

# Corrigés TD-TP Sciences et techniques sanitaires et sociales T<sup>ale</sup> ST2S

**Pôle** – Institutions et dispositifs sanitaires et sociaux

**B** – Quels dispositifs de protection sociale ?

**C** – Quels dispositifs pour la mise en œuvre des politiques sociales ?

**Pôle** – Méthodologie appliquée

Evelyne Bersier

Sabrina Karadaniz

Joëlle Guerrero

*Réservé aux enseignants*



**ELSEVIER  
MASSON**

## Sommaire

### I – TRAVAUX DIRIGÉS

TD 1 La protection sociale confrontée à de nouveaux risques .....	4
TD 2 Des instances nouvelles pour réguler le budget de l'assurance-maladie.....	7
TD 3 Des mesures pour réguler les dépenses de santé .....	11
TD 4 La couverture maladie universelle de base et complémentaire .....	14
TD 5 Les conventions médicales dans les relations entre les acteurs du système de santé .....	17
TD 6 Les organismes complémentaires et les inégalités de couverture complémentaire santé .....	20
TD 7 L'Europe des systèmes de protection sociale.....	23
TD 8 La protection sociale : une évolution vers l'universalité.....	27
TD 9 Les « sans domicile fixe » .....	30
TD 10 La territorialisation des politiques sociales .....	32
TD 11 Quels dispositifs et institutions en faveur des jeunes en situation de précarité et de pauvreté ? .....	35
TD 12 Le revenu de solidarité active.....	38
TD 13 Quelles actions des CCAS en faveur des travailleurs pauvres ? .....	41

### II – TRAVAUX PRATIQUES

TP 1 Genèse d'un projet en faveur des personnes âgées .....	43
TP 2 Analyse du problème dans le cadre de projets de prévention .....	48
TP 3 Genèse d'un projet en faveur des aidants familiaux – Étude et réalisation d'outils d'analyse .....	51
TP 4 Un projet de développement social local de la MSA – Analyse de la situation ..	54
TP 5 Enquête auprès d'un organisme de protection sociale .....	58
TP 6 Les acteurs du projet .....	59
TP 7 Rendre un projet opérationnel : le plan d'action.....	62
TP 8 La communication sur le projet.....	66
TP 9 La communication écrite dans la conduite de projet.....	70
TP 10 La communication orale au cœur du projet individuel personnalisé .....	74
TP 11 Les tableaux de bord et la revue de projet.....	78
TP 12 L'évaluation des projets .....	82
TP 13 L'évaluation en pratique.....	84

Le programme prévoit une utilisation de l'outil informatique intégrée dans les disciplines technologiques.

Les activités interdisciplinaires en relation avec les structures à vocation sanitaire ou sociale et le pôle transversal « Méthodologies appliquées au secteur sanitaire et social » doivent permettre cette intégration.

C'est pourquoi les différents travaux proposés aux élèves les conduisent à rechercher l'information (visites de sites internet...) et à la présenter sous des formes variées (textes, tableaux, schémas, diaporamas, fiches...) avec l'outil informatique.

Les productions demandées pourront donc être réalisées avec l'outil informatique autant que possible, et avec des logiciels variés.

# TD 1 La protection sociale confrontée à de nouveaux risques

## I - Évolution des risques sociaux et mutation de l'État providence

### 1. Évolution des risques sociaux

À partir du document 1, on peut faire l'analyse suivante de l'évolution des risques sociaux et du rôle de l'État dans la gestion de ces risques que cela induit.

Il y a apparition de nouveaux risques, les « risques de l'existence », qui ne sont plus ceux que doit affronter un travailleur (comme prévu en 1945), mais ceux auxquels est confronté celui qui ne parvient pas à entrer dans le marché du travail ou qui en sort (chômage, précarité, exclusion).

Accéder au travail, en être exclu, sont désormais les principaux risques de l'existence.

La nature et le poids relatif des risques sociaux ont changé : la vieillesse a cessé d'être un risque pour devenir partie intégrante de l'existence en raison de l'allongement de l'espérance de vie ; les politiques de la santé, de la famille, de l'emploi se transforment.

### 2. Prise en charge et rôle de l'État

L'État gère les risques, mais non plus selon le vieux modèle de l'assurance qui indemnise, répare, aide, secourt. Il ne souhaite plus « assister ». Il devient un gestionnaire du risque (*risk manager*) qui doit mieux définir ses objectifs et travailler à réduire les risques. Ceci pour continuer à assurer les risques de plus en plus nombreux (qui sont de plus en plus fiscalisés).

### 3. Principe de nouvelles logiques de solidarité

Le « principe de nouvelles logiques de solidarité » signifie que, compte tenu du fait que l'État se voit confier de plus en plus de risques, il doit adopter de nouvelles techniques de gestion des risques (l'activation, la responsabilisation, la sollicitation de schémas d'assurances) pour que ces logiques de solidarité soient durables. La solidarité ne peut plus être l'assistanat. Il s'agit de répartir l'effort entre les différents acteurs possibles selon le type de risque (l'État ou les bénéficiaires par l'intermédiaire des assurances ou mutuelles).

## II - Dépendance : vers une cinquième branche de la Sécurité sociale ?

### 1. Une cinquième branche ou pas pour le risque dépendance

La question de la création d'une cinquième branche de Sécurité sociale pour prendre en charge la dépendance se pose car la population française vieillit et qu'en corollaire le nombre de personnes âgées dépendantes va augmenter, posant un problème sérieux de prise en charge.

Dans l'introduction du texte, on trouve des éléments chiffrés pour expliciter cela : « À l'horizon 2010, près du quart de la population française aura plus de 60 ans, et 20 millions de personnes seront dépendantes ou en situation de perte d'autonomie, nécessitant des soins de longue durée. Le besoin de financement associé est considérable : le coût de la prise en charge par la Sécurité sociale d'une personne âgée de plus de 65 ans est 2,6 fois plus élevé que celui de la moyenne de la population, et 4,5 fois pour une personne âgée de plus de 80 ans ».

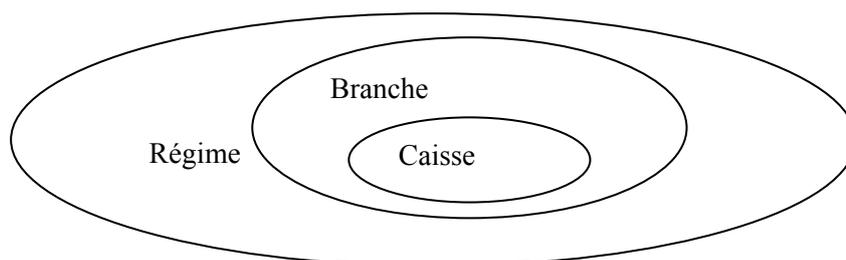
## 2. Qui couvre la dépendance début 2008 ?

Début 2008, la dépendance est un risque couvert par la protection sociale. En effet, ce risque est pris en charge par les collectivités publiques à travers le département.

## 3. La dépendance : quel type de risque ?

La dépendance n'est pas un risque contributif car on ne cotise pas pour pouvoir bénéficier de la prise en charge de la dépendance.

## 4. Hiérarchie des termes



## 5. Caractéristiques des prestations

- **Une prestation d'aide sociale** est délivrée par les collectivités publiques (départements), financée par l'impôt et repose sur la présence d'un état de besoin.
- **Une prestation de Sécurité sociale** est délivrée par les organismes de la Sécurité sociale, elle correspond à une contribution préalable des bénéficiaires et intervient suite à la survenance du risque.

## 6. La dépendance : quel type de prestation ?

À la date de l'article, la dépendance donne lieu à une prestation d'aide sociale.

## 7. Arguments des partisans et opposants à la création d'une cinquième branche de la Sécurité sociale.

Arguments favorables	Arguments défavorables
<ul style="list-style-type: none"><li>– Met fin à une image dévalorisante des prestations d'aide sociale.</li><li>– Gestion uniforme du droit sur le territoire : évite des disparités départementales.</li><li>– Caisses de Sécurité sociale déjà compétentes dans la gestion du risque.</li><li>– Moins risqué face aux aléas budgétaires que l'aide sociale.</li><li>– Synonyme de politique sociale active avec respect de l'égalité de tous sur le territoire.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Prestation individualisée/besoin de chaque personne, et donc adaptée à chaque situation.</li><li>– Financement mieux maîtrisé à l'échelon départemental (plus de contrôle/l'utilisation).</li><li>– Prestation départementale participant à la politique générale de décentralisation.</li><li>– La dépendance est un risque assurable et déjà assuré.</li><li>– La création non adaptée à la nature du risque, car à long terme et fortement croissant.</li></ul>

## **8. Cinquième branche : un enjeu important pour les assureurs**

Choisir ou non de mettre en place une cinquième branche de la Sécurité sociale dédiée au risque dépendance est un enjeu économique important pour les assureurs. En effet, d'ores et déjà, 3 millions de personnes bénéficient d'une assurance dépendance. Or, la cinquième branche peut mettre fin à ce type de contrat alors même qu'en raison de l'augmentation de l'espérance de vie il s'agit d'un réel marché.

## **9. Les solutions des assureurs**

Les assureurs proposent un dispositif mixte alliant financement public et couverture assurantielle. Il s'agit d'une solution alternative permettant leur maintien, voire le développement de leur activité dans ce domaine.

## **TD 2 Des instances nouvelles pour réguler le budget de l'assurance-maladie**

### **I - Les comptes de l'assurance-maladie**

#### **1. Le solde du régime général**

Le **solde du régime général** représente la différence entre les recettes et les dépenses.

#### **2. Évolution du solde du régime général de la Sécurité sociale**

Le solde du régime général de la Sécurité sociale est depuis 1995 globalement négatif excepté de 1999 à 2001, période de croissance économique qui s'est traduite par des recettes plus importantes en termes de cotisation sociale et a permis de dégager un solde positif (faiblement). En 2002, le déficit est de retour, en raison du ralentissement de la croissance économique, et augmente pour revenir en 2003 au niveau de celui de 1995, soit plus de 10 milliards d'euros. Le déficit atteint 11,7 milliards d'euros en 2007. La situation financière du régime général est donc à ce jour toujours un problème important.

#### **3. Le solde de la branche maladie dans le solde du régime général**

L'évolution du solde de la branche maladie suit approximativement la tendance déficitaire du solde du régime général. Comme pour le régime général, la branche maladie qui était déficitaire de plus de 5 milliards d'euros, après une embellie de sa situation financière, se retrouve avec le même solde négatif en 2007.

Le solde négatif du régime général s'explique essentiellement par le déficit de la branche maladie dans des proportions variables selon les années : on peut observer que le déficit de la branche maladie représente au moins la moitié du déficit du régime général voire la quasi-totalité certaines années.

#### **4. Fiabilité des données**

Les données présentées sur le graphique peuvent être présentées comme fiables puisqu'elles sont produites par la Commission des comptes de la Sécurité sociale qui a pour mission de recueillir et d'examiner les comptes de la Sécurité sociale.

#### **5. Causes du déficit de l'assurance-maladie**

Les principales causes de ce déficit sont d'origine essentiellement structurelle, elles dépendent assez peu de la situation économique du moment. On peut retenir : l'importance des fraudes, des abus, la mauvaise organisation, le vieillissement démographique et l'évolution des techniques médicales qui sont plus onéreuses, ou encore l'extension du périmètre de soins remboursables.

#### **6. Mesures de réduction du déficit**

Deux catégories de mesures ont été prises jusqu'en 2004 pour réduire le déficit : les unes visant une augmentation des recettes et les autres visant la diminution des remboursements.

#### **7. Principe général et objectif de la loi du 13 août 2004**

La loi du 13 août 2004 s'appuie sur un principe général de responsabilisation des acteurs dans l'objectif de permettre le retour à l'équilibre des comptes.

## 8. Les domaines réformés par cette loi

Le financement, les modalités d'accès aux soins, le système institutionnel et décisionnel.

# II - Les institutions créées par la loi du 13 août 2004

## 1. Institutions créées par la loi et institutions préexistantes

Les institutions créées par la loi du 13 août 2004 réformant l'assurance-maladie sont :

- la Haute autorité de santé ;
- l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie ;
- l'Union nationale des professionnels de la santé ;
- l'Union nationale des organismes complémentaires.

Les institutions existantes avant la loi de 2004 sont :

- l'État / parlement ;
- les différents régimes de Sécurité sociale ;
- les organismes complémentaires.

## 2. Explication du terme « union »

Le terme « **union** » est utilisé car ces institutions regroupent des organismes complémentaires, des professionnels de santé et les caisses nationales d'assurance-maladie, qui sont associés dans la poursuite d'objectifs communs.

## 3. Une « nouvelle gouvernance »

**La loi du 13 août 2004 utilise la notion de nouvelle gouvernance** qui est une manière d'organiser le système d'assurance-maladie avec une multiplicité d'acteurs et une prise de décisions fondée sur le partenariat. C'est ce que l'on peut visualiser sur le schéma.

## 4. Rôle central de l'Uncam dans le pilotage de l'assurance-maladie

L'Uncam joue un rôle central dans le pilotage de l'assurance-maladie. En effet, elle conclut dans le cadre d'un partenariat les conventions fixant notamment les modalités d'exercice des professions médicales et paramédicales. Elle agit en concertation avec l'Unoc et l'Unps. Elle doit assurer une meilleure coordination entre les trois principaux régimes de l'assurance-maladie. Elle exerce un rôle important concernant les actes et médicaments remboursables dont elle décide des taux de remboursement.

Elle a donc un rôle décisionnel dans la gestion du risque.

On peut observer qu'elle est en relation avec toutes les institutions créées par loi de 2004 et avec l'État.

## 5. Implication des personnels de santé et des organismes complémentaires dans la gouvernance de l'assurance-maladie

Les professionnels de santé et les organismes complémentaires sont impliqués dans la gouvernance de l'assurance-maladie dans un souci de concertation et de négociation.

L'Unoc est concernée dans la mesure où elle représente des organismes remboursant une partie des frais de santé.

Les professionnels de santé constituent une grande partie de l'offre du système de santé et induisent donc en partie la demande. Ils sont tout autant concernés et doivent être impliqués dans la régulation du budget de l'assurance-maladie.

## 6. Nature de rôle de la HAS et justification du lien avec l'Uncam

La HAS a un rôle consultatif car elle est chargée de formuler des avis sur les médicaments et autres produits de santé notamment. Elle exerce donc une fonction d'expertise nécessaire à l'Uncam en amont de la fixation des modalités et taux de remboursement.

## 7. Un État garant

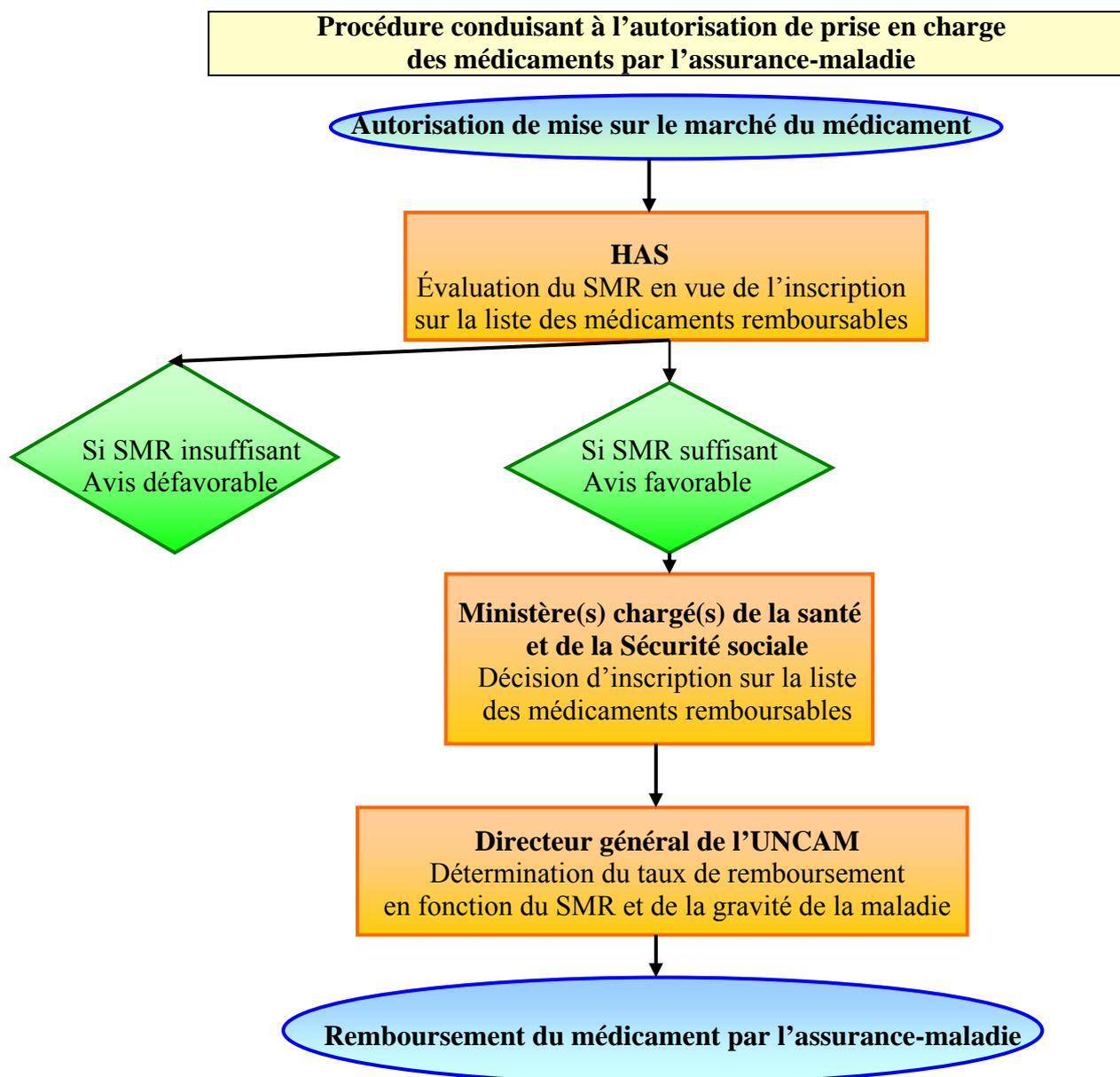
**L'État reste le garant des principes fondamentaux du système de soins et d'assurance-maladie** en matière de santé publique dont il définit les orientations, et pour les équilibres économiques puisqu'il élabore les lois de financement de la Sécurité sociale. C'est un acteur décisionnaire.

# III - Exemples d'actions des institutions de la régulation

## 1. Tableau

Institutions	Domaines d'intervention	Exemples d'actions
HAS	La prise en charge des ALD	Création d'une ALD spécifique « maladie rare » non recommandée
	Les médicaments	Recommandation de la diminution du taux de remboursement de 89 médicaments
UNCAM	Les médicaments	Baisse du taux de remboursement de 41 médicaments
	Professionnels de santé : médecins, infirmières libérales	– Diminution du taux de remboursement en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés – Signature conventions et protocole d'accord avec les syndicats d'infirmières (régulation démographique, nouveaux rôles...)

## 2. Schéma



## 3. Pourquoi « une expertise médicale au service de la solidarité nationale » ?

Le recours à la solidarité nationale permet d'assurer la prise en charge des médicaments par l'assurance-maladie. Cette prise en charge, parce qu'elle est coûteuse et parce que les recettes ne sont pas illimitées, doit être justifiée. C'est pourquoi les médicaments remboursables doivent présenter certaines qualités (performance, intérêt de santé publique, importance dans la stratégie thérapeutique des maladies). Une expertise du service médical rendu est donc nécessaire dans un souci d'efficience.

## TD 3 Des mesures pour réguler les dépenses de santé

### I - La réforme de l'assurance-maladie du 13 août 2004

#### 1. Tableau des différentes mesures de la réforme de l'assurance-maladie

Domaines	Mesures adoptées	Buts visés
Médicaments	Diminution du remboursement des veinotoniques	Diminuer le remboursement de la Sécurité sociale
	Baisse du prix des médicaments génériques originaux correspondants	– Être en cohérence avec les prix européens – Promouvoir les médicaments génériques
Actes lourds	Création d'un forfait à la charge non remboursable par l'assurance-maladie	– Faire participer financièrement le malade ou sa mutuelle – Diminuer le remboursement de la Sécurité sociale
Hôpital	Augmentation du forfait journalier	Faire plus participer le malade ou sa mutuelle aux frais d'hébergement
Médecin	Désignation d'un médecin traitant et diminution du taux de remboursement en cas de consultation hors parcours de soins	– Inciter les malades au respect du parcours de soins – Mieux réguler l'accès au spécialiste
	Création du forfait de 1 euro	Faire participer le malade aux actes de consultation
Affections de longue durée	Obligation de signer un protocole avec le médecin traitant et de le présenter à chaque visite en rapport avec l'ALD	– Déterminer les soins et prestations pris en charge à 100 % – Mieux cadrer les dépenses prises en charge à 100 %

#### 2. Les limites de ces mesures

Ces mesures laissent une part financière de plus en plus importante à la charge des patients. Cela peut poser un problème surtout pour les personnes disposant de revenus faibles. Par contre, pour les autres ménages, cette augmentation des frais de santé laissés à leur charge ne représente probablement pas un frein suffisant pour les empêcher de consulter hors parcours de soins, notamment s'ils bénéficient d'une couverture complémentaire.

