

# Référentiel de Compétences

## Assistant(e) de Service Social en Médecine d'Urgence



SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE D'URGENCE  
88 boulevard de la Villette - 75019 Paris  
[www.sfm.org](http://www.sfm.org)

Le Référentiel de Compétences de l'Assistant(e) de Service Social en Médecine d'Urgence vient rejoindre les publications de la Société Française de Médecine d'Urgence.

Il correspond aux compétences spécifiques attendues des assistants de service social et est destiné à tous les professionnels de santé exerçant dans ces structures.

Son objectif est de faciliter le repérage et la prise en charge des problématiques sociales, en s'appuyant sur le partenariat entre les professionnels de l'urgence. Il aborde entre autres les questions liées à la gérontologie, aux maltraitances et aux permanences d'accès aux soins.

Ce référentiel est également téléchargeable sur le site de la SFMU.

*Commission Soins et Urgences  
Sous-commission des Référentiels*

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE D'URGENCE  
88 boulevard de la Villette - 75019 Paris  
[www.sfm.org](http://www.sfm.org)  
SFEM Éditions 2012



# Référentiel de compétences de l'Assistant(e) de Service Social en Médecine d'Urgence

## **COORDONNATEURS**

Isabelle BLONDELET  
Yvon CROGUENNEC

## **AUTEURS**

Isabelle BLONDELET  
Martine JARRIGE  
Yvonne NICOL

## **Avec la participation de :**

Jeannette BURGHARDT  
Christine CESARI  
Véronique DERAÏN  
Brigitte GLOANEC  
Annie HERICORD  
Elisabeth PIEGAY

## **RELECTEURS**

Pr Françoise CARPENTIER  
Thierry MAUPIN  
Patrick PEULMEULLE  
Dr Jean-Marc PHILIPPE  
Pr Jeannot SCHMIDT  
Danièle VAN DER ROOST  
Anne VANHOUTTE

Les membres de la Sous-Commission des Référentiels de la SFMU

## **REMERCIEMENTS**

Pr Jeannot SCHMIDT  
Pr Dominique PATERON  
  
Dr Gérard BLEICHNER  
Dr Patrick GOLDSTEIN  
Pr Jacques KOPFERSCHMITT  
Annick DELAVEAU  
Claudine MAUREY FORQUY  
Isabelle BOUST

## SOMMAIRE

<b>UN RÉFÉRENTIEL, POUR QUI, POURQUOI ?</b>	3
PRÉAMBULE	5
L'ÉVOLUTION DES DROITS FONDAMENTAUX DU PATIENT	5
LE SERVICE SOCIAL DANS L'HISTOIRE DE L'INSTITUTION HOSPITALIÈRE	6
LE CONTEXTE : CADRE RÉGLEMENTAIRE	7
LE DISPOSITIF LÉGISLATIF	7
LES DISPOSITIFS LOCAUX	7
LE SERVICE SOCIAL EN MÉDECINE D'URGENCE	8
LE CADRE CONCEPTUEL	9
FINALITÉ	9
OBJECTIFS	9
COMPÉTENCES	9
MÉTHODOLOGIE	10
MÉTHODOLOGIE UTILISÉE	10
MODALITÉS DE VALIDATION	11
<b>DOMAINES DE COMPÉTENCES, ACTIVITÉS, MOYENS/OUTILS, INDICATEURS DE COMPÉTENCES, CRITÈRES DE RÉSULTAT</b>	13
INTRODUCTION	15
MODALITÉS DE LECTURE	15
<b>CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES SPÉCIFIQUES LIÉES À DES PROBLÉMATIQUES</b>	19
INTRODUCTION	21
ADDICTOLOGIE	22
GÉRONTOLOGIE	23
ISOLEMENT SOCIAL	24
PÉDIATRIE (moins et plus de 15 ans)	24
PRÉCARITÉ	26
PSYCHIATRIE	27
VICTIMOLOGIE	27
<b>CONCLUSION : RÉALITÉS ET PERSPECTIVES</b>	29
<b>ANNEXES</b>	33
ANNEXE 1 : Domaines de compétences	34
ANNEXE 2 : Décret N°93-652 du 26 mars 1993 portant statut particulier des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière	61
ANNEXE 3 : Code de Déontologie de l'ANAS	69
ANNEXE 4 : Exemple de collaboration en gériatrie	74
<b>GLOSSAIRE</b>	75
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	77

## Référentiel de Compétences

# ASSISTANT(E) DE SERVICE SOCIAL EN MÉDECINE D'URGENCE

UN RÉFÉRENTIEL  
POUR QUI ?  
POURQUOI ?



## PRÉAMBULE

L'hôpital a d'abord été un lieu d'accueil pour les pauvres, avec une vocation sociale aussi importante que la fonction sanitaire<sup>1</sup>. Au début du XX<sup>e</sup> siècle apparaissent les prémices du service social hospitalier dans le cadre de la lutte contre les fléaux engendrés par la misère : tuberculose, alcoolisme, décès des femmes en couches et des nourrissons. C'est dans ce contexte, qu'avant la première guerre mondiale, le service social apparaît en France, issu à la fois d'une tradition charitable religieuse et d'une vision humaniste.

À partir de 1950, l'hôpital bénéficie des innovations techniques, il devient un lieu de soins de haute technologie.

La fin des années 80 voit la montée en puissance des services d'urgences et le législateur pointe, par la circulaire du 14 mai 1991<sup>2</sup>, l'importance de la question sociale à l'hôpital, et en particulier aux urgences.

Puis, pour la première fois, les missions du service social hospitalier sont clairement définies par le décret n° 93-652 du 26 mars 1993<sup>3</sup>. L'appellation d'assistante sociale est remplacée par le grade d'assistant socio-éducatif.

Ensuite, la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998<sup>4</sup> de lutte contre les exclusions et les textes suivants instituent notamment les Permanences d'Accès aux Soins de Santé. Ces textes renforcent la mission sociale des services d'urgences, et créent des postes d'assistant(e) de service social.

Enfin, la loi "Hôpital, patients, santé, territoires" (HPST), adoptée le 24 juin 2009<sup>5</sup>, réorganise le système de soins en vue, entre autres, d'améliorer l'accès à tous aux soins de qualité ainsi que la prévention et la santé publique.

Ce référentiel de compétences vise à permettre à chaque assistant(e) de service social en médecine d'urgence d'identifier les connaissances, aptitudes et attitudes à développer au quotidien. Il vise également à faciliter l'adaptation des nouveaux professionnels.

Enfin, il permet aux autres membres de l'équipe de connaître les missions de l'assistant(e) de service social et d'appréhender les problématiques sociales.

## L'ÉVOLUTION DES DROITS FONDAMENTAUX DU PATIENT

Le droit du patient s'inscrit dans les droits fondamentaux de l'homme tels que définis par la déclaration universelle des droits de l'homme et du citoyen de 1789<sup>6</sup> et la convention internationale des droits de l'enfant de 1989<sup>7</sup>, ratifiée par la France le 7 août 1990.

Le droit à la santé est un droit fondamental de tout être humain, droit individuel et en même temps obligation collective en référence à la définition officielle donnée de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé : "*la Santé est un état de complet bien-être physique, mental et social... qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie*".

L'accessibilité du service public hospitalier à tous, en particulier aux personnes les plus démunies, est affirmée par plusieurs textes successifs qui établissent un lien entre la vulnérabilité, l'incapacité d'une personne, ses besoins d'aide, d'assistance, de protection et la responsabilité de la collectivité à son égard.

Nous citerons en particulier :

- La loi n° 90-527 du 27 juin 1990<sup>8</sup> relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

- La charte du patient hospitalisé, circulaire DGS/DH/95 n° 22 du 6 mai 1995<sup>9</sup>.
- La loi du 4 mars 2002<sup>10</sup> relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- La charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, Fondation Nationale de Gérontologie, dernière version 2007<sup>11</sup>.

La dernière version du code de déontologie rédigée par l'Association Nationale des Assistants Sociaux (ANAS), en date du 28 novembre 1994<sup>12</sup>, situe l'assistant(e) de service social au service de la personne humaine dans la société et donc à l'hôpital.

## LE SERVICE SOCIAL DANS L'HISTOIRE DE L'INSTITUTION HOSPITALIÈRE

L'histoire du service social à l'hôpital<sup>13</sup> a débuté dans les dispensaires antituberculeux créés en 1901 par Albert Calmette. Au-delà de l'aspect sanitaire, le "*visiteur-enquêteur*", qui est le plus souvent une femme, essaie de répondre aux besoins criants de secours en argent, nourriture et vêtements.

En 1914, le premier service social est mis en place à l'hôpital des Enfants Malades par Madame Getting. Il s'agit d'une œuvre privée, laïque, autonome et indépendante. Le service social pose la nécessité, parallèlement au diagnostic médical, d'un diagnostic social, afin de mieux connaître le patient et de permettre que le traitement médical soit adapté à la réalité sociale.

On retrouve plusieurs appellations successives : visiteur-enquêteur, infirmière visiteuse, travailleuse sociale. Il s'agit souvent de femmes issues de la bourgeoisie.

La professionnalisation se met en place progressivement, une formation est créée en 1911. En 1922 apparaît le diplôme d'État d'infirmière visiteuse. En 1932 est institué le brevet de capacité professionnelle permettant d'exercer la profession d'assistante sociale. Cette même année le service social à l'hôpital est reconnu d'utilité publique et subventionné en 1933. Enfin, en 1938, un décret fusionne les formations d'infirmière visiteuse et d'assistante sociale.

En 1944 est créée l'Association Nationale des Assistantes Sociales (ANAS) qui élabore un Code de Déontologie. Celui-ci constitue un fondement et une référence pour les professionnels.

En 1946, le service social hospitalier, en tant que partie intégrante de l'institution hospitalière, remplace l'ancien service social à l'hôpital, œuvre charitable et bénévole. Le professionnalisme et la spécificité du travail social sont ainsi mieux repérés. Pour exercer ses missions, le service social développe des connaissances et des compétences spécifiques.

En 1968, la réforme des études met fin à la formation commune avec les infirmières. Elle met l'accent sur les sciences humaines, l'action individualisée et la valorisation de l'usager.

## LE CONTEXTE : CADRE RÉGLEMENTAIRE

Pour exercer son activité, le service social est en interaction avec l'environnement du centre hospitalier.

### LE DISPOSITIF LÉGISLATIF

Le Plan "Hôpital 2007"<sup>14</sup> modifie la gouvernance hospitalière. Il regroupe les services en pôles et met en place la tarification à l'activité (T2A). Le positionnement du service social s'en trouve modifié. Selon les établissements, l'assistant(e) de service social est rattaché(e) au pôle médical, ou bien dépend de la direction générale de l'institution, souvent dans le cadre des Missions d'Intérêt Général.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) crée les Agences Régionales de Santé (ARS), qui sont désormais responsables des établissements sanitaires et médico-sociaux.

L'ARS rassemble au niveau régional les ressources de l'État et de l'Assurance maladie, pour devenir un service public de santé régional, unifié et simplifié. Elle se substitue à plusieurs instances, dont les Directions Régionales et Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale (DRASS et DDASS), les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM).

Les responsabilités de l'ARS sont réparties entre un directeur général doté d'importants moyens et plusieurs instances de concertation. Le champ de compétence de l'ARS est de :

- Réguler, orienter et organiser l'offre de services en santé afin de répondre aux besoins en soins et services médico-sociaux,
- Organiser la permanence des soins,
- Élaborer les schémas régionaux d'organisation des soins,
- Développer une politique de prévention et de santé publique.

La réforme prévoit une nouvelle gouvernance des hôpitaux, avec la mise en place d'un conseil de surveillance, d'un directoire, de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Elle veut faciliter des "coopérations" de l'hôpital public avec le secteur privé (cliniques...).

Le travail de structuration lié à cette loi étant toujours en chantier, il est difficile d'évaluer précisément les répercussions sur le service social hospitalier.

### LES DISPOSITIFS LOCAUX

Le service social hospitalier est impliqué dès lors que le service d'urgence reçoit les populations concernées par ces différents dispositifs :

- Le plan régional d'accès aux soins des plus démunis (PRAPS)<sup>15</sup> relayé par le plan départemental d'accès aux soins des plus démunis,
- Le programme départemental pour l'insertion des personnes âgées et handicapées,
- Le plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées,

- Le schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux en faveur des personnes âgées,
- Le schéma départemental d'action en faveur de l'enfance et de la famille,
- Le schéma départemental accueil, hébergement, insertion,
- Les réseaux et dispositifs "ville-hôpital", formalisés ou non, autour de la précarité, de la gérontologie, de la prévention du suicide, de la prise en charge du VIH et des conduites addictives, des victimes de violence, etc.<sup>16</sup>
- Les contrats de ville.

### LE SERVICE SOCIAL EN MÉDECINE D'URGENCE

L'activité du Service Social en Médecine d'Urgence se réfère au cadre réglementaire régissant l'hôpital, les services d'urgence ainsi que les dispositifs liés à des problématiques spécifiques. Parmi ces textes nous pouvons citer :

- La circulaire du 14 mai 1991, relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences.
- La circulaire du 2 décembre 1993, relative à l'accès aux soins des personnes démunies.
- La loi d'orientation du 29 juillet 1998, relative à la lutte contre les exclusions.
- La circulaire du 22 octobre 2001, relative à l'accueil dans les établissements de santé des personnes victimes de violences ainsi que de toute personne en situation de détresse psychologique<sup>17</sup>.
- La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative au droit des malades et à la qualité du système de santé.
- La loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance<sup>18</sup>.

L'assistant(e) de service social aux urgences se réfère au décret n° 93-652 du 26 mars 1993 portant statut particulier des cadres socio-éducatifs et des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière. Ce texte décrit le rôle et les missions du service social hospitalier :

*"Les assistants de service social (...) ont pour mission de :*

- *conseiller, d'orienter et de soutenir les personnes accueillies et leurs familles,*
- *de les aider dans leurs démarches,*
- *d'informer les services dont ils relèvent pour l'instruction d'une mesure d'action sociale.*

*Les assistants de service social apportent leur concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales rencontrées par la population ou d'y remédier.*

*Ils assurent, dans l'intérêt de ces personnes, la coordination avec d'autres institutions ou services sociaux et médico-sociaux. (...)*

*Ils participent à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet de l'établissement dont ils relèvent ainsi que des projets sociaux et éducatifs.*

*Ils participent à l'élaboration du rapport d'activité du service socio-éducatif".*

## LE CADRE CONCEPTUEL

Les patients se présentent dans un service d'urgences pour un symptôme. Au décours des soins, il s'avère souvent que le problème est plus complexe et nécessite une prise en charge au-delà de l'urgence. S'occuper d'un symptôme sans prendre en compte le contexte sanitaire et social conduit à une impasse.

L'assistant(e) de service social en médecine d'urgence doit, à travers sa pratique professionnelle, faire preuve de réactivité face au symptôme et rester vigilant(e) à l'environnement social et familial de la personne accueillie. Négliger le contexte de vie et le désir du patient amène bien souvent à des passages itératifs aux urgences. Prendre du temps pour échanger, évaluer et orienter peut sembler paradoxal dans un contexte d'urgence. Ce travail est toutefois possible si l'assistant(e) de service social est interpellé(e) en début de prise en charge, par l'Infirmière Organisatrice de l'Accueil<sup>19</sup>, un médecin<sup>20</sup> ou un autre soignant<sup>21</sup>.

