ANGDM

Agence Nationale pour la Garantie des Droits des Mineurs

Plan National d'Orientations du Service Social de l'ANGDM

2016-2018

SOMMAIRE

Les orientations du PNOSS…….. **page 2**

Préambule…….. **page 4**

Introduction…….. **page 5**

1ère PARTIE : LE CONTEXTE

1. Données chiffrées sur l'évolution des bénéficiaires et des effectifs…….... **page 7**
   1.1. Evolution du nombre de bénéficiaires…… page 7
   1.2. Etat des lieux des effectifs du service social…… page 10

2. Définition d'un ratio d'activité…… **page 12**

3. L'activité du service social en 2015…….. **page 18**

4. Les problématiques rencontrées…….... **page 20**

2ème PARTIE : LES ORIENTATIONS

1. Simplifier et faciliter les démarches…… **page 22**
   1.1. Favoriser l'accès aux droits administratifs……..... page 23
   1.2. Favoriser l'accès aux soins et à la santé……..... page 23
   1.3. Permettre l'accès à un habitat décent…… page 24
   1.4. Permettre l'accès aux loisirs et à la culture……..... page 25
   1.5. Renforcer le lien social et la citoyenneté…….... page 26

2. Favoriser la concrétisation du projet de vie…… **page 26**
   2.1. Choisir son lieu de vie…….... page 27
   2.2. Epauler la cellule familiale…….. page 27

3. Optimiser le parcours en santé de la personne ……... **page 27**
   3.1. Œuvrer pour la coordination médico-sociale formalisée…….. page 27
   3.2. Adopter une vision nationale de la prise en charge du public de l'ouverture…….…… page 28
   3.3. S'associer au partenariat CANSSM – CNAMTS…….... page 29
   3.4. Prendre en compte la fragilité des sujets âgés …….. page 29
   3.5. Concourir à la réduction des inégalités sociales de santé…….. page 30

4. Une démarche structurée constamment ajustée…….... **page 31**
   4.1 Mieux intégrer le service social au sein de l'agence…….... page 32
   4.2 Favoriser l'échange de pratiques…….. page 33
   4.3 Développer les expérimentations et actions innovantes……... page 35
   4.4 Envisager des perspectives d'avenir…….. page 35
   4.5 Développer et formaliser les partenariats…… page 36

Conclusion générale……..…….. **page 36**

Lexique des termes employés……..…… **page 38**

Références documentaires……..…… **page 39**

Annexes…… **page 40**

Les orientations du PNOSS

L'agence se positionne comme un des acteurs de prévention, du traitement de l'exclusion sociale, du maintien à domicile et du lien social pour une population minière majoritairement très âgée, avec une priorité aux personnes fragiles, à faibles revenus.

Le service social s'intègre dans cette démarche globale de l'agence, avec deux dimensions :

- **Les assistants de service social sont au contact des bénéficiaires, et les accompagnent sur la résolution de leurs difficultés (perte d'autonomie, difficultés financières, maltraitance, addictions…)**
- **Ils disposent des outils de l'agence : ASS, accès aux prestations, adaptation des logements gratuits, coordination médicosociale**

Les priorités de ce PNOSS pour les prochaines années sont :

- Favoriser le **maintien à domicile** : l'agence apportera une contribution majeure au mieux-être à domicile en proposant diverses formules d'hébergement favorisant le parcours résidentiel du bénéficiaire : la question du logement est primordiale et l'agence est bien placée pour développer cette politique

- L**utter contre l'isolement** des personnes âgées : le maintien de leurs liens sociaux, s'effectuera au moyen de diverses actions adaptées comme les ateliers Réveil des Savoirs, les Jardins de Ribes …, Les loisirs de proximité constituent un nouvel outil en développement dans l'agence : il fera partie intégrante des priorités du service social

- Favoriser une bonne santé au moyen de la **coordination médico-sociale** : celle-ci est un atout pour l'agence permettant d'agir sur les facteurs de risques de dégradation de l'état de santé et concourant ainsi à la réduction des dépenses de santé

- **Aider et soutenir les aidants Familiaux** : déjà largement impliquée sur cet objectif depuis plusieurs années, l'agence s'inscrit résolument dans les orientations de la loi ASV pour cette population en privilégiant les actions d'aide et de soutien envers ceux-ci et évitera ainsi les situations de crise familiale et de rupture

L'agence élaborera un plan pluriannuel de gestion des effectifs de l'action sanitaire et sociale afin de mettre en œuvre les présentes orientations.

PREAMBULE

Le présent PNOSS (Plan National d'Orientations du Service Social) est la déclinaison de l'action sociale définie par le schéma directeur national 2015-2018 pour l'action sanitaire et sociale de l'agence. Il succède au PNOSS rédigé en 2006 par la CANSSM alors en charge de la politique d'action sanitaire et sociale déployée envers la population minière, qui fixait les objectifs du service social pour la période allant de 2007 à 2010.

Il tire tout le parti de l'arrivée à l'agence de l'activité ASS, ce qui donne un sens et des leviers nouveaux d'action à l'agence et à son action sociale.

Le contexte de 2005 faisait ressortir le vieillissement de la population avec un besoin accru de la demande sociale. Par ailleurs, la réforme du régime minier conduisait à l'ouverture de l'offre de soins à toute la population et incluait la contribution des services sociaux, précisée dans le PNOSS précédent et développée dans la convention ANGDM- CANSSM (en particulier l'annexe 6)

Les objectifs de l'action sociale[1] s'inscrivaient dans le cadre d'une prise en charge globale, coordonnée et diversifiée des personnes âgées.

Pour les atteindre, un recentrage sur le travail social était préconisé avec, entre autres :

-Un désengagement des actes assistanciels non intégrés dans un plan d'aide,

-Un déploiement sur les territoires à forte densité de population minière,

-Un maintien des effectifs pour mettre en œuvre les nouvelles organisations sociales,

-Une amélioration de la qualité du service rendu.

Le Décret du 30 mars 2012 a organisé le transfert de l'action sanitaire et sociale du régime minier à l'ANGDM et donné ainsi un nouveau sens à l'action sociale.

Les nouvelles orientations privilégient la prise en charge globale des bénéficiaires et leur maintien à domicile en bonne santé, en cohérence avec le COP Contrat d'Objectifs et de Performances de l'agence et le SDASS Schéma Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale. Par ailleurs, la convention de coordination entre la CANSSM et l'ANGDM développe la nécessaire implication du service social dans la contribution à la réduction des inégalités sociales de santé.

D'autre part, l'accent est mis sur la mise en œuvre d'une démarche générale d'amélioration continue de la qualité des prestations proposées dans le but de veiller au mieux-être de la population âgée du régime minier.

[1] Plan National du service social 2007 – 2010, p 27 à 29

INTRODUCTION

L'histoire de l'action sociale du régime minier permet de comprendre son évolution et les origines d'une prise en charge globale et coordonnée structurée autour de tous les services offerts à la population minière.

Créée à partir de 1948, son but essentiel était de tenter d'améliorer les conditions de vie des travailleurs et de leurs familles. C'est à partir de 1954 que l'action sociale s'est centrée sur l'aide aux familles, puis, dans les années 1970, sur une politique de maintien à domicile des personnes âgées ainsi que sur la coordination médico-sociale. Les années 1990 réaffirment son intervention accrue en tant que prescripteur des prestations d'action sanitaire et sociale.

Les synergies offertes par l'agence, les nouveaux besoins de la population, l'actualisation du Schéma Directeur National d'ASS offrent un cadre nouveau dans lequel l'action sociale va pouvoir saisir l'opportunité d'un développement original.

Elaboré à partir de recherches documentaires et de l'identification des spécificités des territoires miniers, ce nouveau plan veut, avant tout répondre de manière plus efficace aux besoins des bénéficiaires.

1ère partie

Le contexte

1ère partie : Le contexte

Il s'agit ici de dresser un état des lieux chiffré de l'évolution des bénéficiaires et des effectifs du service social entre 2005 et 2015.

1. Données chiffrées sur l'évolution des bénéficiaires et des effectifs

Les bénéficiaires du régime minier se répartissent en trois catégories qui se recoupent partiellement :

-les titulaires d'une retraite minière servie par la CAN-CDC,

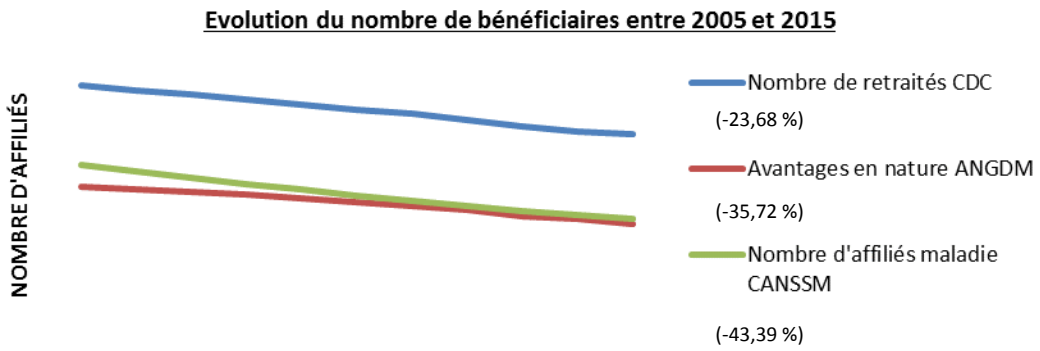
- les titulaires d'avantages en nature (logement et chauffage relevant du statut du mineur) servis par l'ANGDM,

- et les affiliés à l'assurance maladie du régime minier.

1.1 *- Evolution du nombre de bénéficiaires*

Ce premier schéma[2] met en corrélation ces trois publics issus du régime minier.