De plus, la diminution du remboursement de la Sécurité sociale alourdit des dépenses à la charge des mutuelles qui doivent répercuter cette augmentation sur leurs membres.

*Remarque : la responsabilisation des patients qui est recherchée, ne devrait pas dériver vers de la culpabilisation.*

#### 3. Objectifs visés par la loi de réforme du 13 août 2004

Il s'agit de mieux maîtriser les dépenses de santé en diminuant le remboursement fait aux malades mais aussi de modifier leurs comportements en les responsabilisant davantage.

Le médecin traitant apparaît au cœur de la réforme, il est responsable des soins de première intention et il est chargé de piloter le malade dans le système de santé dans l'objectif d'améliorer la prise en charge médicale.

Un autre objectif est de modifier la gouvernance : voir TD 2.

## 4. Recherche

Des mises à jour pourront être effectuées par les élèves régulièrement. Elles pourraient être l'occasion d'une revue de presse thématique.

D'autres mesures visant la maîtrise des dépenses (en direction des patients, des professionnels ou des établissements de santé) pourraient être recherchées à l'occasion d'une revue de presse et faire l'objet d'un exposé.

# II - Le généraliste au cœur de la réforme

## 1. Notion de maîtrise médicalisée

La maîtrise médicalisée s'oppose à la maîtrise comptable. Alors que la maîtrise comptable a simplement vocation à réduire les dépenses (ex : baisse des remboursements), la maîtrise médicalisée vise à optimiser les pratiques des soins donc à les améliorer tout en réduisant leur coût.

*Remarque : l'enseignant explicitera les notions de macroéconomie et de microéconomie.*

## 2. Dispositif du médecin traitant et maîtrise des dépenses de santé

**Le dispositif du médecin traitant vise la maîtrise médicalisée et la maîtrise comptable des dépenses de santé. Le médecin traitant joue un rôle central dans le parcours de soins coordonnés.**

La mise en place du dispositif du médecin traitant est encouragée par des mesures financières : moindre remboursement en cas de consultation hors parcours, participation de 1 euro aux actes de consultation. Ce qui doit permettre certaines économies pour l'assurance-maladie. Cet aspect correspond à de la maîtrise comptable.

De plus, ce dispositif doit rendre plus efficiente la prise en charge du malade. Le médecin traitant doit en effet assurer la coordination des soins, la circulation de l'information au sein de l'équipe de soins (avec les médecins correspondants notamment). Il est le garant de la permanence des soins, il sera le gestionnaire du dossier médical personnel et il est chargé d'établir le protocole de soins des affections de longue durée. Cet aspect correspond à de la maîtrise médicalisée.

# III - Réflexion autour de la rémunération des médecins

## 1. Les raisons de la remise en cause du paiement à l'acte

Le paiement à l'acte peut favoriser la multiplication des actes au-delà du nécessaire : les médecins voient leur rémunération augmenter avec leur nombre d'actes et les patients peuvent consulter sans limite. C'est une des causes majeures du déficit de l'assurance-maladie selon l'auteur.

## 2. Proposition évoquée par l'auteur

L'auteur propose que les médecins soient rémunérés à la capitation : le malade s'abonnerait chez le médecin de son choix et le médecin recevrait une somme forfaitaire de la Sécurité sociale, mensuelle ou trimestrielle. Des règles de bonne pratique seraient à respecter.

### 3. Avantages de ce système

- Liberté de choix du médecin conservée.
- Médecine préventive favorisée.
- Diminution des consultations inutiles.
- Meilleur suivi du patient.
- Meilleure organisation des gardes.
- Diminution du recours aux urgences hospitalières.
- Intérêt économique pour les médecins si les patients n'abusent pas.

## TD 4 La couverture maladie universelle de base et complémentaire

### I - Les deux volets de la couverture maladie universelle

*Remarque : la présentation succincte de la CMU permet de rappeler le dispositif qui aura été étudié plus en détail dans le cadre du cours.*

Tableau comparatif des deux volets de la couverture maladie universelle

Caractéristiques	CMU de base	CMU complémentaire
Nombre de bénéficiaires	1,7 million (31/12/2005)	4,8 millions (octobre 2007)
Conditions	<ul style="list-style-type: none"><li>– Résidence stable et régulière en France (+ de 3 mois)</li><li>– Pas de droit à l'assurance-maladie à un autre titre</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Résidence stable et régulière en France (+ de 3 mois)</li><li>– Plafond de ressources à ne pas dépasser</li></ul>
Prestations	<ul style="list-style-type: none"><li>– Remboursement des soins de ville et hospitaliers</li><li>– Ticket modérateur reste à charge</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Prise en charge du ticket modérateur sur la base des tarifs conventionnels</li><li>– Prise en charge de certains dépassements tarifaires pour prothèses ou appareillages</li><li>– Dispense de la contribution forfaitaire de 1 €</li><li>– Tiers payant</li><li>– Dispense de la franchise médicale<sup>1</sup></li></ul>

### II - Les caractéristiques des bénéficiaires de la CMU-complémentaire

Les bénéficiaires de la CMU-C sont beaucoup plus jeunes que l'ensemble de la population du régime général : 44 % ont moins de 20 ans (contre 25 % dans la population générale) et plus d'un sur deux est âgé de moins de 25 ans. 4 % seulement sont âgés de 60 ans ou plus.

Cette différence dans les structures d'âge s'explique par les barèmes de la CMU-C qui excluent les personnes bénéficiant de revenus supérieurs au minimum vieillesse (après 65 ans).

Tous âges confondus, 54 % des bénéficiaires de la CMU-C sont des femmes. Les femmes sont les plus représentées car la pauvreté touche de plus en plus des femmes seules avec des enfants.

Les bénéficiaires de la CMU-C sont particulièrement représentés dans les départements d'outre-mer. En métropole les taux de couverture se situent dans un rapport de 1 à 13 approximativement d'un département à l'autre : ils représentent selon les départements de 3,25 % à 41,40 % de la population. C'est dans un croissant sud-est et au nord de la France que l'on observe les taux les plus élevés.

<sup>1</sup> Franchise médicale non évoquée dans le document.

Les bénéficiaires de la CMU-C sont en moins bon état de santé que le reste de la population. Ils sont près de 1,8 fois plus nombreux à âge et sexe identiques à souffrir d'une affection de longue durée. Les écarts de prévalences pour 10 000 personnes sont importants.

C'est pour la tuberculose active (et la lèpre) et les cirrhoses et maladies du foie que les rapports de prévalence sont les plus élevés en défaveur des bénéficiaires de la CMU-C : respectivement 4,63 et 3,22.

Ils sont presque trois fois plus nombreux à présenter une infection VIH (et autre déficit immunitaire), et plus de deux fois plus nombreux à souffrir de diabète, d'une affection psychiatrique de longue durée ou d'hypertension artérielle sévère.

Cette surmorbidity peut s'expliquer en partie par des comportements à risque plus fréquents : consommation d'alcool, de tabac et toxicomanie. De plus, les situations de précarité (économique, sociale, de logement...) favorisent les troubles mentaux et une alimentation non équilibrée.

### **III - Accès aux soins, où en est la CMU ?**

#### **1. Rédaction du rapport annuel**

La loi du 28 juillet 1999 a pour finalité de permettre l'accès aux soins à des personnes disposant de faibles revenus. Le Fonds CMU réalise chaque année un rapport permettant d'évaluer l'application de la loi. Ce rapport est transmis au ministre.

#### **2. Bilan synthétique de la conclusion du rapport d'évaluation publié en janvier 2007**

Le rapport d'évaluation publié en janvier 2007 met l'accent sur quelques aspects problématiques ou points faibles d'application de la loi :

- les bénéficiaires de la CMU sont encore victimes de refus de soins ;
- des fraudes et abus sont constatés, dans des proportions certes peu importantes, mais qui renvoient une image négative de l'ensemble des bénéficiaires ;
- le nombre d'organismes complémentaires dans le dispositif est en diminution ;
- le taux de recours à la prestation est encore insuffisant (non évoqué dans le document 5, mais noté par le Fonds CMU dans son rapport).

Deux points positifs sont cependant notés :

- les organismes complémentaires restent tout de même majoritaires dans le dispositif ;
- plus de 4,5 millions de personnes disposant de faibles revenus ont accès aux soins.

#### **3. Évaluation du coût du dispositif**

Le dispositif CMU ne peut être accusé d'être très coûteux. En effet, le nombre de personnes bénéficiant de la CMU augmente peu et surtout le forfait accordé par le Fonds CMU couvre pratiquement toutes les dépenses.

Les dépenses réalisées par les bénéficiaires de la CMU sont essentiellement concentrées sur les bénéficiaires les plus « consommateurs » et la plupart ne consomment donc presque rien.

#### **4. Efficacité du dispositif**

La CMU a permis une réelle amélioration de l'accès aux soins pour 4,8 millions de personnes. Cependant 1 million de personnes n'ont pas encore ouvert leurs droits. Le manque d'information peut expliquer le non-recours aux soins : le dispositif est complexe et pas toujours compris. La peur de la stigmatisation constitue également une raison de non-recours. Il est de plus difficile d'atteindre une partie de la population marginalisée qui ne veut pas recourir à de l'assistance et avoir de lien avec les administrations.

# **TD 5 Les conventions médicales dans les relations entre les acteurs du système de santé**

## **I - Les débuts du système conventionnel**

### **1. Pourquoi une convention nationale en 1971 ?**

Les raisons de la signature d'une convention médicale nationale en 1971 sont la volonté de mettre fin à une « situation chaotique », c'est-à-dire où les tarifs pouvaient être différents d'une ville à l'autre, d'un médecin de quartier à l'autre et d'un patient à l'autre. Il s'agit également de mettre fin au principe selon lequel les honoraires des médecins étaient fixés selon leur notoriété et la fortune du patient.

Par ailleurs, il s'agit d'assurer un revenu à un nombre très important de nouveaux praticiens.

### **2. But de la convention médicale**

Le but de la convention médicale est de concilier un haut degré de liberté dans l'organisation du système de soins et la prise en charge socialisée des dépenses de santé.

### **3. Les relations assurance-maladie / professionnels de santé**

En 2004, on peut qualifier les relations entre l'assurance-maladie et les professionnels de santé de tendues. Il existe une incompréhension durable entre les médecins et l'assurance-maladie. L'assuré, lui, n'y voit que du feu. Convention ou pas, il continue d'être remboursé dans le cadre du règlement conventionnel minimum.

### **4. Qui pilote l'assurance-maladie ?**

L'assurance-maladie ne régule qu'1/5<sup>e</sup> des dépenses (les honoraires des professions de santé et les frais de transport sanitaire). Tout le reste est régulé par l'État. La maîtrise des dépenses est partagée avec l'État (dont la convention médicale).

### **5. La notion de gestion du risque**

La gestion du risque peut se définir comme la recherche du juste soin ou le meilleur rapport qualité/prix pour les patients.

### **6. L'application de la convention médicale**

La convention médicale n'est pas applicable immédiatement, elle doit être approuvée par l'État (ministre de la Santé).

### **7. La convention médicale, un succès ?**

Pour l'assurance-maladie, on peut parler de succès dans la mesure où moins de 1 médecin sur 200 n'est pas conventionné. Mais il y a des contreparties (la revalorisation régulière des honoraires, l'autorisation de dépassement des tarifs conventionnels...).

Pour les médecins, c'est un succès car cela leur a permis de ne pas subir la crise économique alors que les effectifs explosaient, la prise en charge de certaines de leurs cotisations sociales...

Pour l'assuré, cela permet un égal accès aux soins en libéral (même s'il est relatif dans certains secteurs où il y a peu de médecins secteur 1) par des tarifs encadrés et harmonisés sur le territoire.

## **II - La modernisation des relations conventionnelles dans le cadre de la réforme de l'assurance-maladie du 13 août 2004**

### **1. Les signataires de la convention**

Les signataires de la convention médicale du 12 janvier 2005 sont : l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie et les syndicats représentatifs des médecins libéraux.

### **2. Évolution des signataires de la convention**

Les signataires ne sont pas les mêmes qu'en 1971. En effet, en 1971 c'était le président FO de la Cnam, les deux autres caisses d'assurance-maladie (Canam devenu RSI et MSA) et Henri Monnier, président de la CSMF (Confédération des syndicats médicaux français).

### **3. Pourquoi une nouvelle convention ?**

Une nouvelle convention pour mettre fin au « règlement conventionnel minimum », faire en sorte que les médecins se sentent impliqués, que l'on se trouve dans un contexte de responsabilité partagée.

### **4. Objectifs de la convention**

Les objectifs de cette convention médicale sont de contribuer, chacun pour sa part, à la qualité des soins et au bon usage des ressources qui lui sont consacrées par la Nation, c'est-à-dire pour aller vers « un système de soins à responsabilité partagée ». Ce que l'on retrouve dans les dispositions de la loi « portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé et les organismes d'assurance-maladie ».

### **5. Durée de la convention.**

La convention est signée pour 5 ans.

### **6. Le partenariat dans la convention**

La convention organise le partenariat entre l'assurance-maladie et les professionnels de santé ainsi :

- l'assurance-maladie confie l'organisation du suivi médical du patient, sur la base de son dossier médical personnel, au médecin traitant qu'il a choisi. Elle le charge également de définir les modalités de l'accompagnement du patient, tout au long de son parcours dans le système de soins, à partir du médecin traitant qui l'oriente vers d'autres soignants lorsque son état de santé le requiert ;
- par ailleurs en partenariat avec les syndicats représentatifs de la profession médicale, l'assurance-maladie veille à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés sociaux, ainsi qu'à la répartition homogène de cette offre.

Il ne s'agit pas d'imposer une manière de fonctionner mais de la négocier, de la partager.

## 7. Les 4 grands axes de la convention et les moyens mis en œuvre pour les atteindre

Axes	Moyens
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Améliorer la coordination et la qualité des soins</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Coordination du parcours médical du patient et définition du dispositif coordonné c'est-à-dire :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• organisation du suivi médical du patient ;</li> <li>• définition des modalités de l'accompagnement du patient, tout au long de son parcours dans le système de soins</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Préserver et améliorer l'accès aux soins</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Opposabilité des tarifs tout au long du parcours de soins coordonnés</li> <li>– Les médecins conventionnés à honoraires différents peuvent choisir la coordination, en exerçant une partie de leur activité sur la base de tarifs opposables ou maîtrisés, dans le cadre du parcours de soins coordonnés</li> <li>– Amélioration de la répartition de la démographie médicale sur l'ensemble du territoire</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Respecter le libre choix du patient</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Le parcours de soins coordonné est une option proposée</li> <li>– Possibilité de recourir, sans prescription préalable de son médecin traitant, à certaines spécialités et dans certaines circonstances</li> <li>– Le patient peut choisir un médecin spécialiste comme médecin traitant</li> <li>– Possibilité de consulter un médecin en dehors de tout parcours de soins coordonnés</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Assurer une perspective d'avenir aux médecins libéraux</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconnaissance du rôle de chaque intervenant du parcours de soins coordonnés</li> <li>– Valoriser ses fonctions (en tenant compte des évolutions de la formation initiale de manière à donner aux jeunes générations une lisibilité sur leur avenir professionnel)</li> </ul>

## **TD 6 Les organismes complémentaires et les inégalités de couverture complémentaire santé**

### **I - Les organismes complémentaires dans le financement des dépenses de soins et de biens médicaux**

#### **1. Composition des « soins et biens médicaux »**

Les soins hospitaliers, les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyse), les transports sanitaires, les médicaments et les autres biens médicaux (optique, prothèse).

#### **2. Les organismes complémentaires**

##### **a. Organismes intervenant dans la prise en charge complémentaire santé**

Les mutuelles, les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance.

##### **b. Analyse de la place des organismes complémentaires dans le financement des dépenses de soins et de biens médicaux**

Les dépenses de santé sont majoritairement prises en charge par la Sécurité sociale (77 %, pourcentage stable depuis 1995) puis interviennent les organismes complémentaires (à hauteur de 13 %, ce qui est faible comparativement) avec dans l'ordre décroissant les mutuelles pour plus de la moitié, les sociétés d'assurance et enfin les institutions de prévoyance. Les organismes complémentaires financent davantage les dépenses de soins que les ménages.

Les organismes complémentaires ont vu leur part augmenter (1,2 point), en particulier les institutions de prévoyance (+ 0,8 point).

La part des différents organismes complémentaires intervenant dans le remboursement des dépenses de soins et de biens médicaux varie selon les différents types de consommation. En ce qui concerne les dépenses hospitalières, celles-ci sont prises en charge pratiquement en totalité par la Sécurité sociale ; les complémentaires interviennent peu : à hauteur de 4,1 % seulement.

On peut donc en déduire que les organismes complémentaires interviennent davantage dans le financement des soins ambulatoires et des biens médicaux.

### **II - La complémentaire santé : des inégalités**

#### **1. La généralisation de couverture complémentaire santé et les inégalités**

##### **La généralisation de la couverture complémentaire santé**

On peut dire que la couverture complémentaire santé s'est généralisée, en effet 9 personnes sur 10 de 18 ans et plus possèdent une couverture santé en 2003, contre 7 sur 10 en 1981.

En 20 ans, le taux de bénéficiaires d'une couverture complémentaire a augmenté à tous les âges, et les écarts entre les classes d'âge ont fortement diminué.

## **Les inégalités**

Des déterminants individuels, professionnels et géographiques, sont à l'origine de nombreuses inégalités :

- L'âge

En 2003, c'est parmi les jeunes que le taux de non-couverture est le plus élevé, du fait de la perte de la qualité d'ayant droit, de revenus plus faibles ne leur permettant pas de cotiser à une assurance complémentaire et d'une santé globalement meilleure ne justifiant pas la nécessité de cotiser.

- Le sexe

En ce qui concerne le sexe, la couverture est quasiment identique. Le risque de non-couverture pour les hommes est plus élevé que pour les femmes, mais dans des proportions très faibles.

- Le niveau de vie

La couverture complémentaire est fortement liée au niveau de vie. Plus le niveau de vie du ménage est élevé, plus les individus sont protégés par une complémentaire. En 2003, les ménages appartenant aux revenus les plus faibles (1<sup>er</sup> quintile) ont 3,3 fois plus de risques de ne pas être couverts par une complémentaire que ceux classés dans le 5<sup>e</sup> quintile.

- La nationalité

La nationalité étrangère est également à l'origine de fortes inégalités. Les personnes de nationalité étrangère présentent un risque de non-couverture toujours plus élevé que les Français mais dans des proportions différentes. Les Africains ont 6,6 fois plus de risques de ne pas être couverts par une complémentaire que les Français de naissance. On observe des disparités même entre personnes étrangères : les Africains ont un risque presque deux fois plus élevé que les personnes ayant la nationalité d'un autre pays d'Europe que la France.

- L'occupation

Être chômeur ou non joue un rôle important dans le fait d'être couvert par une complémentaire. Une personne au chômage a un risque 3 fois plus élevé qu'un actif ayant un emploi de ne pas être couvert.

Être inactif constitue un risque plus important de ne pas être couvert qu'être actif avec un emploi, mais moins important que celui d'être au chômage.

- La catégorie professionnelle

Des inégalités s'observent également entre certaines catégories professionnelles : ce sont les ouvriers hors industrie, les artisans-commerçants-chefs d'entreprises et surtout les professions intellectuelles supérieures (presque 4 fois plus de risques) qui présentent plus de risques de ne pas être couverts par une complémentaire.

- La zone d'habitation

La zone d'habitation a aussi son importance puisque les assurés sociaux vivant dans une zone urbaine ont 1,4 fois plus de risques de ne pas être couverts que ceux vivant en zone rurale.

- La prise en charge à 100 %

Enfin, le fait d'être pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale augmente faiblement le risque de non-couverture.

### **Lien entre couverture complémentaire et recours au médecin**

Le recours au médecin (dans les 12 derniers mois), qu'il soit généraliste ou spécialiste, est lié au fait d'être couvert par une complémentaire santé, même si d'autres facteurs peuvent entrer en compte.

En effet, quelle que soit la classe d'âge, le recours au médecin est inférieur pour les individus (18 ans et plus) ne disposant pas d'une couverture complémentaire.

Chez les 18/29 ans, les individus non couverts n'ont pas consulté de médecin environ 2,4 fois plus souvent. Cette proportion décroît avec l'âge : à partir de 70 ans, les individus non couverts ne sont plus qu'environ 7 % à ne pas avoir consulté un médecin au cours des 12 derniers mois. Ce taux est tout de même deux fois plus élevé que pour les individus du même âge couverts par une complémentaire santé.

# TD 7 L'Europe des systèmes de protection sociale

## 1. Des systèmes de protection sociale variés en Europe

L'Europe propose des systèmes de protection sociale variés car ces systèmes se sont construits à des moments différents, dans des contextes différents. Ces contextes expliquent la spécificité de chaque système. Il s'agit notamment du contexte économique, politique, social... du pays lors de la mise en place du système, mais également des normes et traditions du pays lors de cette construction.