### FINALITÉ

Le travail en service d'urgence nécessite une prise en charge réactive, pluridisciplinaire et coordonnée avec les dispositifs extérieurs. La construction de référentiels des différentes professions de l'urgence contribue à optimiser la répartition et l'articulation des compétences. Il est nécessaire de faire connaître et reconnaître les compétences des assistant(e)s de service social en médecine d'urgence et de les mettre en lumière auprès des partenaires.

### OBJECTIFS

L'élaboration de ce référentiel s'inscrit dans le cadre de la démarche qualité de l'hôpital et de la médecine d'urgence. Les objectifs se situent donc à trois niveaux :

- Au niveau national, afin de contribuer à la promotion du service social des urgences au sein des politiques sociales et de santé.
- Au niveau de l'institution hospitalière, pour permettre une meilleure intégration des missions du service social aux urgences dans l'organisation hospitalière, et pour apporter sa contribution à la mission sociale de l'institution avec les partenaires extérieurs.
- Au niveau de la médecine d'urgence, pour apporter une meilleure compréhension du rôle, de la fonction, de la spécificité du service social dans son approche pluridisciplinaire et son inscription dans les réseaux intra et extrahospitaliers.

Enfin, nous souhaiterions favoriser la réflexion sur le sens de l'action du service social aux urgences et engager un travail d'évaluation des pratiques ainsi que des organisations de travail.

### COMPÉTENCES

L'Association Française de Normalisation (AFNOR) décline les compétences de la façon suivante :

- Savoir : "*ensemble des connaissances théoriques et pratiques*".
- Savoir-faire : "*mise en œuvre d'un savoir et d'une habileté pratique maîtrisée dans une réalisation spécifique*".
- Savoir être : "*qualité ou comportement nécessaire au bon exercice de la mission. C'est un terme communément employé pour définir un savoir-faire relationnel, c'est-à-dire des comportements et attitudes attendus dans une situation donnée*".

Guy Le Boterf<sup>22</sup> précise l'application de ces concepts dans le domaine professionnel. Les savoir-faire comportementaux ou relationnels désignent "les capacités utiles pour savoir se comporter ou se conduire dans un contexte professionnel particulier. Leur fonction est de coopérer. Ces savoir-faire, décrits en terme "être capable de", sont acquis dans la diversité des lieux et des moments, non seulement d'un parcours professionnel mais d'une biographie : éducation familiale, vie associative, pratique d'un sport ou d'une activité culturelle, formation continue, expérience professionnelle, activités scolaires et parascolaires, voyages".

La compétence renvoie donc à l'action et à l'efficacité. Pour être reconnue, elle doit être évaluée afin que ces différents savoirs puissent s'adapter aux évolutions de la société et de l'institution.

## MÉTHODOLOGIE

La construction de ce référentiel de compétences s'appuie sur des outils existants :

- Le Référentiel de compétences infirmier(e) en Médecine d'Urgence, réalisé en 2007 par la Commission Infirmier(e) au sein de la SFMU.
- Le Référentiel de compétences des assistants socio-éducatifs hospitaliers, réalisé en 2003 par l'Association Professionnelle des Services Sociaux Hospitaliers et de la Santé (AProSSHES)<sup>23</sup>.
- Un document préparatoire réalisé en 2005 par un groupe d'assistants(e)s de service social de la SFMU.

### MÉTHODOLOGIE UTILISÉE

À l'aide d'outils opérationnels, il s'agit de recenser l'ensemble des domaines de compétences, les activités exercées, les moyens et outils utilisés. Des indicateurs de compétence et des critères de résultat finalisent ce travail.

Ce travail de recherche est structuré en trois séquences :

Un travail bibliographique et des rencontres avec des professionnels ont posé les bases et ont accompagné le travail de recherche et d'écriture.

La deuxième partie s'est basée sur les savoirs spécifiques de l'assistant(e) de service social en médecine d'urgence, à savoir :

- Gérer plusieurs interventions, souvent très différentes, en simultané.
- Intervenir en temps réel et dans un laps de temps limité.
- S'adapter à l'imprévu, au stress.
- Communiquer "en temps réel" avec les patients, leur famille, l'équipe soignante et les partenaires : importance des temps de transmission (annexe 4 : schéma de collaboration en gériatrie).
- Transmettre en un temps restreint avec les partenaires extérieurs.
- Utiliser des outils de communication (téléphone, Internet...) pour faciliter la prise en charge.
- Prendre le recul nécessaire pour une prise de décision adaptée dans l'urgence.

Nous avons, à partir de ces savoirs, construit et décliné les domaines de compétences correspondants, que nous présenterons en annexe pour une meilleure lecture :

- Information
- Évaluation, diagnostic
- Orientation

- Prévention
- Accompagnement, soutien
- Coordination
- Expertise
- Enseignement, recherche

Enfin, la troisième partie est consacrée aux connaissances et compétences spécifiques liées à des problématiques fréquemment rencontrées aux urgences :

- Gérontologie
- Précarité
- Victimologie
- Addictologie
- Psychiatrie
- Pédiatrie
- Isolement social

#### **MODALITÉS DE VALIDATION**

L'état d'avancement des travaux a été présenté en table ronde au congrès de la SFMU en 2010, ce qui a permis d'améliorer la pertinence du document. Le comité de relecture, qui inclut la sous-commission des référentiels de la SFMU, a procédé à la validation du travail effectué.



## Référentiel de Compétences

# ASSISTANT(E) DE SERVICE SOCIAL EN MÉDECINE D'URGENCE

DOMAINES DE COMPÉTENCES,  
ACTIVITÉS, MOYENS/OUTILS,  
INDICATEURS DE COMPÉTENCES,  
CRITÈRES DE RÉSULTATS



## INTRODUCTION

La prise en compte des réalités sociales du patient doit faire partie de la mise en œuvre du traitement et du projet de sortie. L'évaluation des conditions de vie (le soutien familial et/ou social, les conditions de logement, les ressources, l'autonomie) ainsi que la recherche de l'adhésion du patient à la prise en charge, impliquent un travail d'équipe interdisciplinaire dans une unité de temps et de lieu.

L'enjeu pour l'assistant(e) de service social en médecine d'urgence est à la fois d'exercer son rôle auprès des patients et de leur famille, tout en étant partie prenante dans le choix des orientations médicales et soignantes.

L'assistant(e) de service social doit savoir tenir un positionnement professionnel clair face à des demandes qui peuvent être contradictoires.

L'assistant(e) de service social a la responsabilité professionnelle des actions individuelles ou collectives engagées, dont il peut ou doit se référer, chaque fois que cela s'avère nécessaire, à son cadre socio-éducatif, susceptible de lui apporter conseil technique ou validation hiérarchique.

Les domaines de compétences, les activités, les moyens, les indicateurs de compétences et les critères de résultats sont tous déclinés par fiche, ce qui va permettre :

- à l'assistant(e) de service social de réaliser une autoévaluation de son activité,
- d'envisager une fiche de poste pour tout(e) nouvel(le) assistant(e) de service social en service d'urgences,
- de souhaiter des pré-requis pour travailler dans le service d'urgences,
- de réaliser un support pour l'évaluation annuelle de l'assistant(e) de service social par son cadre socio-éducatif.

Le Référentiel de compétences des assistants socio-éducatifs hospitaliers, réalisé en 2003 par l'AProSSHES et coordonné par Mme Maurey-Forquy, la présidente, a déjà utilisé ces différents items dans sa propre présentation.

## MODALITÉS DE LECTURE

Huit domaines de compétences sont déclinés en activités, moyens/outils, indicateurs de compétences et critères de résultats.

Ces fiches, sous cette forme de présentation, vont pouvoir être ainsi utilisées individuellement pour répondre à un besoin ponctuel ou de façon globale lors d'évaluation.

Les indicateurs de compétences sont définis en termes de :

*Savoir* : ensemble de connaissances théoriques et pratique.

*Savoir-faire* : mise en œuvre d'un savoir et d'une habilité pratique maîtrisée dans une réalisation spécifique.

*Savoir-être* : d'ordre comportemental ou relationnel.

Exemples de lectures : voir pages suivantes

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
<b>I INFORMATION</b>	<i>1.1 Rechercher</i>	1.1.1 - Repérer les besoins en informations en fonction des publics accueillis 1.1.2 - Créer des outils d'information adaptés à l'urgence 1.1.3 - Utiliser et perfectionner ces outils	<i>Savoir :</i> - Connaissance de l'organisation hospitalière et en particulier du Pôle de Médecine d'Urgence - Connaissances des textes législatifs - Connaissance des dispositifs locaux et nationaux - Connaissance des populations reçues et de leurs besoins d'information - Connaissance des sources et circuits d'information  <i>Savoir-faire :</i> - Connaissance de l'outil informatique - Maîtrise des moyens de communication - Classement des documents et outils existants - Adéquation entre sa propre organisation documentaire et celle du service	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-être :</i> - Réactivité - Curiosité et ouverture d'esprit - Esprit d'initiative - Pertinence - Efficacité - Rigueur dans les méthodes de travail	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Spécificité nécessaire en service d'urgences

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
5 ACCOMPAGNEMENT SOUTIEN	5.2 Soutenir accompagner	5.2.1 - Repérer les potentialités du patient 5.2.2 - S'appuyer sur ses capacités 5.2.3 - Impliquer le patient dans les démarches qui le concernent 5.2.4 - Fournir l'aide nécessaire à la réalisation des objectifs dégagés avec le patient	<i>Savoir :</i> - Utilisation de la relation d'aide - Connaissance des missions du service social - Connaissances en psychologie et sciences humaines - Connaissance des partenaires privilégiés au sein des structures	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-faire :</i> - Simplifier les démarches - Mettre en lien le patient ou ses proches avec l'interlocuteur compétent	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-être :</i> - Empathie - Disponibilité - Humilité - Capacité à interroger sa pratique professionnelle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Inclure le patient dans sa prise en charge			

Outils d'évaluation

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
3 ORIENTATION	3.1 Organiser la sortie à domicile	3.1.1 - Solliciter l'avis du patient sur son devenir	<i>Savoir :</i> - Connaissance de la législation - Identification des partenaires et dispositifs locaux - Connaissance des dispositifs financiers légaux et extra-légaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.1.2 - Élaborer un projet de sortie cohérent en tenant compte de la situation médicale, des attentes, des besoins du patient et de sa famille		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.1.3 - Informer les usagers et leurs familles en fonction de leur situation	<i>Savoir-faire :</i> - Repérage des attentes et des réticences de l'usager - Organisation pratique des aides et soutiens - Clarté et précision de l'information transmise - Instauration d'un climat de sécurité pour le patient et ses proches - Capacité à limiter son intervention au temps de prise en charge au service d'urgence - Capacité à impliquer les partenaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.1.4 - Distinguer les problématiques prioritaires pour ensuite dégager des objectifs à court, moyen et long terme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.1.5 - Accompagner les personnes en respectant leur autonomie	<i>Savoir-être :</i> - Sens de l'écoute - Disponibilité - Réactivité - Implication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.1.6 - Associer l'entourage et les partenaires professionnels à l'organisation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.1.7 - Mettre en place les relais nécessaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Travail de coordination avec l'équipe

Distinguer les problématiques prioritaires pour ensuite dégager des objectifs à court, moyen et long terme

Dans un temps limité

## Référentiel de Compétences

# ASSISTANT(E) DE SERVICE SOCIAL EN MÉDECINE D'URGENCE

CONNAISSANCES ET  
COMPÉTENCES SPÉCIFIQUES  
LIÉES À DES PROBLÉMATIQUES



## INTRODUCTION

Un pôle de médecine d'urgence, est un lieu de passage où toutes les personnes en situation de détresse, qu'elle soit médicale, psychique ou sociale, sont accueillies. La plupart viennent consulter pour un symptôme médical, qui en cache, certes, beaucoup d'autres, et le traitement ne peut être proposé qu'en tenant compte du contexte de vie de la personne pour lequel l'assistant(e) de service social est interpellé(e) par l'équipe pluridisciplinaire. Les problèmes sociaux contemporains à traiter sont alors divers.

En effet, depuis l'irruption de la précarité sociale et la recrudescence des pathologies médicosociales, c'est toute une catégorie de la population qui retrouve le chemin de l'hôpital par cette porte ouverte sur la ville :

- Les personnes en situation précaire.
- Les personnes en grandes difficultés sociales.
- Les personnes en détresse de type médico-sociale comme la toxicomanie, l'alcoolisme, la violence,...
- Les personnes accueillies dans des situations de mal être ou du côté du passage à l'acte. Ce sont tous ces patients qui arrivent dans le cadre d'auto- et d'hétéro-agressions, de tentatives de suicide, etc.
- Les jeunes de moins de 15 ans et les jeunes de plus de 15 ans en situation de crise avec le milieu familial, scolaire ou professionnel.
- La très grande population des personnes âgées quand le maintien à domicile devient trop aléatoire à cause d'un état de santé qui se détériore, que la solitude devient insupportable ou que le réseau familial ne peut plus assumer la prise en charge.

Nous avons fait le choix d'aborder ces problématiques récurrentes, complexes, représentatives de l'intervention sociale. Nous les avons classées par ordre alphabétique car il est impossible d'en prioriser une plus qu'une autre. Dans les pages suivantes, nous aborderons donc la spécificité de notre place par rapport à l'addictologie, la gérontologie, l'isolement social, à la pédiatrie avec la distinction des mineurs de moins de 15 ans et ceux de plus de 15 ans, à la psychiatrie et enfin à tout ce qui concerne la victimologie.

Il est important de souligner que la notion de protection est transversale à toutes les problématiques. Chaque fois que cela sera nécessaire, l'assistant(e) de service social signalera des faits graves, en faisant preuve de discernement, aux autorités administratives (Président du conseil général, etc.) et judiciaires (Procureur de la République, Juges, etc.). Une vigilance s'imposera particulièrement pour les personnes vulnérables. Des protocoles et des procédures spécifiques du service social seront réalisées pour les équipes cliniques, comme la procédure de la protection de l'enfance, des personnes âgées/handicapées, des femmes victimes de violence conjugale.

Enfin, la notion d'équipe dans un pôle de médecine d'urgence revêt une résonance toute particulière pour réaliser une prise en charge globale d'un patient. Une collaboration étroite entre chaque membre de l'équipe apporte une réponse plus adaptée aux problèmes d'un patient. L'assistant(e) de service social a un rôle de personne "ressource" pour les équipes (connaissances sociales, juridiques, administratives du fonctionnement des institutions et des services spécialisés). L'importance de communiquer, de travailler en même temps et dans un même lieu permettra d'établir un meilleur repérage, une évaluation élargie de la situation, ainsi que de mieux articuler le travail avec les différents acteurs. La mise en œuvre du plan d'action visant à l'accès aux droits, à la restauration

des liens sociaux, à la protection judiciaire des mineurs ou des majeurs, ou encore à la préparation de la sortie se fera chaque fois que possible en lien avec l'équipe de soins.

Certes, pour l'assistant(e) de service social, son implication auprès d'un patient ne s'arrête pas toujours à la porte des services d'urgence. Un long travail de coordination par téléphone, par démarches, rédaction de rapports, s'avère nécessaire avec les partenaires extérieurs pour mettre en place des relais lors de la sortie du patient. Enfin, des actions de concertation s'instaurent régulièrement entre partenaires de l'action médico-sociale pour développer des stratégies, des complémentarités dans le cadre d'un travail en réseau dans une démarche d'anticipation de sortie, ou dans l'offre d'une prise en charge de qualité.