Année	Nombre de retraités CDC	Evolution (en %)	Avantages en nature ANGDM	Evolution (en %)	Nombre d'affiliés maladie CANSSM	Evolution (en %)
2005	373 067		188 966		227 955	
2006	362 293	-2,89	183 319	-2,99	216 443	-5,05
2007	355 981	-1,74	178 399	-2,68	205 188	-5,20
2008	347 880	-2,28	174 044	-2,44	193 159	-5,86
2009	338 713	-2,64	167 079	-4,00	182 990	-5,26
2010	329 166	-2,82	160 433	-3,97	172 821	-5,56
2011	320 448	-2,65	153 367	-4,40	163 478	-5,41
2012	309 993	-3,26	145 696	-5,00	153 679	-5,99
2013	299 029	-3,54	134 936	-7,39	144 826	-5,76
2014	289 116	-3,31	128 695	-4,63	135 957	-6,12
2015	277 248	-4,10	121 454	- 5,50	129 040	-5,09
TOTAL		**-25,68**		**-35,72**		**-43,39**



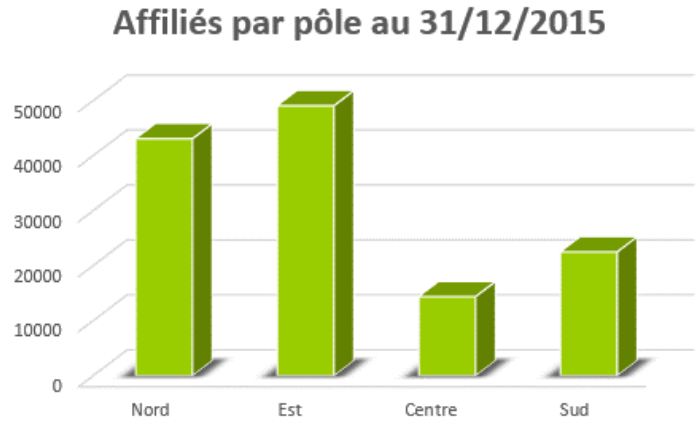
2 Données issues des rapports d'activité de la CANSSM et de l'ANGDM de 2005 à 2014.

Au regard de ce comparatif, le nombre de bénéficiaires d'avantages en nature ANGDM est assez proche de celui des affiliés à l'assurance maladie du régime minier. Pour ces derniers il faut noter une diminution plus rapide, liée aux règles de la protection sociale, générant un important flux de « sortants ». Quant aux retraités, leur nombre peut être rattaché aux carrières professionnelles variées des anciens mineurs qui perçoivent des retraites de plusieurs organismes.

Le tableau ci-après montre une répartition de ces bénéficiaires, affiliés au titre de la maladie, au 31 décembre 2015[3], avec des indications quant à leur moyenne d'âge.

POLES	Bénéficiaires	Ayants droit	TOTAL	Age moyen	Proportion des + 70 ans
Nord	34 829	8 254	43 083	76, 83	78 %
Est	36 808	12 276	49 084	69,40	55 %
Centre	11 897	2 473	14 370	77,23	78 %
Sud	18 109	4 394	22 503	76, 73	76 %
TOTAL	101 643	27 397	129 040	74,03	69 %

La population du pôle Est s'avère la plus importante et la plus jeune du fait de la fermeture récente des dernières exploitations minières. Alors que dans le Centre, le Sud et le Nord la population est plus âgée que par ailleurs, avec une proportion des plus de 70 ans supérieure à 75 % du nombre total des bénéficiaires.



POLE	Affiliés
Nord	43 083
Est	49 084
Centre	14 370
Sud	22 503
TOTAL	129 040

La répartition des bénéficiaires par pôle laisse apparaître de grandes disparités dans la taille des régions. Le Nord et l'Est regroupent les deux tiers de la population du régime minier.
De plus, les réalités géographiques et l'étendue de certains territoires amèneront à remettre en question les modes d'intervention des assistants de service social.

[3] Outils statistiques ANGDM.

1.2 - Etat des lieux des effectifs du service social

Est ici présentée l'évolution des effectifs du service social, en ETP /ETPT (Equivalent Temps Plein) et en CDI (Contrat à Durée Indéterminée), par pôle, pour cette même période de 2005 à 2015.

Effectifs en ETPT au 31/12/2005

TERRITOIRE	ASR	ASR Adjointe	ASP	AS et CESF	Secrétaires de service social	**TOTAL**	**Ratio de secrétariat par salarié**	**Ratio d'encadrement par salarié**
Nord	1	1	4	31,75	27,75	**65, 50**	**0,73**	**0,10**
Est	1	1	3	23,2	8,9	**37,10**	**0,32**	**0,15**
Centre			1	6,8	1,53	**9,33**	**0,19**	**0,12**
Sud	1		1	12	5,40	**19,40**	**0,38**	**0,11**
TOTAUX	**3**	**2**	**9**	**73,75**	**43,58**	**131,33**	**0,49**	**0,12**

Le calcul des ratios met en évidence des disparités en termes de secrétariat qui est plus ou moins étoffé selon les régions, alors que le taux d'encadrement est assez équivalent.

Il est à préciser toutefois que dans le Nord et l'Est, la gestion de l'aide à domicile occasionnait une charge de travail pour laquelle des ETPT avaient été identifiés[4] : 13 ETPT pour le Nord et 4.1 ETPT pour l'Est en assistantes sociales et 15 ETPT pour le Nord en personnels de secrétariats.

Effectifs en ETPT au 31/12/2015

TERRITOIRE	Chef du service social	ASR Adjointe	ASP	AS	Secrétaires de service social	**TOTAL**	**Ratio de secrétariat par salarié**	**Ratio encadrement par salarié**
Nord	1	Supprimé	3	21,38	12,60	**37,98**	**0,50**	**0,12**
Est	1	Supprimé	2,81	23,05	5,43	**32,29**	**0,20**	**0,13**
Centre	0,8			6,45	2,60	**9,85**	**0,36**	**0,09**
Sud	1,7			9,86	4,8	**16,36**	**0,42**	**0,12**
Total	**4,5**	**0**	**5,81**	**60,74**	**25,43**	**96,48**	**0,36**	**0,12**

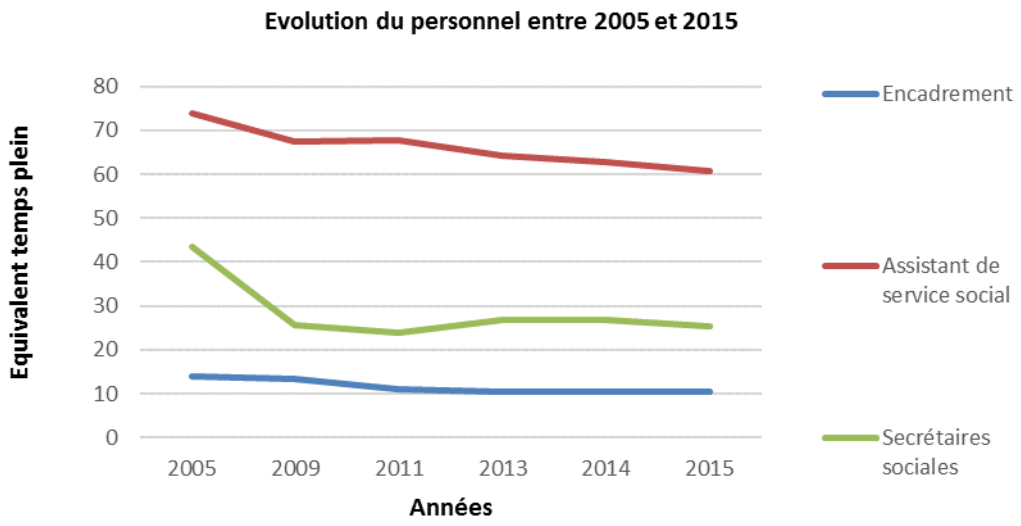
Entre 2005 et 2015 le ratio d'encadrement est resté stable malgré la suppression du poste d'assistante sociale régionale adjointe. Il est à préciser que la responsable du service social du sud-est consacre 20 % de son temps à la Maison des Aidants de la Grand Combe (depuis novembre 2011). Quant à la fonction de Conseillère Technique Nationale, elle était assurée par la Chef de Pôle de la région Est jusqu'en mai 2014 ; à ce jour elle est assurée par la responsable du service social du Nord.
Pour la même période, le ratio de secrétariat est passé de 0,49 à 0,36. Dans le Nord, la mise en place du service d'aide à domicile, fin 2006 a mobilisé 18 ETPT de personnels administratifs dédiés à la gestion des plannings. Leur départ a été compensé par le recours aux emplois temporaires de type contrats d'insertion. Ces recrutements, à vocation sociale et à durée limitée,

[4] Plan national d'orientations du service social 2007-2014 ; p 16

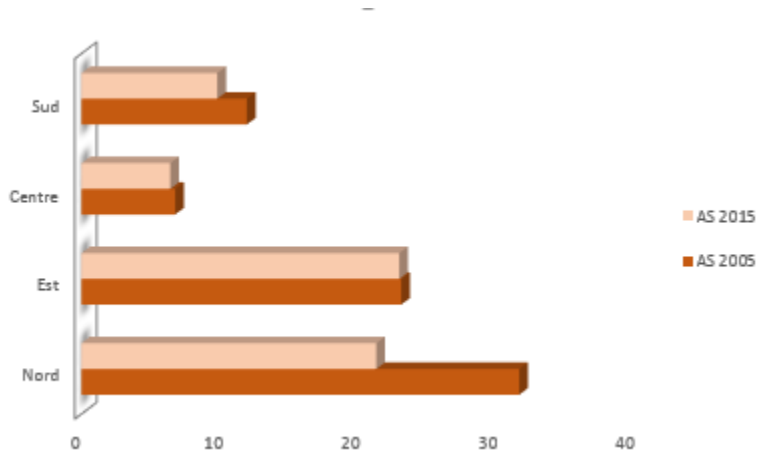
mobilisent des temps de formation et de tutorat importants, pour lesquels des organisations spécifiques ont été mises en œuvre.

Le tableau et le graphique ci-après indiquent plus précisément les évolutions, par catégorie, des personnels du service social pour cette même période de 2005 à 2015.

Année	Encadrement	Assistant de service social	Secrétaires sociales	Total
2005	14,00	73,75	43,58	131,33
2009	13,40	67,40	25,73	106,53
2011	10,90	67,65	23,75	102,30
2013	10,90	65,60	23,25	99,75
2014	10,90	65,20	24,35	100,45
2015	10,31	60,74	25,43	96,48
TOTAL	**-26%**	**-18%**	**-42%**	**-26,53%**



Après cette présentation globale, il est proposé maintenant de dresser plus précisément un état de l'évolution des postes d'assistants de service social par pôle pour la période de 2005 à 2015.