Les conditions de création des systèmes de protection sociale exercent encore une influence importante ce qui explique les différences encore constatées.

## 2. L'évolution des systèmes

Les différents systèmes évoluent dans le sens commun d'une réaffectation des moyens (moins de moyens et des besoins nouveaux à prendre en compte) et une réorganisation du niveau des décisions. Le mode de financement évolue dans le sens d'une limitation des prestations publiques : modifications des paramètres des prestations..., et d'une baisse de la place de l'État au profit d'autres niveaux (région, landers...).

Toutefois, l'application de ces tendances varie d'un pays à l'autre notamment en ce qui concerne les modes d'organisation et les processus de changement.

## 3. Les moyens affectés pour la protection sociale des différents pays

Les pays de l'Union Européenne ne consacrent pas tous les mêmes moyens à la protection sociale.

En effet, pour l'Europe des 15, l'Irlande est le pays où la part des prestations de protection sociale/PIB est la plus faible (16,3 %) alors que la Suède est le pays où la part est la plus élevée (31,7 %).

À l'exception de l'Irlande et du Luxembourg, les pays du nord de l'Europe et la France se situent plutôt au-dessus de la moyenne européenne, alors que les pays du sud de l'Europe (Espagne, Grèce, Italie, Portugal) consacrent généralement une part moins importante de leur PIB à la protection sociale.

Concernant les dix nouveaux entrants, c'est en Lettonie que la part des prestations de protection sociale est la plus faible (12,2 %) et en Slovénie qu'elle est la plus élevée (23,8 %), se rapprochant de la moyenne européenne (26,2 %).

Pour expliquer ces différences, on peut indiquer des causes structurelles, comme la pyramide des âges, la structure des ménages ou le taux de chômage, mais aussi et surtout d'autres facteurs touchant aux différences dans les systèmes nationaux de protection sociale, aux solidarités familiales, etc. Chaque pays a ses spécificités démographiques, économiques, sociales, politiques... qui peuvent expliquer ces différences de moyens consacrés à la protection sociale et des moyens différents selon les risques.

## 4. Les difficultés des pays européens

Les problèmes auxquels sont confrontés tous les pays européens concernant leur système de santé sont d'une part le vieillissement de la population et d'autre part l'accroissement du coût de l'innovation technologique.

## 5. Lien entre systèmes de santé et de protection sociale

Les problèmes rencontrés par les systèmes de santé et les systèmes de protection sociale sont liés car le financement des systèmes de santé repose sur le système de protection sociale.

## 6. Inconvénients des 2 grands systèmes

Les inconvénients des 2 grands systèmes de protection sociale sont :

- les systèmes dont le financement repose sur les cotisations d'actifs (systèmes dits « Bismarckiens ») rencontrent de plus en plus de difficultés car l'âge moyen de la population s'accroît alors que la proportion d'actifs se réduit. Les rentrées de cotisations se raréfient alors que les besoins de financement augmentent ;
- quant aux « systèmes Beveridgiens » (qui ont recours principalement à l'impôt), ils ont pour conséquence inévitable d'alourdir la charge du contribuable ou d'obliger l'État à renoncer à d'autres services ou programmes en principe financés sur fonds publics.

## 7. Les problèmes annoncés par l'OCDE

L'OCDE annonçait en 2006 que sans réforme les gouvernements devront alourdir les prélèvements fiscaux, réduire les dépenses dans d'autres domaines ou mettre plus largement à contribution les patients eux-mêmes pour préserver les systèmes de santé existants.

## 8. Les solutions testées par certains pays ou proposées par l'OCDE

Différentes solutions sont testées par certains pays en termes de gouvernance et/ou d'efficience.

La solution testée en termes de gouvernance est *la régionalisation de la gestion* notamment en Espagne, en Italie et au Portugal. Ils ont choisi d'alléger la charge nationale en responsabilisant les acteurs locaux. En Italie, les régions sont fiscalement autonomes depuis 2002 et doivent financer elles-mêmes un panier de biens et services minimaux qui, auparavant, relevait de l'échelon central.

Autre solution testée : *la concurrence et la privatisation*. Au Portugal, depuis 2002, 34 hôpitaux de taille moyenne, choisis pour leur solidité financière et représentant la moitié de l'offre hospitalière, ont été transformés en « entreprises » publiques. Relevant du droit commercial, celles-ci conservent toutefois l'État comme unique actionnaire. L'Allemagne a opté pour un élargissement des possibilités de concurrence entre les caisses d'assurances sociales. Quant aux Pays-Bas, ils ont été encore plus loin en privatisant entièrement leur régime d'assurance-maladie.

Autre solution prônée par l'OCDE, *accroître « l'efficience »* qui semble peut-être le seul moyen de concilier l'augmentation de la demande de soins et les contraintes du financement public. C'est dans cette perspective d'amélioration du rapport coût/efficacité que, pour la rémunération des hôpitaux, médecins et autres prestataires, de plus en plus de pays occidentaux abandonnent le système du remboursement des coûts, réputé « *encourager l'inefficience* » au profit d'une tarification à l'activité censée encourager la productivité, et que sont mises en place des agences d'évaluation chargées de vérifier le caractère utile ou non des soins.

Enfin, dernière solution : *la participation croissante du patient* aux dépenses de santé.

## 9. Comparatif des solutions proposées

La solution d'augmentation de la participation du patient aux dépenses de santé n'est pas une bonne solution pour l'OCDE et le Conseil de l'Europe car elle risque de remettre en cause l'accès effectif aux services de santé pour tous, sans discrimination.

Si l'on compare ces solutions avec les réformes entreprises en France, on peut dire que la France a mis en place les ARH qui gèrent le système de soins hospitaliers alors que les URCAM s'occupent de l'offre ambulatoire. Il y a donc bien une forme de régionalisation.

La concurrence entre caisses ne peut pas être mise en place car il n'y a pas comme en Allemagne une multitude de caisses d'assurance-maladie. Par ailleurs, les 2 secteurs hospitaliers publics et privés coexistent.

En matière d'augmentation de l'efficacité, la France a aussi adopté la T2A pour les établissements hospitaliers. Par ailleurs, depuis la réforme de l'assurance-maladie du 13 août 2004, il existe l'HAS qui procure son expertise. Elle est chargée d'évaluer scientifiquement l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels et de proposer ou non leur remboursement par l'assurance-maladie ; de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des usagers de santé ; d'améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé et en médecine de ville ; de veiller à la qualité de l'information médicale diffusée ; d'informer les professionnels de santé et le grand public et d'améliorer la qualité de l'information médicale ; de développer la concertation et la collaboration avec les acteurs du système de santé en France et à l'étranger.

Par contre, depuis la réforme du 13 août 2004 et la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008, on assiste à une augmentation croissante de la participation du patient aux dépenses de santé.

## 10. France – Allemagne : gouvernance et efficacité

La France est organisée en un nombre limité de caisses même s'il existe plusieurs régimes (général, agricole et indépendants) et qui ne sont pas en concurrence. En Allemagne il existe un nombre très grand de caisses qui sont publiques ou privées, locales, d'entreprises, corporatives... soit 253 réparties en 7 grandes organisations fédérales avant la réforme et qui sont en concurrence.

La situation de l'Allemagne semble peu efficace car elle génère notamment des inégalités entre les Allemands. Par ailleurs, le système manque de transparence, d'où la réforme engagée.

La France a revu également la gouvernance en rapprochant de plus en plus les différents régimes avec notamment la création de l'UNCAM.

## 11. « Bonus- malus » : une spécificité allemande ?

Le système des « bonus-malus » initié en Allemagne suppose des contrats individualisés, ce qui n'est pas prévu dans la convention médicale de 2005 mais introduit par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008.

## 12. Politique du médicament et efficacité en France et en Allemagne

En matière de politique du médicament, les politiques sont voisines car toutes les 2 ont pour objectif de développer la prescription des génériques, d'inciter les médecins à prescrire les spécialités les moins onéreuses à efficacité égale, de dérembourser les médicaments dont l'efficacité est insuffisante... afin d'améliorer l'efficacité.

### **13. Quel choix de fonctionnement pour limiter la progression des dépenses ?**

Pour limiter la progression des dépenses, les moyens mis en place en Allemagne semblent plus drastiques. En France, des mesures voisines se mettent en place plus progressivement. Toutefois, en France, il existe depuis 1996 l'ONDAM qui, depuis la réforme de l'assurance-maladie du 13 août 2004, est opposable. S'il y a risque de dépassement, le Comité d'alerte, créé par la même réforme, peut être amené à prendre des mesures pour éviter tout dépassement.

En Allemagne, l'obligation d'équilibre en 2009 est inscrite dans la loi, avec une hausse prévue des cotisations en cas de déséquilibre.

### **14. Quel accès aux soins pour tous ?**

En France existe la CMU depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000 (loi de juillet 1999) à laquelle s'ajoute la CMU-C pour faciliter l'accès pour tous aux soins.

Par contre en Allemagne, l'introduction d'une couverture maladie universelle date d'avril 2007. La décision a été prise car au moins 200 000 personnes ne bénéficient d'aucune couverture santé (chômeurs de longue durée, non salariés...). Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007, l'affiliation à un système public de couverture santé devient donc obligatoire (sous peine d'amende) pour toutes ces personnes résidant en Allemagne. Une subvention de la prime sous condition de ressources est possible.

# TD 8 La protection sociale : une évolution vers l'universalité

## I - Les prestations de protection sociale

### 1. Les risques pris en charge par la protection sociale et les différents régimes de prise en charge

- Risques :
  - la santé ;
  - la vieillesse-survie ;
  - la maternité-famille ;
  - l'emploi, le logement ;
  - l'exclusion sociale.
- Régimes de prise en charge :
  - les régimes de la Sécurité sociale ;
  - les régimes d'indemnisation du chômage ;
  - les régimes d'employeur ;
  - les régimes de la mutualité, de la retraite supplémentaire et de la prévoyance ;
  - les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics, les régimes d'intervention sociale des ISBLSM (Institutions sans but lucratif au service des ménages).

### 2. Régimes de protection sociale ayant un rôle prépondérant dans le versement des prestations sociales

Les régimes de protection sociale qui ont un rôle prépondérant dans le versement des prestations sociales sont les régimes d'assurances sociales, ils versent 80,8 % du montant total des prestations. Ils interviennent dans la prise en charge de tous les risques sociaux à l'exception de l'exclusion sociale. Au sein des régimes d'assurances sociales, ce sont les régimes de la Sécurité sociale qui prennent en charge la très grande majorité des prestations.

### 3. Remarques concernant le risque exclusion sociale

Le risque exclusion sociale représente 1,5 % du total des prestations servies, ce qui représente la part la plus faible des prestations. Ce risque est pris en charge essentiellement par les régimes d'intervention des pouvoirs publics (1,2 %) et une faible part par les régimes d'intervention sociale des ISBLSM.

### 4. Les prestations de protection sociale : prestations contributives et/ou universelles ?

Il existe des prestations de protection sociale contributives et universelles.

Par exemple, en ce qui concerne le risque santé, l'assuré social salarié peut percevoir des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail, versées par le régime de la sécurité sociale dans le cadre de l'assurance-maladie. Le versement de ces prestations est conditionné par un minimum de cotisations sociales (ou de temps de travail). Elles sont donc contributives.

Quant aux prestations en nature servies dans le cadre de la couverture maladie universelle complémentaire, leur octroi n'est pas conditionné par le versement de cotisations. Elles sont indépendantes de l'exercice d'une activité professionnelle, elles sont donc universelles. Les prestations contributives sont fournies en contrepartie de cotisations (notion d'assurance). Les prestations universelles ou de solidarité ne sont pas conditionnées par le paiement de cotisations sociales donc par l'exercice d'une activité professionnelle.

## **II - L'évolution des prestations de protection sociale**

### **1. Le système de protection sociale français à l'origine assurantiel évolue vers plus d'universalité**

À l'origine, les prestations étaient des revenus de remplacement dont le droit était lié à l'exercice d'une activité professionnelle et donc au paiement de cotisations, répondant ainsi au principe de l'assurance.

Même si aujourd'hui elles représentent la grande majorité des prestations versées – environ 80 % –, les prestations non contributives se sont généralisées. Or, ces prestations (comme par exemple les prestations familiales), ne sont pas perçues en contrepartie de cotisations. Il y a donc rupture du lien entre prestations et cotisations. La mise en place d'un régime de couverture universelle pour le risque maladie (couverture maladie universelle) indépendante de l'activité professionnelle en est encore un exemple.

La protection sociale s'est élargie vers des objectifs nouveaux non liés à l'appartenance professionnelle qui en constitue le socle initial.

### **2. Objectif de cette évolution**

L'objectif de cette évolution est de renforcer la cohésion sociale au profit de ceux qui en seraient exclus, quelles qu'en soient les raisons, dans un souci de solidarité et dans l'intérêt général.

### **3. Graphique**

Cette évolution progressive vers l'universalité se traduit par une participation accrue des ressources publiques (État et collectivités locales), par la création de contributions nouvelles sur une assiette plus large que les seuls salaires. Il y a augmentation des ressources issues de la solidarité (fiscales) et diminution des cotisations sociales.

### **4. Évolution de la politique familiale et objectif**

La politique familiale permet d'illustrer cet état de fait : les prestations se sont élargies dans le sens d'une meilleure redistribution des revenus et dans l'objectif d'aider des catégories de population en difficulté. Aujourd'hui, il ne s'agit plus seulement d'une politique nataliste.

### **5. L'aide sociale et les dispositifs d'insertion ont été « pris en charge logiquement par des contributions publiques »**

On ne peut demander aux plus pauvres et aux plus démunis de cotiser pour le risque pauvreté/exclusion. C'est à la solidarité nationale de prendre en charge l'aide sociale et les dispositifs d'insertion. Ce sont donc les contributions publiques qui doivent financer ces dispositifs.

## **6. Arguments avancés par le Conseil économique et social pour justifier la nécessité de continuer à financer la protection sociale par des cotisations sociales**

- Pour toujours faire face aux risques auxquels doivent faire face les travailleurs.
- Parce que le lien entre conditions d'emploi et protection sociale doit être maintenu afin de permettre aux partenaires sociaux de participer à la gouvernance et à la gestion des différents régimes.

## **7. Recommandations du Conseil économique et social concernant l'évolution de la protection sociale**

- Mieux différencier les prestations de nature contributive des prestations de nature universelle.
- Augmenter les recettes de nature fiscale pour faire jouer la solidarité nationale.
- Diminuer les cotisations des employeurs.

## **8. Conditions nécessaires pour maintenir un haut niveau de protection sociale**

- Croissance économique.
- Augmentation du taux d'emploi.
- Maîtrise des dépenses.
- Apurement des déficits et dettes.

## TD 9 Les « sans domicile fixe »

### 1. Les SDF : un problème récent ?

Non, le problème des « sans domicile fixe » ne constitue pas un phénomène récent. En effet il y a toujours eu des personnes sans abri, mais sous une autre appellation, qui a varié dans le temps.

### 2. La représentation des SDF pour la population

La représentation collective de ces personnes est ambiguë. On trouve de la compassion associée à de la culpabilité, de la fascination et de la crainte, voire du dégoût. Globalement la population a peur de cette situation, et ce d'autant plus qu'il semble que personne n'ait l'assurance d'en être épargné.

### 3. Les raisons du développement de la marginalité selon Robert Castel

Les raisons du développement de la marginalité pour Robert Castel semblent répondre à des bouleversements économiques et sociaux des sociétés. Les marginaux ne s'adaptent pas à ces changements (organisation du travail, système de valeurs dominantes qu'ils ne partagent pas), s'en écartent.

### 4. Les caractéristiques des SDF aujourd'hui, leur évolution, leur prise en charge

- Il s'agit d'une *population plutôt jeune et masculine* (les 18 à 29 ans représentent + d'1/3 contre 1/4 dans la population totale) avec une part d'étrangers élevée (4 fois plus que dans la population française) ;
- il y a un *nombre significatif de jeunes femmes* (autant que d'hommes pour les 18 à 24 ans) ;
- les *personnes avec 1 ou plusieurs enfants* sont significativement représentées (1/4 des SDF) ;
- par ailleurs, *près du tiers ont un travail* (proportion plus élevée dans l'agglomération parisienne, majoritairement dans des métiers ouvriers et employés sans qualification) ;
- *la quasi-majorité déclare avoir de la famille et des amis* et près des trois quarts disent entretenir des contacts assez fréquents avec eux, même s'ils déclarent par ailleurs fréquemment souffrir de la solitude ;
- *ils ont des contacts avec les institutions sociales*, plus fréquents encore avec les médecins et les travailleurs sociaux, ces contacts étant très variables selon l'ancienneté dans la condition de « sans domicile », l'âge et les conditions de vie...

Les SDF d'aujourd'hui ne correspondent pas à l'image longtemps véhiculée de personnes ayant rompu tous les liens avec la société (sans travail, sans liens familiaux et sociaux...), volontairement marginalisées.

On peut regretter que la prise en charge des personnes sans domicile fixe soit essentiellement curative et non préventive.

Les différents modes d'accueil sont très souvent surchargés et les conditions d'accueil dans certains centres critiquables.

Les dispositifs de prise en charge sont inadaptés pour l'accueil des familles.

## 5. Les jeunes SDF : un groupe social ?

Un groupe social est un ensemble de personnes de même origine, mode de vie ou statut social adhérant à un même ensemble de valeurs et de normes. L'appartenance à un groupe social suppose une certaine solidarité, des comportements semblables, des objectifs communs et des activités communes.

La plupart des jeunes SDF vivent en « bande » ou « clan », ayant le sentiment d'appartenance à une « famille reconstituée ». Une certaine solidarité dans « la galère » peut régner entre eux.

Le quotidien des jeunes SDF est le même pour tous : recherche d'un toit et de nourriture, consommation en groupe d'alcool, de tabac et de stupéfiants...

Cette consommation les soude autour de valeurs communes, tout comme la musique qu'ils écoutent, les vêtements qu'ils portent ou encore les tatouages et piercings qu'ils arborent.

Au regard de ces éléments, nous pouvons considérer que les jeunes SDF constituent un groupe social.

## 6. L'avenir des jeunes SDF

D'après l'auteur de l'article de *L'Express*, au bout de trois ans en moyenne, il devient très dur de sortir de la rue car les jeunes SDF arrivent à se suffire de très peu : « Certains peuvent considérer l'attribution du RMI comme une ressource suffisante ». D'autant que compte tenu de leur parcours, ils ne peuvent pas espérer facilement un emploi bien rémunéré. Par ailleurs, le regard des « inclus » est parfois difficile à affronter ce qui ne les encourage pas à se réinsérer.

Enfin, ce monde parallèle de la rue constitue une famille alors qu'auparavant ils n'en ont souvent pas eu. La rupture avec le monde de la rue et la « famille de la rue » est difficile car elle suppose de se retrouver seul. Certains n'arrivent pas à assumer cette solitude et retournent dans la rue. Toutefois, l'amour peut être le déclencheur pour construire autre chose et rentrer dans la norme et la société des « inclus ».

## 7. Existe-t-il une prédisposition sociale à vivre dans la rue ?

On peut dire qu'il existe une prédisposition sociale à vivre dans la rue. En effet, l'histoire personnelle et familiale (le milieu social, les conditions de vie) peut favoriser cette situation :

- des difficultés et des ruptures vécues dans l'enfance et à l'âge adulte ;
- le fait d'avoir grandi dans une famille d'origine sociale modeste confrontée à de graves problèmes d'argent ;
- avoir vu ses parents se disputer ou divorcer ;
- avoir vécu des difficultés plus personnelles dans l'enfance (problèmes de santé ou de scolarité, mauvais traitements, abus sexuels, carences affectives, placement dans une famille d'accueil ou institution...).

Ces facteurs fragilisent l'équilibre psychologique et peuvent compromettre l'intégration sociale des individus. Cependant d'autres facteurs interviennent également :

- la faiblesse des ressources ;
- les conditions difficiles d'accès au logement (critères d'accès en HLM ou en foyer, coût des loyers dans le parc privé, etc.) ;
- le contexte de chômage massif ;
- les conduites addictives ;
- la rupture du couple...

## TD 10 La territorialisation des politiques sociales

### I - La territorialisation : ses intérêts, ses limites

#### 1. Définitions et tableau

*Le territoire* peut être défini comme une portion de l'espace terrestre appropriée par un groupe social donné (lieu de vie d'un groupe) pour satisfaire ses besoins vitaux. C'est une entité géographique et sociale où les populations trouvent l'essentiel des services quotidiens, côtoient les mêmes lieux collectifs et ont souvent les mêmes pratiques spatiales, et pas seulement une entité administrative.

*La territorialisation* correspond à une approche différenciée de l'action sociale, à la mise en œuvre adaptée des politiques sociales aux caractéristiques du territoire pour répondre aux besoins de ses habitants. Cette mise en œuvre sollicite la mobilisation de la population, des différents partenaires et des acteurs locaux.