Il est à noter que la traçabilité de l'action de l'assistant(e) de service social pourra se lire dans le dossier de soins du patient, afin que la mémoire des interventions sociales reste au sein des services quand le patient reviendra. Dans le respect de la déontologie professionnelle et les obligations du secret professionnel, seules les informations importantes pour le projet de soins y seront notées. Cette traçabilité dans le dossier de soins du patient sera complétée en parallèle dans le dossier social.

## ADDICTOLOGIE

Les services d'urgences reçoivent régulièrement de nombreuses personnes en difficulté avec l'alcool ou d'autres toxiques. Le motif initial d'admission ne mentionne pas toujours l'addiction par exemple en cas d'accident de voiture, de chute, de malaise, de violences. Dans ces situations, la consommation excessive est décelée au cours de la prise en charge. Dans d'autres cas, il s'agit d'intoxication aiguë et/ou chronique qui motive l'admission aux urgences.

Compétence spécifique en médecine d'urgence	Savoir	Partenariat
<p><i>En lien avec l'équipe médicale et soignante</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repérer les personnes en situation de fragilité</li> <li>- Organiser une sortie à domicile adaptée à la situation du patient</li> <li>- Organiser l'hospitalisation en tenant compte des contraintes familiales</li> <li>- Orienter le patient vers les structures médico-sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissances législatives (protection sociale, droit du travail, etc.)</li> <li>- Sensibilisation en addictologie</li> <li>- Connaissance des dispositifs sanitaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)</li> <li>- Assistant(e) de service social de psychiatrie, de MCO</li> <li>- Caisse de Sécurité sociale</li> <li>- Mutuelle</li> <li>- Services sociaux d'entreprise</li> <li>- Services de tutelle</li> <li>- Protection de l'enfance</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><b>Savoir-faire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Établir des outils de repérage adaptés aux services d'urgences</li> <li>- Établir un contact adapté</li> <li>- Évaluer les capacités de la personne et de son entourage familial</li> <li>- Contribuer au projet de sortie en lien avec l'équipe médicale et soignante</li> <li>- Faire le relais, si besoin, avec les partenaires extérieurs</li> </ul> <p><i>Transmettre et coordonner avec l'équipe médicale et soignante</i></p>	

Le service social est amené à intervenir, auprès du patient ou de sa famille, autour de l'impact de l'addiction sur le logement, la vie familiale ou encore la vie professionnelle. L'assistant(e) de service social intervient seul ou en lien avec l'équipe mobile d'addictologie.

## GÉRONTOLOGIE

Les services d'urgences accueillent de plus en plus de personnes âgées. Elles sont souvent atteintes de polyopathologies et la dépendance qui s'installe vient compliquer la prise en charge hospitalière d'où la création des équipes mobiles de gériatrie (EMG).

L'assistant(e) social(e) du service d'urgences est amené(e) à intervenir pour préparer un retour à domicile, organiser le maintien à domicile du conjoint, envisager des mesures d'accompagnement ou orienter vers un établissement d'hébergement à moyen ou long terme.

L'assistant(e) social(e) peut intervenir en collaboration avec l'EMG.

Compétence spécifique en médecine d'urgence	Savoir	Partenariat
<p><i>En lien avec l'équipe médicale et soignante</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repérer, les personnes en situation de fragilité</li> <li>- Organiser une sortie à domicile adaptée à la situation du patient</li> <li>- Organiser le maintien à domicile du conjoint</li> <li>- Construire des mesures d'accompagnement adaptées à la dépendance</li> <li>- Orienter, si besoin, vers un établissement d'hébergement pour le moyen et long terme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissance des politiques sociales de la vieillesse et connaissances législatives : Sécurité sociale, aide sociale, retraites et dispositif Allocation Personnalisée Autonomie (APA), Allocation d'Aide au Retour à Domicile (ARDH)</li> <li>- Approche des pathologies de la personne âgée</li> <li>- Connaissance des structures locales d'hébergement et de maintien à domicile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comité Local d'Information et de Coordination (CLIC)</li> <li>- Conseil Général</li> <li>- Maison Départementale de la Personne Handicapée (MDPH)</li> <li>- Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) et autres caisses de retraite</li> <li>- Mutuelles</li> <li>- Services d'aide à domicile</li> <li>- Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD).</li> <li>- Professionnels de santé libéraux.</li> <li>- Structures d'hébergement</li> <li>- Structures d'hospitalisation à domicile (HAD)</li> <li>- Services de Soins et Réadaptation (SSR)</li> <li>- Associations et réseaux spécialisés</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><b>Savoir-faire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Établir des outils de repérage adaptés au service d'urgences</li> <li>- Clarifier les attentes, capacités et difficultés de la personne âgée, de son entourage familial ou professionnel du domicile</li> <li>- Contribuer au projet de sortie en lien avec l'équipe médicale et soignante. Participer à son organisation</li> <li>- Faire le lien avec les partenaires extérieurs</li> <li>- Actualiser sa connaissance des partenaires et dispositifs</li> </ul> <p><i>Transmettre et coordonner avec l'équipe médicale et soignante</i></p>	

## ISOLEMENT SOCIAL

L'isolement social touche toutes les tranches d'âge et toutes les catégories socio-professionnelles. Il peut être temporaire ou chronique, lié ou non à la précarité financière. Dans tous les cas la personne ne dispose d'aucun réseau relationnel disponible. Cet isolement n'est pas le motif d'admission en service d'urgences, mais il constitue souvent un frein à la mise en place et au suivi d'une thérapeutique adaptée.

L'assistant(e) de service social est interpellé(e) pour évaluer la situation et mettre en place des aides adaptées.

Parfois le passage dans les services d'urgence, dans un contexte de crise, représente une opportunité de prendre un temps de parole et tenter de restaurer du lien social. Il arrive aussi que l'isolement ne soit repéré qu'à l'issue de passages itératifs aux urgences.

Compétence spécifique en médecine d'urgence	Savoir	Partenariat
<p><i>En lien avec l'équipe médicale et soignante</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repérer les personnes en situation de fragilité.</li> <li>- Organiser une sortie adaptée à la situation du patient</li> <li>- Orienter le patient vers des partenaires sociaux ou médicosociaux extérieurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissances des partenaires extérieurs, professionnels et bénévoles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Services sociaux : CCAS, service social interentreprises, SAMU Social...</li> <li>- Associations locales d'entraide : mission locale, pôle emploi, école de la 2<sup>nd</sup>e chance, entreprise d'insertion...</li> <li>- Centre médicopsychologique...</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><b>Savoir-faire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Établir des outils de repérage adaptés aux services d'urgences</li> <li>- Savoir repérer les personnes en situation d'isolement</li> <li>- Savoir établir un contact adapté</li> <li>- Savoir accompagner jusqu'au passage de relais</li> <li>- Contribuer au projet de sortie en lien avec l'équipe médicale et soignante</li> <li>- Faire le lien, si besoin, avec les partenaires extérieurs</li> </ul> <p><i>Transmettre et coordonner avec l'équipe médicale et soignante</i></p>	

## PÉDIATRIE

### ◆ Jeunes de moins de 15 ans

Dans plusieurs hôpitaux les services d'urgences pédiatriques et adultes sont séparés géographiquement. Au sein des services d'urgences pédiatriques, l'intervention sociale s'articule autour de l'enfant accueilli et de la problématique médicale présentée.

L'intervention sociale peut aussi être nécessaire dès l'arrivée d'un parent en urgence, lorsque l'état de santé justifie son hospitalisation. Une organisation autour de l'hébergement et de la prise en charge de leur enfant s'avère parfois nécessaire quand les solutions familiales sont inexistantes ou impossibles.

Parfois, dans d'autres situations, une évaluation sociale est sollicitée pendant les soins, quand des problématiques éducatives sont repérées par les soignants, ou signalées par des partenaires extérieurs.

#### ♦ Jeunes de plus de 15 ans

Dans les services d'urgences adultes, l'intervention sociale concerne le jeune lui-même quand il se présente seul au service d'urgences et que ses parents ne sont pas joignables pour autoriser les soins puis envisager l'hospitalisation ou la sortie de leur enfant.

Les problématiques sociales ou de soins pour ces jeunes de plus de 15 ans sont souvent identifiables au même titre que celles des patients adultes et que nous retrouvons dans les fiches :

- Addictologie
- Isolement
- Précarité
- Psychiatrie
- Victimologie

Nous avons choisi de regrouper dans la fiche "victimologie" toutes les formes de maltraitance, notamment concernant l'enfant. L'assistant(e) social(e) en services d'urgences reste particulièrement vigilant(e) concernant cette problématique.

Compétence spécifique en médecine d'urgence	Savoir	Partenariat
<p><i>En lien avec l'équipe médicale et soignante</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repérer les enfants et famille en situation de fragilité.</li> <li>- Évaluer rapidement la situation</li> <li>- Définir en accord avec la cellule familiale une organisation adaptée aux contraintes de santé</li> <li>- Coordonner l'intervention du service social avec les actions des partenaires mandatés</li> <li>- Orienter ou accompagner le patient et sa famille vers les structures relais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissances législatives : droits sociaux liés à la maladie et au handicap, protection de l'enfance, etc.</li> <li>- Connaissance des dispositifs concernant les droits sociaux et la protection de l'enfance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Services de protection de l'enfance : Protection Maternelle et Infantile, Aide Sociale à l'Enfance</li> <li>- Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)</li> <li>- Parquet</li> <li>- Juge pour enfants</li> <li>- Assistant(e) de service social de MCO ou de pédopsychiatrie</li> <li>- Services de pédopsychiatrie</li> <li>- Services d'Action Éducative en Milieu Ouvert</li> <li>- Service social scolaire</li> <li>- Services d'Investigation et d'Orientation Éducative</li> <li>- Services d'aides à domicile</li> <li>- Mutuelles</li> <li>- Structures d'hébergement pour les familles de malades</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><b>Savoir-faire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Établir des outils de repérage adaptés aux services d'urgences pédiatriques</li> <li>- Évaluer la situation de l'enfant et de l'entourage familial</li> <li>- Évaluer les capacités et les difficultés de l'enfant et de l'entourage familial</li> <li>- Contribuer au projet de sortie en lien avec l'équipe médicale et soignante</li> <li>- Savoir protéger : rédiger une information préoccupante, un signalement</li> <li>- Faire le lien si besoin avec les partenaires extérieurs</li> </ul> <p><i>Transmettre et coordonner avec l'équipe médicale et soignante</i></p>	

## PRÉCARITÉ

Les services d'urgences accueillent des patients en situation de grande précarité : sans logement, sans ressource, sans couverture sociale, ou dans des situations d'isolement extrême.

La loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions confirme le rôle des hôpitaux dans l'accès aux soins et la prise en charge des personnes les plus démunies.

L'assistant(e) de service social intervient alors en tant qu'assistant(e) social(e) des services d'urgences ou en collaboration avec la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

Compétence spécifique en médecine d'urgence	Savoir	Partenariat
<p><i>En lien avec l'équipe médicale et soignante</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repérer les personnes en situation de fragilité</li> <li>- Faciliter l'accès aux soins</li> <li>- Rechercher l'accès aux droits</li> <li>- Soutenir la poursuite des soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissances législatives concernant la Sécurité sociale et les dispositifs spécifiques aux étrangers</li> <li>- Approche des pathologies liées à l'exclusion sociale</li> <li>- Connaissance des structures locales d'hébergement et d'accueil d'urgence</li> <li>- Connaissance des structures de soins extérieures adaptées aux publics en grande précarité</li> <li>- Connaissance des dispositifs administratifs spécifiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)</li> <li>- 115 et structures d'hébergement d'urgence</li> <li>- Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale (CHRS)</li> <li>- Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA)</li> <li>- Dispensaires et autres lieux de soins</li> <li>- Lits Halte Soins Santé</li> </ul>
	<b>Savoir-faire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Établir des outils de repérage adaptés aux services d'urgences en lien avec l'équipe médicale et soignante</li> <li>- Établir un contact adapté</li> <li>- Accompagner et soutenir le patient dans ses démarches</li> <li>- Contribuer au projet de sortie en lien avec l'équipe médicale et soignante. Participer à son organisation</li> <li>- Faire le lien avec les partenaires extérieurs</li> <li>- Actualiser sa connaissance des partenaires et dispositifs</li> </ul> <p><i>Transmettre et coordonner avec l'équipe médicale et soignante</i></p>

## PSYCHIATRIE

L'assistant(e) de service social des services d'urgences intervient dans le cadre d'urgences psychiatriques.

Il/elle y exerce ses missions habituelles d'accès aux droits, d'aide à l'hospitalisation.

Il/elle est un des interlocuteurs privilégié(e) des familles déstabilisées face au comportement de leur proche.

Compétence spécifique en médecine d'urgence	Savoir	Partenariat
<p><i>En lien avec l'équipe médicale et soignante</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repérer les personnes en situation de fragilité</li> <li>- Faciliter l'accès aux soins</li> <li>- Organiser l'hospitalisation en tenant compte des contraintes sociales et familiales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissances législatives</li> <li>- Sensibilisation à la souffrance psychique et aux pathologies psychiatriques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistant(e) de service social de psychiatrie, de MCO</li> <li>- Caisses de sécurité sociale</li> <li>- Mutuelles</li> <li>- Services sociaux</li> <li>- Services de tutelle</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><b>Savoir-faire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Établir des outils de repérage adaptés aux services d'urgences en lien avec l'équipe médicale et soignante</li> <li>- Établir un contact adapté avec le patient et son entourage</li> <li>- Évaluer les capacités et difficultés de la personne et de son entourage familial</li> <li>- Contribuer à la recherche d'identité et de repères biographiques pour les personnes sans identité connue ou en voyage pathologique</li> <li>- Faire le lien, si besoin, avec les partenaires extérieurs</li> </ul> <p><i>Transmettre et coordonner avec l'équipe médicale et soignante</i></p>	

## VICTIMOLOGIE

Les services d'urgences accueillent des patients victimes de violences familiales et conjugales. Les publics concernés sont divers : enfants, personnes âgées, personnes vulnérables, adultes victimes de violences conjugales.

Au cours des dernières années, beaucoup d'hôpitaux ont mis en place des procédures spécifiques ou disposent de filières telles que les Unités Médico-Judiciaires (UMJ).

L'assistant(e) de service social intervient alors en tant qu'assistant(e) de service social du service d'urgences ou dans le cadre d'une UMJ.