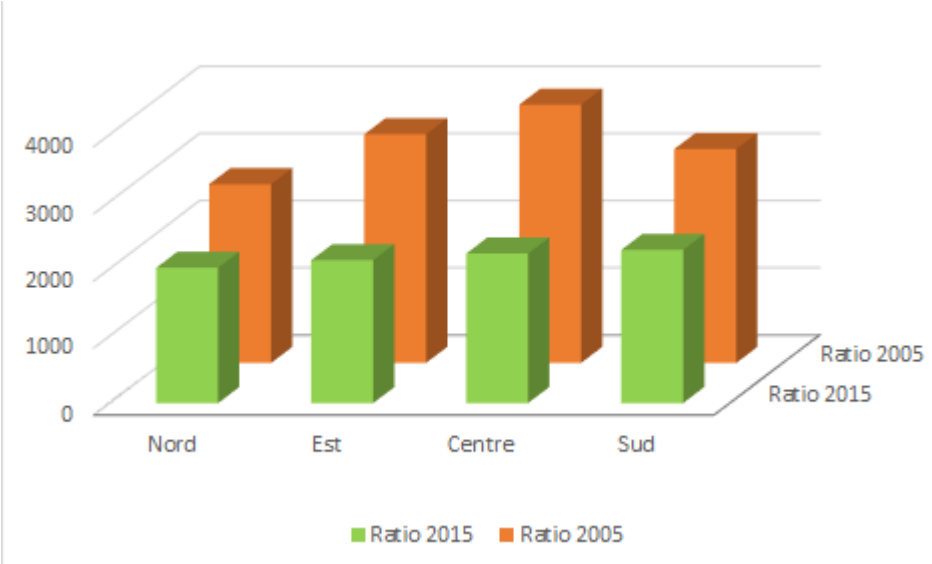


2. Définition d'un ratio d'activité

Le PNOSS de 2006 préconisait un ratio d'un assistant de service social pour 3 000 à 3 500 affiliés, en indiquant que ce critère serait susceptible d'évoluer. Dans le tableau ci-après les territoires des pôles ont été reconfigurés pour refléter la situation actuelle. Entre 2005 et 2015, une diminution moyenne de 31,28% du ratio des affiliés maladie au regard du nombre d'ETPT d'assistants de service social est observée, alors que la baisse des affiliés sur cette même période est de 43, 39 %.

	2005			2015			
Pôle	Affiliés	AS	Ratio	Affiliés	AS	Ratio	**Evolution**
Nord	84 534	31,75	2662	43 083	21,38	2 015	-24,31%
Est	79 021	23,20	3406	49 084	23,05	2 129	-37,49%
Centre	26 165	6,80	3848	14 370	6,45	2 228	-42,10%
Sud	38 235	12,00	3186	22 503	9,86	2 282	-28,37%
Total	**227 955**	**73,75**	3 091	**129 040**	**60,74**	2 124	-31,28%

Les variations de ratios les plus importantes sont observées dans l'Est et le Centre, ainsi qu'un net rééquilibrage entre les pôles.



Le secteur moyen d'un assistant de service social est aujourd'hui calculé uniquement, à partir du seul chiffre des bénéficiaires de l'assurance maladie du régime minier. Cependant, sur ces territoires, résident des retraités, ayant eu une carrière minière majoritaire, non affiliés à l'assurance maladie du régime minier. Ceux-ci sont éligibles aux prestations d'action sanitaire et sociale de l'agence, sur des fonds de la branche vieillesse du règlement national. A titre d'exemple, sur les 21555 bénéficiaires de prestations ASS en 2016, 2010 ne sont pas affiliés maladie

Aujourd'hui, l'accompagnement social de la population minière a évolué en raison de l'évolution des besoins liés au vieillissement. Il se caractérise par une complexité accrue

nécessitant la prise en considération de nombreux paramètres : santé, environnement, famille, vie sociale, habitat... et la mobilisation de tous les acteurs, professionnels ou non, pour la réalisation la plus optimale possible d'un projet de vie. La lourdeur et la complexité des situations rencontrées, la précarité des personnes, le cumul de problématiques sociales amènent les assistants de service social à proposer et mettre en œuvre des accompagnements réguliers et au long cours destinés à améliorer la qualité de vie des personnes. La prévalence de ces situations sur certains secteurs amène une pondération dans le calcul des ratios, ainsi que les déplacements dus à l'étendue géographique de certains secteurs ou la dispersion des bénéficiaires.

La mise en évidence d'une file active[5] des personnes ayant eu recours au service social au cours de l'année de référence donne des indications pertinentes sur la charge de travail d'un secteur. De 2012 à 2015, la file active a évolué comme suit :

	2012	**2013**	**2014**	**2015**
Nombre de dossiers en file active par AS	297	307	309	331

Les politiques sociales du grand âge ne suffisent pas à elles seules à prendre en compte la diversité des situations, notamment, de nouvelles configurations familiales, où cohabitent plusieurs générations. La prise en compte des diverses dimensions d'une situation ainsi que la coordination des actions et dispositifs à mettre en œuvre nécessitent des professionnels expérimentés sur cet aspect.

Les prestations d'action sanitaire et sociale s'adressent prioritairement aux personnes âgées relevant des GIR 5 et 6, et les interventions auprès de cette population vont en croissant. Néanmoins l'agence est encore amenée à accompagner les personnes les plus dépendantes relevant des GIR 1 à 4, même si le volume d'interventions décroit de manière constante depuis 2012.

Interventions des AS auprès des	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
GIR 1 à 4	29 452	27 624	22 110	19 848
GIR 5 et 6	46 153	49 898	49 591	54 822

Parmi les personnes dépendantes, il convient de distinguer celles qui sont classées dans un GIR 1 à 4 de celles qui bénéficient de l'APA, *la demande et l'octroi de cette prestation n'étant pas systématique.*
Néanmoins, globalement, cette activité représente 20 % des visites à domicile effectuées (de 11, 5 % dans le Sud et 13,5 % dans le Centre à 16 % dans l'Est et 25, 3 % dans le Nord). Ces 2 dernières régions étant impliquées dans les équipes médico-sociales des départements 54 et 62 pour l'évaluation de l'APA, la présence des AS permet d'informer les bénéficiaires sur les prestations disponibles et facilite les liaisons entre professionnels de ces 2 institutions.

[5] La notion de file active permet de déterminer, chaque année, un ratio entre le nombre de dossiers constitués à partir du nombre de personnes ayant eu recours au service social (quel que soit le mode de contact) et le nombre d'ETPT d'assistants de service social

Visites à domicile	National	Nord	Est	Centre	Sud
Nombre annuel	16 478	7 962	5 403	1 612	1 501
GIR 1 -4	**3 269**	**2 015**	**863**	**218**	**173**
GIR 5 - 6	13 209	5 947	4 540	1 394	1 328

Les actions quant à elles représentent globalement un quart de l'activité des assistantes sociales et sont bien souvent destinées à retarder l'entrée en structure d'accueil et éviter les hospitalisations ; elles sont aussi en direction des Aidants Familiaux en vue d'éviter l'épuisement et prévenir les risques de rupture, les conflits familiaux et les gestes de maltraitance.

Celles-ci sont relatives :

- À la recherche d'informations (établissement d'accueil temporaire ou de longue durée, associations d'aides à domicile proposant des services diversifiés, etc.),
- Aux démarches administratives et liaisons relatives au soutien à domicile (renfort des aides, recherche de financements, concertation avec les professionnels de santé, etc.) surtout lorsque la personne est isolée, sans aide de proximité,
- A l'information sur les prestations existantes (en maladie comme le transport ou le remboursement des frais médicaux) et l'orientation vers le dispositif le mieux adapté compte tenu de la situation et des revenus de la personne,
- L'Aide aux Aidants qui se caractérise par une aide psycho-sociale individuelle et un accompagnement dans la prise en charge de la personne aidée. Cette aide est d'autant plus importante dans un couple lorsque l'un des deux conjoints devient dépendant.

Actions réalisées	Nombre GIR 1 - 4	Nombre GIR 5 - 6	TOTAL
Information orientation	9 414 (26,9 %)	25 573	34 987
Démarches-liaisons	**8 636 (30,7 %)**	19 486	28 122
Evaluation des besoins	8 138 (27,3 %)	21 662	29 800
Recherche d'informations	**5 025 (30,3 %)**	11 583	16 608
Aide administrative	4 072 (28,7 %)	10 116	14 188
Prescription de prestations	3 479 (21,4%)	12 799	16 278
Mise en œuvre de services	3 417 (26 6 %)	9 435	12 852
Aide individuelle aux Aidants	**2 264 (44,45 %)**	2 829	5 093

Il est à préciser que cette activité décroît en fonction du GIR, ainsi elle est de 52 % pour les GIR 4, alors qu'elle est de moins de 2 % pour les GIR 1.

C'est en effet auprès de ces personnes, en général très âgées, en perte d'autonomie que les besoins de coordination et de services sont les plus prégnants. L'âge, les problèmes de santé et parfois, l'éloignement des enfants conduisent à un isolement des personnes qui vivent alors à domicile dans des conditions précaires.

Le département, en qualité de chef de file de l'action sociale et chargé de la mise en œuvre de l'APA (évaluation et suivi du plan d'aide) développe et/ou finance un accompagnement social en faveur des publics les plus vulnérables. Cependant, selon les

territoires, ce volet accompagnement n'est pas mis en œuvre pour le public des personnes âgées, l'action sociale départementale se limitant la plupart du temps à attribuer la prestation APA. Pour l'agence, il s'agit alors de poursuivre sa mission d'action sanitaire et sociale envers les ressortissants miniers. En effet le PNOSS précédent stipulait que « *dans les départements où la prise en charge sociale n'est pas effectuée par les conseils généraux, les services sociaux des caisses de retraite continuent à assurer l'ensemble du travail social auprès des ressortissants, quel que soit le GIR. Il serait préférable de contractualiser ces accords.* »

Cette contractualisation fait souvent défaut. L'agence s'engagera auprès des départements à :

- Actualiser les modalités de coopération ayant donné lieu dans le passé à des conventions. Des coopérations existent déjà sur des territoires à forte densité de population relevant du régime minier. Sur ces territoires, l'expertise en matière gérontologique, l'évaluation et l'accompagnement des situations complexes exercées par les assistants de service social de l'agence, apportent une contribution majeure à la prise en charge des personnes âgées, concourant ainsi à leur mieux-être à domicile. Une **convention cadre nationale** pourra être établie à cette fin, qui devra être adaptée aux particularités de chaque département.
- Formaliser ces modalités, à partir de la convention cadre, là où rien n'a encore été acté. En particulier, dans les départements dits « hors secteur », souvent avec peu de ressortissants miniers, il s'agira de favoriser pour eux l'accès au droit, notamment aux prestations ASS cumulables avec l'APA telles que prévues par le règlement ASS

En effet, la complémentarité APA instaurée par le règlement ASS génère pour l'attribution des prestations une intervention du service social pour cette population.
La situation de couples dont les 2 membres relèvent de 2 familles de GIR (1-4 et 5-6) amènent le service social à traiter la globalité de leur situation. Il en est de même s'agissant de l'aide aux aidants.
De même, la coordination médico-sociale évoquée au point 3.2 de la 2ème partie implique l'accueil de l'ensemble des patients du centre de santé.

