



Chapitre 91

Rôle de l'assistant(e) social(e) des urgences

I. BLONDELET¹

Points essentiels

- L'assistant(e) de service social en médecine d'urgence a un rôle primordial auprès de la population des personnes âgées.
- Son intervention s'articule autour du rythme d'un service d'urgence : en un temps court inhérent à la prise en charge aux urgences.
- Un travail de repérage, d'évaluation, de coordination est nécessaire en collaboration étroite en équipe pluridisciplinaire au sein des urgences mais aussi avec la filière gériatrique extra-muros.
- Le plan d'aide est défini et adapté en fonction du contexte de vie de la personne âgée : logement, entourage familial et/ou professionnel, ressources financières et humaines.
- Une collaboration étroite et efficace entre l'assistant(e) de service social et l'équipe mobile de gériatrie (EMG) engendre et facilite une prise en charge optimale de la personne âgée dans un contexte d'urgence.

1. Introduction

L'activité de l'assistant(e) de service social en service d'urgence se réfère aux textes législatifs régissant l'hôpital et les services d'urgence et notamment :

1. CHU Nancy, Hôpital Brabois Adultes, rue du Morvan, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy.

Correspondance : Isabelle Blondelet – CHU Nancy, Hôpital Brabois Adultes, Service Social, rue du Morvan, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy. Tél. : 03 83 15 50 01. Fax : 03 83 15 36 01.
E-mail : i.blondelet@chu-nancy.fr

- la circulaire du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences ;
- la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative au droit des malades et à la qualité du système de santé.

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

Les assistant(e)s de service social en milieu hospitalier ont pour mission de :

- conseiller, d'orienter et de soutenir les personnes accueillies et leur famille ;
- de les aider dans leurs démarches ;
- 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.

Ces missions sont mises en exergue dans les services d'urgence notamment lors de contexte de crise et d'épuisement de l'entourage de la personne âgée.

2. Le temps social en médecine d'urgence : un temps précieux

L'intervention sociale s'articule autour du rythme d'un service d'urgence : en un temps court inhérent à la prise en charge aux urgences.

Parfois, le patient n'est pas encore arrivé dans le service et pourtant l'assistant(e) de service social est déjà au courant de sa venue : un travail de collaboration étroit avec le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA) du SAMU permet ainsi l'anticipation de la prise en charge. Un travail de recherche de dossiers antérieurs, de trace de passages itératifs dans le service ou au sein de l'hôpital, est alors possible avant même l'accueil effectif du patient. Cette amorce à la prise en charge sera alors complétée par l'échange avec l'équipe médicale ou paramédicale qui aura effectué le transport de la personne âgée : présence de famille, notion d'isolement, condition d'hygiène, état du logement...

Si le repérage de situations de fragilité n'a pu être effectif par le biais du CRRRA, le travail de signalement est possible par le biais d'un partenariat efficace et protocolisé avec l'Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA) ou encore par toute l'équipe pluridisciplinaire au sein du service d'urgence.

L'intervention sociale peut donc aussi s'initier avant même toute prise en charge soignante afin de définir avec la personne âgée et/ou sa famille un projet de vie, en fonction du diagnostic et pronostic posés ensuite par l'équipe médicale.

3. Pour un meilleur repérage et une évaluation optimale : une collaboration étroite avec l'équipe des urgences et la filière gériatrique

Après entretien avec la personne âgée afin de mieux connaître son contexte de vie, les aides éventuellement en place, son entourage, son projet de vie (...) une rencontre avec sa famille peut s'avérer nécessaire afin de confronter leur discours. La personne âgée ne s'aperçoit pas toujours des difficultés quotidiennes, ou bien, les occulte complètement, alors que son entourage, parfois vieillissant aussi, est arrivé au bout de ses possibilités et capacités quant au maintien à domicile. Cette démarche sociale auprès de l'entourage de la personne âgée devient souvent un moment privilégié à l'abri du chaos des urgences. Elle permet également de confronter la famille à la réalité de la médecine d'urgence et parfois à son impossibilité de répondre favorablement à la famille en terme d'hospitalisation de répit, souvent demandée pour éviter ou limiter l'essoufflement à domicile. L'assistant(e) de service social devient le lien avec l'équipe médicale pour transmettre les doléances de la famille. Pour cette dernière, l'assistant(e) de service social est aussi un repère au sein des urgences, où parfois l'activité ne permet pas aux soignants de prendre un temps pour entendre les difficultés familiales. L'évaluation sociale permet aux familles de recentrer les besoins primordiaux immédiats de la personne âgée et d'informer sur les possibilités du domicile, encore souvent méconnus.

Au-delà du repérage, l'assistant(e) de service social doit donc connaître au mieux ses partenaires et collaborateurs afin de s'adresser de manière pertinente à eux en termes de recueil de données, de possibilités de mise en place d'aide, de prise de relais extra-muros.