<b>Compétence spécifique en médecine d'urgence</b>	<b>Savoir</b>	<b>Partenariat</b>
<p><i>En lien avec l'équipe médicale et soignante</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repérer les personnes en situation de fragilité</li> <li>- Faciliter l'accès aux soins</li> <li>- Rechercher l'accès aux droits</li> <li>- Faciliter la poursuite des soins</li> <li>- Organiser la mise en sécurité du patient</li> <li>- Alerter, le cas échéant, les autorités administratives et judiciaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissances législatives concernant la protection de l'enfance et des personnes vulnérables</li> <li>- Sensibilisation aux aspects psychologiques : cycle de violences, stress post-traumatique, etc.</li> <li>- Connaissance des structures locales d'hébergement et d'accueil d'urgence</li> <li>- Connaissance des institutions et procédures administratives et judiciaires</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Savoir-faire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Établir des outils de repérage adaptés aux services d'urgences</li> <li>- Savoir entrer en contact, en respectant le rythme du patient</li> <li>- Accompagner et soutenir le patient dans ses démarches</li> <li>- Contribuer au projet de sortie dans un cadre sécurisé, en lien avec l'équipe médicale et soignante. Participer à son organisation</li> <li>- Faire le lien avec les partenaires extérieurs en respectant les procédures : informations préoccupantes, signalement</li> <li>- Actualiser sa connaissance des partenaires et dispositifs</li> </ul> <p><i>Transmettre et coordonner avec l'équipe médicale et soignante</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parquet</li> <li>- Services d'aide aux victimes</li> <li>- Police et gendarmerie</li> <li>- 115 et structures d'hébergement d'urgence</li> <li>- Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale (CHRS)</li> <li>- Service d'informations préoccupantes du Conseil Général</li> <li>- Services sociaux et services de tutelle</li> <li>- Institutions spécialisées : centre d'information des droits des femmes et des familles (CIDFF), ALMA, etc.</li> </ul>



## Référentiel de Compétences

# ASSISTANT(E) DE SERVICE SOCIAL EN MÉDECINE D'URGENCE

CONCLUSION :  
RÉALITÉS ET PERSPECTIVES



## CONCLUSION

La fonction d'assistant(e) de service social à l'hôpital existe depuis maintenant 100 ans. Ses missions ont connu des fluctuations au cours de ces années, mais elles ont toujours été liées à l'importance de la question sociale au sein de la société elle-même.

Les difficultés sociales des populations s'imposent au quotidien dans les pratiques professionnelles de l'hôpital. La question sociale devient de plus en plus visible dans les services d'Urgence en particulier. Les cas des personnes âgées dépendantes, des personnes en grande précarité ou très isolées socialement font partie de ces services.

Au-delà de la réponse technique, le travail de soin doit s'articuler autour de la vulnérabilité de chaque personne accueillie.

La place du service social dans les services d'Urgence hospitalière est très disparate, tant au niveau du temps affecté que de l'organisation pratique. Lorsque l'assistant(e) de service social est impliqué(e) dans la vie du service, il/elle pourra d'autant plus faire preuve d'adaptabilité et de réactivité face aux situations sociales dégradées.

En complément du diagnostic médical, une évaluation sociale aux Urgences donne du sens et apporte une plus-value pour aboutir rapidement à une orientation appropriée.

La construction de ce référentiel a donné lieu à un important travail d'échange, de clarification des concepts, de réflexion. Cet investissement a permis une maturation pour parvenir à un outil dynamique destiné aux nouveaux collègues assistant(es) de service social en Médecine d'Urgence. Ce référentiel favorisera la sensibilisation des équipes soignantes au repérage des problématiques sociales, leur donnera des repères pratiques, et peut servir de préalable à un travail d'échange pluridisciplinaire autour du patient.

Le partenariat quotidien en équipe au sein des services d'urgences sera certainement renforcé grâce à cette meilleure appréhension des missions de l'assistant(e) de service social.

Si le référentiel permet d'apporter des outils efficaces et rapides, le savoir-être et l'inventivité de l'assistant(e) de service social restent incontournables pour prendre en compte une situation de crise, au cas par cas.

Dans un contexte de restriction budgétaire des établissements hospitaliers, un référentiel de compétence peut permettre de présenter à sa juste valeur la performance du service social aux Urgences.



## BIBLIOGRAPHIE

1. Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Depuis 100 ans, l'hôpital et les pauvres. Doin, Paris 1996.
2. Circulaire DH.4B/D.G.S. 3E/91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale.
3. Décret n° 93-652 du 26 mars 1993 portant statut particulier des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière.
4. Loi n° 98- 657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
5. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST).
6. Déclaration de droits de l'Homme et du Citoyen de 1789.
7. Convention internationale de droits de l'enfant 1989.
8. Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
9. Circulaire DGS/DH 95-22 du 6 mai 1995, relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé.
10. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
11. Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante par la Fondation Nationale de Gérontologie et le Ministère des Affaires Sociales, 2007.
12. Code de Déontologie de l'ANAS du 28 novembre 1994.
13. Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Depuis 100 ans, l'hôpital et les pauvres. Doin, Paris 1996.
14. Plan Hôpital 2007.
15. Circulaire DGS/SP2 n° 99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en place des PRAPS.
16. Les circulaires DGS n° 74bis du 2 décembre 1993 et n° 88 du 1<sup>er</sup> décembre 1994 relatives à la mise en place de réseaux de santé de proximité et à l'accès aux soins des personnes démunies.
17. Circulaire DHOS/E1 n° 2001-503 du 22 octobre 2001, relative à l'accueil dans les établissements de santé des personnes victimes de violences ainsi que de toute personne en situation de détresse psychologique.
18. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
19. Référentiel IOA. SFMU 2004.
20. Référentiel de compétences d'un médecin d'urgence. SFMU 2004.
21. Référentiel de compétences infirmier(e) en médecine d'urgence. SFMU 2008.
22. LE BOTERF G. Construire les compétences individuelles et collectives. Éditions d'Organisation, Paris 2010.
23. Référentiel de compétences des Assistants Socio-éducatifs. Association Professionnelle des Services Sociaux Hospitaliers et de la Santé (A ProSSHeS) 2003.