**Les avantages et les limites de la territorialisation**

<b>Avantages</b>	<b>Limites</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>– Permet d'agir au plus près du lieu de vie</li><li>– Apporte une réponse globale et transversale</li><li>– Prise en compte des réalités sociales et territoriales</li><li>– Relations avec les habitants plus proches et plus fréquentes</li><li>– Participation de tous les acteurs : usagers et partenaires locaux</li><li>– Mobilisation sociale plus grande</li><li>– Meilleur recensement des attentes et des besoins de la population</li><li>– Efficacité plus grande des interventions et de la coordination des acteurs territoriaux</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Difficultés de mise en œuvre : articulation difficile des enjeux locaux et de la politique nationale</li><li>– Risques d'inégalité de traitement d'un territoire à l'autre selon les volontés politiques et les richesses des collectivités</li></ul>

#### 2. Conditions nécessaires à une territorialisation efficace de l'action sociale

- Mettre en place une équipe pluridisciplinaire mutualisant et coordonnant ses actions.
- Mettre en œuvre des actions transversales.
- Mobiliser toutes les composantes du territoire (habitants, collectivités locales, associations...).
- Faire participer les publics cibles.

### II – La territorialisation et les conseils généraux

#### 1. Intérêts de la territorialisation pour les conseils généraux et les usagers

Pour les conseils généraux :

- prise en charge globale et de qualité de l'utilisateur ;
- meilleure connaissance de l'environnement de l'utilisateur ;
- limitation du nombre d'interlocuteurs extérieurs facilitant la procédure de prise en charge ;
- responsabilisation et mobilisation des équipes de travail.

Pour les usagers :

- meilleure prise en charge de leurs besoins ou problèmes : globale et non cloisonnée ;
- prise en charge plus rapide.

## **2. La nouvelle organisation du Pôle Solidarités du Conseil général des Hauts-de-Seine et les bénéfices attendus**

Le Conseil général des Hauts-de-Seine a décidé de réorganiser son Pôle Solidarités pour remédier à certaines difficultés :

- les communes, les élus locaux et les habitants se trouvaient face à une organisation complexe des services sociaux du département ;
- les circuits de décision étaient jugés « lourds » et trop centralisés.

Le département a donc fait l'objet d'un nouveau découpage comprenant 4 unités territoriales (nord, sud, est et ouest) comprenant chacune un ou plusieurs services territoriaux sous l'autorité d'un Directeur d'unité territoriale.

Les services territoriaux regroupent différents services sociaux : aide sociale à l'enfance, protection maternelle et infantile.

Le découpage des quatre unités territoriales a été réalisé en fonction des territoires d'intervention des Commissions locales d'insertion (chargées de l'élaboration des programmes locaux d'insertion en faveur des allocataires du revenu minimum d'insertion), ce qui a permis une organisation des unités territoriales sur des zones assez homogènes en termes sociodémographiques et économiques.

Les bénéfices de cette nouvelle organisation territoriale attendus par le Conseil général sont :

- une approche transversale des situations et des problématiques ;
- une harmonisation des pratiques ;
- un traitement plus équitable des usagers sur l'ensemble des territoires ;
- une complémentarité dans les réponses apportées avec les collectivités et les associations ;
- un rapprochement de la Direction du Pôle Solidarités avec les partenaires locaux pour une meilleure prise en compte des besoins spécifiques à chaque territoire et l'adaptation des dispositifs aux particularités locales.

## **III - Une expérience de politique territoriale menée par la mutualité sociale agricole**

### **1. Acteur à l'origine de cette expérience et ses objectifs**

C'est le service social de la MSA de l'Aube qui est à l'origine de cette expérience. Les objectifs qu'il poursuit sont les suivants :

- insérer professionnellement des exclus ;
- rompre la solitude des personnes âgées ;
- mettre du social entre dix petits villages.

## **2. Raisons du choix du site de la Vallée de l'Ource comme territoire d'intervention pour le développement social local**

- Les habitants appartiennent au groupe social des viticulteurs qui ont des valeurs culturelles et des centres d'intérêt économique communs.
- Les élus MSA sont fortement investis sur ce site.
- Les acteurs politiques cherchent à dynamiser leurs communes et à travailler en partenariat.
- Le territoire est homogène.

## **3. Un exemple de politique territoriale**

Au regard de la définition de la territorialisation, cette expérience peut être considérée comme un exemple de politique territoriale.

En effet :

- on peut dire que l'approche de l'action sociale est différenciée : les réponses apportées sont adaptées aux besoins de la population du territoire ;
- la population est mobilisée : à partir du travail individuel auprès de la population, le service social rural essaie de faire émerger le projet de développement social local pour que les personnes en soient partie prenante ;
- il y a une action concertée entre les élus locaux, les partenaires associatifs et le service social de la MSA.

## **TD 11 Quels dispositifs et institutions en faveur des jeunes en situation de précarité et de pauvreté ?**

### **I - Les facteurs de la précarisation et de la pauvreté des jeunes**

#### **1. Indicateurs de la précarité et de la pauvreté des jeunes**

##### **Emploi :**

- fort taux de chômage : 22,3 % des actifs de 16 à 24 ans étaient au chômage en 2005, soit près d'1/4 ;
- 428 000 jeunes occupaient un travail à temps partiel en 2005 ;
- 20 % des jeunes actifs ont un travail temporaire contre 8,2 % des actifs âgés de 30 à 49 ans, soit 2,5 fois plus.

##### **Ressources :**

- Sur les 3,6 millions de pauvres, plus de 600 000 sont âgés de 18 à 29 ans (soit 1/6).

##### **Hébergement :**

- les jeunes représentent 20 à 30 % des personnes hébergées dans des structures d'accueil et de réinsertion sociale ;
- recours de plus en plus fréquent au 115.

De plus, il faut remarquer que les jeunes sont surreprésentés parmi les pauvres et ils sont de plus en plus nombreux à la rue.

#### **2. Classement des facteurs de la précarisation et de la pauvreté des jeunes**

##### **Facteurs individuels :**

- faible niveau de formation professionnelle les exposant davantage au chômage, ce qui explique des revenus précaires ou faibles ;
- cette faiblesse des revenus les empêche de se maintenir dans le logement ou d'y accéder ;
- ruptures pouvant se cumuler : familiales, affectives, contrats de travail et de location.

Le cumul des facteurs induit un délitement du lien social.

##### **Facteurs collectifs :**

- crise du marché du travail et plus grande exigence envers les jeunes (mobilité géographique...);
- crise du logement : logements manquants et explosion du prix des loyers ;
- absence d'un minimum de ressources pour les moins de 25 ans.

#### **3. Dispositifs et institutions en faveur des jeunes**

- Centres d'hébergement et de réadaptation sociale.
- Foyers de jeunes travailleurs.
- 115 – SAMU social.

- Fond de solidarité pour le logement.
- Aide sociale à l'enfance (jusqu'à 21 ans).

Selon les représentants des organisations interrogées, les jeunes ne sont pas suffisamment pris en compte dans les politiques publiques.

La prise en charge est inadaptée et la prévention insuffisante. On peut regretter que la prise en charge soit parfois rompue pour des raisons administratives (exemple de l'aide sociale à l'enfance).

De plus, les structures d'accueil (CHRS) sont saturées.

## **II - Accompagnement des jeunes en difficulté d'accès à l'emploi durable**

### **1. Le dispositif prévu par le Plan de cohésion sociale : une réponse spécifique et globale**

Le dispositif prévu par le Plan de cohésion sociale en faveur des jeunes fournit une réponse spécifique aux difficultés d'insertion dans l'emploi durable et globale.

Ce dispositif concerne 800 000 jeunes rencontrant des difficultés d'accès à l'emploi.

On peut de parler de réponse spécifique car :

- un nouveau droit à l'accompagnement est prévu correspondant à leurs besoins (loi de programmation) ;
- des structures spécifiques à leur prise en charge sont mobilisées (missions locales et permanences d'accueil, d'information et d'orientation) ; elles sont chargées de développer ou de mobiliser l'offre de services la plus adaptée aux objectifs d'insertion des jeunes ;
- des aides spécifiques à cette population sont développées (Contrat d'insertion dans la vie sociale).

De plus, l'accompagnement des jeunes est personnalisé car il intervient autour de plusieurs domaines : emploi et formation, mais aussi logement, transport et santé. On peut donc dire que la réponse apportée est globale puisqu'elle prend en considération l'ensemble des besoins des jeunes.

### **2. Accompagnement du jeune prévu par le Plan de cohésion sociale**

- Diagnostic de sa situation avec évaluation des aptitudes professionnelles.
- Définition du projet professionnel avec un référent.
- Suivi au niveau formation et emploi, logement, transport et santé.

### **3. Support principal de la mise en œuvre du nouveau droit à l'accompagnement**

Le contrat d'insertion dans la vie sociale.

Objectif : accompagner les jeunes dans leur projet d'insertion dans un emploi durable ou dans leur projet pour lever les obstacles à l'embauche et restaurer l'autonomie.

Accompagnement personnalisé et adapté aux difficultés rencontrées, à la situation du marché du travail et aux besoins de recrutement.

Mesures prévues : orientation, qualification...

#### 4. Voies d'accès à l'emploi pour ces 800 000 jeunes en difficulté

- Formation en alternance (apprentissage et contrat de professionnalisation).
- Accès à l'emploi marchand grâce à une formation ou à un contrat aidé.
- Recrutement en alternance dans le secteur public.

### III - Des institutions en faveur des plus précaires

#### Des structures d'hébergement et d'accueil

Structures	Personnes accueillies	Missions	Prestations
Centre d'hébergement et de réinsertion sociale	Personnes et familles en grandes difficultés (économiques, familiales...)	Permettre l'accès à l'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hébergement en situation d'urgence (asile de nuit)</li> <li>- Hébergement de longue durée en structures collectives ou appartements individuels</li> <li>- Écoute, information et orientation, suivi social, accompagnement social</li> </ul>
Maison relais	Personnes en situation de grande exclusion non autonomes	Créer ou recréer du lien social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hébergement durable</li> </ul>
Résidence sociale (ou hôtel social)	Personnes isolées ou familles en attente d'un logement autonome	Favoriser l'accès à un logement autonome	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Logement temporaire</li> </ul>
Centre d'hébergement d'urgence	Toute personne sans domicile	Répondre à l'urgence	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hébergement de nuit pour une courte durée en chambre individuelle, collective ou dortoir</li> <li>- Accompagnement social</li> <li>- Laverie, restauration</li> </ul>
Lieu d'accueil de jour (ou espace solidarités insertion)	Personnes démunies	Accueillir dans un lieu convivial en journée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accueil et orientation</li> <li>- Accompagnement social</li> <li>- Permanences administratives, médicales et juridiques</li> <li>- Services d'hygiène (douche, coiffure...)</li> </ul>

# TD 12 Le revenu de solidarité active

## 1. Origine du RSA

C'est la commission « familles, vulnérabilité, pauvreté » qui a associé sous la présidence de M. Hirsch, les confédérations syndicales, les partenaires sociaux membres de conseils d'administration de caisses de Sécurité sociale, les associations de solidarité, le mouvement familial, des personnalités politiques et des personnalités qualifiées, qui est à l'origine du RSA.

## 2. Raisons de la mise en place du RSA

Le RSA a été mis en place car les minima sociaux, tels qu'ils sont prévus, sont des minima indépassables. De même pour une proportion de plus en plus importante des ménages, le travail ne permet plus de franchir le seuil de pauvreté.

C'est-à-dire qu'en cas de reprise de travail, les minima sociaux vont être supprimés ainsi que bon nombre d'avantages qui leur sont liés. Or, le travail ne prémunit par contre la pauvreté. Le travail n'assure pas d'être au-dessus du seuil de pauvreté.

## 3. Les objectifs du RSA

- Garantir que toute reprise d'activité se traduise par une augmentation des ressources.
- Compléter les revenus des travailleurs pauvres, pour en réduire leur nombre.
- Simplifier des dispositifs et des prestations devenues trop complexes.

## 4. Les acteurs du dispositif

Les acteurs du RSA sont :

- les bénéficiaires de deux des principaux minima sociaux : le Revenu Minimum d'Insertion et l'Allocation de Parent Isolé ;
- les associations de lutte contre l'exclusion, les partenaires sociaux, les entreprises, les organismes d'insertion, d'accompagnement et de formation ;
- ceux qui le mettent en œuvre, soit les conseils généraux, l'État, les caisses d'allocations familiales, les MSA et le service public de l'emploi.

## 5. Un système novateur

Ce dispositif est novateur car il encourage au travail alors que jusqu'alors une reprise de travail pouvait pénaliser. Le travail supplémentaire est toujours rémunérateur pour le bénéficiaire du RSA. L'objectif n'est pas d'accorder une aide sociale mais de proposer un mécanisme qui permette de passer au-dessus du seuil de pauvreté. Il s'agit d'une expérimentation qui sera évaluée afin de réajuster si besoin est, avant généralisation.

## 6. Un dispositif applicable à l'ensemble du territoire ?

Non, le dispositif RSA n'est pas applicable à tous les départements. Seuls certains (liste limitative prévue par la loi) sont concernés.

Les départements sont : le Nord, l'Aisne, la Marne, l'Oise, l'Eure, les Côtes d'Armor, l'Ille-et-Vilaine, la Loire-Atlantique, la Vienne, la Charente, le Loir-et-Cher, la Côte-d'Or, la Haute-Saône, l'Hérault, les Bouches-du-Rhône.

Car il s'agit en premier lieu d'une expérimentation qui se passe en 2 temps (dans un premier temps certains départements entrent dans le dispositif, puis d'autres dans un second temps) ; ensuite une évaluation a lieu avant généralisation.

## 7. Schéma

Le schéma permet de voir que le dispositif RSA est organisé autour du bénéficiaire. Dans le 1<sup>er</sup> cercle autour du bénéficiaire il y a les responsables du dispositif (Conseils généraux, États, CAF, MSA et service public de l'emploi). Dans le 2<sup>e</sup> cercle, les partenaires du dispositif.

## 8. Comparaison des graphiques

Les 2 graphiques permettent de voir l'intérêt du dispositif RSA.

Le graphe 1 montre que l'entrée dans le travail met fin très vite à l'allocation (surtout le RMI) et crée une frange de population qui, tout en travaillant, ne bénéficie pas de ressources plus élevées que le RMI (début de graphe) (si une personne en travaillant bénéficie de moins de 40 % du SMIC, elle dispose de la même somme que si elle bénéficiait du RMI sans activité).

Le 2<sup>e</sup> graphe montre que le dispositif RSA accompagne, s'installe dans la durée et, jusqu'à ce que le bénéficiaire ait 1 400 euros de ressources, se rajoute au revenu du travail.

## 9. Aspects positifs et limites du RSA

### Aspects positifs :

- c'est un bon moyen de lutter contre la pauvreté laborieuse, que certains travailleurs précaires ou à temps partiel connaissent ;
- il complète les revenus insuffisants que les individus peuvent tirer de leur travail ;
- il est novateur car il est pérenne (dans le temps et le montant), contrairement au système actuel d'intéressement ;
- les travailleurs concernés auront donc des revenus du travail régularisés et, au lieu d'être stigmatisés comme assistés sociaux, seront des travailleurs comme les autres.

### Limites :

- il ne concerne pas tous les pauvres (autres minima sociaux comme ASPA, ASS, AAH) ;
- ce n'est pas un dispositif global (ne prend pas en compte les problèmes de logement, santé, garde d'enfants...) ;
- il n'est pas assez ambitieux pour être efficace (contrairement à ce qui était prévu dans le rapport 2005) ;
- il risque d'encourager les petits boulots, or ce sont les petits boulots qui créent la pauvreté ;
- le RSA risque de fonctionner comme une subvention aux entreprises ;
- on est loin de l'ambition initiale ;
- sommes consacrées au dispositif bien en deçà de ce qui était prévu dans le rapport (25 millions au lieu de 6 à 8 milliards) ;
- il y a une sélection (géographique), parmi les salariés pauvres (les minima sociaux), et parmi ces derniers (RMI et API seulement).

## 10. Les principales informations du « livret vert » sont que :

- le RSA est un outil pour atteindre l'objectif de Nicolas Sarkozy des -30 % de pauvres en 5 ans ;
- il concernera les travailleurs pauvres et ceux bénéficiant des minima sociaux ;
- il va remplacer le RMI, l'API, et la prime pour l'emploi ;
- l'intégration progressive de l'ASS dans le dispositif est soumise au débat ;
- une adaptation pour les - de 25 ans est envisagée ;
- il ne concernera pas les bénéficiaires de l'AAH ;
- sa réussite est conditionnée par le comportement des employeurs. Ceci sera abordé dans le cadre du COE avec les partenaires sociaux ;
- sa contrepartie sera d'améliorer l'accompagnement vers l'emploi et la définition des devoirs des nouveaux allocataires (ex. : est envisagé l'obligation d'inscription à l'ANPE) ;
- il devrait être de la responsabilité des Conseils généraux.

## 11. Explication de la phrase soulignée

La phrase signifie que la décentralisation suppose de laisser des libertés d'action dans ce domaine aux Conseils généraux mais que, malgré la décentralisation, les départements ne seront pas totalement libres de faire ce qu'ils veulent pour éviter des « ruptures d'égalité », c'est-à-dire éviter qu'il existe des inégalités selon le département de résidence.

## **TD 13 Quelles actions des CCAS en faveur des travailleurs pauvres ?**

### **1. Nouveau public des Centres communaux d'action sociale (CCAS) et difficultés auxquelles il est confronté**

Les Centres communaux d'action sociale sont confrontés depuis quelques années à un nouveau public : les travailleurs pauvres. De plus en plus de travailleurs pauvres se tournent vers les CCAS (1 personne sur 4 suivie pour cause de surendettement est salariée). Les difficultés auxquelles les travailleurs pauvres sont confrontés sont multiples :

- surendettement ;
- difficultés à obtenir un logement et à s'y maintenir ;
- difficultés dans le domaine de l'emploi (garde des enfants problématique) ;
- difficultés à faire face aux besoins alimentaires et à régler les factures d'énergie ;
- problèmes de santé.

### **2. Conséquence pour les CCAS et difficultés que les professionnels rencontrent concernant la prise en charge des travailleurs pauvres**

L'émergence de cette nouvelle forme de pauvreté, liée à la précarité de l'emploi et à la faiblesse des revenus représente pour les CCAS un nouvel enjeu, puisqu'ils doivent adapter leurs dispositifs d'aides aux difficultés de ce nouveau public.

Les professionnels des CCAS rencontrent des difficultés concernant la prise en charge des travailleurs pauvres :

- notion de travailleurs pauvres difficile à cerner ;
- absence de parcours défini pour leur accompagnement ;
- réticences des travailleurs à recourir au CCAS : difficultés à les repérer ;
- difficultés à maintenir les personnes dans une dynamique d'emploi.

### **3. Les Centres communaux d'action sociale ont fait évoluer leurs pratiques pour s'adapter au nouveau public des travailleurs pauvres**

Certains CCAS ont modifié leurs barèmes d'aide et prennent en considération le « reste à vivre » pour prendre en compte toutes les catégories de demandeurs, qu'ils soient en dessous ou au-dessus des minima sociaux.

D'autres CCAS ont souhaité des politiques plus générales visant l'insertion. Ainsi, pour pouvoir la mettre en œuvre, des agents ont suivi des formations à l'accompagnement éducatif budgétaire et davantage de marge de manœuvre leur a été accordée.

Enfin, des CCAS ont accordé de l'argent à des associations pour leur permettre de venir en aide à un public plus large.

## 4. Tableau

Quelques actions des CCAS en faveur des travailleurs pauvres

Domaines	Actions	Intérêts	Partenaires
Aide alimentaire	Mise en place d'épicerie sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Répond aux besoins les plus immédiats</li> <li>– Permet de renouer le dialogue</li> <li>– Promotion de l'équilibre alimentaire</li> <li>– Informations sur des sujets de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Conseil général</li> <li>– Mission locale MSA</li> <li>– Secours populaire</li> <li>– Croix-Rouge</li> </ul>
Logement	<p>Mise en place d'un système de location d'appartements avec transfert de bail</p> <p>Microcrédit social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Favorise le relogement</li> <li>– Favorise l'insertion</li> </ul> <p>Répond à des difficultés ponctuelles d'accès au logement ou permet l'acquisition d'équipements ménagers</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mayenne habitat</li> <li>– Office départemental d'HLM</li> <li>– Méduane habitat</li> <li>– CAF</li> <li>– Caisse des dépôts et consignations</li> </ul>
Emploi	<p>Réservation de place pour les enfants en haltes-garderies et centres de loisirs</p> <p>Microcrédit social</p>	<p>Permet l'accès à l'emploi ou à la formation ou le maintien dans l'emploi</p> <p>Accès à une formation</p>	<p>Crèches, haltes-garderies</p> <p>Caisse des dépôts et consignations</p>

## 5. Caractéristiques de l'action des Centres communaux d'action sociale

- Elle s'adapte aux besoins et aux problèmes sociaux locaux, aux nouveaux publics.
- Elle met en jeu de nombreux partenaires (réponse globale et coordonnée).
- Elle n'est pas limitative et variable d'une commune à l'autre.