Au sein du service d'urgence, l'assistant(e) de service social s'adresse aux médecins mais aussi à l'équipe paramédicale qui est souvent le lien avec les familles. Les aides-soignantes, les infirmières peuvent aussi repérer des critères de fragilité (hygiène précaire, incontinence...) non décelés à l'arrivée.

L'assistant(e) de service social peut et doit également travailler en étroite collaboration avec les services compétents en gériatrie hors milieu hospitalier : le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) du Conseil Général, les caisses de retraites, les réseaux gérontologiques, les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA), les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), les associations d'aide à domicile, les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), les services d'Hospitalisation A Domicile (HAD) les Services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSSR), les Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les Unités de Soins de Longue Durée (USLD), les Centres de Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR).

Ce travail avec ces structures, souvent extérieures à l'hôpital, est indispensable en vue d'une coordination après le passage de la personne âgée aux urgences. Il n'est pas rare que ces services contactent l'assistant(e) de service social des urgences car

ils ont eu connaissance du transport d'une personne âgée connue de leur équipe (exemple association d'aide à domicile). Un travail de connaissance active des partenaires est donc nécessaire afin de pouvoir dans un contexte d'urgence et dans un temps restreint, s'adresser à eux de façon pertinente et adaptée. Des rencontres régulières avec ces partenaires sont donc nécessaires pour connaître les besoins et les attentes des uns et des autres afin de répondre au quotidien à une prise en charge optimale des personnes âgées.

4. Un plan d'aide adapté à l'état de santé, adéquat aux besoins de la personne âgée et correspondant à ses ressources (financières, humaines...)

La prise en charge sociale de la personne âgée s'articule évidemment autour de son état de santé, son degré d'autonomie mais aussi autour de la possibilité de rester chez soi. En effet, il n'est pas rare que le passage aux urgences et l'entretien social mettent en avant les limites du maintien à domicile actuel.

L'échange avec l'équipe des urgences va permettre de déterminer si une hospitalisation est nécessaire ou si un retour à domicile est envisageable du point de vue médical. Ensuite, l'entretien avec le patient et/ou sa famille va confirmer ou non l'hypothèse du maintien à domicile dès la sortie des urgences.

En cas de décision d'une sortie à domicile, en accord avec le patient et/ou son entourage, suite aux entretiens où diverses propositions ont été amorcées, plusieurs hypothèses sont possibles et peuvent se compléter :

– La prévention : l'assistant(e) de service social se doit d'informer la personne âgée des possibilités d'aide à domicile ou dispositifs adaptés à son état de santé. Parfois, après évaluation et constatation d'un besoin en terme d'aide (toilette, courses, prise de médicaments...), il est difficile de faire comprendre et entendre à la personne âgée de l'intérêt de la mise en place effective des aides adaptées. En cas de refus, il est primordial de lui fournir toutes les informations nécessaires en terme de financement, de démarche, de contact afin lui permettre à posteriori, d'avoir en main toutes les données indispensables.

– La mise en place effective des aides : le temps imparti au service d'urgence détermine le choix des aides dès la sortie. Cependant, d'autres aides vont pouvoir être proposées et débutées alors que la personne âgée est sur le point de quitter le service. Le relais post-urgence trouver alors tout son fondement. Trois types d'aides sont à distinguer :

- les aides à la personne : aide à la toilette, aide à la prise des repas, aide à la prise du traitement médical, aide au lever / au coucher, aide aux transferts ;
- les aides à l'environnement : aide au ménage, aide ou accompagnement aux courses, aide à la préparation des repas ;
- les aides techniques : petit matériel médical (cane, déambulateur, lit médicalisé, chaise garde-robe...), téléassistance, adaptation du logement (barres et rampes d'appui, rehausseur de toilette, siège de baignoire...).

Si le patient âgé est déjà bénéficiaire d'aide à domicile, l'assistant(e) de service social doit se mettre en lien d'une part avec les services financeurs des aides et d'autre part avec les services d'aide à domicile déjà en place.

Dans un premier temps, en effet, la consultation des services qui financent déjà les aides est primordiale afin de connaître tout d'abord la marge de manœuvre possible en termes d'augmentation des aides donc de leur coût. Un échange téléphonique avec le CLIC va permettre de savoir si le patient est connu, par exemple, du dispositif de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et de connaître son plan d'aide actuel en place à domicile, son Groupe Iso Ressource (GIR) et surtout si son plan d'aide est au maximum ou non en fonction de son GIR. Si cela n'est pas le cas, l'assistant(e) de service social doit alors, en lien avec la conseillère en gérontologie en charge du suivi du dossier, déterminer de l'opportunité d'une demande de révision en urgence de l'APA de la personne âgée. Le critère de ressources financières, la notion d'isolement du patient seront les éléments qui définiront la demande de révision en urgence, rapide ou classique.