Dans les découpages de secteurs, l'agence considère le nombre de bénéficiaires, mais aussi la typologie du public résidant sur certaines communes, le nombre d'évaluations sociales réalisées au titre de l'action sanitaire et sociale ainsi que le nombre d'accompagnements et de suivis sociaux. La mise en œuvre des prestations d'action sanitaire et sociale, soumises à évaluation sociale, constitue un champ de l'activité des assistants de service social qui peut être identifié par le nombre d'évaluations sociales réalisées.

Pour la prestation aide à domicile, une moyenne de 184 évaluations est relevée en 2015. Celles-ci concernent la première demande, les modifications de rythme et les renouvellements de l'échéance sociale.

Prestation : **Aide à domicile**	National	Pôle Nord	Pôle Est	Pôle Centre	Pôle Sud
Première demande	2 262	883	712	296	371
Modification de rythme	2 987	1 262	1 121	270	334
Renouvellement	5 905	2 518	1 407	666	1 314
TOTAL	**11 154**	**4 663**	**3 240**	**1 232**	**2 019**
Ratio par ETPT d'AS	184	218	141	191	205

L'activité de l'assistant de service social est fortement liée à celle du secrétariat. En effet, sa présence, permet de créer et d'instruire les demandes de prestations d'action sanitaire et sociale dans le logiciel métier. Ces particularités influent sur la charge de travail administrative du professionnel de terrain.

Lors de l'ouverture des centres de santé miniers à tout public, les politiques volontaristes des CARMI ont généré l'embauche de médecins généralistes. Sur la région Sud et particulièrement sur le Sud-Ouest, le service social a été associé aux réflexions visant à élaborer un modèle de prise en charge globale des patients adhérents des centres de santé, qu'ils soient miniers ou non miniers, dans le cadre, au minimum de la définition du Projet Régional de Santé, voire de l'élaboration des projets des centres de santé et de leur règlement intérieur.

Il a participé à la construction du DSM-Pro (Dossier de Synthèse médico-social pour les Professionnels), en qualité d'initiateur et de concepteur pour la partie qui concerne le service social.

Dans les territoires du Sud et du Centre les assistants de service social ont été implantés dans les centres de santé, dans le Nord et l'Est ils sont regroupés dans des lieux distincts. Les regroupements opérés dans le Centre et dans le Sud ces dernières années l'ont été dans des lieux distincts, au profit de permanences régulières dans les centres de santé. Leur présence régulière les amène à recevoir des personnes de tous régimes et mener en leur faveur des interventions particulières. Pour les patients qui l'acceptent, le service social participe aux réunions de coordination médico-sociales.

Ainsi, la diversité des situations a donné lieu à des organisations différentes. Le présent PNOSS a pour objectif de généraliser, non pas une organisation, mais une approche et préciser la politique que l'Agence a le souhait et les moyens de consacrer à ses missions « d'ouverture », en lien et coopération avec la CANSSM...

Un autre critère doit être pris en considération, celui de la mise en œuvre d'interventions sociales d'intérêt collectif et l'investissement dans les actions collectives de territoire.

La recherche de partenariats et de financements, la mobilisation des bénéficiaires, la construction de l'action, son animation, son suivi et les modalités de son évaluation sont autant de critères qui réclament de la part des professionnels l'utilisation de méthodes ainsi qu'un temps non négligeable voué aux démarches et aux écrits de toutes natures.

Les 2 champs sur lesquels s'est investi le service social concernent **l'Aide aux Aidants** et les **actions de promotion de la santé** (essentiellement autour de la mémoire) ; celles-ci se déroulent bien souvent en coopération avec le tissu partenarial local (collectivités territoriales,

réseaux de santé, associations d'aide à domicile, etc.) et les institutions nationales (caisses de retraite complémentaires, mutualité, inter régime, etc.). Cependant, c'est parfois le service social qui est porteur du projet et qui sollicite les financements nécessaires à la mise en œuvre de l'action.

Ces actions visent globalement, à créer du lien social, valoriser les personnes par une meilleure estime d'elles-mêmes et favoriser les relations intergénérationnelles. Leur pertinence et efficacité sont mesurées par des questionnaires de satisfaction, des évaluations intermédiaires (pour réajuster l'action si nécessaire) et des bilans à l'issue de l'action.

A titre d'exemple, le service social du Nord a initié la construction d'un programme destiné à améliorer les capacités cognitives des personnes tout en renforçant le lien social et luttant contre l'isolement : Réveil des Savoirs, véritable outil pédagogique de l'activation des stratégies de mémorisation. Les thèmes concernent :

- **la mémoire :** l'actualité, la lecture, les mots croisés, le sudoku … (curiosité intellectuelle retrouvée), géographie, les capitales, les fables, les poésies (révision de ce que l'on a appris à l'école), découverte de l'ordinateur,

- **la stimulation cognitive** : transmettre aux autres (capacité à transmettre aux conjoint, enfant, petits enfants), se réapproprier son projet de vie, retrouver son autonomie (prendre rendez-vous soi-même par exemple, lorsque la personne réside en foyer-logement et que les démarches sont réalisées par la structure), réviser l'orthographe, la grammaire.

Ces actions permettent de valoriser l'estime de soi par le fait que la personne « est encore capable de .. », prendre conscience de sa façon de mémoriser, d'améliorer l'humeur et un certain dynamisme, de partager et communiquer avec les autres, de s'initier au groupe et à la prise de parole en groupe, d'être fier d'apprendre malgré l'âge et le peu d'études ou de diplômes.

Dans les actions intergénérationnelles, la relation nouée lève les préjugés et amène à de l'amitié et un partage de connaissances et de savoirs (informatique pour les anciens et histoire de la mine pour les plus jeunes).

TITRE de l'action	Nombre de personnes participantes en 2015
Aide aux Aidants (groupes de paroles, formation des Aidants, gestion du stress, atelier de répit, etc.)	340
Stimulation de la mémoire	55
Santé publique – Bien - être	190
Intergénérationnel – lien social	155

Bien souvent, ces actions sont majoritairement impulsées par le service social qui incite les bénéficiaires du régime minier à y participer. Ils y sont donc représentés entre 60 et 80 %. Toutefois les Aidants (qui aident une personne du régime minier) ne sont que rarement affiliés au régime minier ; néanmoins leur état de santé et leur mieux-être va permettre un maintien à domicile de longue durée, reculant ainsi l'entrée en établissement d'accueil pour personnes dépendantes.
Quant aux journées de santé publique, elles drainent la population d'un territoire et sont une occasion de mixer les publics et favoriser les rencontres entre personnes d'univers professionnels différents.

L'intervention sociale d'intérêt collectif est intégrée dans la formation des assistants de service social au même titre que l'intervention individuelle. L'une et l'autre sont intimement liées et s'alimentent mutuellement :

- Pour mener une action collective, le diagnostic territorial et la connaissance des partenaires ainsi que du public sont indispensables,
- La sensibilisation individuelle facilite la participation aux actions collectives,
- Les bénéfices de l'action se font sentir dans les changements d'attitude des personnes,
- L'action menée participe à la dynamique partenariale et facilite les relations professionnelles par une meilleure connaissance des missions et fonctionnements institutionnels.

De **nombreuses actions autour de l'Aide aux Aidants Familiaux** existent dans le Nord et l'Est, depuis plus de 15 ans passant de la constitution d'un groupe de paroles co-animé par 2 assistants de service social jusqu'à la co-construction d'un programme de formation et de soutien des Aidants familiaux. Le service social du Sud-Est, quant à lui, s'est engagé dans des actions de prévention en santé et a, pour une large part, contribué à la création d'une Maison des Aidants, espace de parole, d'aide et d'écoute des aidants naturels et professionnels sur le nord du département du Gard.

Ces diverses actions menées permettent notamment aux Aidants de : apprendre à se ménager du temps pour soi, rencontrer divers professionnels qui apportent des éclairages sur les pathologies et les conduites à tenir, rencontrer des pairs qui vivent la même situation, découvrir des techniques de relaxation, comprendre l'intérêt de se soigner, identifier les partenaires et réseaux en capacité d'apporter une aide et un soutien, adopter les bons gestes pour l'Aidant et l'Aidé, sortir de son isolement et participer à la vie sociale, changer son comportement et sa relation avec l'aidé.

Les différentes pistes ici suggérées sont à exploiter pour évaluer la pertinence et l'efficacité des différentes expériences menées sur les territoires, déterminer des indicateurs pertinents de l'activité du service social et ainsi parvenir à la construction d'un ratio qui en soit le reflet le plus adapté.

Développer les actions collectives, doit permettre à notre public de bénéficier des actions du territoire et ainsi s'intégrer dans la vie du quartier, du village. Pour le service social, il s'agit d'une méthode d'intervention qui se déploie, parfois sous l'identité du porteur de projet, parfois auprès de partenaires, vers un objectif visant à la résolution de difficultés communes rencontrées par un groupe de personnes. Elle a donc toute sa légitimité dans l'agence.

3. L'activité du service social en 2015

En 2015, ce sont 16 478 **visites à domicile** qui ont été effectuées auprès de 10 590 bénéficiaires. Ces visites ont tendance à augmenter depuis plusieurs années. Néanmoins, l'activité liée au téléphone représente une part d'autant plus importante (32%) que les familles sont éloignées et les démarches fréquentes.

Du fait de l'âge de la population, elles représentent 24% des modes de contact réalisés par les assistants de service social. Le nombre de visites à domicile ne donne qu'un aperçu très imparfait de l'activité. En effet, pour une situation simple, l'intervention sera de courte durée, alors que pour une situation complexe ou une demande d'aide financière l'évaluation globale, multi dimensionnelle nécessitera un temps d'écoute et de compréhension de la situation beaucoup plus important.

Les **permanences**, sur des sites hors des lieux habituels de travail, se font de façon très différente sur le territoire selon que les assistants de service social sont basés au cœur des bassins miniers ou éloignés. Dans le Nord et l'Est, les assistants sociaux sont regroupés et vont tenir, en concertation avec les CARMI, des permanences dans des villes ou centres de santé Filieris. Dans le Sud et le Centre, les assistants de service social sont, en général, regroupés dans les villes et installés dans les centres de santé ou ailleurs selon les cas. Leurs zones d'activité ont été recentrées sur les bassins miniers.

Le COP propose comme objectif de l'activité des assistants sociaux, le nombre total de visites à domicile réalisées annuellement auprès des bénéficiaires. Le chiffre moyen pour 2015 est de 320 visites à domicile par assistante sociale pour un objectif de 300.
Une des orientations du COP est d'augmenter le nombre de visites à domicile.
Le tableau ci-après met en évidence l'activité (en face à face) exercée au cours de l'année 2015.