# TP 1 Genèse d'un projet en faveur des personnes âgées

## I - Étape de la démarche de projet

### 1. Contexte dans lequel le document 3 a été réalisé et son but

#### a. Nature du document :

Un questionnaire.

#### b. Acteur à son origine :

L'association Accordages. Cette association, fondée en janvier 2000 à l'initiative de Mohammed Malki, a pour objectif de favoriser les liens intergénérationnels dans tous les domaines de la vie sociale et d'aider au montage de projets.

#### c. Destinataires :

Les porteurs de projets.

#### d. Circonstances ayant motivé son élaboration :

Le questionnaire a été réalisé dans le cadre d'une enquête réalisée en vue de la Biennale de l'intergénération 2008 en Île-de-France, qui se déroulera en novembre.

#### e. Objectifs du document :

Il permettra de recenser les projets réalisés pour prévenir l'isolement des personnes âgées vivant à domicile, en Île-de-France, pour constituer une base de données. Il servira à la programmation de la Biennale.

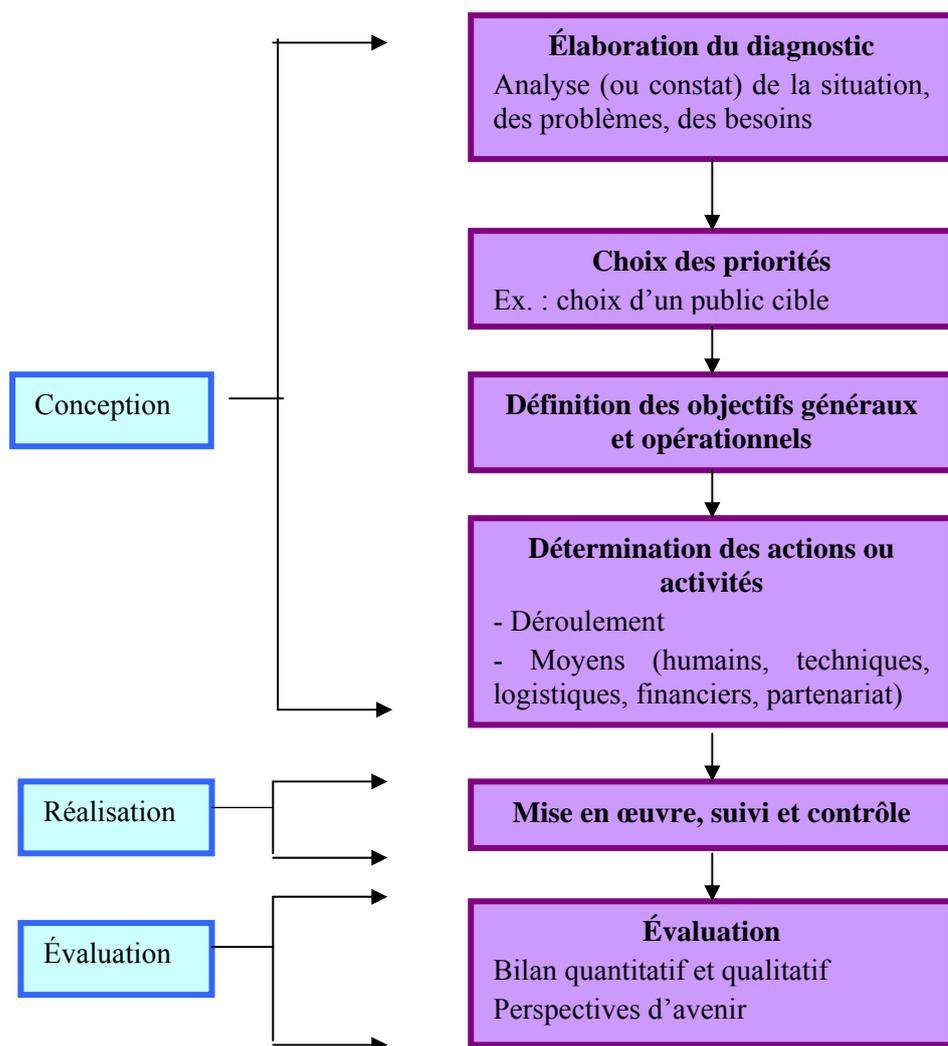
### 2. Tableau

Phase du projet	Étape	N° question(s)
<b>Conception</b>	Élaboration du diagnostic	6/7/8
	Choix des priorités	9/10
	Définition des objectifs généraux et opérationnels	9
	Détermination des actions ou activités	11/13/14/17
<b>Réalisation</b>	Mise en œuvre, suivi et contrôle	12/16
<b>Évaluation</b>	Évaluation	20/21/22/23

On peut donc remarquer que des questions sont prévues pour chaque étape de la démarche de projet.

*Remarque : la communication et la valorisation du projet peuvent être mises en œuvre aux différentes étapes du projet.*

### 3. Les étapes de la démarche de projet



*Remarque : la dénomination des différentes étapes peut varier. Cependant il est important que le contenu de chaque étape recouvre les mêmes notions.*

### 4. Document type qui permettra de décrire de manière synthétique chaque projet

*Remarque : un tableau ou une fiche descriptive pourront être réalisés.*

Les rubriques suivantes seront identifiées :

- titre du projet ;
- porteur du projet ;
- diagnostic ;
- objectifs généraux et opérationnels ;
- présentation de l'action :
  - public cible,

- territoire,
  - période,
  - actions ou activités proposées,
  - moyens : humains, matériels, financiers,
  - partenaires ;
- évaluation :
- qualitative et quantitative,
  - perspectives d'avenir du projet.

## II - Recherche des facteurs à l'origine d'un projet

### 1. Raisons qui pourraient justifier la mise en place du projet

- Activités proposées jugées répétitives par les personnes âgées : lassitude ressentie.
- Diminution du nombre de personnes fréquentant le centre.
- Demande de certains usagers.
- Volonté de faire découvrir un outil nouveau aux personnes âgées.
- Difficultés pour communiquer avec les familles, les amis : éloignement, manque de disponibilité.
- Les personnes âgées ont perdu le goût de s'informer et de communiquer.
- Volonté de réinvestir le matériel déjà acquis.
- Volonté communale de développer les actions en faveur des aînés.

*Remarque : d'autres raisons pourront être retenues en fonction des réponses des élèves.*

### 2. Un problème est-il toujours à l'origine d'un projet ?

On peut constater à travers ces exemples qu'un projet est souvent lié à un problème (isolement, ennui...) mais pas seulement. Il peut s'agir d'une demande des usagers ou d'une motivation des professionnels dans un domaine qui les intéresse particulièrement. D'autre part, une opportunité (don de matériels ou événement...) peut déclencher le projet ou encore la volonté de s'adapter à une évolution (progrès technique par exemple).

La mise en place d'un projet peut aussi répondre à une demande institutionnelle.

### 3. Informations à recueillir pour défendre le projet

- Nombre de personnes âgées intéressées.
- Motivations des personnes intéressées.
- Atouts d'Internet pour les personnes âgées.
- Coût peu élevé.
- Résultats positifs d'expériences semblables menées dans d'autres structures.

*Remarque : d'autres propositions pourront être retenues*

#### 4. Outils pouvant être utilisés pour recueillir ces informations

Questionnaire, réunion, entretien direct avec des personnes âgées et des professionnels.

### III - Réalisation d'un outil d'analyse d'opportunité

#### 1. Étapes préliminaires à la réalisation du questionnaire

- Déterminer l'objectif du questionnaire.
- Préciser les informations à recueillir.
- Délimiter le champ de l'enquête : population enquêtée.
- Choisir le mode d'administration.

#### 2. Administration du questionnaire

Le questionnaire pourrait être administré indirectement lors de l'accueil des personnes âgées, afin de s'assurer que toutes les personnes y répondent.

Le nombre peu important de personnes à interroger favorise ce mode d'administration.

*Remarque : une administration directe du questionnaire peut également être envisagée et justifiée.*

#### 3. Avantage de l'utilisation du questionnaire

L'avantage principal est de permettre une étude quantitative et un dépouillement facile des réponses.

#### 4. Critères de qualité à respecter

Les questions doivent répondre à l'objectif et être compréhensibles par la population enquêtée (vocabulaire adapté). La formulation des questions ne doit pas induire les réponses et il faut veiller à poser une seule question par question. Les questions doivent être ordonnées selon un plan logique et le nombre de questions ne doit pas être excessif.

#### 5. Proposition de questionnaire

Questionnaire administré indirectement, ce qui justifie l'absence d'introduction et de remerciements.

**PROJET**  
**ENVOYONS-NOUS DES MAILS !**

**1. Si notre Centre d'accueil de jour vous proposait un accès à l'outil informatique, seriez-vous intéressé(e) ?**

- 1.1. Oui   
1.2. Non

**2. Si oui :**

- 2.1. Pour vous informer   
2.2. Pour communiquer

Autre : .....

**3. Si non :**

- 3.1. Par désintérêt   
3.2. Par crainte de ne pas arriver à l'utiliser   
3.3. Car cela nécessite un effort trop important

Autre : .....

**4. Avez-vous déjà utilisé l'outil informatique ?**

- 4.1. Oui   
4.2. Non

**5. Si oui :**

- 5.1. À l'occasion de votre activité professionnelle   
5.2. Lors de vos loisirs

Autre.....

**6. Seriez-vous intéressé(e) par des séances de sensibilisation à l'outil informatique ?**

- 6.1. Oui   
6.2. Non

## **TP 2 Analyse du problème dans le cadre de projets de prévention**

### **I - Les bilans bucco-dentaires : analyse du problème**

#### **1. Justification de la mise en place des bilans bucco-dentaires par l'assurance-maladie**

Ces BBD gratuits ont été mis en place pour réduire les inégalités en matière d'accès aux soins et dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé.

#### **2. Justification de l'appui à la CPCAM sur la prévention de l'hygiène bucco-dentaire dans le cadre des Ateliers Santé-Ville pour certains arrondissements**

Il existe une corrélation entre les affections bucco-dentaires et les inégalités socio-économiques et d'accès aux soins. Or c'est notamment dans les arrondissements nord de Marseille que vivent les populations les plus défavorisées.

Les chiffres confirment ce lien puisque :

- dans les arrondissements nord, les enfants présentant au moins une dent cariée sont presque deux fois plus nombreux que dans l'ensemble de l'agglomération ;
- le BBD est peu suivi chez les jeunes de 15 ans des 3<sup>e</sup> et 15<sup>e</sup> arrondissements, et encore moins suivi chez les jeunes de 15 ans qui sont ayants droit CMU.

#### **3. Analyse du problème rencontré par la CPCAM**

Quoi : bilans bucco-dentaires gratuits peu suivis.

Qui : les enfants et jeunes de 6 à 18 ans.

Où : dans les arrondissements les plus défavorisés de la ville de Marseille.

Quand : à chaque bilan bucco-dentaire, tous les 3 ans.

Comment : présence de dents cariées supérieure à la moyenne.

Pourquoi :

- Image négative du dentiste.
- Appréhension de la douleur.
- Manque d'information sur l'existence de dépistages gratuits.

### **II - Le dépistage du cancer du sein : analyse du problème**

#### **1. Dépistage organisé du cancer du sein**

Le dépistage organisé du cancer dès l'âge de 50 ans permettrait de réduire la mortalité de près d'un tiers des cas, à une condition, que la participation des femmes soit d'au moins 70 %. De plus, c'est le cancer le plus fréquent et le plus mortel chez les femmes.

## **2. Participation de l'assurance-maladie à une étude auprès des femmes en situation de précarité, concernant l'accès au dépistage**

L'assurance-maladie a pour objectif de favoriser l'accès au dépistage de toutes les femmes de 50 à 74 ans. Or les résultats obtenus ne sont pas satisfaisants, notamment pour les femmes en situation de précarité. L'assurance-maladie, soucieuse d'améliorer la participation de l'ensemble des femmes, souhaite mieux connaître cette population et ainsi pouvoir mettre en place un plan d'action adapté.

## **3. Analyse du problème rencontré par le dépistage organisé du cancer du sein**

Quoi : recours au dépistage organisé du cancer du sein insuffisant.

Qui : femmes en situation précaire âgées de 50 à 74 ans. Un quart des femmes sont à l'écart des soins.

Où : en France.

Comment : risque de découverte tardive du cancer pour les femmes non participantes.

Pourquoi :

- Situation économique fragile (bénéficiaires de minima sociaux).
- Situation de handicap sensoriel (auditif, visuel).
- Isolées géographiquement (milieu rural).
- Étrangères : barrières de la langue et de la culture.
- Femmes en situation de grande exclusion.

## **4. Les différents moyens qui ont permis de faire un diagnostic sur le dépistage organisé du cancer du sein**

Une agence de communication et un cabinet de consultants ont mené une étude sur cette population :

- Recherche documentaire et analyse de bases de données.
- Interviews des représentants de l'État, de l'assurance-maladie, d'experts et de professionnels de santé, d'associations.
- Analyse d'actions significatives menées sur le terrain.
- Estimations de données provenant de l'INSEE, l'assurance-maladie, la CNAF.

## **5. Action de prévention autour du dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus**

### **a. Objectifs de cette réunion :**

- Informer sur les modalités du dépistage du cancer sein et de celui du col de l'utérus.
- Connaître les réticences des femmes face au dépistage.

### **b. Étapes de cette réunion :**

- Présentation des intervenantes et des femmes présentes (créer un climat sympathique et mettre en confiance).
- Formulation de l'objectif de la réunion.
- Présentation des examens de dépistage.

- Échange questions/réponses.
- *Focus group* : recherche des réticences au dépistage.
- Récapituler les différentes réticences.
- Remercier les personnes présentes et leur proposer d'autres thèmes de réunion en fonction de leurs attentes.

### c. *Focus group* :

Justification du choix :

- nombre restreint de participantes ;
- groupe homogène (femmes d'un même quartier en situation de précarité) ;
- recherche qualitative d'informations sur un problème particulier : recours au dépistage insuffisant et réticences au dépistage ;
- présence d'une animatrice qui encourage la parole ou qui la relance.

Intérêts :

- les commentaires des participants font progresser la réflexion ;
- les arguments évoqués peuvent être développés et approfondis ;
- recueil de nombreuses informations en un temps réduit.

Limites :

- il est parfois difficile de convaincre les personnes d'y participer. Dans cette situation, l'implication d'un professionnel, l'animatrice du centre social, favorise la participation des femmes ;
- parfois, les participants adoptent le point de vue d'un « leader », le *focus group* perd alors son intérêt.

### d. Séance de remue-méninges :

Réticences pouvant être listées (non exhaustif).

- Rapport au corps difficile : gêne, pudeur...
- Difficultés à se projeter dans l'avenir, recours aux soins dans l'urgence.
- Difficultés à se repérer dans une procédure.
- Rapports aux institutions et aux professionnels de santé difficiles.
- Sous-information et désinformation : par rapport à la gratuité, à la souffrance, à la maladie et à l'intérêt du dépistage.
- Barrière de la langue.
- Isolement.
- Crainte de la stigmatisation (dépistage organisé assimilé à une « médecine des pauvres »).
- Peur du résultat du dépistage.

## **TP 3 Genèse d'un projet en faveur des aidants familiaux – Étude et réalisation d'outils d'analyse**

### **I - L'entretien : un outil d'identification des problèmes**

#### **1. Problème**

Le problème est celui des difficultés de prise en charge d'une personne âgée dépendante par les aidants familiaux.

#### **2. Intérêts de cet outil d'investigation**

Contact direct avec les aidants permettant de cerner leurs problèmes avec précision.  
Permet de s'adresser de manière individualisée aux aidants et de les mettre en confiance...

#### **3. Informations que les bénévoles devront retirer de ces entretiens**

- Les difficultés rencontrées (leur nature, leur importance, leur fréquence).
- Les causes des problèmes.
- Les effets des problèmes.
- Leurs besoins, leurs attentes.

#### **4. Document pouvant être utilisé**

Ils pourraient utiliser un guide d'entretien précisant la liste des thèmes à aborder ou un questionnaire.

Il est préférable d'utiliser le guide qui laisse plus de souplesse au bénévole et qui permet de personnaliser et d'orienter les questions en fonction des aidants familiaux.

#### **5. Éléments d'analyse de l'entretien**

- Ouverture de l'entretien : création d'un climat de sympathie, remercie et met à l'aise.
- Rappel de l'objectif de l'entretien.
- Question ouverte visant à identifier les problèmes.
- Qualité d'écoute de la bénévole : manifeste sa compréhension (hochement de tête, oui je comprends).
- Demande de clarification pour comprendre la situation.
- Reformulation permettant de vérifier la bonne compréhension du besoin.
- Conclusion de l'entretien : la bénévole la remercie à nouveau et l'assure qu'elle la tiendra informée de la suite, ce qui est une marque de considération.

Les conditions sont réunies pour que cet entretien soit efficace.

#### **6. Solutions proposées**

- Questionnaire (administration directe).
- Boîte à idées dans les locaux de l'association.
- Entretien téléphonique.

## **II - Analyse des causes et des effets**

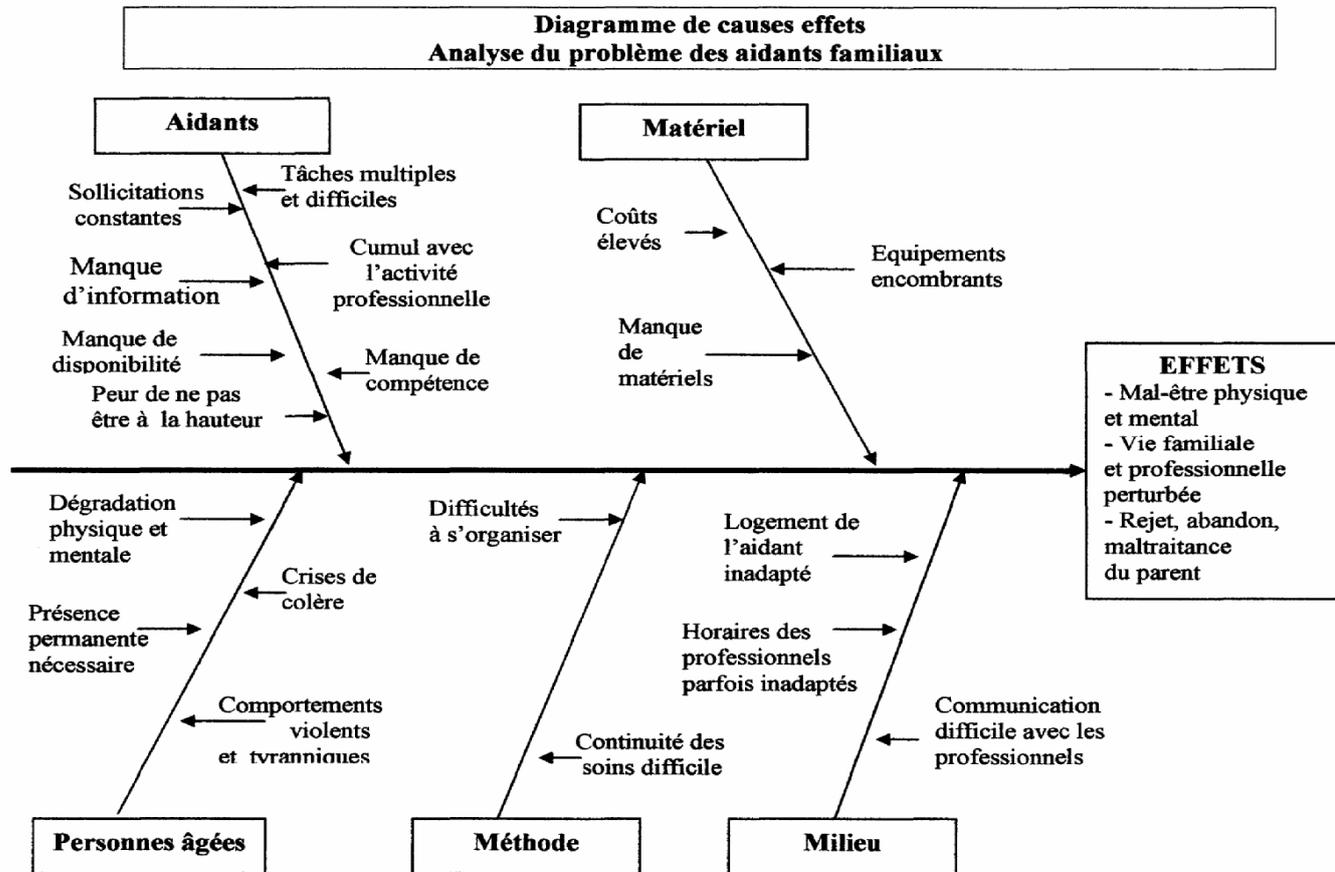
### **1. Causes des problèmes des aidants familiaux**

- Multiplicité des tâches.
- Tâches difficiles à exécuter (touchant à l'intimité).
- Présence permanente indispensable.
- Sollicitations constantes que les aidants ont du mal à refuser.
- Moins de disponibilité pour soi-même et pour la famille.
- Peur de ne pas être à la hauteur.
- Dégradation physique et mentale du parent.
- Manque de compétences dans les tâches à effectuer.
- Difficultés à s'organiser.
- Manque de matériel adapté.
- Manque d'information.
- Manque de formation.
- Horaires des professionnels pas toujours adaptés.
- Communication difficile avec les professionnels.
- Continuité des soins difficile.
- Dépenses d'équipement et d'aménagement du logement élevées.
- Équipements encombrants.
- Difficultés professionnelles.
- Crises de colère et comportements violents et tyranniques du parent.