Dans un second temps, le contact avec l'association d'aide à domicile reste nécessaire pour connaître ses disponibilités au niveau du planning des employés intervenant déjà chez la personne âgée. Cette dernière, effectivement, est souvent attachée à ses intervenantes habituelles. Si l'augmentation des heures n'est pas compatible comme souhaité, les associations proposent alors d'autres solutions adaptées au mieux aux besoins recensés.

Si la personne âgée n'avait pas d'aide à domicile, la mise en place d'aide est toujours possible mais va être soumise à deux conditions primordiales : trouver un association qui peut proposer du personnel très rapidement et trouver les ressources financières nécessaires au coût des aides. Il n'est donc pas rare que la famille continue quelques jours à prendre en charge son aîné afin de faire le lien avec les futurs intervenants.

L'aspect financier reste un aspect majeur lors des entretiens entre l'assistant(e) de service social, le patient et/ou sa famille. Lorsque le taux de participation en fonction des ressources est abordé, des difficultés sont régulièrement mises en avant et engendrent des soucis dans la mise en place réelle des aides.

En cas d'incapacité à mettre en place les aides indispensables dès la sortie des urgences à cause du temps imparti nécessaire, l'assistant(e) de service social doit, parfois, adapter sa prise en charge et travailler avec l'équipe médicale pour trouver une solution intermédiaire afin que le retour à domicile différé de quelques jours, soit alors effectif et sécurisé. Des orientations vers des SSSR ou des services de Post Urgence Gériatrique (PUG) sont alors décidées. Le temps du séjour permettra à l'assistant(e) de service social du service concerné, de continuer la prise en charge définie aux urgences.

La coordination et le signalement aux services gériatriques compétents pour structurer le relais post-urgence : la mise en place d'aide ou la prévention

n'empêchent pas le lien avec les réseaux gérontologiques, les SSIAD, les MAIA, les CLIC, les CCAS (...). Ces différents services et dispositifs peuvent déjà être au courant de la situation ; la coordination, avec l'accord du patient, sera alors un mode d'information sur la venue de la personne âgée aux urgences et des conséquences médicales de son passage à l'hôpital. Si le patient n'est pas connu par ces entités, il est donc envisageable avec son aval, de leur confier la situation, afin de sécuriser le maintien à domicile, de coordonner les futurs soins (rendez-vous en consultation type bilan mémoire...), de planifier une surveillance de l'évolution de la perte d'autonomie et l'entrée dans la dépendance physique et/ou psychologique. Des documents communs, type fiche de liaisons, sont de plus en plus protocolisés entre le service social des hôpitaux et les services sociaux de ces structures ou dispositifs gérontologiques. Certains réseaux gérontologiques expérimentent aussi des fiches de liaison médico-sociales par le biais d'une version informatisée. Ces fiches sont consultables, de façon sécurisée, 24 heures/24, par les médecins des CRRRA et par ceux des urgences afin de connaître les pathologies principales, les antécédents, les traitements en cours et les aides à domicile préexistantes. La partie sociale est consultable par l'assistant(e) de service social des urgences.

5. EMG et assistant(e) de service social des urgences : une collaboration étroite et efficace

Les missions de l'EMG sont définies par les circulaires DHOS du 18 mars 2007 :

« l'équipe mobile gériatrique intervient notamment, à la demande, dans l'ensemble des services de l'établissement de santé, notamment dans la structure des urgences » pour « ... dispenser une évaluation gérontologique médico-psychosociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique (...), contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques (...), les orienter dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux locaux (...), participer à l'organisation de leur sorties en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (CLIC, coordination gérontologique, services sociaux, SSIAD, réseau de santé de personnes âgées (...), conseiller, informer et former les équipes soignantes ».¹

« Il est recommandé que l'équipe mobile intervienne dans la structure des urgences dès l'entrée du patient à risque de perte d'autonomie et d'hospitalisation prolongée (...). Dans cette structure des urgences, son rôle est de faciliter l'entrée directe du patient dans le court séjour gériatrique (...), le cas échéant, vers les soins de suite et de réadaptation (...), d'organiser des retours à domicile ou en structure en collaboration avec la structure des urgences ou, à défaut, une consultation externe, voire une hospitalisation programmée en court séjour gériatrique

1. Circulaire DHOS/02 n° 2002-157 du 18 mars 2002 et Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relatives à la filière de soins gériatrique ; www.santé-gouv.fr

(...) et d'effectuer la liaison avec les services de spécialités, le médecin traitant et le réseau de santé s'il existe. »

Afin de mieux cibler les patients justifiant une évaluation par l'EMG, un travail de réflexion doit être mené avec les médecins des urgences sur des critères de fragilité et donc d'alerte :

- patients de plus de 75 ans ;
- patients provenant de foyer logement ;
- notion de maintien à domicile impossible ;
- notion de syndrome confusionnel ;
- notion de chute ;
- notion d'altération de l'état général.