Nombre d'interventions réalisées	**National**	**Pôle Nord**	**Pôle Est**	**Pôle Centre**	**Pôle Sud**
Permanence	2 951	227	832	345	1 547
Rencontre informelle	1 679	59	191	377	1 052
Rendez-vous (hors permanence)	1 561	306	376	299	580
Total	**6 191**	**592**	**1 399**	**1 021**	**3 179**
Visites à domicile	16 478	7 962	5 403	1 612	1 501
Ratio visites à domicile par AS (COP)	**320**	**450**	**284**	**265**	**175**

Pour les **départements excentrés**, les dossiers sont traités par téléphone ou délégués à des structures relais (par conventionnement ou selon le « bon vouloir » des professionnels en place). Les partenariats (annexe 2) se sont développés dans toutes les régions, soit de façon formelle par le biais de conventions ou de manière implicite par la mise en réseau et le travail de coordination et de concertation.

Les assistants de service social participent à l'évaluation des **plans APA**, des bénéficiaires du régime minier, pour le département du Pas-de-Calais, dans le cadre d'un partenariat ancien. Il en est de même avec le Conseil Départemental de Meurthe et Moselle, où les assistants sociaux réalisent les évaluations de besoins, pour la mise en place des plans d'aide APA des ressortissants du régime minier. Dans cette zone géographique les bénéficiaires les plus dépendants, dont les besoins le requièrent font l'objet d'un suivi social plus intense.

Les responsables d'antenne de service social amènent leur expertise dans les commissions d'attribution de l'APA et dans les commissions de régulation où sont examinées les situations particulièrement complexes des personnes âgées.

Certaines évaluations de besoins en aide à domicile sont confiées au DIREVP (Dispositif inter Régimes d'Evaluation et de Prévention) sur les territoires non couverts par le service social des départements du Nord et du Pas-de-Calais et de la région Picarde. En 2014 ce sont 76 évaluations qui ont été commandées.

Depuis 2010, le service social réalise, contre financements, des évaluations pour le GCSMS (Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale) de la région Rhône-Alpes. Au titre de l'inter-régime, depuis 2010, ce sont 1 380 évaluations qui ont été assurées.

4. Les problématiques rencontrées

L'outil d'enregistrement journalier de l'activité du service social Agenstat permet de mesurer l'activité des assistants sociaux, de repérer le type de problématique récurrente et ainsi d'observer les réalités territoriales. Celles-ci permettent d'adapter au mieux les actions menées auprès des bénéficiaires.

Parmi les problématiques les plus fréquemment abordées par les assistantes sociales, la perte d'autonomie reflète le vieillissement de la population aggravé par les problèmes liés à la santé et le recours à l'hospitalisation. Les problématiques de l'accès aux droits (quels droits ? Quels résultats sur ce sujet ? combien de droits rétablis ?) sont citées pour 22% avec cependant de grandes variations entre les pôles qui peuvent s'expliquer par la moyenne d'âge des bénéficiaires et/ou leur niveau de ressources.

PROBLEMATIQUES	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Accès aux droits	51 542	51 816	46 600	51 879
Deuil	3 546	3 995	3 231	3 759
Fin de vie	588	571	446	608
Financière	16 586	17 476	18 273	18 915
Habitat	11 188	11 061	10 708	9 957
Handicap (-60 ans)	788	722	528	512
Hospitalisation	13 139	12 214	10 885	11 313
Insertion professionnelle	20	27	28	5
Insertion sociale	205	85	65	148
Isolement	5 632	4 796	4 710	3 795
Perte autonomie (+60 ans)	67 540	69 911	66 822	70 595
Placement	6 575	5 404	4 665	6 202
Relations familiales ou environnement	10 408	9 362	8 686	7 615
Santé	28 957	22 464	21 073	19 888
Suspicion ou constat de maltraitance	1 086	1 034	854	755
Total	**217 800**	**210 938**	**197 574**	**205 946**

Ces éléments permettront d'orienter plus finement les axes d'intervention du service social. Les effets de la perte d'autonomie et de l'accès aux droits sont largement en tête des préoccupations.

2ème partie

Les ORIENTATIONS

L'originalité du positionnement du service social à l'agence, repose sur l'existence d'une forte synergie entre les différents métiers de l'agence. L'assistant social dispose de leviers à l'intérieur de l'agence et notamment de fortes compétences en habitat, précieuses lorsqu'il s'agit de conduire une politique de maintien à domicile.

La notion de territoire a pris le pas sur la notion d'appartenance à la communauté minière. Hier, c'était la mine qui faisait cohésion, aujourd'hui, ce sont les territoires (dont relève cette population), les communes, l'environnement des bénéficiaires.

Le service social est souvent leader d'actions en faveur des personnes âgées dans ces territoires et se définit principalement comme :

« Acteur de prévention, de traitement de la lutte contre l'exclusion et du maintien du lien social »

Le schéma directeur national pluriannuel d'action sanitaire et sociale a pointé le phénomène du vieillissement accentué de la population du régime minier. A cet égard, jusqu'en 2020, les besoins devraient être stables, avec cependant quelques particularités liées à une surreprésentation des femmes seules, veuves, disposant de faibles ressources. De plus, l'accroissement de l'avancée en âge augmente le risque d'incapacités avec, en corollaire l'installation d'un processus de pertes portant sur des facteurs essentiels : l'âge, les ressources, la vétusté de l'habitat. Ces éléments seront déterminants dans les orientations à définir pour le service social.

De manière générale, les caractéristiques de la population visée amènent à privilégier, pour les interventions, le mode du contact direct (ou de la rencontre) avec les bénéficiaires : visites à domicile, permanences, rendez-vous…

Le contexte actuel de crise socio-économique avec ses conséquences en termes de précarisation des populations, impacte les missions du service social de l'ANGDM et l'amène à se positionner plus fortement encore sur l'accès aux droits et la lutte contre les situations d'exclusion de toutes natures.

1. <u>Simplifier et faciliter les démarches</u>

Même si les ressortissants miniers sont perçus comme bénéficiant d'un régime de protection sociale très favorable, ils ne sont pas épargnés par les effets de la crise économique. De plus, le logement en nature dont bénéficie environ un quart d'entre eux favorise la cohabitation avec des enfants parfois eux-mêmes en difficultés sociales.

En 2015, 67 % des 21555 bénéficiaires de prestations ASS sont des personnes seules dont 37% ont des revenus déclarés inférieurs à 1 000 euros mensuels.

De manière générale, l'agence note une augmentation des actions qu'elle mène dans le cadre de l'éducation budgétaire, d'aides financières auprès d'organismes divers, ou encore de dossiers de surendettement des particuliers. L'accompagnement de ces situations, d'un nombre parfois peu élevé, nécessite un suivi intense et de longue durée, très chronophage. En outre, le suivi des

personnes âgées s'effectue selon leur rythme et dans le respect de leur parole afin de favoriser un dialogue propice à la compréhension des attentes et des besoins.

	2012	2013	2014	2015
Problématiques financières	16 586	17 476	18 273	18 915

Repérer, qualifier et agir contre la dégradation de la situation sociale et économique de nos bénéficiaires est une priorité.

1.1 *Favoriser l'accès aux droits administratifs*

Les freins à l'accès aux droits sont aujourd'hui relativement identifiés : méconnaissance des dispositifs, complexité des démarches et/ou de la multiplicité des interlocuteurs, freins psychologiques.

Au contact des bénéficiaires et à chaque étape, les agents du service social s'attacheront à simplifier et à favoriser la compréhension des démarches entreprises de sorte que le bénéficiaire reste au cœur des décisions et des orientations suivies.

Afin de mieux connaître les droits disponibles, les agents du service social s'informeront et se formeront de façon continue.

Le service social s'intègre au déploiement du « guichet unique », organisation qui consiste à apporter une réponse unifiée sur l'ensemble des compétences de l'agence, particulièrement dans les zones rurales où l'agence est représentée par le seul service social. Dans ce cas, un accompagnement peut être proposé au bénéficiaire.

1.2 *Favoriser l'accès aux soins et à la santé*

La question du renoncement aux soins est réelle pour l'ensemble de la population âgée et donc pour les mineurs. L'un des premiers motifs de renoncement est financier : dépassement d'honoraires, produits non remboursables, frais de prothèse dentaire ou d'appareillage auditif pouvant représenter une trop lourde dépense.

Les bénéficiaires du régime minier sont aussi confrontés aux frais de santé en augmentation et au déremboursement de certains produits. Leur adhésion à une mutuelle devient plus fréquente pour compenser les frais hospitaliers ou d'appareillages quels qu'ils soient.

L'agence s'appuiera sur la coordination médico-sociale pour apporter ses informations sur les difficultés d'accès aux soins relevées chez les bénéficiaires.
Elle accompagnera les personnes dans leur accès aux droits en matière de santé.

1.3 *Permettre l'accès à un habitat décent*

Le service social, les services prestations et logement de l'agence travailleront de concert pour apporter une réponse globale aux besoins des bénéficiaires en matière de logement, et améliorer la qualité de la réponse aux besoins détectés.
Les conventions d'adaptation seront signées avec les bailleurs, pour favoriser l'adaptation des logements à loyer payé par l'agence.

La compétence de l'agence sur le logement gratuit sera exploitée par le service social pour les populations installées dans les autres types de logement. Ainsi, certaines visites à domicile seront conjointes (une AS et un agent à compétence logement)

Le partage d'outils (Dune accueil, tronc commun DUNE Cassis) facilitera cette synergie.

> ***Il s'agira notamment pour l'agence, de réduire le délai de traitement d'une demande relative au logement, qu'elle concerne une adaptation à la perte d'autonomie, un relogement, la prise en charge du coût du loyer en résidence autonomie, etc.***

Ainsi, le service social propose un accompagnement à toute personne désireuse d'en bénéficier quel que soit le type de logement dans lequel elle réside : locataire, propriétaire, bénéficiaire logé à titre gratuit, résidant en structure d'accueil ou d'hébergement collectif (foyer logement, résidence services, etc.).

L'enquête Golder & Partners réalisée pour la CANSSM révèle : « des besoins dans l'aménagement et l'adaptation du logement et pointe la présence de marches dans 80 % des logements observés, un espace insuffisant pour un fauteuil roulant dans la salle de bains pour 60 % des cas ; quant aux propriétaires, 1 sur 2 estime ne pas avoir droit aux aides relatives à l'amélioration de l'habitat ».