## Référentiel de Compétences

# ASSISTANT(E) DE SERVICE SOCIAL EN MÉDECINE D'URGENCE

### ANNEXES

Annexe 1 :  
Domaines de compétences



DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
<b>I INFORMATION</b>	<i>1.1 Rechercher</i>	1.1.1 - Repérer les besoins en informations en fonction des publics accueillis 1.1.2 - Créer des outils d'information adaptés à l'urgence 1.1.3 - Utiliser et perfectionner ces outils	<i>Savoir :</i> - Connaissance de l'organisation hospitalière et en particulier du Pôle de Médecine d'Urgence - Connaissances des textes législatifs - Connaissance des dispositifs locaux et nationaux - Connaissance des populations reçues et de leurs besoins d'information - Connaissance des sources et circuits d'information	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-faire :</i> - Connaissance de l'outil informatique - Maîtrise des moyens de communication - Classement des documents et outils existants - Adéquation entre sa propre organisation documentaire et celle du service	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-être :</i> - Réactivité - Curiosité et ouverture d'esprit - Esprit d'initiative - Pertinence - Efficacité - Rigueur dans les méthodes de travail	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
<b>I INFORMATION</b>	<i>1.2 Organiser, mettre à jour</i>	1.2.1 - Actualiser en permanence son niveau de connaissances  1.2.2 - Vérifier la nature de l'information  1.2.3 - Se former  1.2.4 - Intégrer les circuits de l'information du Pôle	<i>Savoir :</i> - Connaissance de l'organisation hospitalière et en particulier du Pôle de Médecine d'Urgence - Connaissances des textes législatifs - Connaissance des dispositifs locaux et nationaux - Connaissance des populations reçues et de leurs besoins d'information - Connaissance des sources et circuits d'information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-faire :</i> - Actualisation permanente des connaissances - Actualisation des outils d'information et de gestion documentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-être :</i> - Réactivité - Créativité - Rigueur dans les méthodes de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
1 INFORMATION	1.3 Transmettre, diffuser	1.3.1 - Sélectionner une information pertinente et actualisée	<i>Savoir :</i> - Connaissance de l'organisation hospitalière et en particulier du Pôle de Médecine d'Urgence - Connaissances des textes législatifs - Connaissance des dispositifs locaux et nationaux - Connaissance des populations reçues et de leurs besoins d'information - Connaissance des sources et circuits d'information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1.3.2 - Diversifier les supports d'information (affichage, information individuelle, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1.3.3 - Adapter le contenu et la formulation de l'information en fonction des besoins des populations		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1.3.4 - Participer à des actions d'information, de formation et de communication	<i>Savoir-faire :</i> - Disponibilité - Utilisation d'outils différenciés selon les besoins - Organisation de travail adaptée aux besoins du public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1.3.5 - Mettre en place des outils d'évaluation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-être :</i> - Objectivité - Créativité - Adaptabilité - Facilité d'expression - Techniques relationnelles appropriées - Rigueur dans l'évaluation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
<b>2 ÉVALUATION/ DIAGNOSTIC</b>	<i>2.1 Repérer les patients, leurs demandes, leurs besoins</i>	<p>21.1 - Définir des critères de repérage</p> <p>21.2 - Rencontrer le patient</p> <p>21.3 - Recueillir les informations émanant de l'équipe soignante</p> <p>21.4 - Solliciter si besoin l'entourage</p> <p>21.5 - Définir des priorités en fonction du degré d'urgence et de la nature du problème à régler.</p> <p>21.6 - Etablir un diagnostic en tenant compte du motif de la demande et des éléments recueillis</p>	<p><i>Savoir :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissance des populations et de leur environnement</li> <li>- Connaissance des indicateurs des problèmes médico-sociaux</li> <li>- Connaissance des partenaires pouvant participer au repérage des populations</li> <li>- Repérage des conséquences probables de la maladie sur le devenir du patient</li> </ul> <p><i>Savoir-faire :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Validation d'indicateurs d'intervention sociale</li> <li>- Validation d'indicateurs de fragilité</li> <li>- Conduite d'entretien adapté</li> <li>- Capacité à identifier les limites de l'intervention sociale au service d'urgences</li> </ul> <p><i>Savoir-être :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rigueur</li> <li>- Attention /Vigilance</li> <li>- Perspicacité</li> <li>- Réactivité</li> <li>- Capacités relationnelles importantes</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
2 ÉVALUATION/ DIAGNOSTIC	2.2 Dégager les priorités	2.2.1 - Identifier les facteurs de risque	<i>Savoir :</i> - Connaissance des populations et de leur environnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2.2.2 - Clarifier les difficultés et les capacités du patient, de son entourage familial, de l'environnement institutionnel	- Connaissance des indicateurs des problèmes médico-sociaux - Connaissance des partenaires pouvant participer au repérage des populations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2.2.3 - Définir des objectifs prioritaires	- Repérage des conséquences probables de la maladie sur le devenir du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2.2.4 - Envisager des objectifs de travail à plus long terme	<i>Savoir-faire :</i> - Mesure de l'impact individuel de la pathologie sur le patient - Mise en synergie des informations recueillies auprès du patient, de sa famille, des partenaires intra- et extrahospitaliers - Priorité à l'intervention sur le court terme - Élaboration si besoin d'hypothèses de travail pour le moyen ou le long terme - Compréhension de la complexité des enjeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-être :</i> - Réactivité - Vigilance - Objectivité - Gestion de l'émotivité en situation d'urgence - "Donner du sens" au diagnostic social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
<b>2 ÉVALUATION/ DIAGNOSTIC</b>	<i>2.3 Proposer le plan d'action</i>	<p>2.3.1 - Rechercher l'adhésion du patient</p> <p>2.3.2 - Solliciter la coopération de l'entourage immédiat</p> <p>2.3.3 - Identifier les ressources des dispositifs sociaux</p> <p>2.3.4 - Définir une organisation adaptée</p>	<p><i>Savoir :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respect des droits et libertés des personnes</li> <li>- Connaissance des ressources et contraintes hospitalières</li> <li>- Connaissance des ressources et contraintes familiales ou liées au milieu environnant</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<p><i>Savoir-faire :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Méthode</li> <li>- Formulation adaptée aux capacités et aux valeurs du patient</li> <li>- Capacité de négociation</li> <li>- Capacité d'ajustement en fonction du recueil de nouvelles données</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<p><i>Savoir-être :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réactivité</li> <li>- Pragmatisme</li> <li>- Endurance</li> <li>- Capacité d'adaptation</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
2 ÉVALUATION/ DIAGNOSTIC	2.4 Mettre en œuvre	2.4.1 - Organiser les éléments définis dans le plan d'action par ordre de priorité	<i>Savoir :</i> - Maîtrise des missions de l'assistante sociale hospitalière - Connaissance des ressources hospitalières ou des institutions partenaires - Connaissance des procédures et des contraintes, notamment délais de mise en œuvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2.4.2 - Coordonner une organisation adaptée entre les acteurs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2.4.3 - Ajuster le projet en fonction des éléments nouveaux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2.4.4 - Activer le réseau de partenaires	<i>Savoir-faire :</i> - Esprit de synthèse - Efficacité - Maîtrise des transmissions ciblées - Sens du contact - Agir en un temps restreint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-être :</i> - Réactivité - Pragmatisme - Endurance - Capacité d'adaptation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
<b>2 ÉVALUATION/ DIAGNOSTIC</b>	2.5 Évaluer le résultat	<p>2.5.1 - Apporter une plus-value au diagnostic posé par l'équipe</p> <p>2.5.2 - Mettre en place des rencontres formalisées avec les principaux partenaires sociaux pour obtenir un "retour" sur l'organisation des sorties d'hôpital</p> <p>2.5.3 - Participer aux études de trajectoire des patients : non retour aux urgences, etc.</p> <p>2.5.4 - Mettre en place un groupe de réflexion, type analyse de pratiques</p>	<p><i>Savoir :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repérage des indicateurs de résultats : non réhospitalisation, mise en place de couverture sociale, de minima sociaux ou d'hébergement d'urgence...</li> <li>- Gestion des relations avec des partenaires institutionnels</li> <li>- Participation au travail institutionnel ; évaluation de Pratiques Professionnelles, etc.</li> </ul> <p><i>Savoir-faire :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise de conscience de son positionnement professionnel</li> <li>- Rigueur méthodologique</li> <li>- Recherche d'amélioration de ses pratiques professionnelles</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<p><i>Savoir-être :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esprit de décision</li> <li>- Esprit de synthèse</li> <li>- Capacité de proposition</li> <li>- Capacité à interroger sa pratique professionnelle</li> </ul>	<input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
3 ORIENTATION	3.1 Organiser la sortie à domicile	3.1.1 - Solliciter l'avis du patient sur son devenir	<i>Savoir :</i> - Connaissance de la législation - Identification des partenaires et dispositifs locaux - Connaissance des dispositifs financiers légaux et extra-légaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.1.2 - Élaborer un projet de sortie cohérent en tenant compte de la situation médicale, des attentes, des besoins du patient et de sa famille		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.1.3 - Informer les usagers et leurs familles en fonction de leur situation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.1.4 - Distinguer les problématiques prioritaires pour ensuite dégager des objectifs à court, moyen et long terme	<i>Savoir-faire :</i> - Repérage des attentes et des réticences de l'utilisateur - Organisation pratique des aides et soutiens - Clarté et précision de l'information transmise - Instauration d'un climat de sécurité pour le patient et ses proches - Capacité à limiter son intervention au temps de prise en charge au service d'urgence - Capacité à impliquer les partenaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.1.5 - Accompagner les personnes en respectant leur autonomie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	3.1.6 - Associer l'entourage et les partenaires professionnels à l'organisation	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	3.1.7 - Mettre en place les relais nécessaires		<i>Savoir-être :</i> - Sens de l'écoute - Disponibilité - Réactivité - Implication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
<b>3 ORIENTATION</b>	<i>3.2 Participer à l'organisation des admissions en établissements (médicaux, médico-sociaux ou sociaux)</i>	3.2.1 - Solliciter l'avis du patient sur son devenir	<i>Savoir :</i> - Connaissance des structures d'accueil, leurs spécificités, leur mode de financement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.2.2 - Rechercher l'adhésion du patient et de ses proches	- Connaissance des prises en charge légales et extra-légales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.2.3 - Contribuer à la continuité de la prise en charge du patient	- Connaissance des interlocuteurs au sein de ces structures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.2.4 - Rechercher l'orientation la plus adaptée pour la personne : dépendance, coût, éloignement géographique	<i>Savoir-faire :</i> - Repérage des attentes et des réticences de l'usager - Travail sur l'adéquation du projet : prise en charge de la dépendance, solvabilité financière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.2.5 - Contribuer à la coordination entre structures	- Information sur l'orientation : coût, délais, procédures d'admission. - Coordination et passage de relais - Instauration d'un climat de sécurité pour le patient et ses proches - Capacité à limiter son intervention au temps de prise en charge au service d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-être :</i> - Sens de l'écoute - Disponibilité - Réactivité - Implication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
4 PRÉVENTION	4.1 Cibler les populations à risque	4.1.1 - Repérer les problématiques émergentes ou peu prises en charge par l'hôpital 4.1.2 - Améliorer la prise en charge des populations en difficulté 4.1.3 - Contribuer à la coordination des soins	Savoir : - Connaissance des problématiques de santé publique - Connaissance des acteurs et des dispositifs existants - Connaissance de la législation : minima sociaux, etc. - Connaissance des spécificités des publics fragiles	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			Savoir-faire : - Établissement et validation de critères de repérage de fragilité - Vigilance quant aux problématiques émergentes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			Savoir-être : - Disponibilité - Curiosité d'esprit - Réactivité - Perspicacité	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
4 PRÉVENTION	4.2 Mettre des informations à disposition	4.2.1 - Amener les informations adaptées à proximité des usagers (salles d'attente, etc.)  4.2.2 - Proposer notre intervention à des populations fragiles	<i>Savoir :</i> - Connaissance des structures relais d'information - Connaissance des partenaires locaux - Connaissance des informations législatives adaptées aux publics repérés - Utilisation de modes d'informations adaptés et diversifiés	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-faire :</i> - Repérage des besoins en information - Utilisation des moyens d'information et de communication adaptés - Rigueur dans la gestion et l'actualisation de la documentation - Définition des outils adaptés : affiches, plaquettes, mise à disposition	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-être :</i> - Créativité - Réactivité	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
4 PRÉVENTION	4.3 Sensibiliser les équipes	4.3.1 - Permettre aux équipes médicales, soignantes, administratives, de repérer les problématiques sociales 4.3.2 - Contribuer à la mission sociale de l'hôpital 4.3.3 - S'appuyer sur les missions du service social	<i>Savoir :</i> - Connaissance de l'équipe pluridisciplinaire et de ses besoins en information - Maîtrise des outils documentaires déjà disponibles au service social et service d'urgences - Mise en réseau avec les partenaires institutionnels	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-faire :</i> - Repérage des attentes et besoins d'information des équipes de soins - Création de guides de procédures et d'informations pratiques en cas d'absence de l'assistant(e) de service social	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-être :</i> - Patience - Ténacité - Dynamisme - Lucidité - Perspicacité	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS		
				Acquis	En voie d'acquisition	
4 PRÉVENTION	4.4 Mener des actions avec les partenaires extérieurs	4.4.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier des problématiques sociales ou médico-sociales nécessitant une action de prévention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissances dans le domaine de la santé publique</li> <li>- Connaissance des acteurs compétents pour la problématique repérée</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4.4.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repérer les partenaires susceptibles de participer à un projet de prévention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilisation à la méthodologie de projet</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4.4.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impliquer l'équipe soignante dans la construction d'un projet de prévention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification avec les partenaires des objectifs spécifiques précis</li> <li>- Repérage des moyens nécessaires</li> <li>- Création d'outils adaptés</li> <li>- Évaluation régulière de l'avancée du projet</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p><i>Savoir-faire :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sens de l'organisation</li> <li>- Esprit d'initiative</li> <li>- Capacité à travailler en équipe</li> <li>- Ténacité</li> <li>- Perspicacité</li> </ul>	<p><i>Savoir-être :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sens de l'organisation</li> <li>- Esprit d'initiative</li> <li>- Capacité à travailler en équipe</li> <li>- Ténacité</li> <li>- Perspicacité</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
5 ACCOMPAGNEMENT SOUTIEN	5.1 <i>Écouter</i>	5.1.1 - Identifier la demande initiale	<i>Savoir :</i> - Utilisation de la relation d'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5.1.2 - Repérer les problématiques sous-jacentes/ complémentaires/ non verbalisées au premier contact	- Connaissance des missions du service social - Connaissances en psychologie et sciences humaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5.1.3 - Discerner les ressources personnelles et familiales du patient, et ses difficultés	- Maîtrise des dispositifs d'aide et de soutien à la personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5.1.4 - Identifier les partenaires susceptibles d'assurer la continuité de la prise en charge	<i>Savoir-faire :</i> - Utilisation du contexte de crise pour faire émerger la parole - Capacité à faire face à l'imprévu - Écoute de l'émotion du patient - Recherche d'amélioration de ses pratiques professionnelles - Adaptation aux contraintes du temps et/ou des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-être :</i> - Disponibilité - Empathie - Implication - Capacité à gérer ses émotions - Capacité à interroger sa pratique professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
5 ACCOMPAGNEMENT SOUTIEN	5.2 Soutenir accompagner	5.2.1	<i>Savoir :</i> - Utilisation de la relation d'aide - Connaissance des missions du service social - Connaissances en psychologie et sciences humaines - Connaissance des partenaires privilégiés au sein des structures  <i>Savoir-faire :</i> - Simplifier les démarches - Mettre en lien le patient ou ses proches avec l'interlocuteur compétent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5.2.2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5.2.3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5.2.4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		- Fournir l'aide nécessaire à la réalisation des objectifs dégagés avec le patient		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-être :</i> - Empathie - Disponibilité - Humilité - Capacité à interroger sa pratique professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
5 ACCOMPAGNEMENT SOUTIEN	5.3 <i>Faire du lien</i>	5.3.1 - Veiller à maintenir le patient au cœur de la prise en charge	<i>Savoir :</i> - Connaissance des missions du service social - Connaissance des partenaires privilégiés au sein des structures hospitalières et médico-sociales - Éthique et déontologie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		5.3.2 - Faciliter la communication	<i>Savoir-faire :</i> - Capacité à entendre et respecter les positions divergentes - Capacité à restituer le positionnement de chacun - Capacité à trouver un langage adapté à chaque interlocuteur - Capacité de contribuer à la mise en place d'un consensus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5.3.3 - Contribuer à la continuité du soin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-être :</i> - Bienveillance - Ténacité - Diplomatie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
6 COORDINATION	6.1 Identifier	6.1.1 - Identifier des problématiques 6.1.2 - Identifier les institutions partenaires impliquées dans le domaine concerné	<i>Savoir :</i> - Connaissance des missions du service social - Connaissance des partenaires dans l'hôpital et à l'extérieur - Connaissance des spécificités des partenaires, de leurs attentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-faire :</i> - Repérage des problématiques ne relevant pas exclusivement de la mission hospitalière - Organisation de rencontres - Capacité à proposer de nouvelles formes d'intervention avec les partenaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-être :</i> - Diplomatie - Ténacité - Vigilance aux réactions des partenaires - Esprit d'ouverture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
6 COORDINATION	6.2 Travailler en réseaux, en partenariat	6.2.1 - Organiser des rencontres autour de la problématique concernée 6.2.2 - Proposer de formaliser un réseau 6.2.3 - Mettre en place des objectifs de travail communs 6.2.4 - Définir les règles de fonctionnement du réseau	<i>Savoir :</i> - Connaissance des missions et des moyens d'intervention des partenaires - Connaissance des méthodes et des règles de fonctionnement en réseau	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-faire :</i> - Capacité à animer des réunions et en assurer le suivi - Capacité à évaluer la réalité du terrain - Capacité à échanger avec les partenaires - Capacité à entendre et respecter les positions divergentes - Capacité à restituer le positionnement de chacun - Capacité à trouver un langage adapté à chaque interlocuteur - Capacité de contribuer à la mise en place d'un consensus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-être :</i> - Dynamisme - Diplomatie - Réalisme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
6 COORDINATION	6.3 Formuler, organiser, faire vivre le réseau	6.3.1 - Créer un règlement du réseau et des procédures de fonctionnement	<i>Savoir :</i> - Connaissance des missions et des moyens d'intervention des partenaires - Connaissance des méthodes et des règles de fonctionnement en réseau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		6.3.2 - Mettre en place un calendrier de rencontres		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		6.3.3 - Définir les étapes d'avancement du projet	<i>Savoir-faire :</i> - Capacité à animer des réunions et en assurer le suivi - Capacité à évaluer la réalité du terrain - Capacité à échanger avec les partenaires - Capacité à entendre et respecter les positions divergentes - Capacité à restituer le positionnement de chacun - Capacité à trouver un langage adapté à chaque interlocuteur - Capacité de contribuer à la mise en place d'un consensus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		6.3.4 - Procéder à des évaluations régulières		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-être :</i> - Dynamisme - Diplomatie - Réalisme - Ténacité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
<b>7 EXPERTISE</b>	7.1 <i>Évaluer son activité</i>	7.1.1 - Établir un rapport d'activité  7.1.2 - Faire des études	<i>Savoir :</i> - Mise en œuvre d'un outil de recueil de données - Maîtrise de la méthodologie d'évaluation - Connaissance des règles de composition et d'écriture - Connaissance de l'évolution des politiques sanitaires et sociales - Connaissance des attentes institutionnelles	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-faire :</i> - Évaluation de l'évolution de l'activité, au niveau quantitatif et qualitatif - Capacité à expliciter le contenu de son activité - Repérage des besoins émergents - Définition des actions prioritaires - Mesure de la pertinence de nos propositions en fonction des besoins des patients - Impulsion de projets d'intervention	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-être :</i> - Rigueur - Objectivité - Perspicacité - Dynamisme - Sens de l'anticipation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
7 EXPERTISE	7.2 Participer au projet de service social	7.2.1 - Inscrire dans le projet de service social en proposant des axes de réflexion  7.2.2 - Dégager des pistes de travail à partir des besoins repérés au service d'urgences	<i>Savoir :</i> - Connaissance de la méthodologie de projet - Connaissance de l'évolution des politiques sanitaires et sociales - Connaissance des attentes institutionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-faire :</i> - Utilisation des données recueillies dans le rapport d'activité et lors d'études spécifiques au service d'urgences - Capacité à expliciter les propositions - Impulsion d'actions innovantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-être :</i> - Rigueur - Créativité - Dynamisme - Vigilance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
<b>7 EXPERTISE</b>	7.3 <i>Participer à l'accréditation</i>	7.3.1 - Participer à l'Évaluation de Pratiques Professionnelles	<i>Savoir :</i> - Connaissance du cadre réglementaire de l'accréditation - Connaissance du projet de Pôle et des missions des MIGAC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7.3.2 - Participer à la procédure de certification	<i>Savoir-faire :</i> - Participation à la mobilisation des acteurs - Positionnement argumenté des missions du service social - Participation à la gestion des risques - Élaboration et mise en pratique des recommandations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-être :</i> - Créativité - Rigueur - Dynamisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
8 ENSEIGNEMENT RECHERCHE	8.1 Accueillir et former des stagiaires	8.1.1 - Elaborer un contrat de stage	<i>Savoir :</i> - Connaissance des missions du service social - Connaissance de l'organisation hospitalière - Connaissance de la grille d'évaluation proposée par l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		8.1.2 - Amener le stagiaire à se repérer dans le cadre institutionnel et à repérer les partenaires extérieurs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		8.1.3 - Accompagner le stagiaire à se repérer face aux problématiques de santé et leurs conséquences	<i>Savoir-faire :</i> - Repérage des attentes, capacités et difficultés du stagiaire - Capacité à clarifier nos savoirs, les rendre accessibles - Mise à disposition de la documentation nécessaire - Accompagnement de l'évolution du stagiaire en tant que futur professionnel - Transmission et échanges sur la déontologie et l'éthique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		8.1.4 - Mettre en place des outils pédagogiques			<input type="checkbox"/>
		8.1.5 - Procéder à l'évaluation de fin de stage	<i>Savoir-être :</i> - Ouverture - Responsabilité - Capacité à donner confiance - Lucidité - Capacité au dialogue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
8 ENSEIGNEMENT RECHERCHE	8.2 <i>Participer à l'enseignement</i>	8.2.1 - Répondre à une demande d'enseignement formulée par une école 8.2.2 - Intervenir au service d'urgences pour la formation/information des internes ou du personnel 8.2.3 - Répondre à des demandes émanant d'étudiants ou de groupes d'étudiants	<i>Savoir :</i> - Connaissance des missions du service social - Connaissance du contexte institutionnel de l'intervention - Connaissance des textes et dispositifs légaux et extralégaux	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-faire :</i> - Élaboration de l'intervention en fonction du public et de ses attentes - Connaissance des techniques de communication - Capacité à faire des liens avec la pratique professionnelle - Conception de supports pédagogiques adaptés - Évaluation de l'intervention	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-être :</i> - Esprit de synthèse - Organisation - Adaptation - Curiosité intellectuelle - Qualité d'animateur et d'orateur - Capacité à faire face à l'imprévu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

DOMAINES DE COMPÉTENCES	ACTIVITÉS	MOYENS/OUTILS	INDICATEURS DE COMPÉTENCES	CRITÈRES DE RÉSULTATS	
				Acquis	En voie d'acquisition
8 ENSEIGNEMENT RECHERCHE	8.3 Diffusion et mise en valeur de son expérience professionnelle	8.3.1 - Rédiger des articles professionnels 8.3.2 - Participer à des congrès	<i>Savoir :</i> - Connaissance des missions du service social - Recherche documentaire et bibliographique - Connaître les règles de communication écrite et orale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-faire :</i> - Capacité à analyser sa pratique professionnelle - Capacité à élaborer une problématique et un questionnement - Mise en perspective selon une ou plusieurs approches théoriques - Capacité à utiliser les outils de communication - Adaptation au contexte ou à la demande - Capacité à impulser une réflexion et un travail collectifs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<i>Savoir-être :</i> - Qualités pédagogiques - Curiosité intellectuelle - Esprit de synthèse - Capacité à faire face à l'imprévu - Disponibilité	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## ANNEXE 2 : DÉCRET

Décret n°93-652 du 26 mars 1993 portant statut particulier des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière

NOR: SPSX9300191D

Version consolidée au 25 février 2010

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre du budget, du ministre des affaires sociales et de l'intégration et du ministre de la santé et de l'action humanitaire,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la famille et de l'aide sociale ;

Vu la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relative à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 62-1198 du 3 octobre 1962 modifié relatif au recrutement et à l'avancement du personnel des établissements relevant des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance ;

Vu le décret n° 65-773 du 9 septembre 1965 modifié relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales ;

Vu le décret n° 80-234 du 6 mai 1980 modifié relatif à la formation des assistants de service social ;

Vu le décret n° 82-1089 du 21 décembre 1982 modifié relatif aux modalités de nomination et d'avancement des personnels d'exécution des établissements d'hospitalisation publics et de certains établissements à caractère social ;

Vu le décret n° 88-1081 du 30 novembre 1988 portant dispositions statutaires générales applicables aux fonctionnaires hospitaliers des catégories C et D ;

Vu le décret n° 92-75 du 21 janvier 1992 relatif à la titularisation dans les corps et emplois de catégorie B des agents non titulaires des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière en date du 17 février 1993

Le Conseil d'État (section sociale) entendu,

### **Titre I<sup>er</sup> : Dispositions générales**

#### *Article 1*

Les assistants socio-éducatifs constituent un corps de catégorie B de la fonction publique hospitalière régi par la loi du 9 janvier 1986 susvisée.

