient	1	16996	1700	404	40	6765	676	17
Activités qui ne sont pas en lien avec le patient	2	14039	1404	242	24	9717	972	40
Activités qui ne sont pas liées au travail social	3	5601	560	84	8	2208	221	26

D'après le classement sur base des impacts des trois grandes catégories d'activités *liées au patient, non liées au patient et non liées au travail social*, il apparaît que les activités *liées au patient* sont celles qui exercent le plus haut impact. Les activités qui ne sont *pas en lien avec le patient* exigent le temps investi le plus élevé par activité et ont une durée totale plus élevée que les activités liées au patient. L'impact des activités qui ne sont *pas en lien avec le travail social* est trois fois plus petit que celui des activités liées au patient, mais présente aussi un investissement en temps élevé par activité (voir tableau 53).

Tableau 54: Classement des activités génériques des hôpitaux néerlandophones selon l'impact en temps investi

	Classement	Impact total (min)	Impact par jour (min)	fréquence totale	Fréquence par jour	Durée totale (min)	Durée par jour (min)	Durée/fréquence (min par fois)
Enquêtes et rapports	1	63031	6303	1293	129	20633	2063	16
Coordination de soins	2	44106	4411	649	65	16463	1646	25
Interventions psychosociales	3	26528	2653	613	61	11503	1150	19
Autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient	4	23347	2335	571	57	13483	1348	24
Aide sociale et administrative	5	15793	1579	522	52	6313	631	12
Développement de compétences	6	9629	963	138	14	7855	785	56
Aide financière et administrative	7	9165	916	377	38	4498	450	12

Aide matérielle	8	4406	441	260	26	3083	308	12
Aide juridique et administrative	9	3846	385	195	19	2610	261	14
Prévention	10	1157	116	38	4	925	92	23
Défense des intérêts	11	1143	114	54	5	1023	102	19
Signalement	12	780	78	35	3	602	60	18

Dans le classement des impact des activités génériques, la rubrique *Enquêtes et rapports* présente l'impact le plus élevé; elle est suivie par la *coordination de soins* et les *Interventions psychosociales* (voir tableau 54).

Tableau 55: Top 10 du classement des activités spécifiques selon l'impact en temps investi par les participants néerlandophones

	Classement	Impact total (min)	Impact par jour (min)	Impact moyen par jour par travailleur social (min)	Fréquence totale	Fréquence par jour	Fréquence moyenne par jour par travailleur	Durée totale (min)	Durée par jour (min)	Durée moyenne par jour par travailleur social (min)	Durée/fréquence (min par fois)
Coordination de soins: Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	1	313249	31325	173	2936	294	2	101189	10119	56	34
Gestion du dossier social	2	193008	19301	107	3575	357	2	43343	4334	24	12
Entretien de soutien	3	56360	5636	31	1409	141	0,7	22017	2202	12	16
Accompagnement	4	46364	4636	26	975	97	0,5	20592	2059	11	21
Aide sociale et administrative: Accompagner dans les démarches administratives	5	43398	4340	24	1232	123	0,7	14830	1483	8	12
Activités liées à l'organisation et au service	6	42109	4211	23	968	97	0,5	18578	1858	10	19
Anamnèse psychosociale et exploration sociale	7	38756	3876	21	716	72	0,4	20769	2077	11	29
Concertation non liée au patient	8	37938	3794	21	548	55	0,3	28842	2884	16	52
Enregistrement	9	35875	3587	20	1193	119	0,6	11324	1132	6	9
Faire un rapport écrit	10	32932	3293	18	806	81	0,4	16626	1663	9	20

L'annexe 15 reprend le tableau complet des activités spécifiques.

Coordination de soins: Collaborer avec les services mis en place est l'activité spécifique au plus haut impact. Quatre des cinq activités spécifiques d'Enquêtes et rapports arrivent dans le top dix des

activités spécifiques; seules, les *Visites à l'extérieur* n'y sont pas reprises. Ensuite viennent trois autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient dans ce top dix du temps investi, deux activités des *Interventions psychosociales* et une activité de l'*Aide sociale et administrative*. L'*Aide financière et administrative*, qui prend la troisième place du classement pour l'importance, n'occupe pas une place élevée dans ce classement sur le plan de l'investissement en temps (voir tableau 55).

L'activité spécifique "déplacements" a un impact total de 80 355 min et prendrait la troisième place du classement des impacts en temps. L'activité « déplacements » représente une durée moyenne de 11 minutes par activité prestées

Tableau 56: Classement des trois activités spécifiques ayant les plus hauts impacts en temps investi par les participants néerlandophones

	Classement	Impact total (min)	Impact par jour (min)	Impact moyen par jour et par travailleurs social (min)	Fréquence totale	Fréquence par jour	Fréquence moyenne par jour par travailleur social	Durée totale (min)	Durée par jour(min)	Durée moyenne par jour par travailleur social (min)	Durée/fréquence (min par fois)
Prévention: Orienter	55	371	37	0,2	21	2	0,01	298	30	0,2	15
Signalement externe	56	370	37	0,2	20	2	0,01	310	31	0,2	15
Prévention: Médiation	57	83	8	0,04	3	0,3	0,002	83	8	0,04	1

La Médiation dans le cadre de la prévention est l'activité spécifique à l'impact le plus bas. De même, le *signalement externe* et la *prévention : Orienter* ont un impact faible (voir tableau 56).

Tableau 57: Classement selon l'impact temps des activités qui ne sont pas en lien avec le travail social

	Classement	Impact total (min)	Impact par jour (min)	Impact moyen par jour par travailleur social (min)	Fréquence totale	Fréquence par jour	Fréquence moyenne par jour par travailleur social	Durée totale (min)	Durée par jour (min)	Durée moyenne par jour par travailleur social (min)	Durée/fréquence (min par fois)
Gestion administrative	1	21422	2142	12	331	33	0,18	3357	336	2	10
Activités de chef de service	2	15059	1506	8	250	25	0,14	7779	778	4	31
Activités psychothérapeutiques	3	9022	902	5	77	8	0,04	4317	432	2	54
Autres activités en lien avec l'institution	4	7926	793	4	94	9	0,05	5366	537	3	60

Activités infirmières	5	1265	126	1	58	6	0,03	695	69	0,4	11
Fonction d'ombudsman	6	899	90	0,5	10	1	0,005	221	22	0,1	22
Service social pour le personnel	7	337	34	0,2	14	1	0,005	297	30	0,2	30
Coordinateur de la médiation	8	84	8	0,04	4	0,4	0,002	48	5	0,02	12
Médiation interculturelle	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistance morale, religieuse et philosophique	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

La *Gestion administrative des patients*, les *activités de chef de service* et les *activités psychothérapeutiques* sont les activités qui ne sont pas en lien avec le travail social qui ont le plus haut impact. La *Médiation interculturelle* et *l'assistance morale, religieuse et philosophique* n'ont pas été effectuées par les travailleurs sociaux durant la période d'enregistrement. Les Autres activités en lien avec l'institution, activités psychothérapeutiques, activités de chef de service et service social pour le personnel présentent un temps investi par activité élevé, à savoir entre une demie heure et une heure par activité (voir tableau 57).

Tableau 58: top dix des activités spécifiques présentant le plus grand investissement en temps par fois pour le côté néerlandophone

Top 10 tijd par fois pour les activités spécifiques pour le côté néerlandophone	
1. Suivre une formation	201 min
2. Visites à l'extérieur	64 min
3. Dispenser une formation	63 min
4. Contribution au développement de la politique	60 min
5. Autres activités en lien avec l'institution	57 min
6. Activités psychothérapeutiques	56 min
7. Concertation non liée au patient	53 min
8. Défense des intérêts collectifs	39 min
9. Coordination de soins: Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	34 min
10. Activités de chef de service	31 min

Les Activités qui ne sont pas en lien avec le patient et surtout les activités qui ne sont pas en lien avec le travail social présentent un impact total plus petit que les activités liées au patient. Elles connaissent un investissement en temps élevé lorsque l'activité est effectuée. Dans le top 10 des investissements en temps par fois les plus élevés, on ne retrouve que trois activités liées au patient, dont la défense des intérêts collectifs qui est indirectement liée au patient. On retrouve dans le haut de ce classement quatre activités non liées au patient et trois activités qui ne sont pas en lien avec le travail social (voir tableau 58).

5.3.2.2. Comparaison des impacts des investissements en temps selon la statut des hôpitaux néerlandophones

Vous trouverez ci-après les activités génériques et les activités spécifiques significatives. Un tableau complet des activités spécifiques non significatives se trouve en annexe 15.

Tableau 59: Comparaison des impacts en fonction du statut pour le côté néerlandophone

	Public						Privé						P- valeur*
	N=	Med	Q1	Q3	Moy	Sd	N=	Med	Q1	Q3	Moy	Sd	
Activités liées au patient**	122	11	8	17	13,6	10,25	1186	11	7	17	12,9	8,46	p=0,712
Interventions psychosociales	74	9	5	21,25	22,8	37,97	916	15	6	32	27,1	38,00	p=0,006
Prise en charge	16	25	11,25	47,5	29,9	20,56	219	35	20	90	89,3	152,12	p=0,043
Enquêtes et rapports	105	32	14,5	72	62,5	85,34	1099	36	18	66	51,4	54,62	p=0,904
Visites à l'extérieur	14	63,75	82,5	120	99,3	94,84	136	60	40	103,75	97,0	139,13	p=0,030
Coordination de soins	115	22	11	39	28,1	22,05	1105	24	11	50	37,0	38,24	p=0,179
Orienter	40	30	10,25	60	48,3	66,09	192	15	10	30	31,2	42,36	p=0,016
Collaborer avec les	101	120	55	270	195,9	181,60	982	180	68,75	405	298,8	338,61	p=0,018
Aide matérielle	21	20	10	40	30,9	27,18	170	13	10	30	22,1	28,91	p=0,034
Aide sociale et administrative	88	19	8	33	30,3	53,83	790	10	4	20	16,6	24,12	P<0,001
Informar	48	60	22	111,75	95,6	113,74	399	20	10	50	41,1	58,28	P<0,001
Collaborer avec les	39	50	20	90	62,7	60,40	351	30	10	60	57,1	121,34	p=0,025
Accompagner dans les démarches	51	80	30	150	136,0	256,77	487	40	15	90	74,9	112,36	p=0,001
Aide financière et administrative	77	10	2,5	22	15,7	17,95	716	5	2,5	12	11,1	23,49	p=0,006
Informar	27	35	15	80	58,1	64,01	366	15	10	30	29,7	42,00	p=0,002
Accompagner dans les démarches	42	40	15	105	78,4	99,52	375	25	10	60	59,7	167,45	p=0,031
Aide juridique et administrative	54	3,75	2,5	10	7,6	7,50	485	5	2,5	9	7,1	7,37	p=0,682
Prévention	10	4	2,25	8	6,2	6,08	103	7,5	3,75	12,25	10,6	11,17	p=0,090
Défense des intérêts	7	10	5	15	10,4	4,66	87	7,5	5	15	12,3	14,01	p=0,560
Signalement	3	2,5	2,5	/	4,2	2,89	55	7,5	5	12,5	14,0	25,18	p=0,111
Activités qui ne sont pas en lien avec le patient	115	9	2	14	11,0	12,35	1139	8	3,75	17	13,4	17,08	p=0,140
Développement de compétences	41	10	3,75	20	16,9	20,04	491	10	4	20	18,2	24,60	p=0,786
Planifier le développement de compétences	2	5	5	5	5,0	0,00	27	20	10	30	25,4	25,19	p=0,044
Autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient	112	10	3	24	16,5	21,81	1071	12	5	24	20,1	31,39	p=0,105
Concertation non liée au patient	37	120	60	150	113,3	74,73	399	60	30	90	84,6	101,56	P<0,001

Contribution au dév politique	14	10	15	67,5	43,9	54,95	92	60	30	120	85,7	90,84	p=0,005
Participation à cette étude	89	15	10	20	32,8	52,81	927	30	15	40	48,5	152,81	P<0,001
Déplacements	65	40	20	100	91,5	139,02	597	60	30	140	124,6	214,13	p=0,007
Activités qui ne sont pas liées au travail social	30	6	2	10,5	13,4	25,10	288	6	2	17,75	17,9	36,23	p=0,322

* Différence statistiquement significative pour $p < 0,05$. Dans ce cas, les résultats sont grisés.

** Les activités génériques sont en gras.

Pour les activités génériques, on retrouve une différence statistiquement significative pour les *Interventions psychosociales, aide matérielle, aide administrative et sociale et l'aide financière et administrative*. Les Interventions psychosociales ont un impact plus élevé en investissement en temps dans les **hôpitaux privés**. *L'aide matérielle et l'aide financière et administrative* présentent un investissement en temps significativement plus élevé que dans les **hôpitaux publics** (voir tableau 59).

Les activités spécifiques *Prise en charge, collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient (coordination de soins), planifier le développement de compétences, contribuer au développement de la politique, participation à cette étude et les déplacements* ont un plus grand impact en temps investi **dans les hôpitaux privés**. **Dans les hôpitaux publics**, on observe un temps investi plus grand pour les *Visites à l'extérieur, Orienter (coordination de soins), informer (Aide sociale et administrative), collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient (Aide sociale et administrative), Accompagner dans les démarches administratives (Aide sociale et administrative), informer (aide financière et administrative), Accompagner dans les démarches administratives (aide financière et administrative) en concertation non liée au patient* (voir tableau 59).

Le Signalement externe et définition et justification de la profession n'ont pas été prestées durant la période des dix jours par **les hôpitaux publics**. La *médiation interculturelle* et l'assistance morale et religieuse ou philosophique n'ont pas été effectuée pendant cette période (voir tableau 59).

5.3.2.3. Comparaison des impacts en temps investi selon la taille des hôpitaux néerlandophones

Le tableau ci-dessous reprend les activités génériques et les activités spécifiques enregistrées. Le tableau complet reprenant également les activités spécifiques non significatives fait l'objet de l'annexe 15.