Le service prestations de l'agence gère environ 130 000 bénéficiaires, dont 29 000 sont logés à titre gratuit. Deux catégories paraissent plus exposées au « mal logement » :

- Les locataires qui peuvent subir des conditions de logement insatisfaisantes, voire maltraitantes, sans disposer des relais, des ressources ou de l'énergie suffisante pour réagir,
- Les propriétaires, particulièrement les veuves, qui n'ont pas toujours les moyens d'assurer l'entretien, la mise en état ou aux normes de leur logement.

Sur certains territoires, le service social est un partenaire identifié de l'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH) dans le cadre du programme « Habiter Mieux[6] ».

Par ailleurs, de nombreuses personnes vivent encore aujourd'hui dans des conditions sanitaires, d'hygiène et de confort thermique insatisfaisantes.

---

6 Programme National initié dans la logique des plans Nationaux et Européens de lutte contre la précarité énergétique et dans la continuité de la loi Grenelle 2.

L'agence renforcera :

- ***Des coordinations internes afin d'être mieux repérée par qui ? dans le cadre du traitement des situations de mal logement et de précarité énergétique,***
- ***Le partenariat avec l'ANAH en lui proposant une convention nationale , autour de l'amélioration du logement***
- ***Le partenariat avec les principaux bailleurs avec qui elle est en contact, dans le cadre des aides à l'amélioration de l'habitat relevant du règlement d'action sanitaire et sociale,***
- ***L'information et le conseil auprès des bénéficiaires propriétaires ou logés par des bailleurs privés.***

La loi d'adaptation de la société au vieillissement met en avant l'anticipation des effets du vieillissement et l'accompagnement du parcours de vie dans un logement adapté aux besoins. L'agence concourt à la mise en œuvre de cet axe en soutenant les initiatives relatives au logement intermédiaire de type béguinage ou résidence-services ainsi que l'accès aux nouvelles technologies (domotique) pour les personnes aux revenus modestes.

1.4 *Permettre l'accès aux loisirs et à la culture*

Le maintien d'activités est déterminant pour mieux vieillir. Ainsi, favoriser l'accès aux activités culturelles et de loisirs contribue au mieux-être global. Cependant, les principaux freins à la participation aux séjours sont : d'ordre financier, la fatigue du voyage, la perte d'autonomie, la peur d'être seul. A partir de ce constat, l'agence veille à offrir une panoplie de séjours (5 à 7 jours ou 14 jours) et activités (excursions d'une journée, activités de bien-être, etc.) à destination des bénéficiaires en situation difficile.

Le service social dispose d'une connaissance très fine du public qu'il rencontre quotidiennement ainsi que de ses besoins. La rupture de l'isolement, le maintien d'une vie sociale, sont autant de facteurs sur lesquels une action est possible malgré la perte d'autonomie ou le handicap.

Le service social s'engagera résolument dans cette action visant à favoriser l'accès aux loisirs des bénéficiaires. Des actions de proximité tournées vers le bien-être et visant la participation des bénéficiaires disposant de faibles revenus et/ou isolés seront développées, tout en levant les freins susceptibles de nuire à leur participation (transport, accompagnateur, etc.). Il pourra accompagner les bénéficiaires dans les loisirs de courte durée.

De même, les séjours PMR (personne à mobilité réduite) seront à étendre, sous une forme transposable selon les régions, complétant le séjour annuel de 2 semaines organisé à Saint-Gildas de Rhuys pour les bénéficiaires de Lorraine.

Les assistants de service social participeront activement à ces actions.

L'activation des solidarités familiales amène les familles à aider leur parent âgé. Cette aide, parfois quotidienne, demande beaucoup de patience et d'énergie tant cette prise en charge peut être lourde et fatigante.

Les services sociaux du Nord et de l'Est coopèrent étroitement à l'organisation de séjours de répit « aidant-aidé » alliant vacances et bien-être dans un cadre sécurisé et adapté. L'extension de ce type d'action aux autres régions pourra être recherchée.

L'intégration de la politique de vacances, de loisirs et d'activités de proximité au sein de l'agence étant récente, d'autres types d'actions et de coopérations pourront être développées à l'avenir.

1.5 *Renforcer le lien social et la citoyenneté*

L'agence est d'ores et déjà inscrite aux côtés d'autres partenaires, dans des réflexions sur des actions à dimension intergénérationnelle visant à des modes d'hébergement innovants tels que les maisons en partage, ou les "papylofts". Le concept promeut le « vivre ensemble » toutes générations confondues.

Le service social est un des interlocuteurs des collectivités locales et départementales dans le domaine gérontologique sur les secteurs sur lesquels il intervient. Sur certains départements (lesquels ?), il fait partie de Comité Départemental de l'action Mona Lisa (Mobilisation Nationale pour la Lutte contre l'Isolement des Aînés) dont l'objectif est de renouer des liens de voisinage et de proximité.

Dans certaines régions, le service social initie des actions visant à l'amélioration de la qualité de vie et la restauration du lien social (Réveil des Savoirs par exemple). Ces actions améliorent la confiance en soi et favorisent l'intégration dans la commune ou le quartier.

L'agence associera au maximum les bénéficiaires et favorisera l'expression de leur parole, dans les instances décisionnelles, telles que les comités de pilotage.

2 - **Favoriser la concrétisation du projet de vie**

Pour la personne âgée ou fragilisée par le handicap ou la maladie, mener à bien son projet de vie, ou même réfléchir à la façon dont elle souhaite mener sa vie et faire respecter ses choix, représente une difficulté majeure. Le rôle de l'assistant de service social sera de l'amener à formuler ses souhaits, ses choix de vie, puis d'envisager diverses perspectives susceptibles d'être mises en œuvre.

Le projet de vie est évolutif, en fonction des événements, des choix de la personne, de l'amélioration ou la dégradation de son état de santé et de son environnement.
Le service social apporte son concours tout au long de ce cheminement quel que soit le lieu de vie et parfois jusqu'à la fin de.la vie

2.1 *Choisir son lieu de vie*

Le choix du domicile reste prépondérant chez la majorité des personnes âgées, même si celui-ci présente des défaillances techniques, de l'insécurité et une inadaptation à l'état de santé. Pour y

remédier le concours des ergothérapeutes pourra être sollicité par le biais de la prestation de « conseil en ergothérapie ». Parfois des solutions plus complexes seront proposées allant de l'information au montage de dossiers de financement d'amélioration de l'habitat.

Une sensibilisation aux « solutions technologiques » sera dispensée aux assistants de service social.

Néanmoins, un changement de logement peut s'avérer nécessaire, que ce soit dans une résidence sécurisée et adaptée ou dans un établissement d'accueil.

L'agence augmentera sa capacité à aider la personne à s'installer dans un logement plus adapté et à dépasser les obstacles administratifs et psychologiques.

2.2 *Épauler la cellule familiale*

La perte d'autonomie, la dégradation de l'état de santé, les modifications de comportement, sont source d'épuisement de la part des Aidants Familiaux ; ceux-ci se trouvent confrontés à de multiples sollicitations et inquiétudes parfois difficiles à gérer. Parfois, les liens familiaux peuvent devenir conflictuels. Dès lors, le recours à des professionnels de la thérapie familiale comme les médiateurs familiaux par exemple, serait à envisager.

Pour les familles aux revenus modestes, le service social propose de réfléchir au développement de la qualification de certains assistants de service social.

Fragilisée par une perte d'autonomie, une dégradation de ses fonctions cognitives, son isolement familial ou social, une personne devient vulnérable. Dès lors, cette situation peut nécessiter l'intervention du cadre social de proximité.

Afin de renforcer le dépistage, des actions de prévention seront conduites, ainsi que des formations destinées à promouvoir les actes de bientraitance par les proches.

La protection de la personne, de ses droits et de ses biens représente un chapitre extrêmement important dans les accompagnements que mènent les assistants de service social et pourrait faire l'objet d'une réflexion nationale.

3. **Optimiser le parcours en santé de la personne**

Les enjeux de santé publique liés aux pathologies chroniques et au vieillissement de la population ont introduit[7] la nécessité de réaménager le système de santé et l'organisation des soins. Il s'agit de renforcer la prévention et adapter le système de soins au plus près des besoins.

3.1 *Œuvrer pour la coordination médico-sociale formalisée*

Les pratiques de coordination médico-sociale existantes ont forgé un savoir-faire facilitant les actions pluridisciplinaires en faveur du public. Cette coordination médico-sociale favorise la

7 Stratégie Nationale de Santé – 23 Septembre 2013

prise en compte de la personne dans sa globalité dans une période de fragilisation du fait d'un état de santé dégradé.

> ***Inscrit dans une logique de prise en charge préventive, le service social travaille sur ces modes de coopération, avec l'ensemble des partenaires médicaux et sanitaires sur son territoire d'intervention (libéral et/ou centre de santé).***

Il permet ainsi à son public de bénéficier d'une organisation concertée en vue de la définition de son projet de vie et de son parcours de santé. Le développement de permanences dans les centres de santé Filieris contribue grandement à la mise en œuvre de cette coordination.

3.2 *Adopter une vision nationale de la prise en charge du public de l'ouverture*

Alors que l'offre de santé Filiéris est ouverte à toute la population, la convention qui lie l'Agence à la CANSSM détermine la participation du service social au travers de son annexe 6. Son expertise se situe dans ses capacités d'évaluation et d'accompagnement des situations relevant des champs sanitaires et médico-social.

La coordination médico-sociale développée par le service social auprès des professionnels de santé du domicile concourt à favoriser l'accès aux soins et à la santé des patients. Elle améliore la communication entre les professionnels et vise à s'assurer que le parcours de soins de la personne est coordonné tant à domicile que lors des hospitalisations.

L'accord National des centres de santé du 8 juillet 2015 met en exergue le travail en équipe pluri-professionnelle qui se caractérise par des réunions de concertation régulières, sur les dossiers de cas complexes, l'objectif étant d'améliorer la qualité des soins par le biais de protocoles formalisés.

D'une manière générale le service social propose un accueil, une information et une orientation pour tout public le sollicitant, dans la continuité de ce qu'énonçait le PNOSS précédent : « en tout état de cause, le service social ne peut plus, dans ce contexte, orienter son action sur le suivi des seuls affiliés du régime. Il doit en effet prendre en compte la dimension de l'ouverture et développer un travail social pour l'ensemble des usagers des structures de santé, ne serait-ce, a minima, qu'en termes d'orientations. «

De façon plus ciblée il accompagne le patient, non affilié au régime minier, dès lors qu'aucune structure n'est en capacité de répondre à sa demande.