#### *Article 2*

Les assistants socio-éducatifs ont pour mission d'aider les personnes, les familles ou les groupes qui connaissent des difficultés sociales à retrouver leur autonomie, et de faciliter

leur insertion. Dans le respect des personnes, ils recherchent les causes qui compromettent leur équilibre psychologique, économique ou social. Ils participent à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet de l'établissement dont ils relèvent ainsi que des projets sociaux et éducatifs. Ils participent à l'élaboration du rapport d'activité du service socio-éducatif.

Selon leur formation, ils exercent plus particulièrement leurs fonctions dans l'un des deux emplois suivants :

1° Les assistants de service social, qui ont pour mission de conseiller, d'orienter et de soutenir les personnes accueillies et leurs familles, de les aider dans leurs démarches et d'informer les services dont ils relèvent pour l'instruction d'une mesure d'action sociale. Ils apportent leur concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales rencontrées par la population ou d'y remédier. Ils assurent, dans l'intérêt de ces personnes, la coordination avec d'autres institutions ou services sociaux et médico-sociaux. Certains d'entre eux exercent les mêmes fonctions au bénéfice des personnels de l'établissement.

2° Les éducateurs spécialisés, qui participent, en liaison avec les familles, à l'éducation des enfants ou adolescents en difficulté d'insertion et sont chargés du soutien des personnes handicapées, inadaptées ou en voie d'inadaptation. Ils concourent à leur insertion scolaire, sociale et professionnelle au moyen des techniques et activités appropriées.

Lorsqu'il n'existe pas de cadre socio-éducatif dans l'établissement, les assistants socio-éducatifs sont placés directement sous l'autorité du directeur.

## **Titre II : Modalités de recrutement**

### *Article 3*

- Modifié par Décret n°2010-169 du 22 février 2010 - art. 4

Les assistants socio-éducatifs sont recrutés par concours sur titres organisé par l'autorité investie du pouvoir de nomination et ouvert :

1° Pour l'emploi d'assistant de service social, aux titulaires du diplôme d'État d'assistant de service social ou aux ressortissants de la Communauté européenne titulaires de la capacité à exercer prévue à l'article R. 451-37 du code de l'action sociale et des familles ;

2° Pour l'emploi d'éducateur spécialisé, aux titulaires du diplôme d'État d'éducateur spécialisé ou aux titulaires d'un diplôme reconnu équivalent par la commission instituée par le décret n° 2007-196 du 13 février 2007 relatif aux équivalences de diplôme requises pour se présenter aux concours d'accès aux corps et cadres d'emplois de la fonction publique.

Un arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale et de la santé fixe la composition du jury et les modalités d'organisation du concours.

### *Article 4*

Les avis de concours sont publiés au Journal officiel de la République française. Un délai de deux mois à compter de la date de publication de l'avis de concours est imparti aux intéressés pour faire parvenir leur candidature à l'autorité qui a ouvert le recrutement.

## **Titre III : Nomination et titularisation**

### *Article 5*

La durée du stage prévue à l'article 37 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée pour la titularisation dans le corps des assistants socio-éducatifs est fixée à douze mois.

Les agents dont le stage a donné satisfaction sont titularisés, après avis de la commission administrative paritaire compétente, par décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Les autres agents peuvent être admis par cette même autorité, après avis de la commission administrative paritaire, à prolonger leur stage d'une durée qui ne peut excéder un an.

Les agents qui ne sont pas titularisés sont soit réintégrés dans leur corps, cadre d'emplois ou emploi d'origine s'ils étaient fonctionnaires relevant de la fonction publique hospitalière, soit remis à la disposition de leur administration d'origine s'ils étaient fonctionnaires de l'État ou fonctionnaires territoriaux, soit licenciés.

La durée du stage est prise en compte pour l'avancement, dans la limite d'une année.

#### *Article 6*

- Modifié par Décret n°2007-1190 du 3 août 2007 - art. 1 JORF 7 août 2007

Les agents nommés dans le corps des assistants socio-éducatifs sont classés selon les dispositions prévues par le décret n° 2007-837 du 11 mai 2007 fixant les dispositions statutaires communes applicables aux corps de fonctionnaires de la catégorie B de la fonction publique hospitalière, sous réserve du bénéfice des dispositions prévues à l'article 7 du présent décret ainsi que, le cas échéant, des dispositions prévues à l'article 8 du présent décret.

#### *Article 7*

- Modifié par Décret n°2007-1190 du 3 août 2007 - art. 1 JORF 7 août 2007

Les assistants de service social recrutés à compter de la date de publication du décret n° 2007-1190 du 3 août 2007 portant dispositions particulières applicables aux corps de catégorie B de la filière socio-éducative de la fonction publique hospitalière bénéficient d'une bonification d'ancienneté de douze mois s'ils sont titulaires du diplôme d'État d'assistant de service social lors de leur nomination dans le corps.

Les éducateurs spécialisés recrutés à compter de la date de publication du décret n° 2007-1190 du 3 août 2007 bénéficient d'une bonification d'ancienneté de douze mois s'ils sont titulaires du diplôme d'État d'éducateur spécialisé lors de leur nomination dans le corps.

Il en est de même des candidats titulaires de diplômes reconnus équivalents par la commission instituée par le décret n° 2007-196 du 13 février 2007 relatif aux équivalences de diplômes requises pour se présenter aux concours d'accès aux corps et cadres d'emplois de la fonction publique.

Cette bonification ne peut être attribuée qu'une fois au cours de la carrière des intéressés.

#### *Article 7-1 (abrogé)*

- Créé par Décret n°99-212 du 19 mars 1999 - art. 3 JORF 21 mars 1999
- Abrogé par Décret n°2007-1190 du 3 août 2007 - art. 1 JORF 7 août 2007

#### *Article 8*

- Modifié par Décret n°2010-169 du 22 février 2010 - art. 4

Les fonctionnaires régis par le présent décret qui, antérieurement à leur recrutement, ont été employés et rémunérés en qualité de fonctionnaire ou d'agent public dans un établissement de soins public ou dans un établissement social ou médico-social public, ou en qualité de salarié dans un établissement privé de soins ou dans un établissement social ou médico-social privé, dans des fonctions correspondant à celles dans lesquelles ils sont nommés, bénéficient, lors de leur nomination dans un emploi, d'une bonification

d'ancienneté égale à la totalité de la durée des services visés ci-dessus, sous réserve qu'ils justifient de la possession des titres, diplômes ou autorisations exigés pour l'exercice des dites fonctions antérieures. La demande de reprise d'ancienneté, accompagnée de toutes les pièces justificatives, devra être présentée dans un délai de six mois à compter de la nomination.

Cette reprise ne peut être attribuée qu'une fois au cours de la carrière des intéressés.

*Article 9 (abrogé)*

- Abrogé par Décret n°99-212 du 19 mars 1999 - art. 5 (V) JORF 21 mars 1999

*Article 10 (transféré)*

- Modifié par Décret n°99-212 du 19 mars 1999 - art. 6 JORF 21 mars 1999
- Transféré par Décret n°2007-1190 du 3 août 2007 - art. 1 JORF 7 août 2007

#### **Titre IV : Avancement**

*Article 11*

Le corps des assistants socio-éducatifs comporte un grade unique comprenant douze échelons.

L'ancienneté moyenne donnant accès à l'échelon supérieur est d'un an dans le 1<sup>er</sup> échelon, de deux ans du 2<sup>e</sup> au 6<sup>e</sup> échelon, de trois ans dans les 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> échelons et de quatre ans dans les 10<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> échelons.

*Article 12*

La durée maximale et la durée minimale du temps passé dans chaque échelon du corps visé à l'article 1<sup>er</sup> sont respectivement égales à la durée moyenne majorée ou réduite d'un quart.

Toutefois, les durées moyennes d'ancienneté d'un an ne peuvent être réduites.

#### **Titre V : Dispositions diverses**

*Article 13*

- Modifié par Décret n°97-909 du 30 septembre 1997 - art. 1 JORF 7 octobre 1997

Peuvent être détachés dans le corps des assistants socio-éducatifs, à indice égal ou, à défaut, immédiatement supérieur, les fonctionnaires appartenant à un corps, cadre d'emplois ou emploi classé dans la même catégorie, titulaires de l'un des diplômes exigés pour le recrutement dans ce corps et exerçant des fonctions socio-éducatives équivalentes à celles des fonctionnaires du présent corps.

Peuvent en outre être détachés dans l'emploi visé au 2<sup>o</sup> de l'article 3 ci-dessus, à indice égal ou, à défaut, immédiatement supérieur, les éducateurs titulaires de la protection judiciaire de la jeunesse ayant accompli cinq années de services effectifs en cette qualité.

Les fonctionnaires détachés conservent à cette occasion, dans la limite de la durée moyenne de services exigée pour l'accès à l'échelon supérieur de leur nouveau grade, l'ancienneté d'échelon acquise dans leur précédent grade, lorsque le détachement ne leur procure pas un avantage supérieur à celui qui serait résulté d'un avancement dans leur cadre d'emplois, corps ou emploi d'origine.

Ces fonctionnaires concourent pour l'avancement d'échelon avec les fonctionnaires du corps dans lequel ils sont détachés.

Les fonctionnaires détachés depuis deux ans au moins peuvent être intégrés dans leur corps de détachement après avis de la commission administrative paritaire du corps d'accueil. L'intégration est prononcée par l'autorité investie du pouvoir de nomination dans l'échelon atteint dans le corps d'accueil, avec conservation de l'ancienneté acquise

dans cet échelon. Les services accomplis dans le corps, cadre d'emplois ou emploi d'origine sont assimilés à des services accomplis dans le corps d'intégration.

**Titre VI : Dispositions transitoires.**

*Article 14*

Pour la constitution initiale du corps des assistants socio-éducatifs, sont intégrés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1993 les personnels suivants, exerçant dans l'un des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, sous réserve qu'ils aient la qualité d'agent titulaire ou stagiaire :

1° Les éducateurs spécialisés régis à la date de publication du présent décret par le décret du 3 octobre 1962 susvisé, titulaires du diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé et dont l'indice brut terminal est au moins égal à 593 ;

2° Les personnels occupant un emploi d'assistant de service social titulaires du diplôme d'Etat d'assistant de service social ou les ressortissants de la Communauté économique européenne occupant un emploi d'assistant de service social titulaires de l'autorisation d'exercice prévue à l'article 6 du décret du 6 mai 1980 susvisé.

*Article 15*

- Modifié par Décret n°94-390 du 13 mai 1994 - art. 2 JORF 20 mai 1994

Les personnels titulaires mentionnés à l'article précédent sont intégrés dans le corps des assistants socio-éducatifs par décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination selon le tableau de reclassement ci-après :

SITUATION ACTUELLE : Éducateur spécialisé assistant de service social	SITUATION NOUVELLE : Assistant socio-éducatif	
Échelon	Échelon	Ancienneté conservée dans l'échelon
10 <sup>e</sup>	11 <sup>e</sup>	Ancienneté acquise dans la limite de 4 ans
9 <sup>e</sup>	10 <sup>e</sup>	Ancienneté acquise
8 <sup>e</sup>	9 <sup>e</sup>	Ancienneté acquise dans la limite de 3 ans
7 <sup>e</sup>	8 <sup>e</sup>	Ancienneté acquise
6 <sup>e</sup>	7 <sup>e</sup>	Ancienneté acquise
5 <sup>e</sup>	6 <sup>e</sup>	Ancienneté acquise dans la limite de 2 ans
4 <sup>e</sup>	5 <sup>e</sup>	Ancienneté acquise
3 <sup>e</sup>	4 <sup>e</sup>	Ancienneté acquise
2 <sup>e</sup>	3 <sup>e</sup>	Ancienneté acquise
1 <sup>er</sup> avec plus d'un an d'ancienneté	2 <sup>e</sup>	Ancienneté acquise
1 <sup>er</sup> avec moins d'un an d'ancienneté	1 <sup>er</sup>	Ancienneté acquise

Les services accomplis dans le corps, cadre d'emplois ou emploi d'origine sont assimilés à des services accomplis dans le corps d'intégration.

Les personnels bénéficiant avant leur reclassement d'un indice supérieur à l'indice correspondant à leur échelon d'intégration conservent, à titre personnel, leur indice de rémunération antérieur jusqu'à ce qu'ils aient atteint un échelon comportant un indice au moins égal.

Les personnels qui ont atteint un indice supérieur à l'indice de l'échelon terminal de leur corps d'intégration sont intégrés à l'échelon terminal de ce corps mais conservent, à titre personnel, leur indice de rémunération antérieur.

*Article 15-I*

- Créé par Décret n°93-1179 du 18 octobre 1993 - art. 3 JORF 22 octobre 1993 en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1993

Les agents qui, à la date de la publication du décret n° 93-1179 du 18 octobre 1993, occupent un emploi de chef de section de maisons et d'hôtels maternels ou de chef de section de pouponnières mentionné aux articles 16 et 17 du décret du 3 octobre 1962 susvisé, et qui détiennent le diplôme ou l'autorisation d'exercice prévus au 1° de l'article 3 du présent décret, sont intégrés dans le corps des assistants socio-éducatifs selon le tableau de correspondance qui suit :

SITUATION ACTUELLE : Chef de section de maisons et d'hôtels maternels et chef de section de pouponnières		SITUATION NOUVELLE : Assistant socio-éducatif	
Échelon	Ancienneté dans l'échelon	Échelon	Ancienneté conservée dans l'échelon
10 <sup>e</sup>	Plus de 4 ans dans l'échelon	11 <sup>e</sup>	Ancienneté acquise moins 4 ans
10 <sup>e</sup>	Moins de 4 ans dans l'échelon	10 <sup>e</sup>	Ancienneté acquise
9 <sup>e</sup>		9 <sup>e</sup>	3/4 de l'ancienneté acquise
8 <sup>e</sup>		8 <sup>e</sup>	3/4 de l'ancienneté acquise
7 <sup>e</sup>		6 <sup>e</sup>	1/2 de l'ancienneté acquise
6 <sup>e</sup>		5 <sup>e</sup>	2/3 de l'ancienneté acquise
5 <sup>e</sup>		5 <sup>e</sup>	Sans ancienneté
4 <sup>e</sup>		4 <sup>e</sup>	Ancienneté acquise
3 <sup>e</sup>		3 <sup>e</sup>	Ancienneté acquise plus 6 mois
2 <sup>e</sup>		2 <sup>e</sup>	Ancienneté acquise plus 6 mois
1 <sup>er</sup>		1 <sup>er</sup>	2/3 de l'ancienneté acquise

Les dispositions du troisième alinéa de l'article 15 ci-dessus sont applicables aux personnels mentionnés au présent article.

*Article 16*

Jusqu'à l'installation des commissions administratives paritaires propres au corps des assistants socio-éducatifs régis par le présent décret, demeurent compétentes à l'égard de ce corps les commissions administratives paritaires compétentes à l'égard des agents qui bénéficient des mesures d'intégration prévues par le présent décret.