Tableau 60: Comparaison des impacts en temps investi selon la taille des hôpitaux néerlandophones

	petits (< 300 bedden)						Grands (≥ 300 bedden)						P- valeur*
	N=	Med	Q1	Q3	Moy	Sd	N=	Med	Q1	Q3	Moy	Sd	
Activités liées au patient**	569	11	7	17	12,4	7,98	739	11	7	18	13,4	9,10	p=0,085
Interventions psychosociales	422	18	7	36	29,2	37,27	568	12	6	28	25,0	38,46	p=0,002
Psychosociale begeleiding	256	40	20	90	84,3	121,92	309	30	15	60	80,2	181,02	p=0,007
Enquêtes et rapports	511	36	17	66	51,0	55,44	693	35	17	66	53,3	59,81	p=0,876
Anamnèse psychosociale et exploration enregistrer	200	60	30	120	101,2	138,39	249	45	25	90	74,3	85,20	p=0,028
	159	40	20	80	78,9	132,61	259	60	20	120	90,1	115,01	p=0,031
Coordination de	522	21	10	42	32,3	35,06	698	27	12,75	53	39,0	38,34	P<0,001
Informen	179	30	15	60	52,2	55,42	229	20	10	46,5	42,7	57,65	P<0,001
Collaborer avec les	442	150	60	360	256,2	304,33	641	180	70	425	312,0	342,53	p=0,005
Mettre en place d'autres aides et services pour le	131	30	15	60	50,9	81,52	139	20	10	40	33,0	43,98	p=0,002
Aide matérielle	58	11	7,25	20	17,4	18,17	133	15	10	30	25,5	32,10	p=0,045
Aide sociale et administrative	371	10	5	22,5	20,6	37,56	507	10	4	20	16,1	19,86	p=0,110
Informen	208	30	15	67,5	60,5	86,31	239	15	10	40	35,2	44,64	P<0,001
Coordonner des aides	43	20	10	60	70,0	172,15	61	15	10	27,5	19,7	19,33	p=0,006
Aide financière et administrative	308	7	2,5	15	11,9	14,45	485	5	2,5	11	11,4	27,13	p=0,019
Informen	159	20	10	60	43,7	61,53	234	15	10	30	23,5	23,97	p=0,005
Aide juridique et administrative	232	5	2,5	10	7,2	7,06	307	4,5	2,5	9	7,1	7,62	p=0,234
Informen	121	20	10	30	25,8	22,21	139	15	10	30	23,1	24,18	p=0,033
Prévention	41	7,5	3,75	10	8,0	5,80	72	7,5	2,5	14	11,5	12,77	p=0,940
Orienter	6	10	10	15	13,3	8,16	11	20	15	30	26,4	17,36	p=0,031
Défense des intérêts	42	8,5	5	15	11,5	8,47	52	7,5	5	12	12,7	16,61	p=0,265
Signalement	33	7,5	5	15	16,9	31,79	25	7,5	5	11,25	9,0	7,35	p=0,366
Activités qui ne sont pas en lien avec le patient	543	8	3,75	16	12,5	13,15	711	8,5	3	17,5	13,7	18,98	p=0,939
Développement de compétences	249	10	5	20	19,5	27,20	283	10	3	20	16,9	21,33	p=0,389

Donner/recevoir des conseils, accompagner des professionnels	35	30	15	50	75,4	185,74	46	15	10	60	35,3	38,16	p=0,046
Autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient	497	12	5	22,5	17,5	20,58	686	12	5	25	21,4	36,12	p=0,177
Participation à cette étude	415	20	15	30	26,9	23,93	601	30	15	60	61,0	188,70	P<0,001
Activités liées à l'organisation et au service	193	60	30	120	107,2	143,41	273	40	15	93	78,5	107,21	p=0,001
Niet sociaal werk gebonden activiteiten	138	6	3	14	14,4	28,79	180	6	2	21,75	19,9	39,54	p=0,528

* Différence statistiquement significative pour $p < 0,05$. Dans ce cas, les résultats sont grisés.

** Les activités génériques sont en gras.

Les activités génériques *coordination de soins* et *aide matérielle* présentent un impact en temps investi significativement plus élevé **dans les grands hôpitaux**. Les Interventions psychosociales et l'aide financière et administrative ont un impact plus élevé **dans les hôpitaux de moins de 300 lits**.

Parmi les activités spécifiques, *enregistrer, collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient (coordination de soins), Orienter (prévention) en participation à cette étude* ont un impact en temps investi plus élevé **dans les grands hôpitaux**. **Dans les petits hôpitaux**, on observe un temps investi significativement plus élevé pour l' *Accompagnement, Anamnèse psychosociale* et exploration sociale, *informer (coordination de soins), mettre en place d'autres aides et services pour le patient, informer (Aide sociale et administrative), coordonner des aides et des services (Aide sociale et administrative), informer (aide financière et administrative), donner/recevoir des conseils, accompagner des professionnels en activités liées à l'organisation et au service* (voir tableau 60).

La médiation dans la rubrique prévention n'a pas été prestée durant la période d'enregistrement. La médiation interculturelle et l'assistance morale, religieuse ou philosophique n'ont pas été effectuée par les travailleurs sociaux durant la période d'enregistrement (voir tableau 60).

5.3.3. Résultats francophones

Soixante-huit travailleurs sociaux ont participé à cet exercice et ont complété 598 formulaires. Ils n'ont pas dû compléter de formulaires pour leur congé (par exemple week-end ou pour des travailleurs à temps partiels, les jours non travaillés). Les données extrêmes ou improbables ont été supprimées de la base de données. Chaque enregistrement a été scrupuleusement contrôlé, toutes les erreurs d'encodage ont été écartées. De même, les omissions ont entraîné l'exclusion du formulaire. Les analyses portent donc sur 582 formulaires.

5.3.3.1. Classement des catégories d'activités en fonction de leur impact

Tableau 61: Classement des catégories d'activités en fonction de leur impact total

	Classement	Impact total (min)	Impact par jour (min)	Impact par jour moyen par travailleur social (min)	Fréquences totales	Fréquences par jour	Fréquence par jour moyenne par travailleur social	Durées totales (min)	Durée par jour (min)	Durée par jour moyenne par travailleur social (min)	Durée/fréquence (min)
Activités liées au patient	1	7272	727	11	167	17	0,25	2442	244	4	15
Activités qui ne sont pas en lien avec le travail social	2	5828	583	9	51	5	0,08	2186	219	3	43
Activités qui ne sont pas en lien avec le patient	3	5694	569	8	132	13	0,19	3288	329	5	25

Le tableau 21 rapporte le classement des catégories en fonction de leur impact total.

Les *activités liées au patient* ont l'impact le plus important et sont réalisées le plus fréquemment au cours d'une journée. Les *activités qui ne sont pas en lien avec le travail social* durent longtemps mais sont réalisées moins fréquemment au cours de la journée tandis que les *activités qui ne sont pas en lien avec le patient* sont effectuées souvent au cours de la journée et sont les plus chronophages. (voir tableau 61).

Tableau 62: Classement des activités génériques en fonction de leur impact

	Classement	Impact total (min)	Impact par jour (min)	Impact par jour moyen par travailleur social (min)	Fréquences totales	Fréquences par jour	Fréquence par jour moyenne par travailleur social	Durées totales (min)	Durée par jour (min)	Durée par jour moyenne par travailleur social (min)	Durée/fréquence (min)
Enquêtes et rapports	1	26091	2609	38	520	52	0,76	7106	711	10	14
Coordination de soins	2	16059	1606	24	261	26	0,38	5235	524	8	20
Interventions psychosociales	3	13570	1357	20	277	28	0,41	5248	525	8	19
Autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient	4	7965	797	12	184	18	0,27	4154	415	6	23
Aide sociale et administrative	5	5484	548	8	172	17	0,25	2240	224	3	13
Aide financière et administrative	6	3541	354	5	107	11	0,16	1315	132	2	12
Développement de compétences	7	3523	352	5	79	8	0,12	2422	242	4	31
Aide juridique et administrative	8	3516	352	5	132	13	0,19	1430	143	2	11
Défense des intérêts	9	2260	226	3	47	5	0,07	700	70	1	15
Aide matérielle	10	1578	158	2	129	13	0,19	731	73	1	6
Prévention	11	464	46	0,7	22	2	0,03	269	27	0,40	12
Signalement	12	159	16	0,2	9	1	0,01	146	15	0,21	16

Le tableau 62 rapporte le classement des activités génériques en fonction de leur impact total.

Les **activités génériques** les plus importantes en termes d'impact sont respectivement les *enquêtes et rapports*, la *coordination de soins* et *interventions psychosociales*. Si l'on compare ce classement avec le classement effectué sur l'importance accordée aux activités génériques (interventions psychosociales, aide sociale et administrative et coordination de soins), on remarque une différence en matière d'impact temps dans l'ensemble des activités du travailleur social. Si l'activité générique *signalement* (159 min) occupe à la fois la dernière place dans l'ordre d'importance et dans l'impact temps, les *autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient* (avant-dernière par ordre d'importance) occupe la quatrième place (7964 min). Le *développement de compétences*, les *autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient* et la *coordination de soins* sont les activités génériques les plus chronophages (voir tableau 62).

Tableau 63: Top 10 des activités spécifiques en fonction de leur impact total

	Classement	Impact total (min)	Impact par jour (min)	Impact par jour moyen par travailleur social (min)	Fréquences totales	Fréquences par jour	Fréquence par jour moyenne par travailleur social	Durées totales (min)	Durée par jour (min)	Durée par jour moyenne par travailleur social (min)	Durée/fréquence (min)
Coordination soins : Collaborer avec les services mis en place	1	91424	9142	134	963	96	1,416	25892	2589	38	27
Gestion du dossier social	2	85729	8573	126	1612	161	2,371	15834	1583	23	10
Entretien de soutien	3	43652	4365	64	818	82	1,203	14432	1443	21	18
Coordination soins : Donner une information	4	24437	2444	36	458	46	0,674	5374	537	8	12
Activités liées à l'organisation et au service	5	18996	1900	28	266	27	0,391	9984	998	15	38
Anamnèse psychosociale et exploration sociale	6	15514	1551	23	316	32	0,465	7427	743	11	24
Accompagnement	7	13972	1397	21	292	29	0,429	6354	635	9	22
Faire un rapport écrit	8	12489	1249	18	317	32	0,466	5323	532	8	17
Aide sociale : Donner une information	9	10834	1083	16	341	34	0,501	3960	396	6	12
Coordination soins : coordonner des aides	10	10276	1028	15	235	24	0,346	5334	533	8	23

Le tableau 63 rapporte les 10 activités spécifiques (sur 57) dont l'impact total est le plus élevé.

Coordination soins : collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient est l'activité spécifique au plus grand impact temps. On remarque également que cette activité est jugée très importante par les travailleurs sociaux (v. Importance). Trois activités spécifiques de la *coordination de soins et interventions psychosociales* se retrouvent dans ce classement de même que deux activités d'*enquêtes et rapports*. Deux autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient (participation à cette recherche et activités liées à l'organisation et au service) complètent ce tableau.

L'activité spécifique *déplacements* a un impact total de 28596 minutes et occuperait la quatrième position par ordre d'importance de l'impact temps consacré. Les déplacements représentent 2860 minutes par jour. Exprimé d'une autre manière, les déplacements s'élèvent à 42 minutes par travailleur par jour. La fréquence totale des déplacements est de 792, soit 79 par jour ou encore 1 déplacement par jour par travailleur social. La durée totale des déplacements est de 8769 minutes, ce qui représente 877 minutes par jour ou 13 minutes par travailleur social. Il faut compter en moyenne 11 minutes par déplacement.

Le tableau complet figure en annexe 16.

Tableau 64: Classement des 3 activités spécifiques dont l'impact total est le plus faible

	Classement	Impact total (min)	Impact per jour (min)	Impact par jour moyen par travailleur social (min)	Fréquences totales	Fréquences par jour	Fréquence par jour moyenne par travailleur social	Durées totales (min)	Durée par jour (min)	Durée par jour moyenne par travailleur social (min)	Durée/fréquence (min)
Juridique : médiation	55	174	17	0,26	13	1	0,019	174	17	0,26	13
Signalement interne	56	140	14	0,21	12	1	0,018	130	13	0,19	11
Prévention : médiation	57	35	4	0,05	3	0,3	0,004	35	4	0,05	12

Le tableau 64 rapporte les 3 activités spécifiques (sur 57) dont l'impact est le plus faible.

L'activité de médiation en matière de prévention est l'activité à l'impact le plus faible. L'activité générique *signalement* est jugée comme la moins importante par les travailleurs sociaux. On retrouve d'ailleurs une activité spécifique liée au *signalement* en bas de classement (*signalement interne*, 140 min).

Tableau 65: Classement des activités qui ne sont pas en lien avec le travail social en fonction de leur impact

	Classement	Impact total (min)	Impact par jour (min)	Impact par jour moyen par travailleur social (min)	Fréquences totales	Fréquences par jour	Fréquence par jour moyenne par travailleur social	Durées totales (min)	Durée par jour (min)	Durée par jour moyenne par travailleur social (min)	Durée/fréquence (min)
Autres activités en lien avec l'institution	1	28005	2801	41	160	16	0,2	9450	945	14	59
Activités de chef de service	2	15305	1531	23	126	13	0,2	4135	414	6	33
Gestion administrative des patients	3	8785	879	13	151	15	0,2	3110	311	5	21
Activités psychothérapeutiques	4	3883	388	6	17	2	0,03	3883	388	6	228
Activités infirmières	5	2120	212	3	43	4	0,06	1120	112	2	26
Fonction d'ombudsman	6	137	14	0	7	1	0,01	117	12	0	17

Assistance morale, religieuse et philosophique	7	30	3	0	1	0	0,001	30	3	0	30
Service social du personnel	8	10	1	0	1	0	0,001	10	1	0	10
Coordinateur de la médiation interculturelle	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Médiation interculturelle	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Le tableau 65 rapporte le classement des dix activités qui ne sont pas en lien avec le travail social en fonction de leur impact total.

Les autres activités en lien avec l'institution, activités de chef de service, gestion administrative des patients sont les activités qui ne sont pas en lien avec le travail social à l'impact le plus élevé.

Les activités de *coordinateur de la médiation interculturelle* et de *médiation interculturelle* n'ont pas été effectuées par les travailleurs sociaux lors de la période d'encodage des 10 jours.

Les activités *psychothérapeutiques* sont les plus chronophages (+/-4 heures par occurrence).

Tableau 66: Classement des 10 activités spécifiques les plus chronophages par occurrence

Les 10 activités spécifiques les plus chronophages par occurrence pour la partie francophone	
1. Activités psychothérapeutiques	228 min
2. Suivre une formation	103 min
3. Dispenser une formation	65 min
4. Autres activités en lien avec l'institution	59 min
5. Contribution au développement de la politique	59 min
6. Visites à l'extérieur	57 min
7. Activités liées à l'organisation et au service	38 min
8. Participation à d'autres projets et recherches	36 min
9. Concertation non liée au patient	34 min
10. Activités de chef de service	33 min

Le tableau 66 rapporte les activités spécifiques les plus chronophages.

Comme observé précédemment, les *activités psychothérapeutiques* sont très chronophages (+/- 4 heures) en francophonie. La plupart des activités spécifiques les plus chronophages relèvent de la

catégorie activités qui ne sont pas en lien avec le patient. Une seule activité spécifique de ce top 10, visites à l'extérieur, relève de la catégorie activités liées au patient.