### **2. Effets du problème de la prise en charge d'un parent âgé par les aidants familiaux**

- Fatigue, épuisement.
- Vie familiale et professionnelle perturbée.
- Absence de loisirs.
- Relation de couple dégradée.
- Sentiment d'isolement.
- Insomnie, dépression, anxiété.
- Comportements de rejet, d'abandon.
- Maltraitance.

### 3. Diagramme causes-effets



## **TP 4 Un projet de développement social local de la MSA – Analyse de la situation**

### **I - Présentation de la phase de conception**

#### **1. Acteur à l'origine du projet de développement social local présenté**

Le Service social de la MSA. En effet, le développement social local fait partie de la politique d'action sociale des caisses de la MSA dont la finalité est le mutualisme, la solidarité et le refus de l'assistanat pour ses adhérents.

#### **2. Objectifs de ce projet**

- Rompre la solitude des personnes âgées.
- Insérer professionnellement des exclus.
- Mettre du social entre les villages ruraux.
- Redynamiser la vie sociale de la vallée de l'Ource.

#### **3. Particularité de la mise en place de ce projet**

Il s'agit d'un projet mis en place à partir d'un travail individuel avec la population qui est donc partie prenante dans cette expérience.

#### **4. Étapes de la conception du projet**

- Choix du territoire d'intervention.
- Analyse de la situation : le diagnostic territorial :
  - repérage des problématiques ;
  - mobilisation des élus locaux, des habitants et réseau MSA ;
  - recensement de l'existant ;
  - analyse des besoins ;
  - analyse des potentialités et des handicaps liés au milieu.
- Validation du diagnostic par la MSA.
- Constitution de commissions de travail.
- Élaboration de pistes d'actions par commissions.
- Réunion plénière des commissions pour présenter l'ensemble du programme d'actions.

#### **5. Place des acteurs locaux dans la mise en place du projet**

Ils sont partie prenante dans le projet car une volonté politique de s'organiser collectivement et de dynamiser la commune existait. De plus, ils participent aux commissions de travail.

#### **6. Place des deux assistantes sociales dans ce projet**

L'une d'elle est référente et coordinatrice du projet. Toutes deux créent du lien entre les personnes et chapeautent l'élaboration des pistes d'action par les commissions, dont elles évaluent la pertinence.

## 7. Critères de choix d'un territoire d'intervention dans le cadre d'un projet de développement territorial

- Cohérence géographique et économique : homogénéité du territoire.
- Sentiment d'appartenance de la population à un même groupe et adhésion à des valeurs communes et des centres d'intérêt économique communs.
- Volonté politique des acteurs locaux.
- Plusieurs problématiques.

## II - L'analyse de la situation : le diagnostic

### 1. Inventaire des problématiques et des atouts du territoire sous forme synthétique

*Remarque : un tableau peut-être réalisé.*

#### Les problématiques et les atouts du territoire de la vallée de l'Ource

Problématiques (ou points faibles)	Atouts (ou points forts)
Manque de lien entre les villages du territoire	Relation de proximité entre le service social rural et les habitants et contact étroit avec les réseaux locaux
Vie sociale peu dynamique	Territoire homogène
Développement du travail précaire	Mobilisation des partenaires locaux
Chômage important	Développement rapide de la région (viticulture et artisanat)
Peu d'usines ou d'entreprises importantes	Augmentation du niveau de vie d'une partie de la population
Difficultés à recruter du personnel pour les viticulteurs	Présence d'associations culturelles et sportives
Isolement du canton	Existence d'une communauté de communes
Manque de moyens de transports rendant difficile l'accès aux services et commerces pour les personnes âgées et les populations précaires	
Fort sentiment d'appartenance des habitants à leur commune et méfiance concernant l'intercommunalité	
Absence de dynamique locale autour des personnes âgées (sentiment de solitude, absence de vie sociale)	
Absence de concertation intercommunale entre associations	
Lieux de rencontres des jeunes inadaptés par rapport à leurs besoins	

## 2. Proposition d'un outil

### Diagnostic des atouts et des faiblesses d'un territoire dans le cadre d'un projet de développement social local

Critères à prendre en compte	Points forts	Points faibles
Caractéristiques de la population : – selon l'âge – structures des ménages...		
Caractéristiques de l'habitat		
Conditions d'emploi : – taux d'activité – taux de chômage – statut des travailleurs		
Tissu économique : – secteurs d'activités – nombre d'entreprises – nature des entreprises		
Moyens de transport et de communication		
Équipements sanitaires : – établissements de santé – professionnels libéraux...		
Équipements et services éducatifs, sociaux et culturels : – modes de garde des enfants, écoles – maisons de retraite – centre social... – centre communal d'action sociale – bibliothèque...		
Services publics : – poste – administrations diverses...		
Commerces : – de proximité – centres commerciaux		
Associations : – sportives – culturelles...		
Espaces sportifs et lieux de tourisme : – terrains de sport – camping...		
Implication des acteurs locaux dans le développement social		
Relations sociales et solidarité		

*Remarque : la liste des critères à prendre en compte n'est pas exhaustive. D'autres propositions peuvent être retenues. Les critères peuvent encore être précisés.*

### 3. Outils évoqués et autres outils ayant pu être utilisés

- Entretiens avec la population, les élus locaux et le réseau MSA.
- Assemblées générales des associations.
- Site internet de la commune.
- Journal local.
- Consultation de documents auprès de :
  - la chambre de commerce ;
  - la chambre des métiers et de l'artisanat ;
  - la mairie ;
  - la Direction départementale de l'équipement...

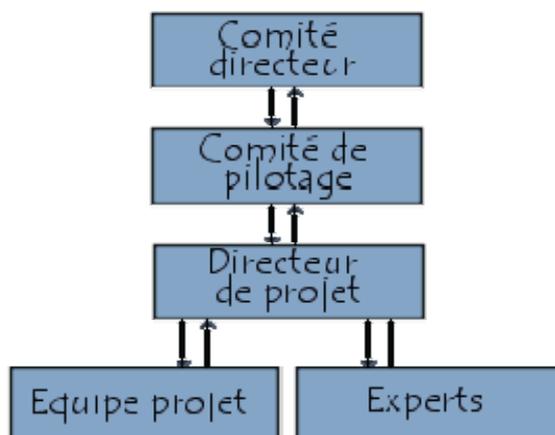
**TP 5** Enquête auprès d'un organisme de protection sociale

Pas de corrigés pour ce TP qui repose sur les réalisations des groupes

## TP 6 Les acteurs du projet

### I - Les acteurs et leurs rôles

#### 1. Schéma des liens entre les différents acteurs du projet



#### 2. Tableau des différents acteurs et leurs rôles

ACTEURS	RÔLES
Commanditaire (Comité directeur)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Est maître d'œuvre</li> <li>• Prend les décisions</li> </ul>
Comité de pilotage (responsables organisationnels de la maîtrise d'ouvrage)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Désigne le directeur ou chef de projet</li> <li>• Fixe une date prévisionnelle de démarrage</li> <li>• Pilote le projet de façon autonome</li> <li>• Assure le suivi</li> <li>• Rend compte au Comité directeur des problèmes rencontrés si une décision de niveau stratégique doit être prise au cours du projet</li> <li>• Est dissous en fin de projet</li> </ul>
Chef de projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propose une équipe projet</li> <li>• Étudie le problème posé</li> <li>• Élabore le plan de réalisation du projet</li> <li>• Organise, coordonne et pilote la réalisation</li> <li>• Anime l'équipe projet</li> <li>• Rend compte au commanditaire et négocie les modifications</li> <li>• Est responsable des objectifs, coûts, performances</li> <li>• Effectue le bilan</li> </ul>
Équipe projet (représentants des différentes directions et entités de la structure)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mène le projet en lien avec les partenaires</li> <li>• Travaille en équipe</li> <li>• Prépare la revue de projet</li> <li>• Fait des propositions</li> </ul>
Experts (si nécessaire)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expertisent (aspects techniques ou méthodologiques)</li> </ul>

## II - Les acteurs de la conception du projet de création de structures pour personnes âgées

### 1. Contexte à l'origine du projet et son objectif

On se trouve dans le contexte d'un canton (canton de Vitrey) qui est identifié comme déficitaire en médecins généralistes comme le démontre le diagnostic de l'ARH et de l'URCAM.

De plus, il y a un projet de fermeture de l'EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

Cette situation a conduit la Communauté de communes du Pays Jusséen à se mobiliser sur les perspectives d'avenir dans ce domaine.

L'objectif est de construire un pôle ressource au service des personnes âgées du territoire reposant sur la mise en place d'une maison médicale à Vitrey/Mance avec une offre complète de prise en charge du parcours de vie des personnes âgées : du maintien à domicile à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées en EHPAD.

### 2. Les étapes de la conception du projet

- Élaboration du diagnostic et choix des priorités (voir question 1).
- Définition de l'objectif général (voir question 1).
- Détermination des actions ou activités :
  - officialisation des enjeux et partenariats ;
  - constitution d'un comité de pilotage et d'un comité technique ;
  - étude d'opportunité : études des besoins, diagnostic de l'existant, attentes des professionnels (entretiens individuels avec les professionnels)... ;
  - restitution des résultats de l'étude d'opportunité ;
  - définition des contours de la maison médicale : professionnels concernés, locaux, montage juridique et financier...

*Remarque : l'évaluation n'est pas abordée dans le document.*

### 3. Tableau des acteurs et leurs rôles dans la conception du projet

Acteurs	Rôles
<b>Comité de pilotage :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– présidé par le président du CCPJ</li><li>– divers membres (professionnels de la santé, du Conseil général, de la DDASS, du Conseil Régional, de l'URCAM, de l'ADMR, de l'Association Hospitalière de Franche-Comté, des clubs des aînés)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Orienter les différentes phases du projet</li><li>– Valider les différentes phases du projet</li></ul>
<b>Comité technique (Équipe projet) :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– présidé par la présidente de la Commission Service Public/cadre de vie</li><li>– divers membres (professionnels de santé, Directeur général de l'ADMR, chargés de développement de l'ADMR, représentants de : la DSSP, DDASS, URCAM, 1 attaché parlementaire, 1 agent de développement de la CCPJ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Définir une méthodologie de travail</li><li>– Préparer et transmettre les propositions soumises au comité de pilotage</li><li>– Définir le projet collectif</li></ul>

#### 4. Étude d'opportunité

Faire une étude d'opportunité, c'est faire une étude des besoins comportant :

- une approche démographique : zoom sur le vieillissement de la population, projection démographique ;
- le diagnostic des services existants : offre médicale, paramédicale, sociale, loisirs ;
- le nombre de professionnels libéraux, description de leurs activités (nombre d'actes, répartition activité domicile et cabinet, temps de travail...) ;
- les projets professionnels sur le territoire ;
- le recensement des établissements d'accueil de personnes âgées et des services d'aide à domicile ;
- le mode de fonctionnement des gardes (pharmaciens, médecins, infirmières...) ;
- la perception sur la nécessité d'installation ou de permanences de nouveaux professionnels sur le secteur, avis des professionnels sur la coordination des soins, attentes des professionnels vis-à-vis d'une maison médicale, leurs interrogations...

Les outils susceptibles d'être utilisés pour mener cette étude sont :

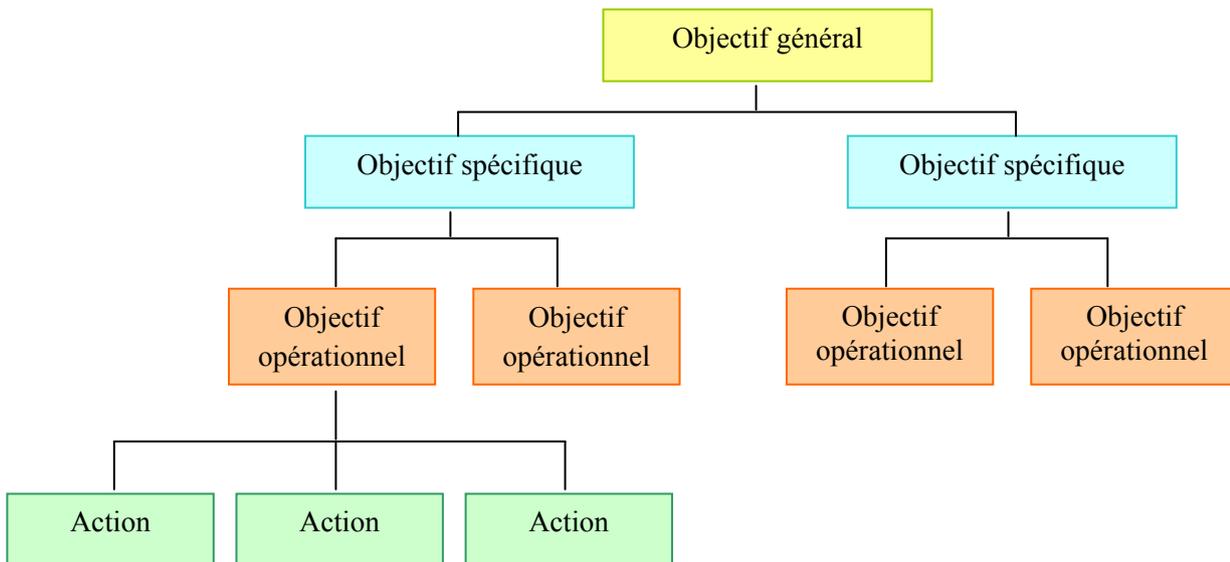
- des entretiens individuels auprès des professionnels sanitaires et sociaux ;
- mais aussi le recueil de données auprès d'institutions ressources (ex. : document de l'URCAM présentant les résultats d'une enquête sur « les médecins libéraux en France, il s'agit de leurs opinions à propos des conditions d'exercice et de la démographie médicale en région ». Les résultats de cette enquête peuvent servir de support lors des entretiens. Enfin grâce à l'examen de données en provenance de la Haute-Marne).

# TP 7 Rendre un projet opérationnel : le plan d'action

## I - Fixer les objectifs

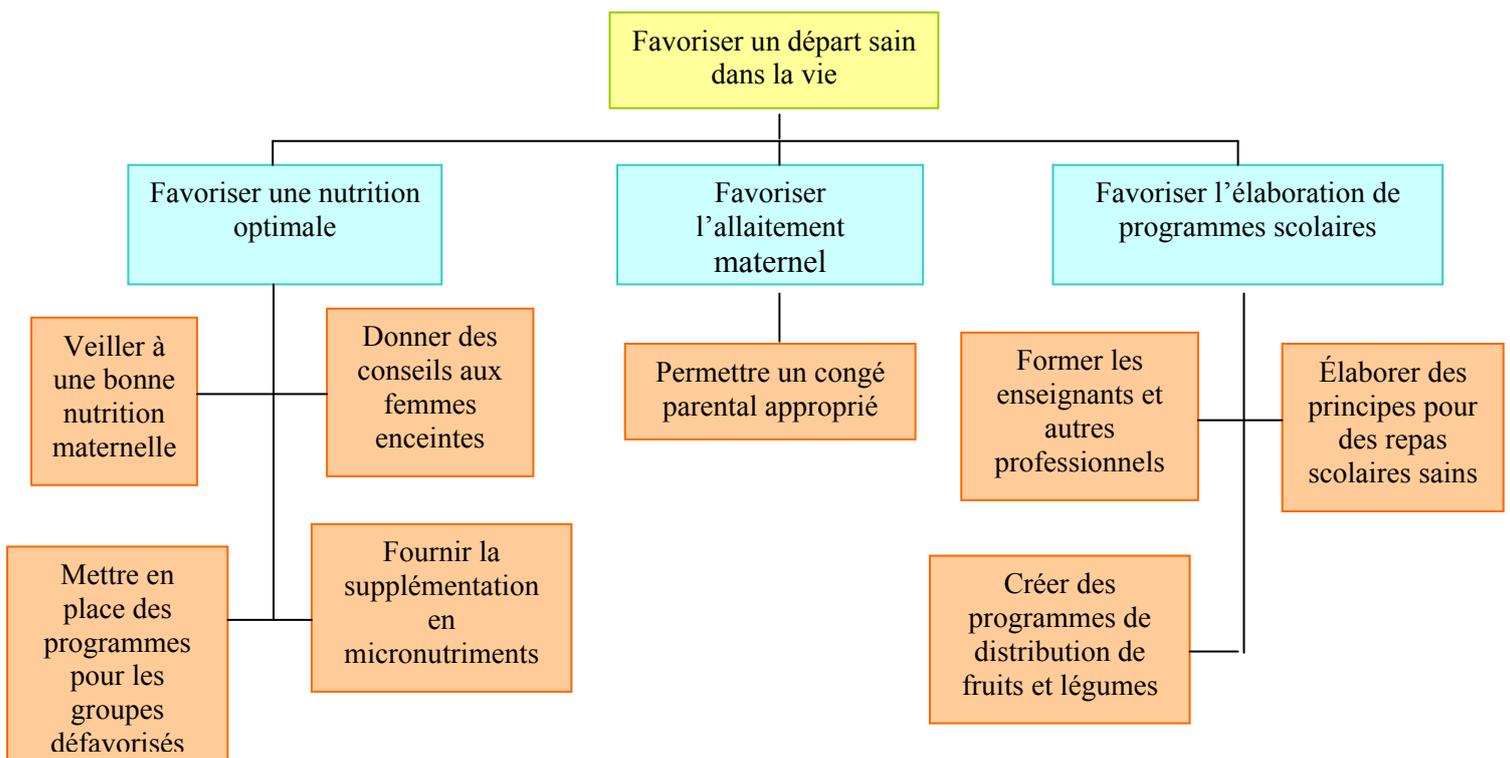
### 1. Schéma (peut être réalisé horizontalement ou verticalement)

L'arbre des objectifs



### 2. Projet de Deuxième Plan d'action européen de l'OMS.

L'arbre des objectifs



### 3. Programme de lutte contre le virus de l'immuno-déficience humaine et le sida en Guadeloupe

#### a. Tableau :

N°	Objectif	Nature de l'objectif
1	Améliorer l'accès aux soins	Stratégique
2	Rendre accessibles et compréhensibles les messages de prévention	Opérationnel
3	Créer les conditions d'accès précoce aux soins et aux traitements	Opérationnel
4	Réduire l'incidence du VIH/SIDA	Général
5	Parler et débattre de la pathologie et du VIH au quotidien	Opérationnel
6	Œuvrer contre la discrimination et la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA	Stratégique
7	Améliorer la prévention du VIH/SIDA	Stratégique
8	Améliorer la prise en charge médico-psycho-sociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA	Général
9	Améliorer l'accessibilité des moyens de prévention	Opérationnel
10	Favoriser l'accès au dépistage	Stratégique
11	Augmenter la fréquentation des centres de dépistage anonymes et gratuits	Opérationnel

#### b. Objectif opérationnel de chaque action :

Action	Numéro de l'objectif
Diffusion d'une information complète et actualisée	2
Mise en place de permanences d'accès aux soins de santé	3
Ouverture d'antennes mobiles de dépistage	11
Création de supports de communication adaptés aux populations spécifiques	2
Amélioration de la qualité des prestations fournies par les centres de dépistage anonyme et gratuit	11
Augmentation du nombre de distributeurs de préservatifs, notamment dans les lycées	9
Contribution de personnalités « reconnues » pour relayer l'information	5
Organisation de la diffusion des préservatifs dans les centres de planification familiale et les services de PMI	9

### 4. Analyse des objectifs avec l'outil SMART

#### a. Exemple 1 :

**S** : l'objectif est spécifique car il précise ce qui doit avoir changé ; il s'agit d'augmenter la consommation de fruits et de légumes et de réduire le nombre de personnes qui en consomment peu.

**M** : l'objectif est mesurable car il se fixe un indicateur qui est de 25 %.

**A** : l'objectif est ambitieux car cet indicateur est élevé.

**R** : l'objectif est réaliste car il vise l'augmentation de la consommation et non un seuil de consommation (par exemple, consommer 10 fruits et légumes par jour) qui ne serait pas atteignable et vérifiable.