*Article 16-I*

- Créé par Décret n°93-1179 du 18 octobre 1993 - art. 4 JORF 22 octobre 1993 en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1993

Les agents qui, à la date de la publication du décret n° 93-1179 du 18 octobre 1993, occupent un emploi de chef de section de maisons et d'hôtels maternels ou de chefs de section de pouponnières mentionnés aux articles 16 et 17 du décret du 3 octobre 1962 susvisé, et qui détiennent le diplôme d'État de conseiller en économie sociale et familiale ou le diplôme de monitorat d'enseignement ménager familial, sont intégrés dans le corps des conseillers en économie sociale et familiale au grade de conseiller en économie sociale et familiale selon le tableau de correspondance qui suit :

SITUATION ACTUELLE : Chef de section de maisons et d'hôtels maternels et chef de section de pouponnières		SITUATION NOUVELLE : Assistant socio-éducatif	
Échelon	Ancienneté dans l'échelon	Échelon	Ancienneté conservée dans l'échelon
10 <sup>e</sup>	Plus de 4 ans dans l'échelon	10 <sup>e</sup>	Ancienneté acquise moins 4 ans
10 <sup>e</sup>	Moins de 4 ans dans l'échelon	9 <sup>e</sup>	Ancienneté acquise dans la limite de 4 ans
9 <sup>e</sup>		8 <sup>e</sup>	3/4 de l'ancienneté acquise
8 <sup>e</sup>		7 <sup>e</sup>	3/4 de l'ancienneté acquise
7 <sup>e</sup>		6 <sup>e</sup>	3/4 de l'ancienneté acquise
6 <sup>e</sup>		5 <sup>e</sup>	2/3 de l'ancienneté acquise
5 <sup>e</sup>		5 <sup>e</sup>	Sans ancienneté
4 <sup>e</sup>		4 <sup>e</sup>	Ancienneté acquise
3 <sup>e</sup>		3 <sup>e</sup>	Ancienneté acquise plus 6 mois
2 <sup>e</sup>		2 <sup>e</sup>	Ancienneté acquise plus 6 mois
1 <sup>er</sup>		1 <sup>er</sup>	2/3 de l'ancienneté acquise

Les dispositions du troisième alinéa de l'article 16 ci-dessus sont applicables aux personnels mentionnés au présent article.

Article 17

- Modifié par Décret n°94-390 du 13 mai 1994 - art. 2 JORF 20 mai 1994

Pour l'application de l'article 16<sup>er</sup> du décret du 9 septembre 1965 susvisé, les assimilations prévues pour fixer les indices de traitement mentionnés à l'article 15 dudit décret sont effectuées conformément au tableau ci-après :

SITUATION ACTUELLE : Éducateur spécialisé - assistant de service social	SITUATION NOUVELLE : Assistant socio-éducatif
Échelon	Échelon
10 <sup>e</sup>	11 <sup>e</sup>
9 <sup>e</sup>	10 <sup>e</sup>
8 <sup>e</sup>	9 <sup>e</sup>
7 <sup>e</sup>	8 <sup>e</sup>
6 <sup>e</sup>	7 <sup>e</sup>
5 <sup>e</sup>	6 <sup>e</sup>
4 <sup>e</sup>	5 <sup>e</sup>
3 <sup>e</sup>	4 <sup>e</sup>
2 <sup>e</sup>	3 <sup>e</sup>
1 <sup>er</sup> avec plus d'un an	2 <sup>e</sup>
1 <sup>er</sup> avec moins d'un an	1 <sup>er</sup>

En outre, il est tenu compte, le cas échéant, des dispositions du dernier alinéa de l'article 15 du présent décret.

Article 18

Le ministre du budget, le ministre des affaires sociales et de l'intégration et le ministre de la santé et de l'action humanitaire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

PIERRE BÉRÉGOVOY Par le Premier ministre :

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration,  
RENÉ TEULADE

Le ministre du budget,  
MARTIN MALVY

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire,  
BERNARD KOUCHNER

## ANNEXE 3 : CODE DE DÉONTOLOGIE DE L'ANAS

*L'Association Nationale des Assistants de Service Social (ANAS) a adopté à l'unanimité, le 28 novembre 1994, son nouveau Code de Déontologie. Celui-ci modernise la version de 1981, notamment en intégrant la notion d'usager. Il propose des repères aux professionnels de plus en plus confrontés aux questions délicates liées à l'informatisation des données, la confidentialité des informations, et au respect de la vie privée. Nous publions intégralement ce document, qui demeure un outil de référence.*

(A.S.H. n° 1903 du 01 décembre 1994).

### PRÉAMBULE

L'ANAS, en tant qu'association professionnelle, mène depuis sa création en 1945, une réflexion constante sur la déontologie, concrétisée par la parution de deux codes : en 1949 et en 1981.

Le service social, en tant qu'activité professionnelle distincte et spécifique, est à la fois né du changement et lié aux changements de plus en plus rapides et foisonnants de la société. Le code tient compte de ces évolutions et des valeurs fondamentales qui sous-tendent la profession.

Ce code s'appuie sur la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, sur les conventions internationales et sur les textes législatifs en vigueur en France qui mettent en évidence les droits des usagers et le respect du droit à la vie privée.

Ce code est destiné à servir de guide aux assistants de service social dans l'exercice de leur profession. Ses dispositions s'imposent à tout adhérent de l'association, titulaire du diplôme d'État d'assistant de service social ou étudiant en service social.

### TITRE I : PRINCIPES GÉNÉRAUX ET DEVOIRS

#### De la dignité de la personne

##### Article 1

Le respect de la personne fonde, en toutes circonstances, l'intervention professionnelle de l'assistant de service social.

#### De la non-discrimination

##### Article 2

Dans ses activités, l'assistant de service social met sa fonction à la disposition des personnes, quels que soient leur race, leur couleur, leur sexe, leur situation, leur nationalité, leur religion, leur opinion politique et quels que soient les sentiments que ces personnes lui inspirent.

#### De la confidentialité

##### Article 3

L'établissement d'une relation professionnelle basée sur la confiance fait de l'assistant de service social un "confident nécessaire" reconnu comme tel par la jurisprudence et la doctrine.

## **Du secret professionnel**

### *Article 4*

L'obligation légale de secret s'impose donc à tous les assistants de service social et étudiants en service social, sauf dérogations prévues par la loi.

## **De la protection et de la communication des données nominatives**

### *Article 5*

L'assistant de service social doit toujours veiller à la protection du dossier de l'utilisateur et avoir conscience que ce dossier est communicable à la personne concernée.

La constitution des dossiers doit tenir compte des dispositions légales sur l'accès aux documents administratifs.

### *Article 6*

L'introduction et le développement des technologies modernes de recueil et de traitement des informations, imposent à l'assistant de service social de se préoccuper, dès la phase de conception d'un projet, des règles de conservation et de recoupements, au regard du respect de la vie privée des individus et des familles.

## **De l'indépendance et de la liberté**

### *Article 7*

L'assistant de service social ne peut accepter d'exercer sa profession dans des conditions qui compromettraient la qualité de ses interventions. Il doit être attentif aux formes et conditions de travail qui lui sont proposées et aux modifications qui pourraient survenir.

Tenant compte de la nature et des objectifs de l'organisme employeur, il s'assure qu'il peut disposer de l'autonomie nécessaire :

- pour choisir la forme de ses interventions et les moyens à employer ;
- pour décider de la poursuite ou de l'arrêt de son action.

### *Article 8*

L'assistant de service social ne peut, en aucun cas, utiliser sa fonction à des fins de propagande. Il ne peut s'en servir pour procurer ou tenter de procurer à qui que ce soit, des avantages injustifiés ou illicites. L'assistant de service social salarié ne peut accepter des personnes ressortissant de son champ d'activité professionnelle, une rémunération pour services rendus.

## **De la compétence**

### *Article 9*

L'assistant de service social a l'obligation de compétence, c'est-à-dire :

- maîtriser sa pratique professionnelle et tendre constamment à l'améliorer ;
- développer ses connaissances ;
- être vigilant quant aux répercussions que peuvent entraîner ses interventions dans la vie des personnes et celle des institutions.

## **TITRE II : DEVOIRS ENVERS LES USAGERS**

### **A. Intervention directe auprès des usagers**

#### *Article 10*

Lorsqu'il intervient, l'assistant de service social procède à une évaluation aussi complète que possible avant de proposer une réponse à la demande formulée.

*Article 11*

L'assistant de service social doit rechercher l'adhésion des intéressés à tout projet d'action les concernant, en toutes circonstances et quelle que soit la façon personnelle dont ils peuvent exprimer leur adhésion.

*Article 12*

L'assistant de service social informe les intéressés des possibilités et des limites de ses interventions, de leurs conséquences, des recours possibles.

*Article 13*

Toute action commencée doit être poursuivie.

L'assistant de service social doit faire le nécessaire pour éviter les conséquences fâcheuses qui pourraient résulter de l'interruption de son action.

*Article 14*

L'assistant de service social doit aux personnes qui s'adressent à lui une aide d'une durée aussi longue que l'exige la situation, en dépit des difficultés rencontrées et quels que soient les résultats obtenus.

Il ne doit pas s'imposer lorsque son aide n'est plus nécessaire.

*Article 15*

L'assistant de service social ne doit pas accepter d'intervenir, ni de fournir des renseignements dans un but de contrôle.

*Article 16*

Lorsque, dans l'exercice de ses fonctions, l'assistant de service social constate une fausse déclaration, il lui appartient d'en faire prendre conscience à ceux qui en sont les auteurs, mais il n'a pas à les dénoncer.

*Article 17*

L'assistant de service social ne doit ni déposer, ni témoigner en justice pour tout ce dont il a pu avoir connaissance du fait et en raison de sa profession - obligation confirmée par la jurisprudence - et garde cependant, aux termes de la loi, selon les dispositions du code pénal, la liberté de témoigner dans les cas de dérogation au secret professionnel.

**B. Interdisciplinarité et partenariat**

*Article 18*

La situation de l'usager impose souvent la nécessité soit d'une concertation interdisciplinaire, soit de faire appel à un dispositif partenarial mettant en présence des acteurs sociaux diversifiés ou de multiples institutions.

L'assistant de service social limite alors les informations personnalisées qu'il apporte aux seuls éléments qu'il estime strictement indispensables à la poursuite de l'objectif commun, dans le respect des articles 11 et 12 du présent code.

*Article 19*

Dans ces instances, l'assistant de service social veille plus particulièrement à la confidentialité des informations conformément au droit des usagers;

*Article 20*

L'assistant de service social n'est délié d'aucune de ses obligations envers l'usager, quelle que soit la forme d'action commune et quels que soient les intervenants, même soumis au secret professionnel selon les termes de l'article 226-13 du code pénal.

### **TITRE III : OBLIGATIONS ENVERS LES ORGANISMES EMPLOYEURS**

#### *Article 21*

L'assistant de service social rend compte régulièrement de son activité aux responsables de son organisme employeur.

Il le fait dans la forme la mieux adaptée au contexte dans lequel il s'insère, et dans les limites compatibles avec le secret professionnel et les objectifs généraux de sa profession.

#### *Article 22*

L'assistant de service social assume la responsabilité du choix et de l'application des techniques intéressant ses relations professionnelles avec les personnes.

Il fait connaître à l'employeur les conditions et les moyens indispensables à l'intervention sociale qui lui est confiée. De même, il se doit de signaler tout ce qui y fait entrave.

De ce fait, il ne peut être tenu pour responsable des conséquences d'une insuffisance de moyens ou d'un défaut d'organisation du service qui l'emploie.

#### *Article 23*

Il entre dans la mission de l'assistant de service social d'apporter aux responsables de son organisme employeur, les éléments susceptibles d'éclairer les décisions en matière de politique d'action sociale.

### **TITRE IV : OBLIGATIONS ENVERS LA PROFESSION**

#### *Article 24*

Les objectifs de la profession et la façon dont ils sont pratiquement mis en œuvre, doivent faire l'objet d'études et de réflexions constantes de la part des assistants de service social, pour assurer la qualité du service rendu à l'utilisateur.

#### *Article 25*

L'assistant de service social a l'obligation de contribuer à l'évolution constante de sa profession dans un souci d'ajustement aux évolutions de la société.

#### *Article 26*

L'assistant de service social doit avoir une attitude de confraternité à l'égard de ses collègues.

Il observera les devoirs de l'entraide professionnelle et s'abstiendra de tout acte ou propos susceptible de leur nuire.

### **TITRE V : SANCTIONS**

#### *Article 27*

Les manquements graves aux dispositions du présent code relèvent de la commission de contrôle, constituée dans le cadre des statuts de l'association (art. 5, 19 et 20).

## LA PROFESSION D'ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL

L'assistant de service social est au service de la personne humaine dans la société.

Son intervention vise :

- à l'épanouissement et à l'autonomie des personnes, groupes ou communautés
- au développement des potentialités de chacun en le rendant acteur de son propre changement
- à l'adaptation réciproque Individus/Société en évolution.

L'assistant de service social participe au développement social en apportant son concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales et d'améliorer la qualité de la vie.

L'assistant de service social engage sa responsabilité à l'égard :

- des personnes auxquelles s'adresse son activité ;
- des lois régissant la profession ;
- des institutions au sein desquelles la profession est exercée.

L'organisation et la pratique de la profession s'inscrivent dans le cadre des institutions et de la législation en vigueur.

La formation continue, du fait de l'évolution des connaissances et de la société, s'impose à tout assistant de service social comme une nécessité".

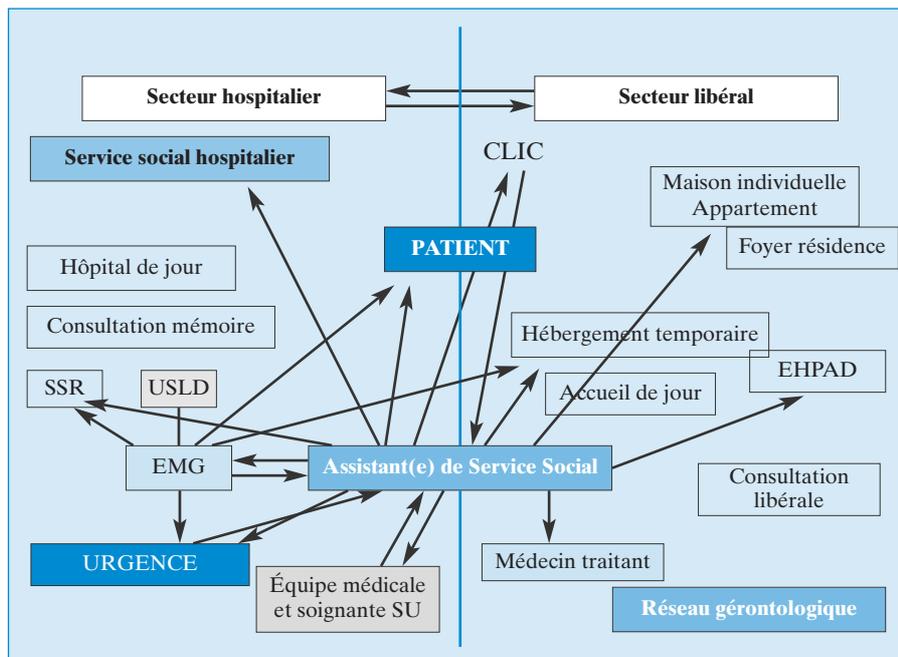
## TEXTES DE RÉFÉRENCE

Vu :

- la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de l'ONU du 10 décembre 1948 ;
- la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales du Conseil de l'Europe, Rome, 4 novembre 1950 ;
- la Charte sociale européenne signée à Turin le 18 octobre 1961, entrée en vigueur le 26 février 1965 ;
- la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'Enfant du 20 novembre 1989 ;
- le Code de la Famille et de l'Aide Sociale : art. 218 à 229 (art. 218, J.O. du 20.01.91) sur les conditions de l'exercice de la profession ;
- le Code Pénal : art. 226-13 sur le respect du secret professionnel ; art. 226-14 sur les dérogations légales (J.O. du 23.07.92) ;
- le Code Civil : art. 9 (loi du 17 juillet 1970) sur le respect de la vie privée ;
- la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;
- la Loi n° 78-753 du 17 juillet 1979, dont le titre I porte sur la liberté d'accès aux documents administratifs, complétée par la loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 relative à l'amélioration des relations entre l'administration et le public ;
- le Code international de Déontologie des assistants de service social adopté par la CIAS, assemblée générale, Sri Lanka, août 1994 ;
- la définition du service social donnée en 1959, par la division des affaires sociales des Nations Unies.