> ***Dans ses interventions, l'assistant social privilégie les liaisons, concertations, coordinations avec les institutions proposant des missions généralistes afin de ne pas empiéter sur leurs champs de compétences. Il apporte son concours dans son domaine spécifique et favorise la cohérence des actions médico-sociales menées dans le respect des échanges d'informations à caractère confidentiel. Il est le garant de la cohésion des actions mises en œuvre dans le parcours de la personne.***

La mise en œuvre de conventions partenariales[8] peut constituer une voie propre à assurer la réalisation d'une coordination plus ouverte, capable de répondre à la demande du public des centres de santé. A ce titre, l'élaboration de protocoles d'intervention, soumis à des évaluations périodiques, permettront d'en déterminer les apports auprès de la population bénéficiaire.

Sur ces territoires, l'agence recherchera la signature de conventions avec un volet financier pour rémunérer les prestations pour les publics non miniers.

3.3 *S'associer au partenariat CANSSM – CNAMTS*

La CANSSM développe en partenariat avec la CNAMTS, deux programmes spécifiques destinés aux bénéficiaires du régime minier, auxquels s'est associée l'agence :

- Le repérage précoce de la fragilité des sujets âgés,
- Le Programme d'Accompagnement de Retour à Domicile des patients hospitalisés, PRADO.

Il s'agit pour ces 2 actions, de dépister, diagnostiquer les patients et leur proposer d'intégrer ces dispositifs visant à une coordination locale assortie d'une offre de services adaptés.

Au travers de l'évaluation des besoins et par le biais des prestations d'action sanitaire et sociale, le service social pourra agir en amont d'une dégradation de l'état de santé et ainsi prévenir les hospitalisations répétées et les ruptures de soins.

Le partenariat local avec le Correspondant de l'Assurance Maladie (CAM), permettra de mieux faire connaître l'agence et son offre de services.

3.4 *Prendre en compte la fragilité des sujets âgés*

Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées, permet d'agir sur les déterminants entraînant une perte d'autonomie dite « évitable[9] ».

Le programme expérimental du PAERPA[10] (selon les territoires) renforce la prévention autour de la personne âgée par une lecture pluridisciplinaire de ses problématiques. La volonté de ce programme est d'inscrire l'intervention des partenaires médicaux, sanitaires et sociaux en amont de l'aggravation de l'état de santé ou de la perte d'autonomie effective. En conséquence, il a été défini un public cible : 75 ans, autonome mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des motifs médicaux et/ou sociaux, et confrontés à des facteurs de risque définis (iatrogénie, dénutrition, dépression, chute).

---

8 Les réseaux de santé (réseau gérontologique, réseau de santé, réseau de santé mentale, etc.) se développent ainsi que les programmes spécifiques tels les PAERPA. Ces réseaux sanitaires maillent les territoires en ne privilégiant qu'une seule approche médicale nonobstant l'aspect social et environnemental.

9 Organisation des parcours HAS « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires » - Juin 2013.

10 Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie, introduit par le Haut Conseil de l'Assurance Maladie et 'Objectif National Dépense Assurance Maladie – 20 Décembre 2012

Alors que le régime minier développe un programme de repérage de la fragilité des personnes âgées de plus de 75 ans, fréquentant les centres de santé Filiéris, le programme PAERPA vise aux mêmes objectifs, en s'adressant aux médecins libéraux.
Dès lors une complémentarité d'actions peut se créer envers les patients soignés en dehors de l'offre de santé du régime minier,
Ce maillage territorial sera de nature à dépister les personnes fragiles quel que soit leur lieu de soins.

L'équipe professionnelle, en lien avec la personne met en œuvre un plan d'aide global, visant notamment la mobilisation des aides d'action sanitaire et sociale ou de droit commun, l'adaptation de l'environnement et la mobilisation des liens sociaux. La démarche est formalisée au travers d'un Plan Personnalisé de Soins (PPS).

Du fait de ses modalités d'intervention à domicile et de sa pratique quotidienne en coordination avec les structures de soins de premier recours, le service social intégrera les équipes médico-sociales œuvrant en faveur de la personne repérée comme étant fragile.
Il contribuera à l'élaboration du PPS par une évaluation globale et concertée et coopérera avec les services d'aide à la personne, tout en associant la personne âgée, actrice de son projet.

Par ailleurs, fort de cette stratégie de prise en charge préventive, le développement du repérage coordonné de la fragilité en soin de premier recours permet de renforcer le lien ville – hôpital[11].

L'inclusion des critères de fragilité sur le formulaire d'ARDH (Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation) permettra une meilleure lisibilité des besoins de la personne en sortie d'hospitalisation. En ce sens, l'agence renforcera le travail partenarial avec les structures hospitalières afin de faire évoluer ce formulaire et les conventions nous y liant.

En effet, la communication des facteurs de fragilités repérés en amont et en aval de l'hospitalisation contribue à la définition du projet de sortie de la personne âgée adapté à sa situation.

3.5 *Concourir à la réduction des inégalités sociales de santé*

Cette approche nécessite envers l'ensemble des professionnels de santé une sensibilisation sur la définition des déterminants sociaux de la santé, leur impact sur les patients.

Le service social interviendra dans des sessions pluridisciplinaires de sensibilisation sur la question des déterminants sociaux de la santé en lien étroit avec les professionnels de santé.

11 HAS « Comment éviter les hospitalisations évitables des personnes âgées » Juin 2013

Ainsi, agir sur les déterminants sociaux de la santé, impose aux professionnels médicaux et sociaux une prise en charge au long cours nécessitant un réajustement régulier des actions médico-sociales et environnementales selon le projet du patient.

> ***En conséquence, le service social acteur du territoire et observateur des conséquences de la vie sociale sur la santé, doit devenir un interlocuteur privilégié des instances de veille sanitaire, sociale et médico-sociale[12].***

La prise en compte de l'état de santé de la population d'un territoire et de ses conditions de vie nécessite d'en avoir une vision élargie intégrant les aspects sanitaires, sociaux, économiques, culturels, etc. La santé doit être considérée comme partie intégrante de la définition des politiques publiques[13], au niveau national et territorial.

4. Une démarche structurée, constamment ajustée

Les capacités d'adaptation et d'innovation dont le service social a fait preuve jusqu'à présent, sont particulièrement perceptibles autour de l'habitat, du lien social, de la prévention sanitaire et médico-sociale [14] et particulièrement depuis son intégration au sein de l'agence où de nouvelles synergies ont pu être développées.

4.1 *Mieux intégrer le service social au sein de l'agence*

Le dénominateur commun, identifié par l'ensemble des professionnels, reste l'accompagnement des publics en situation de fragilité et plus spécifiquement l'expertise développée auprès des personnes âgées.

Le service social a acquis un savoir-faire notable pour faciliter le bien-être à domicile. Son approche multidimensionnelle des problématiques rencontrées permet de satisfaire de façon optimale les besoins et les attentes des personnes diminuées par la maladie, le handicap et le grand âge, en activant les ressources et les dispositifs existants. Ce professionnalisme est à entretenir et faire reconnaître notamment auprès des partenaires associés aux interventions sociales.

> ***Une réflexion s'engagera sur de nouvelles modalités de fonctionnement d'un service social « à distance ». Pour cela l'équipement et le développement des outils de communication seront mis à la disposition des professionnels.***

La dimension nationale de l'agence offre des perspectives d'harmonisation des pratiques professionnelles tant individuelles que collectives. De plus, les champs de l'habitat et du logement comportent des axes à investir de manière collégiale par de nombreux services de l'agence.

---

[12] L'ARS définit un plan stratégique régional de santé ainsi qu'un schéma régional de prévention ; pour cela l'avis des partenaires de terrain est sollicité afin d'apporter un éclairage sur les problématiques territoriales décelées

13 Déclaration d'Adélaïde « Intégration de la santé dans toutes les politiques » 2010

14 Séminaire de septembre 2012 : Promouvoir le Bien Vieillir des anciens mineurs et de leurs ayants droit

La mise en place du guichet unique est un pas très important dans la cohésion des services et la qualité du service rendu au bénéficiaire. Dans plusieurs territoires à faible densité de bénéficiaires, le service social assure l'accueil de premier niveau de l'agence. La mutualisation des permanences sociales et de la délégation régionale, est déjà effective dans de nombreux endroits.

L'agence s'attache à offrir aux bénéficiaires une qualité d'écoute et d'accueil essentiels à la prise en compte de leurs attentes. C'est pourquoi, face aux situations parfois difficiles et complexes rencontrées par les assistants de service social, le soutien du cadre technique de proximité est requis. Cette fonction sera préservée dans les organisations régionales.

> ***La mission de Conseil Technique National sera renforcée, en la couplant avec des compétences connexes pour bien affirmer la synergie entre le service social et les autres missions de l'agence, pour offrir de réelles perspectives d'évolution de l'action de l'agence au regard des nouveaux besoins, et permettre une intégration encore plus forte du service social au sein de l'agence, en confortant le rôle des chefs de pôle et des délégués régionaux.***

Par ailleurs, l'appui et l'étayage auprès des chefs de service social régional, placés au sein des pôles, d'un cadre national de référence associé à un soutien technique permettra de bâtir un positionnement homogène dans chacun des pôles.

4.2 *Favoriser l'échange d'expériences-élargir les compétences*

En fonction des régions et des territoires, l'intervention du service social se réalise selon des modalités particulières adaptées aux réalités locales. Ainsi, de nombreuses actions d'intérêt collectif existent sur le territoire. La connaissance de ces spécificités territoriales demande à être mieux partagée par l'ensemble des professionnels de l'agence.

> ***La mise en ligne de ces actions sur le site intranet de l'agence sera un excellent vecteur de communication interne qui suscitera de l'intérêt et la mobilisation des professionnels dans une logique de coopération interservices.***

La qualification de certains professionnels pour de nouvelles compétences leur donne les capacités à mener une activité différente de celle qu'ils exercent aujourd'hui, et à mettre au service de l'ensemble du service social. Ces compétences demandent à être valorisées à l'intérieur de l'Agence soit par des interventions ciblées dans des actions collectives ou partenariales. La démarche GPEC contribuera à ces évolutions.

> ***A titre d'exemple, les assistants de service social formés à la sophrologie interviendront et apporteront un éclairage et quelques méthodes de relaxation aux Aidants Familiaux, chaque fois où une action est mise en œuvre en réponse à leurs besoins.***
> ***La recherche et l'étude d'actions innovantes permettant de répondre aux besoins des bénéficiaires et valorisant les compétences spécifiques des personnels seront mis au service de l'ensemble du service social. A titre d'exemple, le développement des techniques de médiation, très utiles lors de conflits familiaux, éviterait le passage par des prestations de services comme les médiateurs familiaux.***

La fonction de veille sociale permet d'anticiper, de s'adapter aux modifications du paysage social. Elle s'avère donc essentielle pour le service social de l'Agence et peut se traduire par : des abonnements à des revues spécialisées, l'analyse de données relatives à l'évolution des bénéficiaires, la participation au processus de formation des étudiants en formation initiale et supérieure.