5.3.3.2. Comparaison de l'impact temps en fonction du statut de l'hôpital en région francophone

Tableau 67 : Comparaison de l'impact temps en fonction du statut de l'hôpital

	Public						Privé						p-valeur
	N	MED	Q1	Q3	MOY	ET	N	MED	Q1	Q3	MOY	ET	
Activités liées au patient	266	12,7	8	21	15,5	10,77	230	10,9	5,5	17	13,8	15,15	p=0,003
Interventions psychosociales	215	18	9	34	27,1	37,86	186	25,5	11,75	57	41,7	45,11	p=0,001
Entretien de soutien	174	60	23	106,5	91,2	106,27	156	105	45	257,5	178,1	187,31	p<0,001
Médiation	8	20	20	40	28,1	13,08	12	10	10	18,25	16,2	14,38	p=0,010
Enquêtes et rapports	254	40	20	81	65,7	74,14	184	32	15	71	51,1	54,67	p=0,025
Gestion du dossier social	237	150	60	300	267,1	344,99	133	90	40	180	168,7	244,48	p<0,001
Coordination de soins	251	23,3	11	48	38,4	42,37	189	16	7	38	34,0	54,65	p=0,002
Identifier des patients prioritaires	81	10	10	18	17,1	17,10	43	30	10	45	68,6	115,75	p<0,001
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	100	20	7	48,25	48,3	89,92	85	43	15	112,5	230,7	581,25	p<0,001
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de	50	17,5	10	30	32,1	40,70	46	29	16,5	53,25	47,3	65,33	p=0,011
Collaborer avec les services mis en place/à mettre en place pour le patient	213	150	60	375	311,6	391,21	108	90	50	303,75	232,1	397,56	p=0,006
Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives	47	15	10	40	35,8	49,60	28	38	20	117,5	75,8	75,94	p=0,001
Assurer la fonction de médiation	3	50	15	140	68,3	64,49	7	10	10	15	14,3	7,32	p=0,043
Aide matérielle	55	10	5	30	25,0	31,27	12	12,5	10	22,25	17,0	12,48	p=0,908
Aide sociale et administrative	181	6,7	3	20	16,4	24,06	131	11,7	5	20	19,2	41,75	p=0,051
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	98	20	10	42,5	36,2	40,97	78	30	15	82,5	93,5	308,17	p=0,008
Coordonner des aides et des services pour le patient	33	20	10	45	45,0	73,25	17	60	19,5	105	64,5	54,46	p=0,046
Aide financière et administrative	128	6,7	2,75	15	11,8	14,01	92	6,7	2,5	11,5	22,1	90,72	p=0,736
Aide juridique et administrative	170	7,5	3	16	15,5	26,78	76	6,7	2,5	14	15,5	51,52	p=0,357
Prévention	27	5	2,5	7,5	8,7	10,62	22	6,1	4	14	10,5	10,91	p=0,252
Défense des intérêts	19	10	5	15	14,9	15,65	28	15	10	28,75	70,6	193,91	p=0,031
Défense des intérêts individuels	14	10	10	20	17,9	17,62	28	30	20	50	140,1	388,05	p=0,001
Signalement	6	7,5	4	21	13,2	16,08	8	8,5	5	15	9,9	5,47	p=0,649
Activités qui ne sont pas en lien avec le patient	271	14,3	7	26	18,7	15,84	213	5,9	2	12,5	9,9	13,45	p<0,001

<i>Développement de compétences</i>	152	8,3	4	20	15,6	18,57	95	8,3	3	15	11,1	11,53	p=0,342
<i>Autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient</i>	258	18,6	9	42	30,0	30,86	200	7,1	2	19	15,8	26,05	p<0,001
Définition et justification de la profession et de ses compétences	6	17,5	10	48,75	26,7	20,90	5	15	7,5	22,5	15,0	7,91	p<0,001
Déplacements	190	80	20	160	131,7	176,78	55	50	20	85	64,8	54,49	p<0,001
Activités qui ne sont pas en lien avec le travail social	61	27	6	46,5	33,2	35,70	101	17,5	3	60	37,7	49,55	p=0,520
Activités de chef de service	25	420	97,5	757,5	508,2	469,60	17	60	40	285	152,9	155,09	p=0,031
Activités psychothérapeutiques	13	250	142,5	432	267,9	154,31	4	105	30	165	100,0	70,71	p=0,010
Autres activités en lien avec l'institution	20	120	81,25	330	188,3	160,36	49	450	100	720	494,7	536,27	p=0,010

Le tableau 67 rapporte une comparaison globale de l'impact temps en fonction du statut de l'hôpital. Sont renseignées les trois catégories (en noir), les activités génériques (en italique) et les activités spécifiques statistiquement significatives. Les différences statistiquement significatives sont grisées.

Les activités liées au patient et celles qui ne sont pas en lien avec le patient ont un impact significativement plus élevé pour les hôpitaux psychiatriques **publics** francophones.

On constate une différence statistiquement significative en termes d'impact pour les activités génériques *interventions psychosociales, enquêtes et rapports, coordination de soins, défense des intérêts et autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient*. Les impacts temps pour *interventions psychosociales et défense des intérêts* sont significativement plus importants pour les hôpitaux psychiatriques **privés**. Les impacts temps pour *enquêtes et rapports, coordination de soins et autres activités* qui ne sont pas en lien avec le patient sont significativement plus importants pour les hôpitaux psychiatriques **publics**.

Les impacts temps des activités spécifiques *entretien de soutien, identifier des patients prioritaires, coord. donner une information, coord. orienter le patient vers une autre institution, coord. effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives, aide sociale donner une information, aide sociale coordonner des aides et enfin défense des intérêts individuels* sont significativement plus importants dans les hôpitaux psychiatriques francophones **privés**. Les impacts temps des activités spécifiques *médiation, gestion du dossier social, coord. collaborer avec les services mis en place, coord. assurer la fonction de médiation, définition et justification de la profession et enfin les déplacements* est significativement plus important dans les hôpitaux psychiatriques **publics**.

L'impact temps des activités de chef de service et des activités psychothérapeutiques est significativement très important dans les hôpitaux psychiatriques publics. Enfin, l'impact temps des autres activités en lien avec l'institution est significativement important pour les hôpitaux psychiatriques francophones **privés** (voir tableau 67).

5.3.3.3. Comparaison de l'impact temps en fonction du nombre de lits

Tableau 68 : Comparaison de l'impact temps en fonction du nombre de lits

	« Petit » hôpital						« Grand » hôpital						p-valeur
	N	MED	Q1	Q3	MOY	ET	N	MED	Q1	Q3	MOY	ET	
Activités liées au patient	168	8,9	4	15	11,8	13,55	328	13,1	8,3	22	16,2	12,46	p<0,001
<i>Interventions psychosociales</i>	127	24	11	54	39,9	46,14	274	19,8	10	36	31,0	39,65	p=0,114
Entretien de soutien	102	100	45	228,75	162,5	170,26	228	69	30	135	118,7	147,65	p=0,003
Médiation	10	10	10	12,5	16,0	15,78	10	20	18,75	40	25,9	12,59	p=0,005
<i>Enquêtes et rapports</i>	126	32	12	79,25	54,0	58,62	312	36	19	76	61,8	70,04	p=0,156
Anamnèse psychosociale et exploration sociale	48	65	30	120	113,8	154,86	131	45	25	90	76,8	93,99	p=0,042
Faire un rapport écrit	50	60	30	135	95,5	89,20	104	40	20	90	74,2	87,47	p=0,012
Gestion du dossier social	100	80	32,5	236,25	171,0	253,84	270	135	60	300	254,2	333,50	p=0,001
<i>Coordination de soins</i>	132	10,6	6	31	26,8	42,21	308	24	11	48	40,7	49,80	p<0,001
Orienter le patient vers une autre institution de services d'aides et de soins	30	30	15	60	47,2	60,45	66	20	10	30	35,9	51,16	p=0,033
Effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives	17	60	25	127,5	84,1	77,53	58	17,5	10	46,25	41,0	55,62	p=0,005
<i>Aide matérielle</i>	6	18	8,75	40	21,7	15,06	61	10	5	30	23,7	30,00	p=0,596
<i>Aide sociale et administrative</i>	85	11,7	5	20	15,8	14,40	227	7,5	3,333 3	20	18,2	37,26	p=0,037
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	56	30	15	80	59,6	75,24	120	20	10	50	62,5	247,79	p=0,007
Coordonner des aides et des services pour le patient	9	90	22,5	147,5	88,9	63,68	41	22	10	55	43,4	66,28	p=0,027
<i>Aide financière et administrative</i>	46	6,7	3,125	10,8333	9,4	9,29	174	6,7	2,5	14,2	17,9	66,85	p=0,874
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	28	30	20	40	43,2	57,19	69	20	10	40	94,8	538,30	p=0,038
<i>Aide juridique et administrative</i>	40	6,7	3	13	9,6	9,51	206	7,5	3,333 3	16	16,6	39,20	p=0,592
Donner une information, un renseignement ou un avis éclairé	19	30	10	40	31,6	25,98	91	13	10	30	22,1	25,62	p=0,018
Prévention	10	6	2,5	8,125	7,9	9,52	39	5,0	4	15	9,9	11,03	p=0,626
<i>Défense des intérêts</i>	25	15	10	35	77,4	204,56	22	10	5	16,25	14,8	14,83	p=0,020
Défense des intérêts individuels	25	30	20	55	153,6	409,40	17	10	10	22,5	19,7	17,93	p=0,001
<i>Signalement</i>	4	12,5	6	15	11,3	4,79	10	6,75	5	13,875	11,4	12,78	p=0,434
Activités qui ne sont pas en lien avec le patient	153	4,9	2	10	8,7	13,96	331	13,5	6	24,3	17,6	15,30	p<0,001
<i>Développement de compétences</i>	62	8,3	3	14,375	9,5	7,61	185	8,3	4	20	15,3	18,15	p=0,138
Réfléchir à propos de ses propres interventions	27	60	20	90	57,8	36,09	103	30	15	60	47,4	52,11	p=0,025
Contribuer à la formation des étudiants (stages, travaux scolaires)	28	30	15	60	38,9	28,62	75	51	26	120	95,3	119,45	p=0,019
<i>Autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient</i>	143	4,3	2	15	14,5	28,91	315	17,9	9	37	28,0	29,10	p<0,001

Concertation non liée au patient	22	20	10	26,25	28,8	45,30	60	30	20	60	46,2	37,71	p=0,008
Participation à cette recherche	118	20	10	30	27,6	29,73	250	30	18,75	90	80,2	117,39	p<0,001
Activités qui ne sont pas en lien avec le travail social	80	32	6,25	75,375	46,1	52,28	82	12	3	41,55	26,1	33,45	p=0,004
Gestion administrative des patients	54	60	20	142,5	144,9	211,41	21	15	10	50	45,7	71,82	p=0,001
Autres activités en lien avec l'institution	48	450	112,5	720	504,4	537,60	21	120	52,5	300	180,7	160,07	p=0,004

Le tableau 68 rapporte une comparaison globale de l'impact temps en fonction de la taille de l'hôpital. Sont renseignées les trois catégories (en noir), les activités génériques (en italique) et les activités spécifiques significatives. Les différences statistiquement significatives sont grisées.

Les activités *liées au patient et celles qui ne sont pas en lien avec la patient* ont un impact significativement plus élevé pour les hôpitaux psychiatriques francophones de **plus de 300 lits** alors que les *activités qui ne sont pas en lien avec le travail social* ont un impact temps plus élevé pour les hôpitaux de **moins de 300 lits**.

On constate une différence statistiquement significative pour les **activités génériques** *coordination de soins, aide sociale et administrative, défense des intérêts et autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient*. L'impact temps pour *coordination de soins et autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient* est significativement plus important pour les hôpitaux de **plus de 300 lits**. L'impact temps pour *aide sociale et administrative, défense des intérêts* est significativement plus important pour les hôpitaux de **moins de 300 lits**.

L'impact temps des **activités spécifiques** *entretien de soutien, anamnèse psychosociale, faire un rapport écrit, coord. orienter le patient vers une autre institution, coord. effectuer et accompagner le patient dans les démarches administratives, aide sociale donner une information, aide sociale coordonner des aides, aide financière donner une information, aide juridique donner une information, défense des intérêts individuels et réfléchir à propos de ses interventions* est significativement plus important pour les hôpitaux de **moins de 300 lits**. L'impact temps des activités spécifiques *médiation, gestion du dossier social, contribuer à la formation des étudiants, concertation non liée au patient et participation à cette recherche* est significativement plus important pour les hôpitaux de **plus de 300 lits**.

Enfin, l'impact temps pour la *gestion administrative des patients et autres activités en lien avec l'institution* est significativement plus important pour les hôpitaux de **moins de 300 lits**.

5.4. Facteurs d'influence sur la charge de travail du travailleur social

Ce chapitre aborde d'abord l'élaboration d'un questionnaire sur les facteurs d'influence du travail social et l'analyse des résultats y afférents. La seconde partie traite des résultats pour la Belgique, vient ensuite une comparaison entre les résultats francophones et néerlandophones et enfin, les résultats sont proposés selon la stratification public-privé et petit-grand hôpital.

5.4.1. Méthode

Ce questionnaire a interrogé les travailleurs sociaux sur les facteurs influençant leur charge de travail. Il ne portait pas, ici, sur les activités génériques et spécifiques. Il n'était pas obligatoire, pour remplir ce questionnaire, de connaître le manuel et d'avoir réussi les tests. Ceci a permis de récolter des résultats pour la situation de toute la Belgique.

Questionnaire

Au cours de l'étude dans les hôpitaux généraux et universitaires, des facteurs influençant la charge des travailleurs sociaux dans les hôpitaux ont été identifiés sur base d'étude de la littérature et de séances de brainstorming. Cette liste de facteurs et de définitions a été présentée au Comité de pilotage pour la recherche dans les hôpitaux psychiatriques. La liste de facteurs et de définitions a été adaptée sur base des discussions²⁴. Finalement, 29 facteurs ont été retenus. Ils ont été divisés en différentes catégories :

- Facteurs sociaux
- Facteurs liés à l'hôpital
- Facteurs liés au service social
- Facteurs liés au patient/son réseau informel

La liste complète des définitions se trouve dans l'annexe 17.

Tous les facteurs d'influence ont fait l'objet d'un questionnaire. La première partie du questionnaire portait sur des données générales en rapport avec le travailleur social afin de pouvoir dresser un profil démographique des participants. Ensuite, pour les 29 facteurs, on a vérifié dans quelle mesure ils engendraient une augmentation de la charge de travail ainsi que la fréquence de ces facteurs dans la pratique. Pour ces deux questions, une échelle à 6 degrés a été proposée²⁵. Pour terminer, les participants pouvaient indiquer si d'autres facteurs influençaient leur charge de travail (voir annexe 17).

Le questionnaire évalue la charge de travail :

*La **charge de travail** est l'ensemble des activités effectuées sur une journée par le travailleur social. C'est une donnée objective. Un travailleur social peut par exemple réaliser 10 activités sur sa journée. Par une augmentation de la charge de travail due à un facteur d'influence X,*

²⁴ Le Comité de pilotage s'est réuni le 8 mai 2013

²⁵ « Pas d'influence, très peu d'influence, peu d'influence, influence raisonnable, beaucoup d'influence, très grande influence » et « jamais, annuellement, semestriellement, mensuellement, hebdomadairement, quotidiennement »

ce travailleur n'effectuera que 6 activités au lieu des 10 ou il effectuera ces 10 activités dans des conditions qui affecteront leur qualité.

Les assistants sociaux devaient chaque fois – en partant de la fonction de travailleur social-, vérifier si un facteur déterminé pouvait avoir un impact négatif entravant leur pratique et la fréquence à laquelle le travailleur social pouvait être momentanément confronté à l'impact négatif de ce facteur déterminé.

La version électronique de ce questionnaire a été réalisée dans le programme « Jotform »

Déroulement

Début juin 2013, le lien électronique vers le questionnaire, la liste des définitions des facteurs d'influence et la marche à suivre pour compléter le questionnaire a été envoyé aux répondants des hôpitaux psychiatriques (voir annexe 17).