## ANNEXE 4 : EXEMPLE DE COLLABORATION EN GÉRIATRIE



## GLOSSAIRE

*Autorités administratives* : Voir à signalement

*Autorités judiciaires* : Voir à signalement

*Dépendance, ou perte d'autonomie* :

En gérontologie, l'autonomie est mesurée au moyen de la grille AGGIR (autonomie gérontologique groupes iso-ressources), à partir de l'observation de 10 activités que peut effectuer seule ou non une personne âgée : se laver, s'habiller, se déplacer, etc. Elle comprend également 2 variables permettant d'appréhender l'autonomie mentale : se situer dans le temps, savoir discuter et se comporter de façon cohérente.

À partir de cette grille, un algorithme classe les individus en 6 groupes GIR (Groupes iso-ressources). Au sein d'un même groupe des personnes dans des situations disparates, mais ayant besoin d'un volume d'aide similaire, peuvent se retrouver. La dépendance lourde correspond aux GIR 1 et 2, la dépendance moyenne aux GIR 3 et 4, et la non-dépendance aux GIR 5 et 6. Dans cette dernière catégorie se trouvent les personnes autonomes dans les activités quotidiennes ou ne nécessitant qu'une aide ponctuelle pour la toilette, les repas ou le ménage.

*Déontologie* :

La déontologie (du grec *deon*, -ontos, ce qu'il faut faire, et *logos*, discours) est la science morale qui traite des devoirs à remplir. Un code de déontologie regroupe l'ensemble des droits et devoirs qui régissent une profession ou une activité en vue du respect d'une éthique. En 1994 l'Association Nationale des Assistants de Service social (ANAS) a établi le code de déontologie concernant la profession.

*Diagnostic social* :

À partir d'une analyse globale et multiréférentielle de la situation des personnes, l'assistant(e) de service social procède à l'élaboration du diagnostic social, puis du plan d'intervention qui en découle. Ce travail se construit avec la participation des intéressés, en associant si besoin les professionnels de santé, les familles et les structures sociales et médico-sociales concernées.

*Dossier social* :

Le dossier social est un document administratif individuel, nominatif. Il peut se présenter sous forme de dossier papier ou être informatisé ; il est de plus en plus souvent intégré dans le dossier unique informatisé du patient.

Le dossier social est constitué par l'ensemble des écrits définitifs élaborés pour la conduite d'une intervention de service social au bénéfice d'un usager. Il comporte des éléments utiles pour établir des liaisons avec des collègues pour le traitement d'une situation (par exemple transmissions), pour la participation à un travail de groupe ou pour une contribution à une action collective.

Le patient peut demander l'accès à son dossier social.

*Fragilité* :

Le terme de fragilité est utilisé fréquemment en gérontologie, il n'existe pas de définition standardisée. Il s'agit d'un état instable de forte vulnérabilité face aux événements nécessitant une adaptabilité tels que stress physique, psychique, modification sociale ou environnementale.

L'action conjuguée de l'âge, des maladies, du contexte de vie sont à l'origine de cette fragilité, qui entraîne un risque élevé de dépendance, d'hospitalisations, d'entrée en institution, de mortalité.

La fragilité peut être latente ou patente, elle s'évalue par l'apparition de troubles cognitifs, comportementaux et sensoriels, de poly pathologies, de poly médications et par l'accroissement du besoin d'aide dans la vie quotidienne.

#### *Personnes vulnérables*

La notion de vulnérabilité concerne les personnes majeures sous protection légale (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice), mais elle s'applique également à d'autres situations. Ainsi le droit pénal définit la notion d'état de faiblesse qui s'applique à la personne d'une "*particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse*" (Article 223-15-2 du code pénal). La vulnérabilité peut donc être temporaire ou définitive.

La législation prévoit plusieurs modalités concernant le consentement au soin des personnes vulnérables, selon leur situation particulière.

#### *Précarité :*

La précarité se caractérise par l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux.

La précarité peut conduire à la grande précarité :

- quand plusieurs domaines de l'existence sont affectés : logement, travail, famille...
- quand elle se prolonge,
- quand elle compromet les chances d'assumer à nouveau ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible.

#### *Réseau :*

Le réseau de santé a pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires ou médico-sociales.

Les finalités du réseau professionnel s'expriment en termes d'innovation, de complémentarité, de coordination, d'actions transversales et de réactivité. Le réseau est alors structuré de façon précise, en fonction des objectifs à atteindre.

Parfois le terme de réseau est également employé pour qualifier le partenariat ou les interactions entre institutions sociales.

#### *Secret professionnel*

Tout personnel de la fonction publique hospitalière est soumis au secret professionnel. La loi prévoit de sanctionner toute révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire. Dans certaines situations concernant la protection des personnes, la loi impose ou autorise la révélation du secret (voir à signalement).

Dans le cadre d'une concertation entre professionnels de la même institution, ne sont transmises que les informations nécessaires à la poursuite de l'objectif commun.

Dans le cadre de concertation entre institutions, le professionnel doit rechercher l'adhésion de l'intéressé.

#### *Signalement et Information Préoccupante*

La loi définit pour tous les citoyens la non assistance à personne en péril (Article 223-6 du CP). Les mineurs et les majeurs vulnérables sont particulièrement protégés (Article 434-3 du CP).

Dans le cadre de la maltraitance, le législateur a prévu dans l'article 226-14 du CP la possibilité de déroger au secret dans deux situations : les privations, sévices, atteintes sexuelles infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

Selon la situation (degré d'urgence, état de santé du patient, possibilité ou non d'un travail amiable avec la famille ou l'environnement social), le professionnel doit en informer les autorités judiciaires et/ou administratives.

En ce qui concerne les autorités judiciaires, le signalement doit être adressé au Procureur, au juge des tutelles ou au juge pour enfants, selon les situations.

En ce qui concerne les autorités administratives, le recueil d'information préoccupante doit être transmis au Conseil Général.



## BIBLIOGRAPHIE

### HÔPITAL ET SERVICE SOCIAL

#### Ouvrages et articles

- BOUQUET B. Éthique et travail social. Dunod, Paris 2003.
- AUBERT N. Le culte de l'urgence. Flammarion, Paris 2003.
- MAUREY-FOROUY C. La nouvelle gouvernance expliquée aux assistantes sociales hospitalières. *In* : l'Entreprise Médicale 2005.
- SFMU. La charte de la médecine d'urgence. 2003.
- COQUOIN C. Les urgences psychiatriques. *In* : Le service social en psychiatrie. CARTIER A. ENSP, Rennes 2006.
- SFMU. Référentiel Critères d'évaluation des services d'urgence. Mars 2001.
- CHASTEL C, JARRIGE M, VIÉMONT L. Social et urgences : une composante incontournable. *Revue des Samu* 2001;XXIII(6, décembre):414-5.

### PRÉCARITÉ

#### Textes législatifs

- Circulaire DGS/SP2 n°2000 -324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire.
- Circulaire DGS/SQ 2/DAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux.
- Circulaire DHOS 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

#### Rapports et articles

- LAZARUS A, STROHL H. Pauvreté, précarité et pathologies mentales, une souffrance que l'on ne peut plus cacher. Rapport à la Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain. 1996.
- La progression de la précarité en France et ses incidences sur la santé. Rapport du Haut Comité de la Santé Publique. ENSP, Rennes 1998.
- ROELANDT JL. La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale, la place des usagers et le travail en partenariat dans la cité. Rapport au Ministre délégué à la santé. 2002.

- DAVY E, DREYFUS M, DUROCHER L. Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social. Ministère du travail des relations sociales et de la solidarité, Ministère de la santé de la jeunesse et des sports. 2007.
- BODÉNEZ P, BOUAKKAZ M, LAOT P, NICOL Y. La PASS, un lien ville-hôpital en santé mentale ? Congrès SFMU - Paris, juin 2007.
- CANNIER O, MESSBAH V, THERY S, MOKTAR BENOUNNANE A, DUVAL G. L'hébergement des patients en situation de précarité, les PASS. Congrès SFMU - Paris, juin 2007.
- NICOL Y. Favoriser l'accès aux soins des personnes malades en situation de précarité. In Revue de l'Infirmière 2009;N°152(juillet-août 2009):21-2.

#### **Ouvrages**

- MAISONDIEU J. La fabrique des exclus. Bayard, Paris 1997.
- LEBAS J, CHAUVIN P. Précarité et santé. Flammarion, Paris 1998.
- DECLERCK P. Les Naufragés, Pocket, Paris, 2003.
- QUESEMEND ZUCCA S. Je vous salis ma rue : clinique de la désocialisation. Stock, Paris 2007.
- FURTOS J. Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs. Masson, Paris 2008.
- CASTANET H, et al. Poubelle égarée au bord d'une autoroute... Pleins Feux, Paris 2009.

### **GÉRONTOLOGIE/VEILLISSEMENT**

#### **Textes législatifs**

- Loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

#### **Articles**

- GENTRIC A, DUQUESNE F, GRAZIANA A, et al. L'accueil gérontologique médico-social aux urgences : une alternative à l'hospitalisation des personnes âgées en médecine ? Revue Médecine Interne 1998;19:85-90.
- SFMU, Conférence de consensus . Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Strasbourg, 2003.
- JARRIGE M. La maltraitance des personnes âgées. Enseignement supérieur infirmier. *In: Urgences* 2004;647-654.
- Commissariat général du Plan. La prise en charge des personnes âgées dépendantes dans leur dernière période de vie. Les Cahiers N°1, avril 2005.
- JARRIGE M. Vieillir *In: Mental* 15, NLS 2005:70-81.
- DULOU L, COURREGES J, PATERON D. Équipe mobile de gériatrie aux urgences. SFMU 2005;67:779-86.
- BOUGET J, JOUANNY P. Urgences et filières pour personnes âgées : investissement dans des filières de prise en charge gériatrique. SFMU 2006:519-34.
- Plan de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance. Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, 2007.
- Le Guide des Bonnes Pratiques. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. ANESM, Paris 2008.

### **Ouvrages**

- ENNUYER B. Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social. Dunod, Paris 2002.
- DE HENNEZEL M. Le souci de l'autre. Robert Laffont, Paris 2004.
- VEYSSET B. Dépendance et vieillissement. L'Harmattan, Paris 2007.
- HERFRAY C. La vieillesse en analyse. Érès, Paris, 2007.
- QUINODOZ D. Vieillir une découverte. PUF, Paris, 2008.
- DE HENNEZEL M. La chaleur du cœur empêche nos cœurs de rouiller. Robert Laffont, Paris 2008.
- PELLISSIER J. Ces troubles qui nous troublent, Érès, Paris, 2010.
- MENECEIER P. Boire et vieillir. Érès, Paris 2010.

### **MALTRAITANCE**

#### **Textes législatifs**

- Circulaire DGS-DH n° 97-380 du 27 mai 1997 relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles.
- Circulaire DGS/DH n° 2000-399 du 13 juillet 2000 relative à l'extension aux mineurs victimes de toutes formes de maltraitance des dispositions de la circulaire n° 97-380 du 27 mai 1997.
- Circulaire DH/AF 1/98 n°137 du 27 février 1998 précisant les modalités de création des UMJ (Unités Médico-Judiciaires).
- Loi 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.

#### **Guides, rapports et articles**

- Le praticien face aux violences sexuelles. Ministère de l'emploi et de la solidarité.
- HENRION R, et al. Les femmes victimes de violences, le rôle des professionnels de santé. La Documentation Française, Paris 2001.
- Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France. Documentation Française, Paris 2001.
- THOMAS A, TELMON N, ALLERY JP, PAUWELS C, ROUGÉ D. La violence dans le couple, évolution dans le temps. Journal de Médecine Légale et de Droit Médical 2002;45:117-123.
- Maltraitance prise en charge aux Urgences, hors violences sexuelles.SFMU, Conférence de consensus - Nantes, décembre 2004.
- La lutte contre les violences au sein du couple. Guide de l'action publique, Direction des Affaires Criminelles et de la Grâce, septembre 2004.
- Auteurs de violences au sein du couple, prise en charge et prévention. Rapport du groupe de travail animé par le Dr COUTANCEAU, mars 2006.
- Lutte contre les violences au sein du couple : le rôle des professionnels. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, 2007.

#### **Ouvrages**

- HIRIGOYEN MF. Le harcèlement moral. Pocket, Paris 1998.
- SOUFFRON K. Les violences conjugales, Les essentiels. Milan, Paris 2000.
- HUGONOT R. La vieillesse maltraitée. Dunod, Paris 2000.
- GAVARINI L, PETITOT F. La fabrique de l'enfant maltraité. Un nouveau regard sur l'enfant et la famille. Érès, Paris 2001.
- AUDET J, KATZ JF. Précis de victimologie générale. Dunod, Paris 2001.

- HIRIGOYEN MF. Femmes sous emprise. Les ressorts de la violence dans le couple, Oh ! Paris, 2005.
- BERNARD M. Maltraitements et violences. Prise en charge du petit enfant, de l'adolescent, de l'adulte, de la personne âgée. Masson, Paris 2005.
- ELIACHEFF C, SOULEZ LARIVIÈRE D. Le temps des victimes. Albin Michel, Paris 2007.

#### **ADDICTOLOGIE/PSYCHIATRIE**

- Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
- Circulaire DH/EO4/96-557 du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalière de liaison.
- Circulaire DHOS/O2-DGS/SD6B 2000/460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins pour les personnes ayant des conduites addictives.

#### **Articles**

- Guide de bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie.

#### **Ouvrages**

- POMMEREAU X. Quand l'adolescent va mal. J'ai lu, Paris 1998.
- POMMEREAU X. L'adolescent suicidaire. Dunod, Paris 1999.
- DEBOUT M. La France du suicide. Stock, Paris 2002.
- POMMEREAU X. Ado à fleur de peau : ce que révèle son apparence. Albin Michel, Paris 2006.

#### **CONSTRUCTION DU RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES**

- LE BOTERF G. Repenser la compétence. Éditions d'Organisation, Paris 2010.

#### **Sources**

- Site de la Société Française de Médecine d'Urgence : [www.sfm.org](http://www.sfm.org)
- Site officiel du Ministère de la Santé, de la jeunesse et des Sports : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- Site du service public d'accès au droit : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)



SFEM éditions, 22 rue du Château des Rentiers - F-75013 Paris  
 Dépôt légal : 2<sup>e</sup> trimestre 2012  
 Imprimé par : ITF, ZA RP Mendès France, B12 - F-72230 Mulsanne  
 ISBN : 978-2-919669-02-8