

CONSEQUENCES DE LA MALADIE CANCEREUSE : REPERCUSSIONS AU NIVEAU SOCIO PROFESSIONNEL

INTERVENTION de Mme BILLARD, CADRE SOCIO EDUCATIF au CHU de Besançon

I LE CADRE DE L'INTERVENTION DU SERVICE SOCIAL

1 CADRE HISTORIQUE

2 CADRE LEGISLATIF

3 CADRE CONTEXTUEL

II LES PRINCIPAUX DOMAINES D'INTERVENTION DU SERVICE SOCIAL

III SYNTHÈSE ET PROPOSITIONS de collaboration soignants / sociaux

I LE CADRE DE L'INTERVENTION DU SERVICE SOCIAL :

1 CADRE HISTORIQUE :

Importance d'un bref détour historique car les professions d'infirmier et d'assistante sociale ont une origine commune, ce que l'on ignore parfois et qu'il est important de rappeler :

En effet, à l'ouverture à Lille en 1901 du 1^{er} dispensaire anti tuberculeux, on voit apparaître une nouvelle profession : celle **d'infirmière visiteuse** : chargée de l'éducation du patient et du suivi de son traitement à domicile

Parallèlement , à Paris, dans les services de pédiatrie, arrive **la 1^{ère} assistante sociale** (1913), chargée de compléter le diagnostic médical par des éléments sociaux.

La profession se développe, à la faveur d'une loi de 1943 qui fixe l'obligation d'employer au moins une assistante sociale par hôpital dans les villes de plus de 100 000 habitants.

Les formations pour ces deux métiers **s'unifient** : un brevet d'état puis un diplôme d'état sont créés .

En **1946**, le secret professionnel est reconnu, **en 1949**, un code de déontologie est adopté.

L'école forme les professionnels en 3 ans :

- 1^{ère} année médicale,
 - 2^{ème} médico sociale et
 - dernière année sociale,
- ceci jusqu' 'en 1968, date à laquelle les formations se séparent.

2 CADRE LEGISLATIF :

Dans la 2^{ème} moitié du 20^{ème} siècle, les services sociaux se multiplient :

- à la faveur des lois sociales créant les régimes de protection : CRAM, MSA, CAF ,
- avec la décentralisation au sein des conseils généraux dans les années 80
- à la faveur de certains dispositifs plus récents: RMI , APA,

- avec le développement du tissu associatif

Les services sociaux se spécialisent autour de publics spécifiques ou de missions particulières.

Pour le service social à l'hôpital, la **reconnaissance officielle** est donnée par la réforme **hospitalière de 1991** qui accorde le statut de la fonction publique hospitalière aux assistants sociaux et par le **Décret du 26/03/ 1993** qui fixe les missions des Assistants Socio Educatifs et Cadres Socio Educatifs.

3 LE CONTEXTE

La **particularité** du travail social avec les personnes atteintes de maladies chroniques est liée aux **fortes incidences sociales de ces maladies** :

- perte d'autonomie, partielle , totale, provisoire, durable
- installation de dépendances diverses, évolutives
- fatigabilité
- douleur(s)
- isolement : lié aux hospitalisations, familial, amical, isolement social
- modification des places et rôles dans la famille
- modification des projets de vie
- modification de la scolarité, de la vie professionnelle
- répercussions financières

Ces incidences vont nécessiter une adaptation et **organisation constamment évolutive** de l'environnement (au sens large) du patient.

Selon les situations et les personnes, le travail social, qui est essentiellement **un travail individuel**, va s'ajuster **au cas par cas**.

Pour que ce travail soit efficace et pertinent, il s'agit d'établir **une relation d'aide** avec le patient basé sur:

- l'empathie,
- la bienveillance,
- l'écoute et
- la disponibilité,

attitudes qui pourront instaurer une **relation de confiance** et permettre **un accompagnement personnalisé** .

Le souci de l'**éthique** guide constamment le travail de l'Assistant social.

II LES PRINCIPAUX DOMAINES D'INTERVENTION DU SERVICE SOCIAL:

- la couverture maladie,
- la scolarité et le milieu professionnel
- l'ouverture des droits et le maintien des revenus
- l'organisation du retour à domicile et les sorties d'hospitalisation
- la protection des personnes vulnérables

Domaines illustrés par la présentation de quelques situations concrètes :

1^{ère} situation :

- Melle G
- 26 ans
- célibataire
- hospitalisée plusieurs semaines puis en hôpital de jour
- le cadre de santé du service lui propose de rencontrer l'AS pour faire le point sur ses droits sociaux car : chômage + isolée + domicile extérieur du département
- le suivi social s'étendra sur 8 mois

Au départ, le travail de l'AS va être de recueillir tous les éléments pour une **évaluation sociale** : Melle G est effectivement isolée relationnellement : elle n'a que sa mère qui habite près de chez elle. Elle n'a pas régularisé sa situation / IJ maladie et des démarches sont à faire auprès des Assedics, de la CPAM, de la CAF / APL (le congé pour longue maladie permet de revaloriser l'APL au delà de 6 mois)

Le but de cette intervention : **l'étude et l'ouverture de ses droits** .

Puis, Melle G est revue régulièrement par l'AS pour un **soutien / budget** car ses ressources baissent de moitié, ce qui a de fortes conséquences . Il est alors établi, après avis favorable du médecin , de faire une **demande d'AAH** . Puis, une aide financière est demandée pour résoudre une dette de loyer

Le but de ces interventions : éviter une **dégradation** de sa situation sociale pendant cette **période provisoire**, afin que son avenir ne soit pas compromis

Et en effet, quand Melle G va mieux, le travailleur social l'accompagnera dans ses **projets de réinsertion**, prenant en compte son cursus scolaire et professionnel antérieur, ses souhaits, ses capacités, sa maladie. Finalement, Melle G choisira de préparer des concours.