Analyses

Etant donné que certains facteurs ont une grande influence mais une fréquence faible et d'autres plus fréquents mais sans grande influence, l'équipe de recherche a opté pour le calcul d'un facteur impact. Chaque catégorie de réponse s'est vu attribué un chiffre (de 1 à 6)²⁶. L'impact est le produit de la fréquence et du niveau d'influence, son résultat est donc compris entre 1 et 36.

L'équipe a calculé pour chaque facteur d'influence la somme des impacts, la médiane, les premier et troisième quartiles. Les facteurs dont les médianes sont supérieures ou égales à 25 sont indiquées en vert ; les facteurs dont les médianes sont inférieures ou égales à 10 sont indiquées en jaune (voir tableau 69).

L'équipe a ensuite comparé les facteurs d'influence en fonction de la taille des hôpitaux et de leur statut. Pour ce faire, dans un premier temps, la distribution de la population a été examinée avec les QQ-plots et les histogrammes. La distribution des données n'étant pas normale, le test statistique non paramétrique de Mann-Whitney a été utilisé pour détecter d'éventuelles différences significatives entre la région francophone et la région néerlandophone, entre les hôpitaux publics et privés et entre les petits et grands hôpitaux. On parle de différence statistiquement significative lorsque la p-valeur est inférieure à 0,05.

²⁶ aucune/jamais = 1, très faible/annuelle = 2, faible/biannuelle = 3, moyenne/mensuelle = 4, forte/hebdomadaire = 5, très forte/quotidienne = 6

5.4.2. Résultats

189 travailleurs sociaux ont complété le questionnaire sur les facteurs d'influence du travail social. Le taux de réponse est de 76% (84% pour la partie néerlandophone et 56% pour la partie francophone). Ce taux s'explique par l'absence des travailleurs sociaux partis en congé.

5.4.2.1. Facteurs d'influence sur la charge de travail du travailleur social dans les hôpitaux psychiatriques belges

Tableau 69: Facteurs d'influence sur la charge de travail du travailleur social dans les hôpitaux psychiatriques belges

Belgique (n=189)						
Facteur d'influence		som	méd	Q1	Q3	ET
Facteurs sociaux	Décisions prises par les autorités	2878	15	9	20	11
	Manque de financement du travail social	3064	16	8	25	17
	Evolution rapide de la société	3869	20	16	25	10
	Manque structurel en matière de dispositifs autres que des hôpitaux psychiatriques	4638	25	18	30	12
	Réflexions de la société à propos de la psychiatrie	3665	18	12	25	13
Facteurs liés à l'hôpital	Structure de l'hôpital	2869	16	9	20	11
	Culture de l'hôpital	2960	16	9	20	11
	Localisation de l'hôpital	1799	6	3	16	13
	Manque de reconnaissance du travail social par la direction	2588	12	6	20	14
	Manque de clarté des rôles et des responsabilités à chaque échelon de l'hôpital	2955	16	9	20	11
	Manque de formation(s) et de possibilité(s) de développement professionnel	1761	9	4	12	8
	Manque de moyens et le déséquilibre financiers à l'hôpital	2235	9	4	16	12
	Manque en infrastructure	2646	12	4	24	20
	Manque de soutien administratif des travailleurs sociaux	2869	15	6	24	18
	Lieu de travail	2481	12	3	20	17
Facteurs liés à l'organisation du/des services	Supérieur hiérarchique qui N'est PAS un travailleur social	1780	8	1	15	14
	Supérieur hiérarchique qui EST un travailleur social	1513	4	1	12	11
	Gestion du travail social par le supérieur hiérarchique	2217	12	4	16	12
	Vision et culture du service social	2111	9	4	16	12
	Type de service	4295	25	16	30	14
	Caractéristiques de l'infirmier en chef/médecin/d'autres professionnels du service	3695	20	12	25	13
	Interruptions dans le travail	5005	25	22	36	14
	Lourdeur du travail	3843	20	16	25	9

Facteur d'influence		som	méd	Q1	Q3	ET
Facteurs liés au patient/son réseau informel	Caractéristiques du patient	3691	20	12	25	13
	Besoins en soins du patient/complexité de sa maladie	4709	25	20	30	10
	Manque d'implication/collaboration/autonomie du patient par rapport aux services d'aides et de soins	4430	24	20	30	10
	Absence d'un réseau ou surmenage du réseau social autour	4184	20	16	30	14
	Manque d'implication/collaboration/autonomie du réseau informel du patient	3702	20	16	25	9
	Absence d'un réseau professionnel d'aides et de soins	4199	24	16	25	9

Les *facteurs en lien avec le patient* et son réseau ont l'impact le plus important (la médiane de ces facteurs se situe entre 20 et 24). Les *besoins en soins du patient/complexité* de sa maladie obtiennent l'impact le plus élevé avec une médiane de 25. Les *interruptions dans le travail* sont le facteur le plus influent sur la charge de travail des travailleurs sociaux²⁷. Les autres facteurs dont la médiane est également élevée sont le *manque structurel* en matière de dispositifs autres que des hôpitaux psychiatriques et le *type de service* (voir tableau 69).

Avoir un « *supérieur hiérarchique qui EST un travailleur social* » est le facteur à la plus faible influence. L'influence sur la lourdeur de travail est également faible pour : *la localisation de l'hôpital, le manque de formation(s) et de possibilité(s) de développement professionnel, le manque de moyens et le déséquilibre financiers à l'hôpital, le supérieur hiérarchique qui n'est pas un travailleur social et enfin la vision et culture du service social* (voir tableau 69).

Les travailleurs sociaux avaient également la possibilité d'ajouter dans le questionnaire d'autres facteurs d'influence. Ils sont mentionnés par un à trois répondants (voir annexe 18).

²⁷ Sur base de la médiane et de l'écart-type.

5.4.2.2. Facteurs d'influence sur la charge de travail du travailleur social dans les hôpitaux psychiatriques en fonction du régime linguistique

Tableau 70: Facteurs d'influence sur la charge de travail du travailleur social dans les hôpitaux psychiatriques en fonction du régime linguistique

Stratification en fonction du régime linguistique													
Facteur d'influence		Néerlandophone (n=151)					Francophone (n=38)					p-valeur	
		som	méd	Q1	Q3	ET	som	méd	Q1	Q3	IQR		
Facteurs sociaux	Décisions prises par les autorités	2328	15	9	20	11	550	16	8	20	13	p=0,721	
	Manque de financement du travail social	2419	16	8	25	17	645	16	9	25	16	p=0,601	
	Evolution rapide de la société	3161	20	16	25	9	708	16	12	25	13	p=0,131	
	Manque structurel en matière de dispositifs autres que des hôpitaux psychiatriques	3711	25	16	30	14	927	25	20	32	12	p=0,889	
	Réflexions de la société à propos de la psychiatrie	2992	18	16	25	9	673	18	9	25	16	p=0,209	
Facteurs liés à l'hôpital	Structure de l'hôpital	2231	16	9	20	11	638	16	4	25	21	p=0,319	
	Culture de l'hôpital	2284	12	9	20	11	676	16	9	25	16	p=0,195	
	Localisation de l'hôpital	1412	6	3	16	13	387	9	3	16	13	p=0,551	
	Manque de reconnaissance du travail social par la direction	2092	12	6	20	14	496	12	4	20	16	p=0,654	
	Manque de clarté des rôles et des responsabilités à chaque échelon de l'hôpital	2373	16	9	20	11	582	16	9	21	12	p=0,999	
	Manque de formation(s) et de possibilité(s) de développement professionnel	1439	9	4	15	11	322	9	1	12	11	p=0,421	
	Facteur d'influence		Néerlandophone (n=151)					Francophone (n=38)					
			som	méd	Q1	Q3	ET	som	méd	Q1	Q3	ET	p-valeur
		Manque de moyens et le déséquilibre financiers à l'hôpital	1719	9	4	16	12	516	9	6	25	19	p=0,511
		Manque en infrastructure	2167	12	4	25	21	479	10	2	20	18	p=0,385
	Manque de soutien administratif des travailleurs sociaux	2328	15	8	24	16	541	14	4	21	17	p=0,539	
	Lieu de travail	2040	12	4	24	20	441	12	2	20	18	p=0,349	
Facteurs liés à l'organisation du/des services	Supérieur hiérarchique qui N'est PAS un travailleur social	1327	6	1	12	11	453	12	4	20	16	p=0,024	
	Supérieur hiérarchique qui EST un travailleur social	1140	4	1	12	11	373	7	1	17	16	p=0,331	
	Gestion du travail social par le supérieur hiérarchique	1692	9	4	16	12	525	12	6	20	14	p=0,064	
	Vision et culture du service social	1607	9	4	16	12	504	12	4	20	16	p=0,198	
	Type de service	3504	25	16	30	14	791	22	12	30	18	p=0,263	

	Caractéristiques de l'infirmier en	2946	20	12	25	13	749	20	12	30	18	p=0,722
	Interruptions dans le travail	4021	25	24	36	12	984	30	20	36	16	p=0,989
	Lourdeur du travail	3063	20	16	25	9	780	24	15	30	15	p=0,623
Facteurs liés au patient/son réseau informel	Caractéristiques du patient	2711	16	12	24	12	980	25	23	30	7	p<0,001
	Besoins en soins du patient/complexité de sa maladie	3740	25	20	30	10	969	25	20	30	10	p=0,944
	Manque d'implication/collaboration/autonomie du patient par rapport aux	3476	24	16	30	14	954	25	20	30	10	p=0,213
	Absence d'un réseau ou surmenage du réseau social autour	3272	20	16	25	9	912	25	20	30	10	p=0,070
	Manque d'implication/collaboration/autonomie du réseau informel du patient	2877	16	15	25	10	825	20	16	26	10	p=0,019
	Absence d'un réseau professionnel d'aides et de soins	3289	20	16	25	9	910	24	20	30	10	p=0,091

Les valeurs significatives (en dessous de 0,050) sont grisées

L'analyse selon le rôle linguistique montre des différences statistiquement significatives pour trois facteurs d'influence. Si le *supérieur hiérarchique n'est pas un travailleur social*, l'influence sur le travail est plus importante dans les **hôpitaux francophones**. De même, les *caractéristiques du patient* et le *manque d'implication/collaboration/autonomie du réseau informel du patient* ont un impact significatif plus important sur le travail dans les **hôpitaux francophones** (voir tableau 70).

5.4.2.3. Facteurs d'influence sur la charge de travail du travailleur social dans les hôpitaux psychiatriques en fonction du statut

Tableau 71: Facteurs d'influence sur la charge de travail du travailleur social dans les hôpitaux psychiatriques en fonction du statut

Stratification en fonction du statut												
Facteur d'influence		Public (n=37)					Privé (n=152)					p-valeur
		som	méd	Q1	Q3	ET	som	méd	Q1	Q3	ET	
Facteurs sociaux	Décisions prises par les autorités	596	16	10	22	13	2282	14	8	20	12	p=0,283
	Manque de financement du travail social	676	20	12	25	13	2388	16	8	25	17	p=0,132
	Evolution rapide de la société	722	16	16	25	10	3147	20	15	25	10	p=0,445
	Manque structurel en matière de dispositifs autres que des hôpitaux psychiatriques	900	25	20	30	10	3738	25	16	30	14	p=0,765
	Réflexions de la société à propos de la psychiatrie	675	16	12	25	13	2990	19	13	25	12	p=0,458
Facteurs liés à l'hôpital	Structure de l'hôpital	651	16	9	25	16	2218	14	9	20	11	p=0,102
	Culture de l'hôpital	719	16	12	28	16	2241	12	9	20	11	p=0,009
	Localisation de l'hôpital	366	9	4	16	12	1433	6	3	16	13	p=0,509
	Manque de reconnaissance du travail social par la direction	575	16	10	22	12	2013	12	6	20	14	p=0,098
	Manque de clarté des rôles et des responsabilités à chaque échelon de l'hôpital	618	16	12	20	8	2337	16	9	20	11	p=0,192
	Manque de formation(s) et de possibilité(s) de développement professionnel	347	9	6	12	6	1414	9	3	15	12	p=0,605
	Manque de moyens et le déséquilibre financiers à l'hôpital	594	12	7	25	18	1641	9	4	16	12	p=0,002
	Manque en infrastructure	513	10	4	24	21	2133	12	4	24	20	p=0,972
	Manque de soutien administratif des travailleurs	468	12	4	20	16	2401	16	8	25	17	p=0,147
	Lieu de travail	540	16	5	22	18	1941	9	2	20	18	p=0,250
Facteurs liés à l'organisation du/des services	Supérieur hiérarchique qui N'est PAS un travailleur social	449	12	7	19	12	1331	6	1	12	11	p=0,003
	Supérieur hiérarchique qui EST un travailleur social	362	6	1	17	16	1151	4	1	12	11	p=0,140
	Gestion du travail social par le supérieur hiérarchique	502	12	6	20	14	1715	9	4	16	12	p=0,050
	Vision et culture du service social	459	12	5	20	15	1652	9	4	16	12	p=0,260
	Type de service	893	25	17	33	16	3402	25	16	30	14	p=0,359
	Caractéristiques de l'infirmier en chef/médecin/d'autres	780	20	16	25	10	2915	20	12	25	13	p=0,247

	Facteur d'influence	Public (n=37)					Privé (n=152)					p-valeur
		som	méd	Q1	Q3	ET	som	méd	Q1	Q3	ET	
	Interruptions dans le travail	1029	30	24	36	12	3976	25	20	36	16	p=0,328
	Lourdeur du travail	812	24	16	28	12	3031	20	16	25	9	p=0,206
Facteurs liés au patient/son réseau informel	Caractéristiques du patient	870	25	18	30	12	2821	18	12	24	12	p=0,002
	Besoins en soins du patient/complexité de sa	883	24	17	30	13	3826	25	20	30	10	p=0,223
	Manque d'implication/collaboration/autonomie du patient par rapport	946	25	20	30	10	3484	24	17	30	14	p=0,081
	Absence d'un réseau ou surmenage du réseau social	849	24	20	28	8	3335	20	16	30	14	p=0,426
	Manque d'implication/collaboration/autonomie du réseau informel du patient	736	20	16	25	9	2966	19	16	25	9	p=0,610
	Absence d'un réseau professionnel d'aides et de soins	879	24	20	30	10	3320	20	16	25	9	p=0,234

* Les valeurs significatives (en dessous de 0,050) sont grisées

Plusieurs facteurs d'influence ont un impact significativement plus important sur la charge de travail des **hôpitaux psychiatriques publics**.

Parmi les facteurs liés à l'hôpital, la *culture de l'hôpital et le manque de moyens et le déséquilibre financiers à l'hôpital* ont un impact plus important sur le travail des assistants sociaux des hôpitaux publics.

Parmi les facteurs liés à l'organisation du/des services, le *supérieur hiérarchique qui n'est pas un travailleur social et la gestion du travail social par le supérieur hiérarchique* ont une influence très importante sur la charge de travail.

Enfin, les caractéristiques du patient ont également une très forte influence (voir tableau 71).