**T** : l'objectif est situé dans le temps (il doit être atteint en 200n).

### b. Exemple 2 :

**S** : l'objectif est spécifique car il s'agit de rendre accessible des informations pour le milieu scolaire.

**M** : l'objectif est mesurable car un outil interactif doit être réalisé.

**A** : l'objectif est ambitieux car l'outil devra être interactif, ludique et pédagogique.

**R** : la réalisation d'un outil est un objectif réaliste.

**T** : l'objectif est situé dans le temps (« d'ici 200n »).

### c. Exemple 3 :

**S** : l'objectif est spécifique car il s'agit de mettre à disposition des collèves un outil en particulier.

**M** : l'objectif est mesurable car on peut recenser le nombre de collèves qui l'ont reçu.

**A** : l'objectif est ambitieux car l'accessibilité concerne tous les collèves.

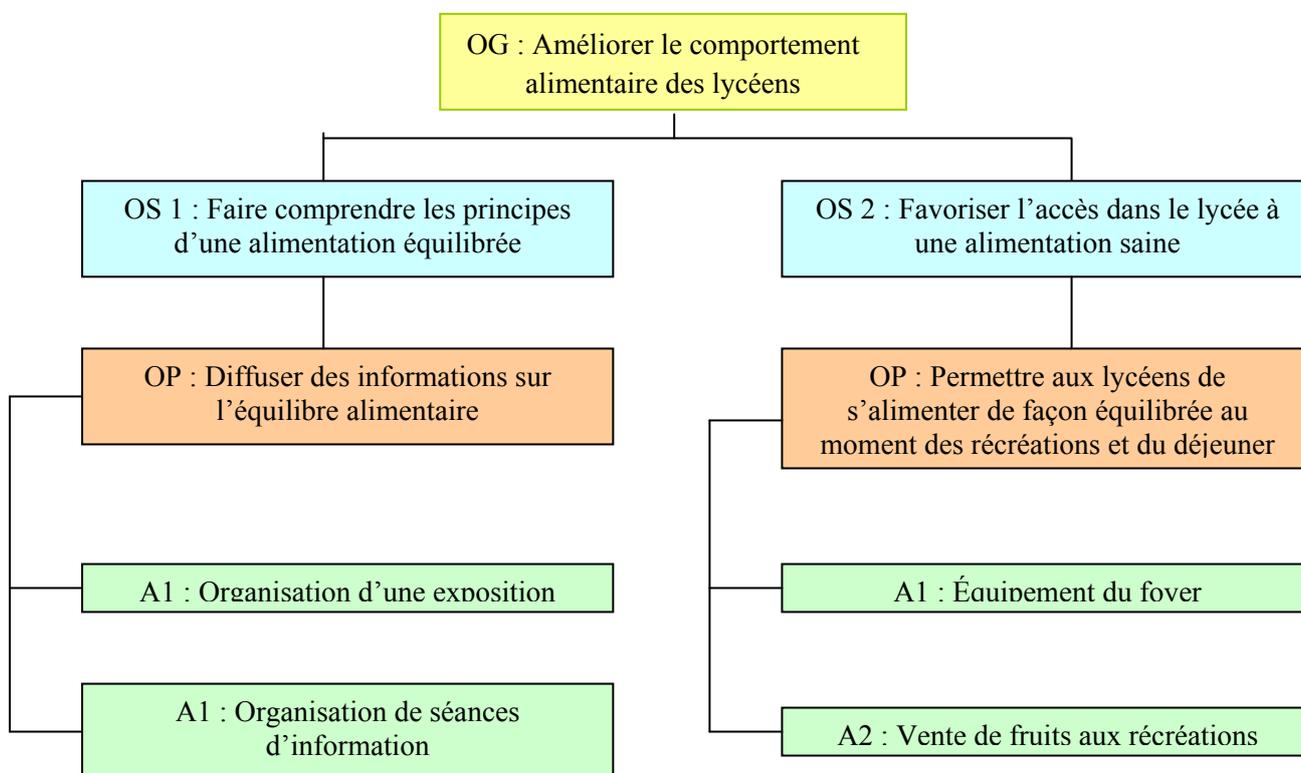
**R** : l'objectif est réaliste, compte tenu des compétences et de l'expérience de l'Inpes.

**T** : l'objectif est situé dans le temps (« d'ici octobre 200n »).

## II - Planifier le projet

### 1. Propositions

*Remarque : toute proposition pertinente pourra être acceptée.*



## 2. Proposition de tableau

### Planification des ressources

Activités	Ressources	Existantes	À chercher
<b>Objectif opérationnel 1</b>  <b>Activité 1</b> Organisation de séances d'information	Humaines	– Infirmière scolaire	– Médecin nutritionniste bénévole – Diététicienne ancienne élève – Codes
	Matérielles	– Salles de réunion – Vidéoprojecteur – Paper board	– Outils pédagogiques (dépliants, diaporama...)
	Financières		
Activité 2			
Activité 3			
Activité 4			

## 3. Proposition : diagramme de Gantt

**Organisation de séances d'information  
avec des professionnels de santé  
Année 200n/200n**

TÂCHES	NOVEMBRE				DÉCEMBRE				JANVIER				FÉVRIER			
	Semaines				Semaines				Semaines				Semaines			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Prise de contact avec professionnels	■															
Entretiens intervenants			■													
Réunion infirmière					■											
Compte rendu chef d'établissement					■											
Information enseignants						■										
Organisation matérielle						■										
Création supports d'information										■						
Information élèves										■						
Courrier intervenants										■						
Préparation des salles															■	
Déroulement action															■	
Courrier de remerciements															■	

## TP 8 La communication sur le projet

### 1. Projet

#### a. Problème évoqué :

Le problème est celui de l'insuffisance de reconnaissance des actions des porteurs de projet, du manque de considération de leurs enjeux et de leur impact réel qui s'explique par :

- l'absence de stratégie de communication ;
- des outils inadaptés ;
- l'absence de suivi.

#### b. La communication est nécessaire :

- Elle est un des facteurs de réussite d'un projet (circulation de l'information).
- Elle permet un impact plus fort de l'action.

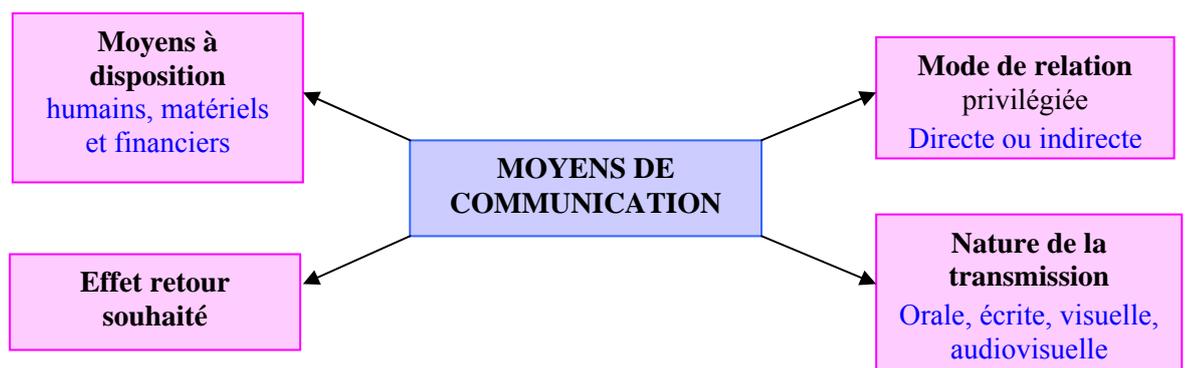
#### c. Condition à respecter pour que la communication sur un projet soit efficace :

Il est nécessaire d'élaborer une stratégie réfléchie de communication précisant :

- les orientations ;
- les besoins et cibles ;
- les moyens à mettre en œuvre.

#### d. Critères de choix des moyens de communication :

##### Les critères de choix des moyens de communication



## 2. Tableau

Groupes cibles	Objectifs	Moyens de communication
<b>Commanditaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Convaincre</li> <li>– Rendre compte de l'état d'avancement du projet</li> <li>– Obtenir un accord pour une modification du projet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rapport</li> <li>– Réunion</li> <li>– Revue de projet</li> <li>– Compte rendu</li> </ul>
<b>Membres de l'équipe projet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Clarifier les tâches de chacun</li> <li>– Information sur l'évolution du projet</li> <li>– Stimuler, dynamiser</li> <li>– Débloquer les résistances</li> <li>– Régler les conflits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Entretien</li> <li>– Réunion</li> <li>– Intranet</li> <li>– Internet</li> <li>– Notes</li> <li>– Compte rendu</li> <li>– Journal de projet</li> <li>– Tableau de bord</li> </ul>
<b>Partenaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Faire connaître la structure</li> <li>– Susciter l'adhésion</li> <li>– Véhiculer une image attractive du projet et de professionnalisme</li> <li>– Fidéliser</li> <li>– Rendre compte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Conférence de presse</li> <li>– Réunion</li> <li>– Note de synthèse</li> <li>– Dossier de communication</li> <li>– Journal de projet</li> </ul>
<b>Public cible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Faire connaître le projet</li> <li>– Inciter à participer</li> <li>– Relancer la participation</li> <li>– Évaluer leur degré de satisfaction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Affiche, affichettes</li> <li>– Tract</li> <li>– Dépliant</li> <li>– Communiqué de presse</li> <li>– Internet, newsletter</li> <li>– Lettre d'information</li> <li>– Portes ouvertes</li> </ul>

*Remarque : ce tableau ne prétend pas être exhaustif. En fonction des réponses des élèves, d'autres propositions pourront être retenues.*

### 3. Tableau des stratégies de communication

#### Deux exemples de stratégies de communication

Projets	Groupes cibles	Objectifs	Moyens	
			Natures	Justifications
Projet 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Collèges engagés dans des projets de prévention</li> <li>– Autres établissements scolaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Valoriser les actions réalisées</li> <li>– Inciter d'autres établissements à mettre en place des projets</li> </ul>	Exposés Réunions	Échanges entre les professionnels impliqués ou susceptibles de s'impliquer.
			Internet	Accès permanent et rapide à l'information  Données de natures différentes (texte, image, son, vidéo)
Projet 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Personnes relais</li> <li>– Usagers des équipements sociaux et culturels</li> <li>– Grand public</li> <li>– Habitants du quartier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Trouver des familles d'accueil pour permettre la mise en œuvre du projet</li> <li>– Faire connaître le projet et le valoriser</li> </ul>	« Bouche à oreille »	Transmission directe et rapide du message
			Affichette	Attire l'attention, suscite la curiosité  Bonne visibilité
			Communiqué de presse écrite et émission radio	Information précise  Permet de toucher un grand public
			Soirée interculturelle	Image attractive du projet et de l'association  Peut permettre de fidéliser les partenaires et d'en trouver d'autres

### 4. Reprise du projet du TP 7

#### a. Moyens de communication en direction de l'équipe enseignante :

Exemples : entretiens directs, réunions d'information, affichettes en salle des professeurs, tracts dans les boîtes aux lettres, bulletin d'information.

*Remarque : tout moyen correctement argumenté pourra être retenu.*

## b. Valorisation du projet :

Différents moyens pourront être proposés. À titre d'exemples :

- pour les parents : lettre d'information, panneaux d'affichage (journée portes ouvertes), article dans le journal du lycée... ;
- pour les partenaires : rapport d'évaluation, compte rendu, journal de projet... ;
- pour l'ensemble des destinataires : reportage sur le site internet du lycée...

*Remarque : prolongement pédagogique possible : de nombreuses organisations choisissent de valoriser leurs projets ou ceux d'organisations partenaires par l'intermédiaire de leur site Internet (Secours catholique, Médecins du monde, Inpes...). Les élèves pourront rechercher comment cette valorisation est réalisée (nature des informations transmises, formes...).*

## **TP 9 La communication écrite dans la conduite de projet**

### **I - Le compte rendu**

#### **1. Le compte rendu d'une réunion d'une équipe de projet**

##### **a. Caractéristiques (présentation et contenu) du compte rendu de réunion :**

- En-tête réduit.
- Titre : nature du document, objet, date.
- Exposé : présents, absents, ordre du jour.
- Développement : plus ou moins détaillé, informations relatées par ordre chronologique ou thématique.
- Conclusion facultative : exemple : date de la prochaine réunion.
- Expression : style indirect, neutre, utilisation du présent de l'indicatif.
- Mise en évidence des points importants : soulignement, caractères gras, numérotation...

##### **b. Objectifs du compte rendu :**

- Garder une trace de l'information.
- Informer les personnes absentes ou d'autres personnes concernées.

## 2. Rédaction du compte rendu

**Centre Social de G.  
Commission Solidarité Insertion**

**Compte rendu de la réunion du 5 avril 200n**

**Présents** : F. Dubesse, H. Macaire, A. Tornor, V. Duguet, P. Danzin

**Absent** : M. Minéo

**Ordre du jour** : Modalités d'organisation des permanences d'écrivains publics.

*Début de la réunion à 15 heures.*

F. Dubesse rappelle l'ordre du jour de la réunion et remercie les personnes présentes.

### **1. Validation du compte rendu du 27/03/200n**

Le compte de la réunion du 27/03/200n est validé par l'ensemble des membres présents.

### **2. Modalités d'organisation des permanences**

#### ***Intervenants et rôles***

F. Dubesse propose de faire intervenir un réseau de partenaires. Des personnes référentes sont indispensables pour les habitants. Il faudrait qu'elles soient reconnues par les communautés auxquelles ils appartiennent.

F. Dubesse note une forte demande et rappelle que l'aide aux démarches prévue dans le cadre des permanences ne doit pas se substituer à l'administration ou aux organismes. Elle précise qu'elle doit consister en une orientation vers les bons interlocuteurs.

H. Macaire demande si une aide de proximité à domicile serait envisageable.

V. Duguet relate une expérience positive similaire dans la commune de R. et rappelle que la participation des habitants est indispensable pour la réussite du projet.

#### ***Locaux***

F. Dubesse signale qu'un local est disponible au Centre social. Cependant elle n'est pas certaine que l'espace soit suffisant pour répondre à une demande qui augmente.

P. Danzin répond que des locaux au-dessus du restaurant scolaire sont disponibles. Elle demande quels seront les horaires des permanences.

#### ***Horaires***

F. Dubesse explique qu'il faut consulter les bénévoles et les partenaires pour déterminer les horaires des permanences.

*Fin de la séance à 16 heures. Prochaine réunion le 20 avril 200n.*

## II - La note de synthèse

### CCAS de la Ville de L.

La Directrice adjointe chargée de l'insertion  
C. RAVARD

L, le .....200n

#### NOTE DE SYNTHÈSE À L'ATTENTION DE MONSIEUR LE DIRECTEUR

#### **Objet : Caractéristiques et attentes de la population des sans domicile fixe**

Cette note a été réalisée à partir de la revue *Économie et Statistiques* n°391-392/2006.

Dans le cadre de l'étude d'opportunité du projet que le CCAS souhaite mettre en œuvre en faveur des personnes sans domicile fixe (SDF), il est nécessaire de réaliser un bilan des caractéristiques et des attentes de cette population.

#### I. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION SDF

Cette population est plutôt jeune et masculine (les 18 à 29 ans représentent plus d'1/3 contre 1/4 dans la population totale) avec une part d'étrangers élevée (4 fois plus que dans la population française).

Le nombre de jeunes femmes est significatif (autant que d'hommes pour les 18 à 24 ans) et les personnes avec un ou plusieurs enfants sont significativement représentées (1/4).

Par ailleurs, près du tiers des SDF ont un travail (la proportion est plus élevée dans l'agglomération parisienne, majoritairement dans des métiers ouvriers et employés sans qualification).

De plus, la quasi-majorité déclare avoir de la famille et des amis et près des trois quarts disent entretenir des contacts assez fréquents avec eux, même s'ils déclarent par ailleurs fréquemment souffrir de la solitude.

Ils ont des contacts avec les institutions sociales, plus fréquents encore avec les médecins et les travailleurs sociaux, ces contacts étant très variables selon l'ancienneté dans la condition de sans-domicile, l'âge et les conditions de vie...

Enfin, il a été observé des allers et retours constants entre différents modes d'accueil.

#### II. LES ATTENTES DES SDF

Il ressort de l'enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds les attentes suivantes :

- un accueil plus chaleureux dans les structures de prise en charge ;
- des moyens de distraction et la possibilité de recevoir ;
- des horaires moins contraignants ;
- un accueil plus sélectif garantissant plus de sécurité ;
- des règles d'hygiène corporelle plus strictes ;
- des structures polyvalentes et plus petites.

Les dispositifs de prise en charge apparaissent souvent inadaptés au regard des nouvelles caractéristiques de cette population et de ses attentes.

## III - Le rapport

### 1. Objet et méthodologie d'élaboration, objectifs du rapport

*Objet* : état du mal logement en France.

*Méthodologie* :

- collecte d'informations ;
- réflexions et analyses.

*Objectifs* :

- exposer et analyser le problème du mal logement en France ;
- formuler des propositions.

### 2. Différences entre le rapport, le compte rendu et la note de synthèse

Le rapport est plus détaillé et plus long que le compte rendu et la note de synthèse.

Il comporte un sommaire paginé et une introduction complète. Il peut comporter de nombreuses annexes (tableaux, schémas, graphiques), un glossaire et une bibliographie.

L'auteur prend position, il donne son avis, ce qui n'est pas le cas dans une note de synthèse ou un compte rendu.

Contrairement aux autres documents, il présente des propositions de solutions en vue de la prise de décision.

# **TP 10 La communication orale au cœur du projet individuel personnalisé**

## **I - Le projet personnalisé**

### **1. Fondements juridiques du projet personnalisé**

La loi du 2 janvier 2002 et le décret du 26 novembre 2004.

### **2. Contexte d'élaboration du projet personnalisé**

Il a été élaboré dans le contexte de la nécessaire reconnaissance des droits des personnes prises en charge par des établissements sociaux et médico-sociaux.

### **3. Définition du projet personnalisé**

On peut définir le projet personnalisé comme un document annexe ou avenant, rattaché au contrat de séjour ou au document individuel de prise en charge et qui est obligatoire. C'est un outil de la promotion des droits des usagers.

### **4. Objectif général du projet personnalisé**

L'objectif général du projet personnalisé est de permettre l'adéquation entre les besoins et l'offre en termes de prestations par l'établissement afin de garantir l'exercice effectif des droits des usagers.

### **5. Contenu du projet personnalisé**

Cet avenant précise dans le délai maximum de six mois les objectifs et les prestations adaptées à la personne prise en charge tel qu'énoncé dans la loi de 2002.

Il précise la manière dont chaque prestation est déclinée en fonction de la situation personnelle.

Ex. : le choix de la chambre convient-il ? Les rythmes de vie...

Il indique l'accompagnement individualisé favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. À défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché.

### **6. Élaboration et signature du projet personnalisé**

L'élaboration et la signature du projet sont réalisées par un représentant de l'institution en associant le bénéficiaire et ses représentants légaux.

### **7. Intérêt que ce document soit contractuel**

L'intérêt qu'il soit contractuel est que tout contrat engage les signataires. Cela reconnaît au bénéficiaire son rôle de citoyen.

### **8. Durée du projet personnalisé**

La durée est de 1 an. Il est réactivé chaque année.

## 9. Élaboration du projet personnalisé

Il doit être élaboré ainsi :

- il faut tout d’abord, définir clairement les prestations de l’établissement. Puis, il faut recueillir l’expression des besoins des bénéficiaires ;
- pour cela, il faut se doter d’outils et de méthodes qui rendent l’évaluation des pratiques et la comparaison possibles.

## 10. Intérêts du projet personnalisé

- Mise en adéquation des prestations et des besoins.
- L’usager et/ou son représentant est acteur, participe à son projet.
- Une évaluation des pratiques professionnelles et de l’adéquation des prestations aux besoins de l’usager est prévue.

# II - Importance de la communication orale : étude d’un exemple de projet personnalisé

## 1. Objectifs du projet personnalisé

Les objectifs du projet personnalisé de « La Maison des Mollières » sont présentés en 5 axes : sauvegarder les acquis, favoriser l’indépendance, l’accès à la créativité, la vie sociale et la participation du résident. Le projet personnalisé sert de point de liaison entre la mission de l’établissement et les différentes fonctions : éducative, soignante et logistique.

## 2. Méthodologie d’élaboration du projet personnalisé

La méthodologie d’élaboration du projet personnalisé est la suivante : **le projet personnalisé prend forme en réunion de synthèse (qui fait suite à une réunion d’équipe) en présence de tous les intervenants auprès du résident :**

- 1 - Évaluation globale des besoins de l’usager et bilan de l’année écoulée.
- 2 - Réalisation progressive du projet personnalisé durant la réunion :
  - a) présentation, par chaque intervenant auprès du résident, du domaine dans lequel il intervient ;
  - b) désignation du rédacteur du projet pour la réunion ;
  - c) remise, par chaque intervenant, d’un écrit de cette présentation synthétique au rédacteur du projet ;
  - d) nomination d’un garant de suivi du projet, membre de l’équipe éducative qui s’assurera du bon déroulement du projet, de recueillir les éléments qui peuvent amener sa modification ;
  - e) participation du résident au cours du dernier quart d'heure, moment où lui est retransmis un bilan sur l'année écoulée ainsi que le projet venant d’être élaboré. Il peut intervenir et selon son mode de communication pour énoncer un désir vis-à-vis du projet qui lui est présenté. Il participe à la définition de son projet.

Le projet personnalisé traduit au niveau de la personne les axes d’actions éducatives et il définit les objectifs en fonction de moyens donnés ou à se donner.