Conclusion sur ce cas : l'intervention sociale a permis d'éviter que Melle G se précarise (budget et logement) , qu'elle se sente épaulée et soulagée d'une grande part de ses difficultés sociales tout au long de la PEC soignante, et ne compromette pas ses chances de réinsertion ultérieure.

Un 2^{ème} exemple :

- Mr E , d'une trentaine d'année
- Père de 3 enfants mineurs
- D'origine étrangère
- Intérimaire
- Vivant hors département

Dans le couple, c'est Mr qui est responsable de toutes les démarches administratives, financières (lié à la langue française très peu maîtrisée par sa femme et leur culture d'origine qui le désigne traditionnellement comme chef de famille).

Le couple avait plusieurs crédits à la consommation, dont des meubles qu'ils venaient de commander.

Il va falloir, avec le service social, mettre à plat toute la situation budgétaire, ce qui n'est pas simple compte tenu de la distance géographique. Mr est dans un service en isolement, les démarches nécessitent sa signature, son avis, son adhésion (ex : demander un ré échelonnement des crédits, faire un échéancier pour régler certaines charges etc..)

Dans ce cas, le service social **va soutenir et conseiller** Mr E dans ses démarches.

Avec son accord, **il aura délégation pour certains actes** que Mr ne peut plus faire temporairement, ce qui lui permettra **à la fois de reporter ses soucis extérieurs sur un professionnel** digne de confiance qui va gérer sa situation dans son intérêt, et en même temps **de conserver une** certaine emprise sur sa vie, matériellement et symboliquement.

Enormément d'autres exemples peuvent être cités pour montrer la variété du travail social autour du thème de la prise en charge de problèmes sociaux divers:

- Mr F , la cinquantaine, ferrailleur, qui devra être accompagné / dépôt de bilan de son entreprise et un dossier de surendettement, et dont la femme aussi devra être soutenue matériellement, professionnellement, dans son projet de PEC de son mari à domicile.
- autre exemple : cette femme d'une quarantaine d'année, qui veut sortir contre avis médical car, séparée, elle a 3 enfants mineurs à la maison et elle refuse que sa fille aînée, majeure, sacrifie son année scolaire une nouvelle fois pour s'occuper de ses frères et soeurs, du fait de sa rechute
- autre cas : un couple de personnes âgées qui deviennent dépendantes et pour lesquels il faut évaluer leur autonomie au domicile, les caractéristiques de leur environnement proche, les difficultés dans leur vie quotidienne, leurs capacités de financement d'éventuelles aides. Comme ce couple n'est pas du tout demandeur d'aides extérieures, cette 1^{ère} rencontre avec l'AS leur permettra de comprendre ce qui peut être proposé pour les aider, et de les

mettre en relation avec l'ARESPA pour une visite à leur domicile à la sortie de l'hôpital, ce qu'ils vont finalement bien accepter, et qui va même soulager Mr d'une grande partie de ses inquiétudes / femme .

Tous ces exemples nous montrent qu'on ne peut pas faire fi de l'environnement du patient qui est certes un malade mais surtout un être social.

Le travail social est là pour le placer dans la situation la plus favorable possible pour faciliter son traitement , l'efficacité des soins et sa sortie / réinsertion

III CONCLUSIONS / PROPOSITIONS

Premièrement :

l'intérêt essentiel du dépistage initial car **le bilan social initial** permet une évaluation sociale globale **précoce** de la situation, un repérage des éléments susceptibles de poser problème, **une anticipation** des répercussions sociales de la maladie

Comment ?

Dans l'idéal, l'AS serait systématiquement présenté à tous les patients dès les consultations et / ou hospitalisations, dans le cadre du dispositif d'annonce du diagnostic..

Un entretien social serait proposé suivi d'une mise à disposition (ce qui permettrait de dédramatiser les contacts ultérieurs)

Quand ce n'est pas possible, il faut élaborer avec le service social et le service de soin une grille de signaux d'alerte, permettant aux soignants de recueillir des données pertinentes et de repérer des facteurs fragilisants d'une situation sociale et de proposer l'intervention du service social de manière adaptée, notamment lors de l'entretien infirmier d'annonce du diagnostic.

Deuxièmement :

l'intérêt essentiel d'un **suivi social régulier** au cours des différentes phases de la maladie et des différents dispositifs de soins.

Ce suivi permet **de préparer** le patient et ses proches aux différents changements à l'œuvre dans leur vie, de mieux connaître le professionnel, ses compétences **et d'établir une relation de confiance** permettant d'aborder certaines questions difficiles .

Ce suivi social régulier permet aussi d'être **plus réactif aux changements** qui peuvent intervenir et là encore d'avoir une **réponse plus adaptée**.

Comment ?

- une présence du service social dans toutes les structures de prise en charge du patient et sa participation régulière aux temps d'échange et de concertation de l'équipe pluridisciplinaire pour ajuster l'intervention sociale à l'évolution de la maladie, de ses répercussions, pour une PEC optimale et coordonnée.
- Quand ce n'est pas possible, il faut réfléchir à des supports d'échange : un staff social ? une fiche sociale ? À déterminer au cas par cas.

POUR CONCLURE,

participer à cette formation est un signe positif et encourageant pour une plus grande collaboration des services de soins et des services sociaux.

Cela passe par une meilleure connaissance les uns des autres et une volonté de travailler ensemble , en plaçant le malade au centre du dispositif de soin .