L'évaluation par l'EMG apporte de nombreuses plus-values :

- une évaluation gériatrique globale médico-psychosociale, complémentaire à l'évaluation clinique effectuée par les urgentistes et l'évaluation sociale réalisée par l'assistant(e) de service social des urgences ;
- un dépistage de syndromes gériatriques et une recherche de critères de fragilité comme les chutes, les troubles de la marche, dénutrition, douleurs chroniques, troubles cognitifs, perte d'autonomie... ;
- une aide à l'orientation du patient et si besoin, la programmation de bilan ou de prise en charge complémentaire dans la filière gériatrique (consultation mémoire, hospitalisation de jour ...) ;
- une participation à l'organisation du retour à domicile.

Depuis 2007 au CHU de Nancy, le dialogue entre l'urgentiste, l'assistant(e) de service social et le réseau de ville est renforcé par la présence de son EMG. Un choix a été fait de ne pas y inclure un assistant(e) de service social car 2 postes à temps plein sont effectifs aux urgences. Une collaboration au quotidien autour des personnes âgées a donc été définie entre EMG et service social.

Trois types de situation peuvent être déclinés :

- une demande d'information des dispositifs sociaux sans réelle demande d'évaluation gériatrique : l'assistant(e) de service social effectue alors sa prise en charge comme elle le fait habituellement et s'adresse à l'EMG si une difficulté non repérée au départ apparaissait lors de son évaluation ;
- une demande d'évaluation globale : l'EMG ou l'assistant(e) de service social commencera la prise en charge auprès du patient. Une alternance aura lieu mais cette collaboration s'articule surtout en terme d'échanges afin de définir ensemble le projet de vie de la personne âgée. Une évaluation commune peut également avoir lieu afin d'éviter les entretiens redondants notamment lors du recueil de données. L'essentiel de cette prise en charge commune est de communiquer régulièrement pour éviter tout impair ou incompréhension lors des entrevues avec le patient et/ou sa famille ;

– une demande d'intervention de l'EMG en vue de l'orientation de la personne âgée : le rôle de l'EMG est de plus en plus une aide à l'orientation des patients qui ne peuvent, au vu de leur état de santé, regagner leur domicile dans l'immédiat. L'assistant(e) de service social peut tout de même, en parallèle, amorcer une prise en charge sociale avec l'EMG, le patient et/ou sa famille. Cette démarche permettra à l'assistant(e) de service social du futur service d'hospitalisation de prendre le relais et d'adapter la prise en charge en fonction de l'évolution de l'état du patient.

L'articulation et la coordination entre EMG et service social des urgences permettent aussi une meilleure coordination, dès la sortie des urgences, avec des dispositifs gériatriques intra-muros, difficiles à solliciter avant la mise en place de l'EMG :

- bilan en Hospitalisation De Jour (HDJ) ;
- consultation gériatrique ;
- consultation au CMRR...

Depuis décembre 2010, le CHU de Nancy a ouvert une Unité de Post Urgence d'Orientation Gériatrique (UPUOG) de 12 lits afin d'hospitaliser des patients de plus de 75 ans nécessitant une hospitalisation courte (inférieure à 5 jours).

L'EMG en place aux urgences, lors de ses temps de présence, valide l'orientation dans cette nouvelle unité. L'assistant(e) de service social des urgences débute la prise en charge et se coordonne ensuite avec sa collègue de l'UPUOG.

Cette unité permet de commencer une prise en charge globale pour des patients entrant dans la dépendance et pour lesquels, une évaluation gériatrique n'avait jamais été effectuée. L'entrée dans la filière gériatrique est alors effective. Au-delà des 5 jours d'hospitalisation, une coordination similaire à celle effectuée par les urgences, est réalisée.

6. Conclusions

Les personnes âgées continuent d'affluer dans les services d'urgence alors que des dispositifs existent pour favoriser le maintien à domicile. L'espérance de vie augmentant, les services d'urgence continueront donc à les accueillir.

La prise en charge sociale en termes de repérage, d'évaluation et de coordination, doit continuer à se développer afin de favoriser l'entrée dans la filière gériatrique de nos aînés.

Les savoir-faire spécifiques de l'assistant(e) de service social en médecine d'urgence (réactivité, disponibilité...) sont incontournables pour faire face à l'afflux des personnes âgées dans nos services. La connaissance des dispositifs nationaux, la connaissance accrue des partenaires locaux et la transmission de l'information doivent continuer à se développer dans les services d'urgence par le biais de création de poste d'assistant(e) de service social.