### 3. Importance de la réunion de synthèse

Elle est le cadre de la réalisation du projet personnalisé. Elle doit être structurée à partir des prestations de service offertes par l'établissement, sur la base des besoins et attentes de chacun des bénéficiaires, pour déboucher sur des réponses opérationnelles. Cela nécessite assurément une toute autre démarche, tant au plan de l'animation et de la structuration de la réunion, qu'au plan du recueil d'information et de la prise de décision. La démarche-projet sous-entend une cohérence entre un recueil d'informations pertinentes, des prises de décision, une mise en œuvre et des critères d'évaluation déterminés.

On pourrait également la nommer réunion de projet.

### 4. Principes fondamentaux régissant cette réunion

Il convient de partir des besoins identifiés de la personne au regard de chaque prestation de service et d'envisager les réponses que peut apporter l'équipe interprofessionnelle. Ces réponses font l'objet d'un argumentaire et d'un débat ; elles sont ensuite proposées au bénéficiaire, à ses parents ou à son représentant légal en fin de réunion.

L'utilisateur doit être au centre de tout. Il y a une approche globale de la personne en collaboration avec les familles.

### 5. Rôle central du garant de projet

Le garant de projet a un rôle central car il intervient dans les 3 grandes phases du projet personnalisé.

#### 1. Préalablement à la réunion de synthèse ou de projet.

Il doit établir un « état des lieux des besoins et des attentes » du bénéficiaire, et ce pour chaque prestation assurée par l'établissement ou service dont il dépend.

#### 2. Au moment de l'élaboration du projet personnalisé au cours de la réunion de synthèse ou de projet.

Le garant de projet personnalisé présente l'état des lieux des besoins et attentes du bénéficiaire dont il suit le projet personnalisé. Puis l'on reprend, prestation par prestation, l'examen des besoins et des attentes du bénéficiaire, afin d'y apporter, en équipe, une ou plusieurs réponses opérationnelles. Au cours de cette réunion, il doit demeurer en quelque sorte « l'avocat du bénéficiaire », c'est-à-dire représenter ses intérêts, être le porte-parole de ses besoins et attentes, ainsi que ceux de sa famille.

#### 3. A l'occasion de la mise en œuvre et du suivi du projet personnalisé.

Le garant de projet personnalisé joue un rôle de coordinateur. Il effectue la retransmission du projet établi au bénéficiaire lui-même, ainsi qu'à sa famille. Il fournit les explications nécessaires et prend en compte les éventuelles remarques et modifications. Il s'assure dans le temps de la mise en œuvre des décisions arrêtées lors de la réunion de projet. Il consulte le bénéficiaire, sa famille, ses collègues professionnels de temps à autre. Il participe aux réunions d'équipe et groupes d'analyse de la pratique permettant le réajustement du projet. Lors de la réunion de synthèse (au bout d'un an), il organise l'évaluation du projet.

### 6. Dynamisation des réunions

Le garant de projet peut dynamiser les réunions. L'animateur aide le groupe à structurer et rationaliser les débats, à produire des réponses plausibles ; son rôle s'avère donc capital.

Les débats ne doivent jamais perdre de vue : les besoins et attentes du bénéficiaire ; la nécessité de produire des réponses précises ; les hypothèses de tous ordres, évoquées à propos

de la situation du bénéficiaire ou de ses comportements, doivent demeurer des moyens de passer des besoins aux réponses.

## **7. Moyens humains et matériels mis en œuvre pour atteindre les objectifs du projet personnalisé**

- Désignation d'un garant de projet.
- Travail pluridisciplinaire qui articule les interventions spécifiques avec les réseaux extérieurs : acteurs sociaux, bénévoles, différentes institutions.
- Collaboration et partenariat avec les familles, une rencontre est prévue à l'issue de chaque réunion de synthèse.
- Réflexion dans les groupes d'analyse de la pratique.
- Réunions (liens lors de transmissions écrites, cahier de liaison, compte rendu, information, formation).

## **8. L'évaluation**

L'évaluation a lieu tout au long de la vie du projet personnalisé (en réunion d'équipe, réunion de coordination) afin de réajuster le projet en fonction des besoins du résident. Elle est coordonnée durant l'année par le garant de projet.

La réunion de synthèse aboutit à son évaluation finale et propose une nouvelle dynamique pour l'année suivante.

Pour l'utilisateur, cela permet un ajustement régulier en fonction de l'évolution de ses besoins. Pour la structure elle permet de mesurer l'efficacité des actions mises en place et l'atteinte des objectifs fixés.

# TP 11 Les tableaux de bord et la revue de projet

## I - Les tableaux de bord

### 1. Document 1

#### a. Nature du document :

Tableau de bord.

#### b. Description du document :

- Présence d'un titre : nature du document et institution.
- Document sous forme de tableau.
- Chaque colonne comprend un libellé précis.
- Tableau présentant pour chaque objectif opérationnel les indicateurs retenus. Il s'agit d'un tableau de bord d'indicateurs par objectif.
- Les résultats obtenus seront notés pour 3 semestres. La dernière colonne permet de mettre en évidence l'écart mesuré entre le résultat souhaité et le résultat obtenu.

#### c. Périodicité de mise jour :

Par semestre.

#### d. Intérêts de ce tableau de bord :

- Visualiser globalement des données importantes.
- Suivre l'atteinte des objectifs.
- Mesurer les écarts.
- Moyen de communication avec l'équipe projet.
- Mesurer la performance du projet.
- Document d'alerte en cas de non-respect des objectifs.

*Remarque : le choix des indicateurs est important. Des indicateurs pertinents doivent être retenus pour mesurer l'atteinte des objectifs. Le nombre d'indicateurs retenus doit être limité.*

### 2. Types d'indicateurs

#### Indicateurs de contexte :

- nombre de chômeurs de longue durée ;
- nombre de chômeurs sans qualification.

#### Indicateurs de résultat :

- nombre de jeunes en ASL ;
- nombre de femmes en ASL ;

- nombre de personnes en insertion placées dans des entreprises classiques.

*Indicateurs d'efficience :*

- durée moyenne de l'accompagnement ;
- coût par bénéficiaire de l'accompagnement.

### **3. Document 3**

- Présence d'un titre : nature du document et institution.
- Document sous forme de tableau.
- Chaque colonne comprend un libellé précis.
- C'est un tableau de bord du suivi des moyens et des délais nécessaires à la réalisation des tâches d'une activité.
- Chaque activité est subdivisée en tâches. Pour chaque tâche, trois sortes de ressources sont précisées. La mesure de l'écart entre les moyens prévus et moyens réels est possible.
- Une colonne délai permet de noter les délais prévus et réels, ainsi que l'écart.
- Il permet de confronter les moyens prévus aux moyens réellement mis en œuvre.
- Il permet également de voir si l'échéancier est respecté.

### **4. Fonctions possibles d'un tableau de bord**

Un tableau de bord peut avoir pour fonctions :

- d'assurer le suivi des objectifs et des moyens mis en œuvre pour une action ;
- d'alerter en cas d'écart par rapport à la situation prévue ;
- d'aider à la prise de décision ;
- de dynamiser et susciter des réactions au sein de l'équipe.

### **5. Remarque**

Il n'y a pas un seul type de tableau de bord. La conception du tableau de bord varie en fonction de son objet.

Une équipe projet peut construire plusieurs tableaux de bord.

## 6. Proposition de tableau de bord

*Remarque : le tableau peut être complété à partir des propositions des élèves.*

### Projet triennal 2008-2010

#### Tableau de bord – AAIPP

*Objectif opérationnel : accompagner vers l'autonomie dans différents domaines de la vie sociale*

Actions	Indicateurs retenus	Résultats											
		2008				2009				2010			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Accompagnement individualisé au relogement et pour l'insertion professionnelle	Nombre de personnes accompagnées												
	Nombre de personnes relogées												
	Nombre de personnes insérées professionnellement												
	Durée moyenne de l'accompagnement												
	Taux de satisfaction des personnes accompagnées												
Groupe de parole « consommation d'alcool »	Nombre de réunions												
	Nombre de participants												
	Périodicité des réunions												
	Taux de satisfaction des participants												
Accompagnement aux soins/bilans de santé	Nombre de personnes accompagnées												
	Nombre de bilans prescrits												
	Nombre de bilans réalisés												
Initiation à l'informatique	Nombre d'inscriptions												
	Nombre de participants												
	Taux de satisfaction des participants												

## II - La revue de projet

### 1. Tableau

#### La revue de projet

<b>Qui la prépare ?</b>	L'équipe projet
<b>Qui y participe ?</b>	Les commanditaires Le comité de pilotage Le chef de projet Éventuellement l'équipe projet
<b>Quels sont ses objectifs ?</b>	Assurer le pilotage tout au long du projet Communiquer sur le déroulement du projet Examiner les documents se rapportant au projet Clôturer le projet
<b>À quels moments a-t-elle lieu ?</b>	Conception du projet Réalisation du projet Clôture du projet
<b>Quels outils peuvent être utilisés lors de la revue de projet ?</b>	Tableaux de bord Arbre des objectifs Note de synthèse Diagramme de Gantt...

### 2. Diaporama

Le nombre de diapositives peut varier.

Propositions :

- 1<sup>re</sup> diapositive : nom du projet et de l'association.
- 2<sup>e</sup> diapositive : origine du projet (PRAPS, recueil des besoins et attentes).
- 3<sup>e</sup> diapositive : arbre des objectifs.
- 4<sup>e</sup> diapositive : schéma des partenaires.
- 5<sup>e</sup> diapositive : diagramme de Gantt.
  - o Échelle de temps : 4 trimestres divisés en mois.
  - o Actions + revues de projet.
- 6<sup>e</sup> diapositive : tableau de bord des indicateurs par objectif.
- 7<sup>e</sup> diapositive : remerciements.

# TP 12 L'évaluation des projets

## 1. Définition de l'évaluation

C'est un processus d'analyse quantitative et/ou qualitative qui consiste à apprécier soit le déroulement d'un projet soit à en mesurer ses effets. C'est donc un outil de mesure et de conduite du changement.

## 2. Finalité de l'évaluation

La prise de décision.

## 3. Prévision de l'évaluation

Au début du projet, en même temps que les objectifs.

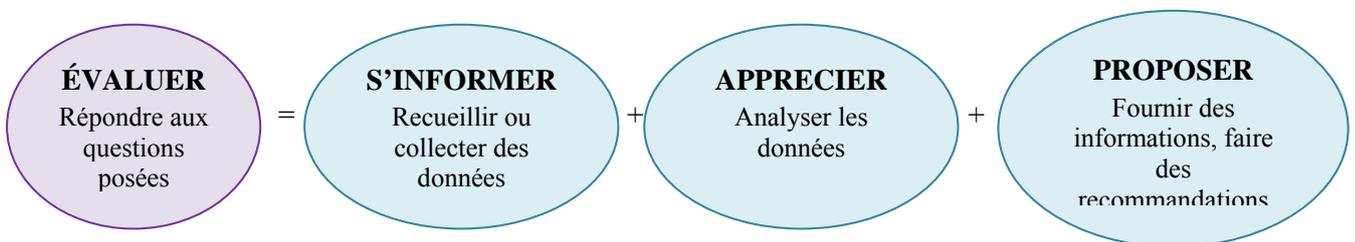
## 4. Moments d'évaluation, noms et rôles

Quand	Type	Rôle
Avant la mise en œuvre du projet	<b>Diagnostique</b>	Déterminer l'utilité <i>a priori</i> du projet
Pendant la mise en œuvre du projet	<b>Formative</b>	S'interroger sur le déroulement du projet Suivre le projet et réajuster éventuellement
À la fin du projet	<b>Sommative</b>	Connaître les effets du projet

## 5. Étapes de l'organisation et de la réalisation de l'évaluation du projet

L'évaluation	Les étapes
Organisation de l'évaluation	Questions Critères Indicateurs Choix des outils de recueil de données
Réalisation de l'évaluation	Recueil des informations Analyse Conclusion Rapport d'évaluation

## 6. Schéma



## 7. Le projet d'évaluation

Le projet d'évaluation correspond à la démarche qui sera suivie tout au long du projet pour en évaluer l'efficacité et procéder à des actions de remédiation éventuelles.

## 8. Explication du titre du schéma

Le projet d'évaluation comprend différentes phases de la décision d'évaluer jusqu'aux actions à mettre en œuvre. De multiples acteurs sont impliqués dans le projet d'évaluation.

## 9. Remarque sur le commanditaire

Le commanditaire prend la décision d'évaluer et décide des actions à mettre en œuvre suite à la prise en compte des résultats de l'évaluation. Il intervient en début et en fin de projet d'évaluation.

## 10. Rôle de l'instance d'évaluation

L'instance d'évaluation reçoit le rapport des chargés d'évaluation et prend en compte les résultats obtenus pour élaborer le rapport final, avec des recommandations éventuelles, qui sera remis au commanditaire du projet.

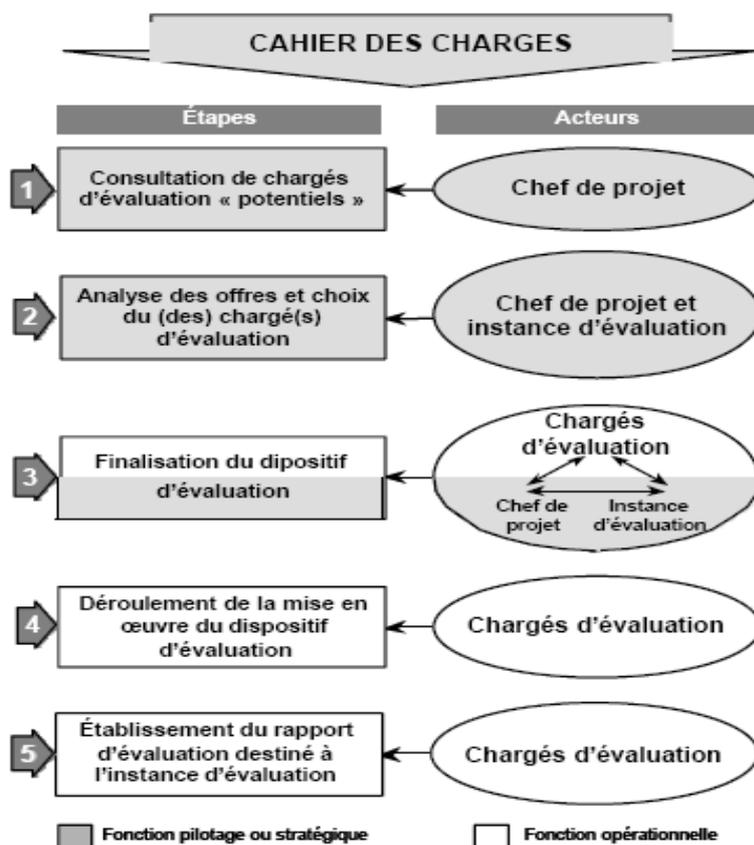
## 11. Intérêt du rapport final

Il permet au commanditaire de décider des actions à mettre en œuvre et de définir un plan d'actions

## 12. Intervention du chef de projet

Il intervient après la décision d'évaluer avec l'instance d'évaluation pour concevoir le cahier des charges de l'évaluation.

## 13. La réalisation du projet d'évaluation



## TP 13 L'évaluation en pratique

### I - Le projet GeRONDE, plate-forme numérique PA et PH

#### 1. Type d'évaluation

Le type d'évaluation abordée dans le premier paragraphe est l'évaluation diagnostique.

#### 2. Problème évoqué

Le problème évoqué est le problème de l'augmentation de la population âgée dans le département et de la nécessaire coordination de leur prise en charge.

#### 3. Lien entre l'évaluation et les objectifs du projet

Le lien existant entre cette évaluation et les objectifs du projet est le suivant : les objectifs doivent permettre de répondre au problème, ce que va montrer ou pas l'évaluation.

#### 4. Objectif général, objectifs spécifiques et opérationnels

**L'objectif général** est de mettre en place une plate-forme de services TIC.

**Les objectifs spécifiques** sont de répondre aux besoins des professionnels en charge de la personne âgée et de répondre aux besoins du public.

**Les objectifs opérationnels** sont :

- organisationnels :
  - moderniser les services (améliorer le service rendu à la personne en facilitant les échanges d'informations entre les institutions et en permettant la mutualisation des connaissances, la mise en réseau et la coordination des partenaires),
  - améliorer les outils au service du schéma d'organisation gériatrique ;
- techniques/technologiques :
  - rendre interopérables les systèmes d'information des acteurs concernés par la prise en charge de la personne âgée ;
- sociaux :
  - favoriser le maintien à domicile et l'autonomie de la personne âgée et de la personne handicapée,
  - améliorer l'accès et la diffusion de l'information des dispositifs sociaux existants aux publics,
  - développer un service de proximité coordonné pour assurer le bien-être de la personne.

## 5. Autre type d'évaluation

On dispose de l'évaluation formative car le projet est en phase de déploiement et donc non terminé. Le bilan est un bilan intermédiaire.

## 6. Phase d'évaluation du projet

On se trouve en phase D et E. Le bilan a dû être fait par l'instance d'évaluation (non connue) et les perspectives par le porteur du projet soit le Conseil Général de Gironde.

## 7. Indicateurs

Les indicateurs (qualitatifs et quantitatifs) que l'on peut formuler pour les actions mises en place en lien avec les objectifs opérationnels sont par exemple :

- portail social :
  - indicateurs qualitatifs : outils adaptés à toutes les personnes (y compris aux personnes handicapées),
  - indicateurs quantitatifs : nombre de connexions ;
- dossier socio-médical :
  - indicateurs qualitatifs : degré de satisfaction des professionnels,
  - indicateurs quantitatifs : nombre de dossiers testés ;
- dossier unique :
  - indicateurs qualitatifs : possibilité d'interopérabilité.
  - indicateurs quantitatifs : nombre de dossiers expérimentés.

## II - Le projet personnalisé d'accès à l'emploi

### L'évaluation aux différentes étapes d'un projet personnalisé d'accès à l'emploi

Type d'évaluation	Étapes du PPAE	Qu'évalue-t-on ?
<b>D I A G N O S T I Q U E</b>	Phase descriptive du projet	Situation initiale de la personne (formation, expérience...)
	Définition de l'objectif général et des objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagner vers l'emploi</li> <li>- Mobiliser les ressources nécessaires</li> <li>- Orienter vers les moyens existants</li> <li>- Informer sur les démarches à entreprendre</li> </ul>
	Définition du programme d'action et formulation des indicateurs	Orientation : <ul style="list-style-type: none"> <li>- reclassement</li> <li>- bilan de compétences</li> <li>- VAE</li> <li>- formation / contrat de professionnalisation</li> </ul> Indicateurs : <ul style="list-style-type: none"> <li>- présence sur le lieu d'orientation</li> <li>- satisfaction</li> <li>- retour vers l'emploi</li> <li>- réalité de la recherche d'emploi</li> <li>- volonté de suivre la formation</li> </ul>
<b>F O R M A T I V E</b>	Au jour le jour	Accompagnement, suivi, réorientation si besoin
	6 mois	Vérification des objectifs et indicateurs, bilan et perspectives Si non emploi : actualisation du PPAE et éventuellement autre parcours
	12 mois	Vérification des objectifs et indicateurs, bilan et perspectives Si non emploi : actualisation du PPAE et éventuellement autre parcours
<b>S O M M A T I V E</b>	En fin de programme	Vérification des objectifs et indicateurs Bilan final servant au bilan général des projets/indicateurs

## **III - L'évaluation du dispositif RSA**

### **1. Organisation nécessaire lors d'une évaluation**

- Constituer un comité de suivi.
- Constituer un échantillon témoin pour mesurer la portée de l'action sur le groupe expérimentateur.
- Programmer des évaluations régulières du démarrage jusqu'à la fin de l'expérimentation.
- Mettre en place des évaluations externes et internes.
- Choisir des indicateurs.
- Choisir des sources de données pour renseigner les indicateurs.
- Prévoir des outils de recueil de données.
- Prévoir la rédaction d'un rapport en fin de projet.

### **2. Évaluations prévues**

Des évaluations formatives (en cours d'expérimentation) et une évaluation sommative (en fin d'expérimentation).

### **3. Indicateurs retenus pour le recueil de données de l'évaluation**

Il s'agit d'indicateurs statistiques permettant un comparatif entre les départements et portant sur le contexte économique et social, les prestations fournies, les crédits consommés, les caractéristiques des bénéficiaires, les résultats et les impacts des résultats.

Par ailleurs, il s'agit aussi d'indicateurs départementaux issus des fichiers de gestion.

### **4. Données recueillies pour permettre l'évaluation et le rapport d'évaluation**

Il s'agit de données issues de documents créés dans le cadre de l'expérimentation : données issues des fichiers de gestion, de données statistiques issues du niveau national et départemental à partir d'indicateurs (indiqués question 3), données administratives issues des CAF et Conseils Généraux.

Il s'agit également de données issues d'enquêtes (quantitatives, qualitatives).

### **5. Éléments qui permettent à l'évaluation d'être considérée comme fiable**

- Mise en place d'un comité composé de membres à la compétence reconnue.
- Mise en place d'un groupe témoin.
- Mise en place d'un socle commun avec des indicateurs statistiques permettant une réelle comparaison entre les départements.
- Évaluation réalisée à partir de données (quantitatives et qualitatives) provenant d'outils variés.