5.2.4.4. Facteurs d'influence sur la charge de travail du travailleur social dans les hôpitaux psychiatriques en fonction de la taille de l'hôpital

Tableau 72: Facteurs d'influence sur la charge de travail du travailleur social dans les hôpitaux psychiatriques en fonction de la taille de l'hôpital

Stratification en fonction de la taille de l'hôpital												
Facteur d'influence		Petit (< 300 lits) (n=83)					Grand (≥300 lits) (n=106)					p-valeur
		som	méd	Q1	Q3	ET	som	méd	Q1	Q3	ET	
Facteurs sociaux	Décisions prises par les autorités	1207	16	8	20	12	1671	14	9	20	11	p=0,575
	Manque de financement du travail social	1454	16	9	25	16	1610	15	6	24	18	p=0,118
	Evolution rapide de la société	1775	20	16	30	14	2094	20	15	25	10	p=0,160
	Manque structurel en matière de dispositifs autres que des hôpitaux psychiatriques	2131	25	20	36	16	2507	24	16	30	14	p=0,081
	Réflexions de la société à propos de la psychiatrie	1631	16	12	25	13	2034	20	12	25	13	p=0,921
Facteurs liés à l'hôpital	Structure de l'hôpital	1281	16	9	20	11	1588	16	8	20	12	p=0,869
	Culture de l'hôpital	1293	15	9	24	15	1667	16	9	20	11	p=0,794
	Localisation de l'hôpital	776	6	3	16	13	1023	8	3	16	13	p=0,674
	Manque de reconnaissance du travail social par la direction	1230	12	6	20	14	1358	12	6	20	14	p=0,319
	Manque de clarté des rôles et des responsabilités à chaque échelon de l'hôpital	1391	16	9	24	15	1564	16	9	20	11	p=0,243
	Manque de formation(s) et de possibilité(s) de développement professionnel	838	9	4	16	12	923	9	4	12	8	p=0,306
	Manque de moyens et le déséquilibre financiers à l'hôpital	981	9	4	16	12	1254	10	4	16	12	p=0,916
	Manque en infrastructure	1267	12	4	25	21	1379	10	4	20	16	p=0,229
	Manque de soutien administratif des travailleurs	1356	16	6	25	19	1513	12	6	20	14	p=0,324
Lieu de travail	1107	9	2	24	22	1374	12	4	20	16	p=0,864	
Facteurs liés à l'organisation du/des services	Supérieur hiérarchique qui N'est PAS un travailleur social	825	9	1	15	14	955	8	1	12	11	p=0,826
	Supérieur hiérarchique qui EST un travailleur social	590	3	1	12	11	923	4	1	16	15	p=0,084
	Gestion du travail social par le supérieur hiérarchique	988	10	4	16	12	1229	12	4	16	12	p=0,936
	Vision et culture du service social	946	9	4	16	12	1165	9	4	18	14	p=0,791

	Type de service	1809	25	16	30	14	2486	25	16	30	14	p=0,348
	Caractéristiques de l'infirmier en chef/médecin/d'autres	1537	20	12	25	13	2158	20	12	25	13	p=0,226
	Facteur d'influence	Petit (< 300 lits) (n=83)					Grand (≥300 lits) (n=106)					
		som	méd	Q1	Q3	ET	som	méd	Q1	Q3	ET	p-valeur
	Interruptions dans le travail	2088	25	20	36	16	2917	30	24	36	12	p=0,178
	Lourdeur du travail	1734	20	16	25	9	2109	20	16	25	9	p=0,235
Facteurs liés au patient/son réseau informel	Caractéristiques du patient	1533	18	10	24	14	2158	20	14	25	11	p=0,138
	Besoins en soins du patient/complexité de sa maladie	2065	25	18	30	12	2644	25	20	30	10	p=0,906
	Manque d'implication/collaboration/autonomie du patient par rapport	1912	24	18	30	12	2518	25	20	30	10	p=0,416
	Absence d'un réseau ou surmenage du réseau social	1817	20	16	30	14	2367	20	16	26	10	p=0,638
	Manque d'implication/collaboration/autonomie du réseau informel du patient	1640	20	16	25	9	2062	20	16	25	9	p=0,847
	Absence d'un réseau professionnel d'aides et de soins	1853	24	16	25	9	2346	22	16	25	9	p=0,750

* Les valeurs significatives (en dessous de 0,050) sont grisées

Aucune différence statistiquement significative n'est à observer selon l'analyse en fonction de la taille de l'hôpital.

Chapitre 6 : Discussion

Ce chapitre du rapport traite des résultats les plus importants. Les chefs de service et les responsables de département du service social des hôpitaux psychiatriques ont été sollicités pour des commenter et discuter les résultats. Les résultats ont été appuyés par la littérature.

Puisque l'analyse des résultats s'est effectuée par régime linguistique, la discussion procède du même principe. Les résultats présentés par régime linguistique ciblent d'abord l'importance des activités, ensuite la fréquence et de la durée des activités et enfin la taille et le statut des hôpitaux.

Le présent chapitre se termine par une analyse des facteurs d'influence sur la charge de travail du service social de l'hôpital psychiatrique. Nous sommes partis des résultats pour la Belgique pour ensuite discuter des différences entre la région néerlandophone et la région francophone, les hôpitaux publics et privés et les petits et grands hôpitaux.

Finalement, des limites à cette recherche et des recommandations pour une recherche future ont été formulées.

6.1. Région néerlandophone

6.1.1. Importance accordée aux activités

Les interventions psychosociales, l'aide sociale et administrative et l'aide financière et administrative sont les activités génériques jugées les plus importantes par les travailleurs sociaux des hôpitaux psychiatriques. Les **autres activités qui ne sont pas en lien avec le patient** est l'activité générique la moins importante.

Il n'est pas étonnant de constater que les activités ciblées sur le patient obtiennent un score élevé en matière d'importance pour les chefs de service et responsables du service social. Le travailleur social est confronté à pas mal de difficultés liées à l'organisation, à l'équipe, au gestionnaire financier (ex : les Autorités), au réseau social du patient et au patient lui-même. Se concentrer sur les besoins en soins du patient, collaborer avec lui et pour lui sont les fondements de l'aide d'un travailleur social (Holstvoogd, 2006; Snellen, 2007; De Vries, 2010).

Interventions psychosociales

Le référentiel de compétences de l'Association néerlandaise des Travailleurs sociaux (NVMW) définit la mission du service social comme suit :

« Les travailleurs sociaux font en sorte que les personnes s'épanouissent dans leur environnement en les respectant et en tenant compte de leurs besoins et des personnes avec qui elles vivent (Jagt, 2006). »

Le manuel pour la classification des activités du travail social à l'hôpital définit les interventions psychosociales comme :

« un accompagnement qui vise essentiellement à influencer l'interaction entre la personne (image de soi, vécu subjectif, comportement et façon de penser) et son entourage (manière de communiquer) par le maintien, le soutien, la restauration, la correction, l'encouragement, le développement et la restructuration de l'interaction entre l'individu et son entourage. »

On peut donc dire que les interventions psychosociales relèvent de la mission des travailleurs sociaux.

Les problèmes de la plupart des patients sont complexes et de natures différentes. Etant donné que les interventions psychosociales sont le fil conducteur des activités d'un travailleur social et que les difficultés d'un patient sont complexes, les interventions psychosociales ont été citées très souvent et sont donc considérées comme importantes par les travailleurs sociaux. Cela se traduit également dans le temps investi pour cette activité générique.

Les **activités spécifiques** les plus importantes en matière d'interventions psychosociales sont la prise en charge psychosociale et l'accompagnement psychosocial. Les entretiens de soutien occupent la dernière place du classement.

Les chefs du service social en psychiatrie ne sont pas étonnés de constater que la prise en charge est jugée très importante par les travailleurs sociaux. Ils estiment que c'est la forme d'interventions psychosociales la plus adaptée au patient. Si les admissions étaient plus longues et de ce fait qu'une relation entre travailleur social et patient plus solide puisse s'établir, cette activité spécifique serait encore plus effectuée dans la pratique. Dans la question générale sur l'importance, 32% des travailleurs sociaux indiquent qu'il ne savent pas la prendre en charge et 24% qu'ils ne peuvent pas.

De la même manière, l'accompagnement prend une place importante. Les travailleurs sociaux des hôpitaux psychiatriques voient en cela le reflet d'un travail spécifique du service social en hôpital psychiatrique. L'accompagnement du patient en matière de relations sociales, travail et autre est essentiel pour l'aide et le soutien aux patients psychiatriques. Cela ressort également des pourcentages élevés de travailleurs sociaux qui ont déterminé des méthodes ou thématiques lors de l'inventorisation des activités du travail social dans les hôpitaux psychiatriques. On retrouve régulièrement l'accompagnement dans les méthodes de tous les travailleurs sociaux. De même les thématiques de resocialisation et de réintégration (96%) ainsi que le réseau social et les contacts sociaux (98%) obtiennent des pourcentages élevés. L'accompagnement connaît un fort impact sur l'investissement en temps.

Il n'y a aucune explication pour étayer le bas score d'importance obtenu pour l'activité spécifique de soutien. À partir du questionnaire d'importance, on voit que 99% des travailleurs sociaux semblent trouver qu'il s'agit bien d'une activité importante, mais l'accompagnement et la prise en charge ont une préférence car c'est la forme la plus intensive de la dispensation de l'aide. En pratique, beaucoup de temps est effectivement investi dans l'activité spécifique de soutien.

On peut supposer que l'impact sur le temps investi pour soutenir, accompagner et prendre en charge est encore plus élevé dans la réalité. Si les travailleurs sociaux se déplacent ensemble avec le patient, ils devaient le coder dans « autres activités non liées au patient : déplacements ». Les

travailleurs sociaux ont indiqué qu'une partie de leurs interventions psychosociales étaient « perdues » étant donné le temps investi aux déplacements avec le patient.

Aide sociale et administrative

Le travail social est une discipline qui depuis plusieurs années s'active à faire face au bien-être social et à la politique sociale (Australian association of social workers, 2008). Selon l'association internationale des écoles sociales cela représente le fondement de la profession et cela détermine des standards pour la formation des travailleurs sociaux. Un de ces aspects essentiels de la formation réside dans le développement de la connaissance de la politique sociale, des dispositifs et de la législation à tous les niveaux (Sewpaul & Jones, 2004). Cette connaissance est nécessaire pour qu'un travailleur social puisse opérer des choix adaptés en vue de l'aide à apporter au patient (Gambrill, 2012).

Par la connaissance en matière de sécurité sociale et d'aide sociale, le travailleur social se doit d'être au service du patient. L'aide sociale et administrative constitue un bon point de départ pour construire une relation d'aide et de soutien avec le patient.

L'administration et les activités pratiques sont les premiers domaines qui semblent négligés en cas par exemple de problèmes psychiques (Holstvoogd, 2006). Vu que les problèmes psychiques se manifestent souvent au jeune âge (Bonnewyn et al., 2007), une carrière professionnelle pour les patients psychiatriques est souvent limitée ou inexistante. Beaucoup de patients n'ont pas droit des indemnités de maladie ou d'invalidité.

Les premières questions qu'un patient psychiatrique pose auprès d'un travailleur social sont souvent de nature sociale et administrative. Si le patient repose les aides et soutiens, des problèmes d'ordre administratifs peuvent être le point de départ pour construire une relation de confiance avec lui (Holstvoogd, 2006).

Il n'est pas très étonnant d'observer que **le soutien administratif est l'activité spécifique la plus importante** de l'aide sociale et administrative. Des étapes courtes et souvent simples permettent de régler les difficultés administratives, de préciser la maladie et d'attribuer un revenu éventuel. Ces méthodes garantissent un résultat rapide et sont la première phase pour travailler ensemble avec le patient à résoudre des problèmes complexes (Holstvoogd, 2006).

Il est étonnant de constater que l'activité spécifique *collaborer avec les services pour le patient* obtient un faible score, étant donné que la concertation et l'échange d'information avec les instances comme par exemple une mutualité sont indispensables pour mettre en ordre les aspects socio-administratifs.

La coordination de l'aide et du soin est bien la seconde activité spécifique la plus importante car elle comporte l'activité de *collaborer avec les services pour le patient*. Il est possible que les problèmes complexes des patients exigent une coordination de différentes organisations et que c'est une forme d'aide et de soutien vue comme la plus appropriée. L'analyse récente d'Itenera en matière de santé mentale montre les difficultés du morcellement en matière d'aide et de soutien et le manque de communication entre les différents échelons. Ils montrent la nécessité d'améliorer la coordination de l'aide dispensée (Van Herck & Van De Cloot, 2013).

Aide financière et administrative

Les problèmes psychiques sont souvent liés à la pauvreté et aux problèmes financiers. Les personnes à bas revenu ont un plus grand risque de présenter des problèmes psychiques et des problèmes financiers (Skuse, 2009). De plus des personnes avec une problématique psychologique sont souvent exclues du marché du travail. Elles n'ont pas de diplôme, sont au chômage ou obtiennent un travail subalterne (Van Herck en Van De Cloot, 2013).

Les dettes, le manque de gestion administrative, la perte de revenu ou ne plus pouvoir gérer son budget sont des difficultés courantes chez les patients psychiatriques soutenus par les travailleurs sociaux.

Comme pour l'aide sociale et administrative, **l'activité spécifique du soutien administratif obtient un score élevé en matière d'importance**. On peut supposer que ce sont les premiers problèmes sur lesquels un travailleur social peut travailler avec le patient. Les problèmes administratifs permettent donc de débiter la relation d'aide avec le patient.

Collaborer avec les services est, selon les travailleurs sociaux, l'activité spécifique la moins importante, mais à nouveau on peut supposer que coordonner – la seconde activité spécifique la plus importante – a la préférence chez les travailleurs sociaux confrontés à des patients aux problèmes souvent complexes. Mettre en rapport les différents partenaires sociaux (enseignement, ONEM, FOREM, mutualités,...) est présenté par Itenara comme une étape essentielle pour espérer une réhabilitation et une resocialisation des patients psychiatrique plus réussie (Van Herck & Van De Cloot, 2013).

On remarque qu'il existe un l'investissement en temps moins important pour l'aide financière et administrative. Cette activité générique arrive en 7ème place dans le classement de l'investissement en temps et la première activité spécifique en matière d'aide financière et administrative –le soutien administratif- arrive à la 14ème place du classement. Les chefs de services sociaux psychiatriques avaient prévu, ici, un investissement en temps plus important. On peut supposer que ces activités sont très importantes dans le soutien du patient mais qu'elles demandent un investissement en temps peu important.

6.1.2. Classement selon le temps investi

Les enquêtes et rapports, la coordination des soins et les interventions psychosociales apparaissent comme les plus chronophages. Le soutien psychosocial a déjà été abordé au point 6.1.1

Enquêtes et rapports

Les enquêtes et rapports ont le plus grand impact en pratique, mais arrivent à la cinquième place sur le plan de l'importance. Du questionnaire d'importance, il ressort que 96% des travailleurs sociaux estiment très importants les enquêtes et rapports, et tous les travailleurs sociaux trouvent importantes l'anamnèse psychosociale et l'exploration sociale. Seuls les enregistrements sont considérés par 78% des travailleurs sociaux comme importants.

De l'inventorisation des activités du travail social dans les hôpitaux, les enquêtes et rapports semblent une thématique générale chez les travailleurs sociaux. Les thèmes comme concertation

avec les patients/la famille/les aidants informels/des tiers importants, la gestion de dossier et les entretiens d'écoute avec le patient sont cités parmi les 15 thèmes les plus importants.

Une cinquième place pour cette activité liée au patient, les hauts pourcentages obtenus dans le questionnaire d'importance et le temps investi, permet de supposer que cette activité générique est essentielle pour les travailleurs sociaux afin de garantir une aide et un soutien de qualité au patient.

Le classement de l'**activité spécifique selon l'impact en temps investi** montre que toutes les activités spécifiques des enquêtes et rapports ont un impact très élevé. La **gestion du dossier social** arrive à la seconde place du classement, l'anamnèse psychosociale et exploration sociale à la neuvième, les enregistrements à la 11^e, faire un rapport écrit à la 12^e et les visites à l'extérieur à la 21^e.

De même, la littérature décrit que la pression peut être mesurable (Van Riet, 2006; Giles et al., 2007; De Vries, 2010). Les aides ou soutiens sociaux sont de plus en plus décrits avec des termes comme « objectifs », « comptable », « financier », « efficacité ». Le financement va de pair avec les objectifs à atteindre et les chiffres semblent plus importants que le contenu du travail. La qualité s'expriment plus dans des chiffres, mais sont en contradiction avec les soins fournis à cause d'une bureaucratisation en forte croissance (Van Riet, 2006; De Vries, 2010).

De plus obtenir des soins sociaux de qualité est de plus en plus perçu comme un droit. On remarque à cet effet un accroissement des agressions et des plaintes pour obtenir ces aides et soutiens. Les soignants s'arment de rapports et de protocoles pour montrer que les patients sont pris en charge de manière responsables (Van Riet, 2006).

En partant de la demande en soins, il existe le principe d'aide et soutien du travailleur social. Etant donné que le patient présente une situation en demande, la première étape entreprise par un travailleur social est l'entretien d'écoute avec le patient et l'exploration de la situation. Plusieurs références de la littérature méthodologique décrivent cette étape comme essentielle (Holstvoogd, 2006; Snellen, 2007; Gambrill, 2012). Ceci explique l'importance du temps investi dans les activités spécifiques **anamnèse psychologique** et **exploration sociale**

Il est remarquable de constater l'ordre d'importance des activités spécifiques des enquêtes et rapports. La gestion du **dossier est significativement épinglée comme l'activité spécifique la plus importante**, suivi par les visites à l'extérieur et l'enregistrement. L'anamnèse psychosociale et la l'exploration sociale arrivent à la quatrième place. L'entretien d'écoute avec le patient et dresser les besoins en soins sont considérées comme une étape essentielle du processus d'aide et soutien (Holstvoogd, 2006; Snellen, 2007; Gambrill, 2012).

On peut supposer que l'importance de tenir un dossier et d'effectuer les enregistrements est plus grande, car il y a de plus en plus de systèmes d'évaluation. De la réunion du comité d'accompagnement, il est apparu dans certains hôpitaux que bien tenir un dossier est nécessaire pour garantir la qualité de l'aide et soutien et qu'il contribue à mettre un accent objectif sur le travail social.

Coordination de soins

Cette activité générique représente un grand investissement en temps, également au niveau des activités spécifiques. **Collaborer avec les services (coordination de soins) est l'activité spécifique à l'impact le plus élevé sur le plan de l'investissement en temps.**

À côté du grand investissement en temps, la coordination des soins est très souvent citée par bon nombre de travailleurs sociaux. Cela semble ressortir de l'inventaire des activités du travail social dans les hôpitaux psychiatriques. Dans le top 10 des thématiques les plus souvent relevées en matière de coordination de soins, on trouve la resocialisation et la réintégration, (collaborer avec, orienter, donner une information,...) des services sociaux (CPAS, d'un autre hôpital,...) et participer à des réunions d'équipe interdisciplinaire pour le patient.

La coordination de soins apparaît comme « propre à la profession ». Un travailleur social dans un hôpital psychiatrique fait le lien entre la société et l'hôpital. Les soins hospitaliers doivent être mis en relation avec les services d'aide et de soutien à la sortie de l'hôpital (Oktay et al., 1992, groupe de travail service social de l'hôpital, 2010; Australian association of social workers, 2008). La réintégration et la resocialisation ou orienter le patient vers des structures plus adaptées occupe aussi une place centrale dans la pratique.

Il est possible que des facteurs freins aient un rôle qui augmente le temps investi pour la coordination de soins. Un facteur d'influence important sur la charge de travail des travailleurs sociaux évalués dans la dernière partie de cette recherche, est « **le manque structurels en dispositifs autres que des institutions psychiatriques** ». Les problèmes structurels comme les longues listes d'attente, les critères qui limitent les admissions, une offre limitée pour des groupes de patients spécifiques,... font que les possibilités d'aider certains patients de manière adéquate sont réduites. Aussi bien les patients que les aidants informels se retrouvent dans des situations souvent insoutenables. Le travailleur social doit en tenir compte, pressé par le temps et influencé par la situation difficile du patient et de son entourage. Les activités spécifiques coordonner et collaborer avec les services liés au patient sont indispensables.

Dans la littérature, on trouve également que l'évolution de la société entraîne un morcellement et un manque d'offres en aide et soutien. Les structures extramurales sont souvent trop peu développées, principalement à cause de financements mal répartis entre les hôpitaux psychiatriques (58% des moyens) et les autres structures (28% habitations protégées, MSP, 13% dans les services de santé mentale ambulatoires et 1% dans les soins de santé mentale de première ligne) (Cools, 2006). Un manque d'accord entre les différentes autorités, le manque de communication et de collaboration entre les différents dispositifs et prestataires de soins, es problématiques complexes des patients, les listes d'attentes et la répartition géographique des institutions font que les patients sont souvent confrontés avec le morcellement des aides et soutiens et un déséquilibre en termes d'accès aux offres (Van Riet, 2006; Van Herck & Van De Cloot, 2013). La recherche menée par Oktay et al. (1992) met en évidence que les problèmes liés à la sortie sont causé pour un petit pourcentage par une défaillance dans la gestion du temps ou de la collaboration interdisciplinaire, principalement dû au manque de dispositifs (Oktay et al., 1992).

Malgré cet important investissement en temps, la coordination de soins semble moins importante aux yeux travailleurs sociaux des hôpitaux psychiatriques. Cette activité générique arrive en quatrième place en rang d'importance. Même si il n'existe aucune différence statistiquement

significative avec l'aide financière et administrative, les chefs de service du travail social s'attendaient à ce que cette activité soit estimée plus importante. Avec la mise en œuvre des projets article 107, bon nombre d'aspects liés à la réintégration et la resocialisation pourraient passer des hôpitaux vers les structures ambulatoires. La coordination de soins pourrait être jugée moins importante pour les travailleurs sociaux des hôpitaux.

Autres activités non liées au patient

Cette activité générique est selon les travailleurs sociaux l'activité générique la moins importante, mais elle prend la 4^e place dans le classement de l'impact en temps investi. Les travailleurs sociaux voient les activités liées au patient comme prioritaires, mais ne décrivent pas les activités non liées au patient (comme suivre une formation, concertation non liée au patient, développement de la politique, etc.) comme facilitant leur travail en lien avec le patient.

Peu d'études existent sur les activités non liées au patient dans le « paquet » de tâches du travailleur social. Une étude finlandaise montre les effets des facteurs non liés au patient sur la charge de travail des infirmiers. Ces facteurs non liés au patient sont aussi bien des facteurs d'influence – charge de travail, stress,... - que des activités non liées au patient comme le suivi des étudiants, l'accompagnement, participer à une formation et la concertation. Ces facteurs pourraient donner des informations fiables sur le travail d'un service ou d'une unité ainsi que des points clés dans le fonctionnement (Rauhala & Fagerström, 2006). La plupart des livres portant sur le travail social et les méthodes de donner des aides se limitent aux activités liées au patient. Peu d'attention est donnée à la formation dans les activités non liées au patient peut être est-ce la raison qui explique le faible intérêt des travailleurs sociaux pour cette activité.

The international association of schools of social work mentionne bien qu'un travailleur social connaît différents domaines d'activités. A côté des domaines d'activité liée au patient, un certain nombre de domaines d'activités non liées au patient sont également décrites comme la réflexion sur ses propres interventions, l'attention et la contribution au développement de la politique sociale (Sewpaul & Jones, 2004). The national association of social workers montre l'importance de la contribution constante au développement de la profession, de la connaissance, de la participation à des projets et du rôle du travail social dans la politique (National association of social workers, 2005).

Signalement en défense des intérêts

A côté des activités génériques engendrant un très grand investissement en temps, on trouve quelques activités génériques qui en engendrent très peu. Ces activités sont également essentielles pour le développement du travail social, la politique sociale et l'aide et soutien apportée aux patients psychiatriques (Australian association of social workers, 2008; Sewpaul & Jones, 2004), mais elles sont moins exercées dans la pratique. Lors du comité d'accompagnement, on a constaté que certaines activités étaient effectuées par très peu de travailleurs sociaux. Il s'agit principalement des activités génériques **signalement et défense des intérêts**. En examinant l'enregistrement en temps, il s'avère que 40 (24%) des travailleurs sociaux participants, répartis sur 19 hôpitaux, ont « signalé » dans la période d'enregistrement de 10 jours. La défense des intérêts a été effectuée par 48 (29%) travailleurs sociaux dans 20 hôpitaux.

Etant donné la mise en évidence des écueils de la politique sociale, la position en retrait de certaines personnes, le travail vers plus de justice sociale,... sont des domaines importants du travail social

(Australian association of social workers, 2008), et qu'il convient d'investir en temps et moyens. L'investissement spécifique dans cette activité demande probablement aux travailleurs sociaux de se spécialiser. Vu qu'actuellement ces responsabilités sont en pratique limitées à quelques travailleurs sociaux, il serait indiqué de dégager les agents sociaux nécessaires afin de réaliser les activités de signalement et de défense des intérêts.

Gestion administrative des patients

La gestion administrative des patients représente le plus grand investissement en temps parmi les activités non liées au travail social. Si l'on effectuait un classement complet des activités spécifiques, elle arriverait en 15^e place. Dans le questionnaire d'importance, 52% des travailleurs sociaux ont indiqué effectuer cette activité. La gestion administrative des patients a été menée durant la période d'enregistrement par 16 hôpitaux par 43 travailleurs sociaux (25%). 19 travailleurs sociaux, issus de 12 hôpitaux, l'ont menée plus qu'une fois (9%). Les travailleurs sociaux qui ne l'ont effectuée qu'une seule fois n'y ont pas consacré beaucoup de temps. On peut supposer que 19 travailleurs sociaux l'ont effectuée dans leur pratique. Cela signifie en d'autres termes, pour certains travailleurs sociaux, un gros investissement en temps pour une activité non liée au travail social.

Lors du comité d'accompagnement, il a été précisé que cette activité est attribuée à un ou plusieurs travailleurs sociaux dans quelques hôpitaux. Ces travailleurs ont le temps nécessaire mais cela agit négativement sur les activités liées au patient.

6.1.3. Différences selon la taille et le statut des hôpitaux

« Grands » hôpitaux versus « petits » hôpitaux

La coordination de soins est significativement plus importante et obtient un plus grand investissement en temps dans les hôpitaux de plus de 300 lits, tout comme l'aide matérielle.

Dans les hôpitaux de moins de 300 lits, ce sont les interventions psychosociales et l'aide financière et administrative qui sont les plus chronophages.

Seules des suppositions peuvent être émises pour expliquer ces différences. Beaucoup de hôpitaux psychiatriques ont fusionnés ces dernières années. Des économies d'échelles exigent plus de moyens financiers, plus de possibilités de se moderniser afin de répondre aux besoins de la société (Dupont, 2011). Il est possible qu'une diminution des moyens financiers est plus favorable aux petits hôpitaux et que probablement ils se consacreront plus à investir dans l'aide financière et administrative.

Statut public ou privé des hôpitaux

Les informations relatives au questionnaire d'importance ont permis de mettre en évidence une différence pour les autres activités non liées au patient ; elles sont significativement plus importantes dans les hôpitaux publics.

Sur le plan du temps investi, l'aide matérielle, l'aide sociale et administrative et l'aide financière et administrative ont un impact en temps investi significativement plus élevé dans les hôpitaux publics.

Les interventions psychosociales quant à elles, représentent un investissement significativement plus élevé dans les hôpitaux privés.

Selon le comité de pilotage, on peut supposer que les hôpitaux publics subissent une plus grande influence politique. Ils estiment à ce propos que les activités génériques sont probablement plus prioritaires que les autres activités non liées au patient aux yeux des travailleurs sociaux des hôpitaux privés. On peut également trouver des exemples par un autre fonctionnement sur ordre des autorités (Vandeurzen, 2010).

Grâce à une politique différente et une autre structure de financement, les hôpitaux publics ont probablement une autre composition socio-démographique de leur population de patients. Une population plus défavorisée exige un plus grand investissement sur le plan de l'aide matérielle, sociale, financière et administrative. Cela se vérifie par la description de l'autorité pour les hôpitaux publics. Ils décrivent la spécificité des hôpitaux publics comme « *la garantie d'accessibilité à tous les soins de qualité nécessaires à chacun et ce au meilleur prix coût et sans discrimination. Cela implique notamment que l'hôpital public, à l'inverse des hôpitaux privés, ne peuvent, par définition, opérer aucune sélectivité sur les patients, la pathologie ou les services organisés. Un autre élément de cette définition de l'hôpital public réside dans la taille restreinte des personnes de droit qui peuvent construire et exploiter un hôpital public, {...}* » (Maximus & Merchiers, 1996).

6.2. La région francophone

Les experts francophones du projet ont exprimé un avis positif sur les résultats recueillis par les différents questionnaires et sont unanimes pour dire qu'ils reflètent leur pratique de terrain. Un expert a déclaré être satisfait de voir que les résultats montrent que les travailleurs sociaux ne sont pas que « des administratifs ». Ils sont également heureux d'observer que les activités en lien avec le patient figurent en première position des activités prestées par le travailleur social.

6.2.1. Importance accordée aux activités génériques et spécifiques

Le **patient semble au centre** des préoccupations des travailleurs sociaux car les activités génériques les plus importantes relèvent de la catégorie des activités liées au patient.

Les **interventions psychosociales** sont considérées par les répondants francophones comme l'activité générique la plus importante du service social d'un hôpital psychiatrique. Cette activité se distingue des aides sociale, financière, juridique et administrative et de la coordination de soins. Les activités spécifiques les plus pertinentes de cette catégorie sont *Accompagner, effectuer un entretien de soutien et prendre en charge*.

Les référentiels de compétences des activités des travailleurs sociaux français et canadiens relèvent également l'importance des interventions sociales comme domaine d'intervention. Ces mêmes référentiels proposent également des activités plus spécifiques que nous retrouvons également dans cette étude, telles que savoir écouter, être capable d'établir des liens, être capable de créer un espace de parole, être capable d'analyser des situations (Ordre des travailleurs sociaux des

thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2012 ; Institut Méditerranéen de Formation et recherche en travail social, 2013).

La **coordination de soins** est la troisième activité générique par importance. Les activités spécifiques jugées importantes par les travailleurs sociaux francophones sont *collaborer avec des services mis en place, effectuer des démarches administratives avec le patient et donner des informations*.

Les **aides sociales, financières, juridiques et administratives** sont des activités génériques également jugées importantes. *Donner des informations, collaborer avec des services mis en place et effectuer des démarches administratives avec le patient* sont les activités spécifiques les plus importantes pour les répondants francophones.

Enfin, parmi les activités génériques les plus citées se retrouvent les **enquêtes et rapports**. *Effectuer une anamnèse psychosociale* semble plus important pour les participants que *tenir des dossiers et rédiger des rapports*. *Enregistrer des données dans des dossiers comme le RPM, obligation des Autorités*, arrive en bas de classement.

L'activité spécifique de *médiation* semble une activité peu importante aux yeux des répondants. Faut-il émettre l'hypothèse que le travailleur social en hôpital psychiatrique n'est pas consulté en cas de conflits ou de litiges ?

6.2.2. Temps investi pour effectuer une activité

Les **enquêtes et rapports** est l'activité générique la plus fréquemment effectuée par les participants francophones. *Compléter et consulter le dossier social* est l'activité spécifique la plus fréquente pendant la période d'enregistrement.

La **coordination de soins** et des activités spécifiques telles que *collaborer avec des services et informer le patient* ainsi que les **interventions psychosociales** figurent parmi les activités à impact temps le plus élevé.

Les différents résultats montrent une certaine logique entre l'**importance** accordée aux activités et l'**impact temps** pour les effectuer. Les activités *liées à la coordination des soins, aux interventions psychosociales et aux enquêtes et rapports* sont importantes pour les travailleurs sociaux et ce sont également des activités dont l'impact temps est très élevé sur l'ensemble des dix jours.

Selon les répondants, les **activités liées au patient** sont les activités les plus importantes et sont aussi celles dont l'impact temps est le plus élevé.

6.2.3. Activités qui ne sont pas en lien avec le travail social

Lors de l'inventorisation des activités du travail social en hôpital psychiatrique, il est apparu que les travailleurs sociaux effectuaient des activités que l'équipe de recherche a classées dans la catégorie des « activités qui ne sont pas en lien avec le travail social ». Les répondants estiment importantes ces activités, mais ils ne les effectuent pas, à l'exception des activités psychothérapeutiques (30%), la

gestion administrative des patients (44%) et des autres activités qui ne sont pas en lien avec l'institution (45%). Ils pensent qu'elles devraient être effectuées par un autre professionnel.

6.2.4. Statut et taille des hôpitaux

D'une manière générale, ces analyses n'ont pas apporté d'éléments neufs. Les activités génériques et spécifiques qualifiées de plus importantes sont globalement identiques que l'on considère le statut ou la taille de l'hôpital. Ce constat s'observe également lors de la comparaison de l'impact temps en fonction du statut et de la taille de l'hôpital. Les résultats doivent cependant être considérés avec prudence en fonction de la représentativité des hôpitaux participants.

6.3. Facteurs d'influence

6.3.1. Belgique

Ce sont surtout les facteurs liés au patient et au réseau social qui ont une forte influence sur la charge de travail des travailleurs sociaux des hôpitaux psychiatriques. Les besoins en soins/la complexité de la maladie, les interruptions dans le travail, le manque structurel en dispositifs autres que des hôpitaux psychiatriques et le type de service présentent l'influence la plus grande. Le manque structurel en dispositifs autres que des hôpitaux psychiatriques a déjà fait l'objet de commentaires au point 6.1.2., les autres facteurs sont abordés ci-après.

Interruptions dans le travail

Les interruptions pendant le travail ont selon les travailleurs sociaux des hôpitaux psychiatriques l'impact le plus élevé sur la charge de travail. Les interruptions pendant le travail sont propres à presque chaque lieu de travail (Boehm-Davis & Remington, 2009). Elles ont un effet sur la charge de travail, amènent du stress et ont une influence sur le bien-être général. A cause des interruptions pendant le travail, certaines activités durent plus longtemps, diminuent l'attention et peuvent mener à la faute ou à ce que la tâche initiale soit oubliée. Il est conseillé de contrôler l'environnement du travail pour minimiser les effets des interruptions pendant le travail (Eyrolle & Cellier, 2000; Boehm-Davis & Remington, 2009).

Les interruptions dans le travail ont également une forte influence sur la charge de travail des hôpitaux généraux et universitaires (De Bodt et al., 2012).

Besoins en soins/complexité de la maladie

Les travailleurs sociaux sont confrontés à des problèmes de soins complexes dus à des changements des structures familiales, maltraitance, négligence, vieillissement, pauvreté galopante et aux inégalités (Giles et al., 2007; Van Herck en Van De Cloot, 2013). Cette évolution dans les problèmes de soins - en combinaison avec la charge de travail et les exigences de la direction – rendent le travail plus complexe. Les travailleurs sociaux ont alors un sentiment d'impuissance et de perte de contrôle sur leurs tâches (Giles et al., 2007).

Type de service

Rössler a étudié les circonstances particulières conduisant les soignants dans les soins de santé mentale au stress, au burnout et à l'insatisfaction au travail. A ce propos, un certain nombre d'aspects spécifiques peuvent jouer un rôle, comme ceux qui peuvent varier en fonction du service auquel est attaché un travailleur social. Le sentiment d'insécurité a une grande influence, tout comme le suicide d'un patient, les conflits par rapport au rôle, un coaching insuffisant mais aussi l'équipe multidisciplinaire en manque de reconnaissance, le soutien, la récompense, les possibilités d'épanouissements personnels. Tous ces aspects qui contribuent à la satisfaction liée au travail varient dans le contenu du travail, ont une valeur différente, permettent de soutenir autrui et d'être bien informé (Rössler, 2012).

Une recherche menée sur le travail de différentes équipes SSM en Grande Bretagne a mis en évidence que l'autonomie dans le travail d'un service, la vision du fonctionnement de l'équipe et les conflits à propos des rôles peuvent être variables. Les travailleurs sociaux, surtout, semblent avoir une vision négative du fonctionnement de l'équipe. Ils voient un manque de reconnaissance d'autres disciplines dans le travail social et une ambiguïté par rapport au rôle. La place de l'équipe et le soutien qu'elle peut offrir sont jugés très importants. Dans cette étude, on remarque que l'échantillon est très limité et la fiabilité des résultats peuvent être mis en doute (Carpenter et al., 2003). La recherche de van Acker confirme ce constat. Les variables par lieu de travail/service (conflit dans les rôles, ambiguïté dans les rôles, possibilités d'avancement, soutien, contenu des tâches et circonstances) déterminent dans une large mesure la satisfaction dans le travail du travailleur social (Acker, 2004).

6.3.2. Stratification

Comparaison en fonction du territoire

En ce qui concerne le régime linguistique, les facteurs chef de service qui n'est pas un travailleur social, les caractéristiques du patient et le manque d'implication et de collaboration du réseau social sont significativement plus influant en région francophone.

Les experts se sont exprimés à ce sujet : le fait que le chef de service soit un travailleur social pourrait influencer négativement la charge de travail. Cependant, on constate que cette influence est très faible sur le travail social en hôpital psychiatrique.

L'étude a mis en évidence les effets négatifs que peuvent avoir les caractéristiques du patient et son entourage (comportement agressif, manque de motivation, plaintes diverses, manque de collaboration, etc.) sur le stress et le burnout des soignants en soins de santé mentale (Rössler, 2012; Dawkins et al., 1984).

Les travailleurs sociaux francophones relèvent très fréquemment que le réseau social des patients a une influence particulièrement négative par le manque de collaboration. C'était également le cas pour l'étude « Un tour d'horizon : Développement d'un instrument de gestion du travail social de l'hôpital » dans les hôpitaux généraux et universitaires (De Bodt et al., 2012). La faible validité des données recueillies par le questionnaire fréquence et durée côté francophone ne permet pas de

conclure si les travailleurs sociaux occupent une partie de leur temps à des activités spécifiques en lien avec le réseau du patient.

Il est possible qu'une différence en matière d'offre à un type de patients influence le travail social. C'est ainsi que l'on a constaté une très forte spécialisation en soins de santé mentale pour des enfants et adolescents ainsi que pour des internés.

La Belgique présente un déséquilibre en termes de places en revalidation pour des enfants et adolescents présentant des troubles mentaux. Le côté néerlandophone dispose de 10 places jour+nuit et de 34 places de jour alors que le côté francophone dispose de 100 places jour+nuit et de 85 places de jour (INAMI, 2007). Ce déséquilibre se remarque également lorsqu'on observe les services K et le nombre de lits de ces services en hôpitaux psychiatriques. Chaque service du côté francophone dispose d'un nombre plus réduit de lit par rapport au côté néerlandophone à l'exception du service K. Le côté francophone compte 357 lits K (à la fois jour+nuit, uniquement jour et uniquement nuit) contre 253 pour le côté néerlandophone (INAMI, 2007).

Les hôpitaux psychiatriques pour enfants et adolescents sont plus chers que les autres hôpitaux (INAMI, 2012). De plus il est difficile de trouver des structures adaptées pour les enfants après une admission en hôpital psychiatrique (Van Herck, Des Cloot, 2013).

En matière d'accueil pour internés, l'offre est limitée du côté néerlandophone. Par contre, le côté francophone dispose de plusieurs institutions spécialisées telles que Les Marronniers, le centre de Paifve et le Chêne aux Haies). Depuis une dizaine d'années, des projets ont démarré du côté néerlandophone visant la construction d'unité forensique dans les hôpitaux psychiatriques. Citons Rekem, Zelzate, Bruxelles et Bierbeek. Des initiatives privées visant l'accueil des délinquants sexuels existent à Beernem, Sint-Niklaas et Sint-Truiden. Des initiatives visant la construction d'institutions spécialisées comme du côté francophone semblent piétiner du côté néerlandophone (Spil, 2009).

Comparaison en fonction du statut

Dans les hôpitaux psychiatriques publics, les facteurs d'influence suivant ont un impact significativement plus élevé que dans les hôpitaux privés : la culture de l'hôpital, le manque de moyens et déséquilibre financiers, chef de service qui n'est pas un travailleur social, la gestion du service par le supérieur et les caractéristiques du patient.

On peut cependant supposer que les travailleurs sociaux des hôpitaux publics sont plus confrontés à une culture spécifique, un chef de service qui n'est pas un travailleur social et qui a une manière propre à diriger le service. Selon la description du paragraphe 6.1.3. sur les spécificités des hôpitaux publics, on peut supposer que les patients admis sont plus mis en second plan et que donc, leurs caractéristiques ont moins d'influence.

Enfin, les travailleurs sociaux sont fortement influencés par le manque de moyens et le déséquilibre financiers de l'hôpital. Un étude sur le financement des soins de santé mentale en Belgique montre que les hôpitaux publics sont moins solvables que les hôpitaux privés (SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2011).

Comparaison en fonction de la taille

Entre les grands et les petits hôpitaux, on n'observe aucune différence sur le plan des facteurs d'influence.

6.4. Limites de la recherche

A partir de la question constante portant sur les objectifs du travail social, cette recherche avait opté pour une approche quantitative du travail social dans les hôpitaux psychiatriques. Il est vraiment très difficile de mesurer la complexité du travail social. La perte de certaines nuances doit à ce propos être prise en compte. Les travailleurs sociaux participants ont régulièrement mis l'accent sur leurs difficultés. Catégoriser les thématiques relevées par les travailleurs sociaux en activités génériques et en activités spécifiques a été décrit comme rudimentaire et peu pratique. Il est également possible que les questionnaires d'importance, de fréquence et de durée pendant la période d'enregistrement n'ont pas pu traduire réellement les expériences et le travail au quotidien des travailleurs sociaux. Un exemple est l'activité spécifique « déplacements ». Les travailleurs sociaux ont précisé effectuer des beaucoup d'interventions psychosociales lors des déplacements avec le patient. Afin d'éviter des doubles encodages ou d'encoder des temps trop longs, seuls les déplacements étaient encodés et non pas déplacements et interventions psychosociales. C'était aussi le cas pour les visites à l'extérieur. Elles étaient aussi encodées séparément.

Les tests du manuel, le questionnaire d'importance, la période d'enregistrement de la fréquence et de la durée des activités ont permis d'apprécier la lourdeur et le temps investi à cette étude. C'est ainsi que différents travailleurs sociaux ont mis fin à leur participation.

Une différence dans l'interprétation et l'utilisation du manuel s'est constatée entre les régions du pays. Les travailleurs sociaux ont dû apprendre le manuel pour pouvoir définir leurs activités au quotidien. Les travailleurs sociaux francophones ont, en général, éprouvé des difficultés à « découper » leur travail et leurs activités quotidiennes. En effet, il ne semble pas commun de pouvoir déterminer, même à l'aide d'un manuel, qu'un appel téléphonique soit « découpé » en entretien de soutien, en information sur le plan financier ou encore en accompagnement psychosocial. Les activités psychothérapeutiques ont pu dès lors être confondues avec l'activité générique interventions psychosociales. Une réunion d'informations avait été organisée pour expliquer davantage le manuel. La faible participation à celle-ci explique peut-être la persistance de cette différence dans l'interprétation.

C'est surtout pour la partie francophone qu'on a observé un drop-out plus élevé. Ils n'ont pas pu maîtriser le manuel « activités génériques et activités spécifiques du travail social de l'hôpital ». La validité de leurs résultats pour le questionnaire d'importance, la période d'enregistrement de la fréquence et de la durée des activités ne peut être certifiée. Les résultats pour la situation en Belgique doivent donc être pris avec précaution.

6.5. Recommandations pour une recherche future

Il semble à première vue qu'il n'y a pas de différence de travail social en fonction du secteur. Les thématiques sont variées, mais l'importance, l'investissement en temps pour les activités génériques et les activités spécifiques et pour les facteurs d'influence sur la charge de travail des travailleurs sociaux semblent peu différer. Il n'était pas réalisable à ce stade de comparer les résultats des hôpitaux psychiatriques avec ceux des hôpitaux généraux, spécialisés, gériatriques et universitaires. Il

est conseillé de poursuivre cette étape afin d'identifier d'éventuelles différences selon les différents types/settings, pour créer une base d'un instrument de mesure du travail social dans les hôpitaux.

De plus, il est apparu que le système de financement et de normes pour les travailleurs sociaux dans les hôpitaux est désuet (Peers, 2001; Groupe de travail service social de l'hôpital, 2010). Dans les périodes de restriction des budgets et des questions auxquelles le travail social doit pouvoir répondre, il est essentiel pour les travailleurs sociaux de voir leur rôle défini, de poser leurs priorités, et de motiver le choix de leurs interventions. Les chefs des services sociaux doivent constamment opérer des choix entre moyens et priorités. Quantifier le travail social est loin d'être évident, cependant, une demande de reconnaissance objective de la charge de travail et la plus-value du travail social existe (Giles et al., 2007).

Vu le manque de cadre du travail social dans les hôpitaux et la demande d'une reconnaissance du travail social est née l'initiative d'entreprendre la recherche « un tour d'horizon du travail social : développement d'un instrument de gestion du travail social de l'hôpital ». Vu l'absence d'une étude belge à ce niveau, des paramètres de base doivent être mis en évidence. A partir de la recherche dans les hôpitaux universitaires, généraux, gériatriques, spécialisé puis des hôpitaux psychiatriques, une description de tâche a pu être menée ; de même, on a pu apprécier l'importance accordée à ces tâches, le temps investi pour leur réalisation ainsi que les facteurs qui exercent une influence sur de charge de travail des travailleurs sociaux. Une méthode pour atteindre l'objectif de développer des paramètres d'allocation n'était pas réalisable dans cette partie de la recherche. La présente recherche est nécessaire pour développer une méthode grâce à laquelle, dans chaque type d'hôpital, on puisse objectiver le travail social actuel, prendre en compte le besoin lié au travail social et évaluer le travail réalisé. Ceci pour établir une base pour l'allocation du travail social et pour obtenir des données objectives pour le développement d'un cadre actualisé du travail social dans les hôpitaux. A côté du développement pur et de la validation d'une méthode – pour l'implémenter et l'utiliser dans tous les hôpitaux - il est essentiel de développer un outil pratique et fonctionnel pour tous les types d'hôpitaux.

Chapitre 7: Conclusion

Les travailleurs sociaux des hôpitaux psychiatriques abordent un large éventail de thématiques spécifiques dans leur travail. Elles se déclinent en activités génériques et spécifiques qui constituent l'essence du travail social de l'hôpital.

Des contradictions ont été observées entre certaines activités jugées importantes et pour lesquelles le temps investi est très faible. Les travailleurs sociaux des hôpitaux psychiatriques privilégient les activités liées au patient, l'accent étant mis aux interventions psychosociales, l'aide sociale et administrative, l'aide financière et administrative et la coordination de soins. Des activités qui ne sont pas en lien pour le patient sont parfois chronophages et sont indiquées comme levier aux activités liées au patient.

Outre le fonctionnement du service social en Belgique ou en fonction du territoire (néerlandophone et francophone), l'équipe de recherche a essayé d'observer d'éventuelles différences entre les hôpitaux publics et privés ou entre les grands et petits hôpitaux. Des nuances ont été relevées mais dans l'ensemble, les travailleurs sociaux travaillent de la même manière.

Enfin, des facteurs d'influence tels que les interruptions dans le travail, les besoins en soins et complexité de la maladie du patient, le manque structurel en matière de dispositifs extra-hospitaliers et le type de service influencent assez nettement la charge de travail des travailleurs sociaux en hôpital psychiatrique. Evaluer la perspective du patient, son environnement et le service dans lequel il est admis permettra de clôturer le tour d'horizon des activités du service social de l'hôpital. Il est donc indispensable de poursuivre le développement des paramètres recueillis par cette étude afin de mettre en évidence la charge de travail des travailleurs sociaux de tous les hôpitaux et de développer un instrument permettant d'allouer un nombre d'agents au service et de recueillir des informations pour un encadrement objectif et actualisé pour les travailleurs sociaux de l'hôpital.

Références bibliographiques

Acker, G.M. (2004) The effect of organizational conditions (role conflict, role ambiguity, opportunities for professional development, and social support) on job satisfaction and intention to leave among social workers in mental health care. *Community mental health journal*, 40(1), blz. 65-73.

Ampt, A., Westbrook, J., et al. (2007) A comparison of self-reported and observational work sampling techniques for measuring time in nursing tasks. *Journal of Health Services Research & Policy*, 12(1), blz. 18-24.

Australian association of social workers (2008) Practice standards for mental health social workers. Kingston: Australian association of social workers.

Blinkhorn, M. (2004) Social worker. Leading roles in mental health. Adjustment to change, new ways of working and other potentials of working. Durham: Northern centre for mental health.

Boehm-Davis, D.A., Remington, R. (2009) Reducing the disruptive effects of interruption: A cognitive framework for analyzing the costs and benefits of intervention strategies. *Elsevier*, 41(5), blz. 1124-1129.

Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., Vilagut, G., Almansa, J., Demyttenaere, K. (2007) lifetime risk and age-of-onset of mental disorders in the Belgian general population. *Social psychiatry psychiatric epidemiology*, 42, blz. 522-529.

Burke, T.A, McKee, J.R., ea, (2000) A Comparison of Time-and-Motion and Self-reporting Methods of Work Measurement. *Journal of Nursing Administration*, 30(3), blz. 118-125.

Bywaters, P., McLeod, E. (2003) Social care's impact on emergency medicine: a model to test. *Emergency medicine journal*, 20, blz. 134-137.

Carpenter, J., Schneider, J., Brandon, T., Wooff, D. (2003) Working in multidisciplinary community mental health teams: The impact on social workers and health professionals of integrated medical health care. *British journal of social work*, 33, blz. 1081-1103.

Cools, B. (2006) Hoe ver-drijven we de geestelijke gezondheidszorg? *Alert*, 32(5), blz. 60-70.

Dawkins, J., Depp, F.C., Selzer, N. (1984) Occupational stress in a public mental health hospital: the psychiatrist's view. *Hospital community psychiatry*, 35, blz. 56-60.

De Bodt, G., Desmet, M., Fruyt, P., Paternostre, T., Smaers, M., Van Bever, V., Van Hecke, A. (2012) Sociaal werk in kaart gebracht: Ontwikkelen van een sturingsinstrument binnen sociaal werk in het ziekenhuis. Brussel: FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu.

Degadt, P., Van Herck, G. (2003) Financiering van ziekenhuizen en het arenamodel. *Tijdschrift voor economie en management*, 48(1), blz. 119-132.

- Delobelle, S. en Smet K. (2007) Zelfregistratie via multimomentopname, een betrouwbare registratiemethode binnen de verpleegkunde? thesis UGent, blz. 1-24.
- De Moor, G., Van Maele, G. (2008) Inleiding tot de biomedische statistiek. Leuven: Acco, 337 blz.
- De Vries, S. (2010) Basismethodiek psychosociale hulpverlening. Oplossingsgericht, ervaringsgericht, systeemgericht. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 448 blz.
- Dupont, P. (2011) Asster is grootste psychiatrische ziekenhuis in België. Opgehaald op 3 januari, 2012, van <http://www.weliswaar.be/nieuws/p/detail/asster-is-grootste-psychiatrische-ziekenhuis-in-belgie>
- Eyrolle, H., Cellier, J. (2000) The effect of interruptions in work activity: field and laboratory results. *Applied Ergonomics*, 31(5), blz. 537-534.
- Finkler, S.A., Knickman, J.R. et al. (1993) A Comparison of Work-Sampling and Time-and-Motion Techniques for Studies in Health Services Research. *Health Services Research*, 28(5), blz. 577-597.
- FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2011) Organisatie en financiering van de geestelijke gezondheidszorg in België. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu – Dienst boekhouding en beheer van de ziekenhuizen.
- Fruyt, P., De Bodt, G., Vantwembeke, I., Smaers, M., Van Bever, V. en Paternostre, T. (2010) Sociaal werk in kaart gebracht: Ontwikkelen van een sturingsinstrument binnen sociaal werk in het ziekenhuis. Gent: Universiteit Gent.
- Gambrill, E. (2012) *Social work practice: a critical thinker's guide*. New York: Oxford University press, 768 blz.
- Giles, R., Gould, S., Hart, C., Swancott, J. (2007) Clinical priorities: strengthening social work practice in health. *Australian Social Work*, 60(2), blz. 147-165.
- Hallgren, K.A. (2012) Computing Inter-rater reliability for observational data: an overview and tutorial. *Tutorials in quantitative methods for psychology*, 8(1), blz. 23-34.
- Hermans, K. (2009). *Professionalisering van het sociaal werk*. Studiedag, Leuven: UZ Leuven.
- Hermans, K., Desair, K. (2009) *Sociaal werk de toekomst in!* Leuven: K.U. Leuven – Centrum voor sociologisch onderzoek, 46 blz.
- Holstvoogd, R. (2006) *Maatschappelijk werk in kerntaken. Een nieuw profiel van de beroepspraktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 265 blz.
- Housen, J. (2004) De financiering van psychiatrische ziekenhuizen: een reus op lemen voeten. *Tijdschrift klinische psychologie*. 34(4), blz. 211-220.
- Hutschemaekers, G., Tiemens, B, Kaasenbrood, A. (2005) Roles of psychiatrists and other professionals in mental health care. Results of a formal group judgment method among mental health professionals. *British Journal of psychiatry*, 187, blz. 173-179.

Ingelbrecht, S. (2010) Beroepsvereniging sociaal werkers ziekenhuizen. Opgehaald op 19 oktober 2011, van www.bswz.be

Institut Méditerranéen de Formation et recherche en travail social (2013) Referentiel professionnel des assistants de service social. Opgehaald op 30 september 2013, van http://www.imf.asso.fr/formations/form_diplo/ass/annexes.pdf

Jackson, B.L. (1972) Determining Efficiency Through Work Sampling, Management Review, blz. 13-21.

Jagt, N. (2006) Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker. Nederlandse vereniging van maatschappelijk werkers: Utrecht, 97 blz.

Lammertyn, F. (2009) Sociaal werk in verandering: Het maatschappelijk decor. Leuven: K.U. Leuven – centrum voor sociologisch onderzoek, 46 blz.

Lenders, S, Lauwers, L., Vervloet, D., Kerselaers, E. (2005) Afbakening van het Vlaamse platteland, een statistische analyse. Ministerie van de Vlaamse gemeenschap: Brussel en Centrum voor landbouweconomie: Merelbeke.

Liégeois, A. (1997) Interdisciplinair samenwerken in een team van zorgverstrekkers. Werkgroep ethiek in de geestelijke gezondheidszorg: broeders van liefde, 8 blz.

Maximus, L., Merchiers, N. (1996) Wetsvoorstel tot wijziging van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987. Brussel, 4 blz.

Ministerie van Sociale zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu (2001) Gecoördineerd advies m.b.t. de sociale dienst in het ziekenhuis. Brussel: Ministerie van Sociale zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.

Morgan, C. (2007) The role of social care. Psychiatry, 6(8), blz. 347-349.

Myny, D., et al. (2009) Determination of standard times of nursing activities based on a Nursing Minimum Dataset. Journal of Advanced Nursing, blz. 92 -102.

National association of social workers (2005) NASW standards for social work practice in health care settings. Washington: National association of social workers.

NVMW (2011) Mijlpalen NVMW. Opgehaald op 12 oktober 2011, van <http://www.nvmw.nl/professionals/mijlpalen-inzien.html>

NVMW (2011) Vijf goede redenen voor wettelijke kadering van het beroep maatschappelijk werk. Opgehaald op 12 oktober 2011, van <http://www.nvmw.nl/component/content/article/35-bieb-documenten/237-vijf-goede-redenen-voor-wettelijke-kadering-van-het-beroep-maatschappelijk-werk.html>

NVMW (2011) Beroepscode voor de maatschappelijk werker. Opgehaald op 19 oktober 2011, van <http://www.nvmw.nl/studenten/beroepscode-inzien.html>

Oddone, E., Weinberger, M., ea. (1995) Measuring activities in clinical trials using random work sampling: implications for cost-effectiveness analysis and measurement of the intervention. *Journal of Clinical Epidemiology*, 48(8), blz. 1011-1018.

Oktay, J.S., Steinwachs, D.M., Mamon, J., Bone, L.R., Fahey, M. (1992) Evaluating social work discharge planning services for elderly people: access, complexity, and outcome. *Health & social work*, 17(4), blz. 290-298.

Ordre des travailleurs sociaux des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2012) Référentiel de compétences des travailleuses sociaux et des travailleurs sociaux. Opgehaald op 30 september 2013, van http://www.uqac.ca/departements/travail_social/stages/documents/annexe_7.pdf

Osselaer, J. (2011) Werkgroep “sociale dienst in het ziekenhuis”, opgehaald op 11 oktober 2011 van <http://www.health.fgov.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/SocialWorkInHospital/WorkGroupSocialService/index.htm>

Peers, J. (2001) Advies inzake “het sociaal werk in geestelijke gezondheidszorg”. Ministerie van sociale zaken, volksgezondheid en leefmilieu, Brussel.

Pelletier, D., Duffield, C. (2003) Work sampling: Valuable methodology to define nursing practice patterns. *Nursing and Health Sciences*, 5, blz. 31-38.

Psy107 (2011) Naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken. Opgehaald op 18 oktober 2011, van www.psy107.be

Rauhala, A., Fagerström, L. (2006) Are nurses’ assessments of their workload affected by non-patient factors? An analysis of the RAFAELA system. *Journal of nursing management*, 15, blz. 490-499.

RIZIV (2007) Revalidatie geestelijke gezondheid Kinderen en Jongeren: Noden en knelpunten. Opgehaald op 21 maart 2012, van <http://www.riziv.be/care/nl/revalidatie/general-information/studies/ministeria-working-group-readaptation/pdf/mental-health-children-teenagers-2.pdf>

RIZIV (2012) Verpleegdagprijs ziekenhuizen. Opgehaald op 21 maart 2012, van <http://www.riziv.be/care/nl/hospitals/specific-information/prices-day/xls/prices20120101.xls>

Rössler, W. (2012) Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *European archives of psychiatry and clinical neurosciences*, 262(2), blz. 65-69.

Sermeeus, W. (2007) Registratie van minimale verpleegkundige gegevens in de Belgische ziekenhuizen. Van concept tot implementatie. Leuven: Acco, 162 blz.

Serrano, S. et al. (1997) Social work at the emergency department. *European journal of emergency medicine*, 4(4), blz. 233-238.

Sewpaul, V., Jones, D. (2004) Global standards for education and training of the social profession. Opgehaald op 20 september 2013, van <http://www.iassw-aiets.org/global-standards-for-social-work-education-and-training>

Skuse, D. (2009) Mental health and poverty. *International psychiatry*, 2(9), blz. 28-29.

Snellen, A. (2007) Basismodel voor methodisch hulpverleners in het maatschappelijk werk. Een eclecticisch-integratieve aanpak. Bussum: Coutinho, 416 blz.

SPIIL (2009) De nieuwe interneringswet: een stap vooruit? Overspil, 16(38), blz. 8-9.

Vandeurzen, J. (2010) Beleidsplan geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen. Brussel: kabinet van de Vlaamse minister van welzijn, volksgezondheid en gezin.

Vandeurzen, J., Vanraes, J., Moens, I., Van Hoof, B., Vos, M. (2010) Naar een betere geestelijke gezondheidszorg door realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken. Brussel: nationaal informatiemoment op 21 mei 2010.

Van Herck, P., Van De Cloot, I. (2013) Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België? De feiten achter de mythen. Brussel: Itinera.

Van Riet, N. (2006) Social work. Mensen helpen tot hun recht te komen. Assen: Van Gorcum, 239 blz.

Verzelen, W. (2005) Sociaal werk: in- en uitzichten. Antwerpen: Garant, 319 blz.

Werkgroep 'sociale dienst in het ziekenhuis' (2010). Adviesnota aan de Minister van sociale zaken en volksgezondheid betreffende de sociale dienst in het ziekenhuis.

Werkgroep 'sociale dienst in het ziekenhuis' (2011), Advies m.b.t. een wettelijk kader voor het sociaal werk in het ziekenhuis.