> ***Par le biais d'un plan de formation adapté aux évolutions constatées, l'agence dotera les professionnels de terrain et d'encadrement, de compétences et de connaissances nécessaires à leur exercice.***
> ***Il s'agira notamment d'axer les choix de formation sur la compréhension des dynamiques familiales (analyse systémique, médiation familiale, méthodes d'entretien en intervention de crise, etc) et sur la gérontologie (communication et comportement avec les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, la gestion de cas, la dépression du sujet âgé, la gestion de l'agressivité, etc…).***

La réforme de 2004 modifie profondément le statut du terrain de stage en le reconnaissant comme « organisation apprenante » au même titre que l'enseignement théorique. La notion de « site qualifiant » a ainsi vu le jour. L'accueil de stagiaires fait partie intégrante de la fonction d'assistant de service social et est d'ailleurs inscrit dans le Code de Déontologie (annexe1).

> ***Certaines formations spécifiques viennent renforcer l'utilisation d'outils pédagogiques indispensables aux équipes et particulièrement pour les professionnels de terrain. Elles seront encouragées.***

La loi du 23 juin 2014 sur l'encadrement des stages vise au développement, à l'encadrement des stages et l'amélioration du statut des stagiaires[15] par une valorisation de la gratification et la cotation d'un certain nombre d'étudiants par organisme accueillant.

> ***L'organisation de l'agence permettra au stagiaire d'appréhender les circuits et procédures internes visant au traitement d'une demande qu'elle relève d'une amélioration de l'habitat, d'un changement de logement ou d'une prestation d'action sanitaire et sociale. Sera ainsi coordonné le « parcours » de l'étudiant.***

4.3 *Développer les expérimentations et actions innovantes*

Par essence le service social ne travaille pas seul. Il travaille en coordination avec d'autres acteurs professionnels autour des situations individuelles et en coopération avec des partenaires en vue de la mise en œuvre d'actions d'intérêt collectif dans une logique de maillage de territoire.

A partir, d'une problématique commune, les actions collectives se nourrissent du partenariat et du diagnostic territorial.

Le séminaire de 2012[16] a mis en évidence quelques-unes des actions menées par l'agence.

15 ASH n° 2867 du 4 juillet 2014 p 44

- Les Jardins de Ribes (dans le sud-est à la Grand-Combe), action visant le lien intergénérationnel par l'amélioration du cadre de vie,
- L'aménagement des logements à la perte d'autonomie dans le bassin houiller Lorrain,
- Uni-cités : une visite, un sourire, en réponse à l'isolement par les jeunes en service civique ; action menée dans le Nord sur le territoire Lensois.

Ces actions demandent à être davantage connues au sein du service social afin de capitaliser les expériences dont l'efficacité est avérée et de suggérer des pratiques. Là aussi, le service social dispose d'un **savoir-faire indéniable** qu'il convient d'exploiter au mieux.

La Loi d'Adaptation de la société au vieillissement a mis en évidence la reconnaissance du statut **« d'Aidant Familial ».** En effet, bien souvent, une personne âgée réside à son domicile grâce aux aides et au soutien apportés par son entourage familial. Cet environnement, précieux et indispensable est encore méconnu et regroupe une multitude de configurations. Les études menées récemment démontrent que ce public se soigne peu et ne s'octroie pas de loisirs ; de ce fait une mortalité précoce est observée.

Les bénéficiaires du régime minier sont concernés par ces observations qui vont influer sur leur devenir. Le service social propose d'ores et déjà diverses actions, tant individuelles que collectives en leur faveur. Il peut s'agir d'un accompagnement administratif sur les dispositifs en vigueur, une orientation vers un groupe d'entraide.

Au sein de l'agence, **diverses initiatives** ont vu le jour :

- Co-animation par 2 assistantes sociales d'un groupe de paroles mensuel où sont évoquées les difficultés et les joies que procurent l'aide d'un proche âgé et/ou malade,
- Construction partenariale d'un programme de Formation des Aidants qui conjugue des aspects théoriques et pratiques, avec des moments de convivialité et de relaxation,
- Inscription dans les actions territoriales d'information/formation sur la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées,
- Participation dans le processus d'élaboration de Maison des Aidants et de leurs programmes d'animation.

L'agence dispose de professionnels compétents ayant déjà expérimenté diverses formes d'action en faveur des Aidants. Cette originalité demande à être connue et valorisée.

Ainsi l'agence pourrait apporter son expertise dans certains colloques ou congrès dans lesquels seraient abordée la thématique de l'Aide aux Aidants et constituerait au sein de l'inter-régime une référence en la matière.

La création expérimentale en 2016 d'une prestation « aide aux aidants » permettra aux Aidants de s'octroyer du répit de manière adaptée et concertée selon leurs besoins.

16 Séminaire ANGDM/CANSSM « Promouvoir le Bien Vieillir des anciens mineurs et de leurs ayants droits » 17 et 18 septembre 2012 – Paris.

La mise en œuvre de cette nouvelle prestation sera expérimentée en 2016 et évaluée pour définir éventuellement les conditions pérennes de son utilisation.

Par ailleurs, une recherche-action pourrait être entreprise au niveau national pour élaborer un recueil de l'existant, pointer les récurrences et évaluer les plus-values de ces actions auprès des bénéficiaires et leurs familles aidantes.

4.4 *Envisager des perspectives d'avenir*

La part de la population du régime minier qui s'adresse au service social est estimée entre 10 et 15 %. Par le biais de la convention avec la CANSSM, les patients fréquentant les Centres de santé Filiéris peuvent aussi bénéficier d'une aide ponctuelle, quel que soit leur régime d'appartenance.

Le public connu par le service social est composé des personnes ouvrant-droit aux prestations d'action sanitaire et sociale et/ou affiliées à l'assurance maladie du régime minier, sollicitant un accompagnement social. Néanmoins, d'autres publics sont susceptibles de pouvoir y prétendre tels les retraités CANSSM-CDC et les bénéficiaires d'avantages en nature servis par l'ANGDM.

Le service social a participé à l'élaboration d'un outil statistique (infocentre) permettant de mieux connaître le public, d'en déterminer sa typologie et étudier ses tranches d'âges dans une visée prospective.

La collaboration avec les services du logement et de la règlementation pourra si besoin s'appuyer sur une étude portant sur certaines catégories de population (changement de typologie de logement, publics fragiles et précaires, etc.).

Les personnes ne sollicitant pas l'intervention du service social pourraient faire l'objet d'une étude afin de mieux cibler leurs attentes vis-à-vis d'un meilleur confort de vie, d'une vie sociale plus étayée et plus largement, d'une vision globale dans laquelle se verrait écrire la logique d'un « Bien Vieillir » individuel et collectif (au sens de projet soutenu par la société).

L'agence dispose d'atouts lui permettant de se situer dans une dynamique résolument tournée vers l'avenir. A ce titre, le renforcement en cours des relations avec la CANSSM pourra permettre de mener à bien les études de cohortes sur les pathologies particulières que rencontre notre public commun. La mise en évidence de nos pratiques respectives et néanmoins coordonnées sera de nature à rendre lisibles nos actions et leur impact sur la réduction des hospitalisations par la mise en œuvre de prestations adaptées au retour à domicile.

Par ailleurs, le service social se trouve à l'interface entre le sanitaire représenté par la CANSSM et le bailleur social, interlocuteur privilégié du service logement.

Cette position stratégique permet de saisir toutes les composantes individuelles de chaque bénéficiaire et de lui proposer éventuellement de faire une demande pour un plan d'aide personnalisé, adapté et évolutif.

Cependant, il est souhaitable que l'action sociale de l'agence puisse davantage s'inscrire dans une approche anticipative et préventive, allant au-delà du traitement des situations qui se présentent. Le développement d'une **ingénierie sociale** au sein du service social permettra de mieux cibler les besoins pour saisir toutes les opportunités et mener les études prospectives nécessaires.

4.5 Développer et formaliser les partenariats

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement s'attache à l'anticipation de la perte d'autonomie par le dépistage des publics fragiles et vulnérables, mais aussi à un renforcement de l'accompagnement de la perte d'autonomie à domicile.

> ***Le service social au travers de son expérience, proposera un « parcours de vie » soucieux des désirs et souhaits des personnes. Il recherchera la contribution d'autres services ou institutions concourant à cette même ambition***.

La présence de bénéficiaires sur l'ensemble du territoire national à des degrés variables rend difficile d'apporter une réponse uniforme sur chaque territoire, d'autant plus que certains services sociaux ne peuvent accomplir seuls un travail d'accompagnement de proximité et se heurtent à des obstacles de tous ordres (difficultés de déplacement, contraintes horaires, dispersion de la population sur des espaces géographiques éloignés).

> ***Là où le service social est présent physiquement et en capacité d'accompagner les personnes, dans la limite des effectifs actuels et à venir, de nouvelles missions rémunérées peuvent être envisagées pour pallier la baisse des affiliés au régime minier.***
> ***En revanche, lorsque les bénéficiaires sont éparpillés sur plusieurs départements, la prise en compte de leur demande nécessitera le recours à d'autres.***

Dès lors il conviendra d'envisager des partenariats réciproques où d'un côté le service social de l'Agence offrira une prestation de service et de l'autre déléguera ses missions vers l'institution adéquate. Par ailleurs, les initiatives favorisant l'inter régimes seront à encourager.

L'agence pourra développer des partenariats avec les départements pour accompagner le public minier concerné.

CONCLUSION GENERALE

Ce plan caractérise ce qui constitue spécifiquement l'action sociale mise en œuvre par l'agence dans le prolongement des particularités du régime minier, à savoir une approche individualisée, graduée et évolutive des besoins d'une population âgée, en exploitant au mieux l'ensemble des compétences de l'agence.

L'action de l'agence prend en compte les besoins de la personne et de son environnement et permet d'adapter les prestations et services au plus près des possibilités du bénéficiaire, favorisant ainsi la prévention. L'expérience déjà acquise dans l'exercice de cette approche conforte la conviction qu'elle est pertinente pour permettre le maintien à domicile des bénéficiaires le plus longtemps possible. Elle concourt ainsi à leur bien-être en répondant à une aspiration très largement partagée par la population et devrait être bénéfique au plan macroéconomique pour l'ensemble de la société. De nombreux travaux restent à initier dans ce domaine pour donner à chacun le choix de son lieu de vie parmi une diversité de possibilités concourant au « parcours résidentiel » du bénéficiaire.

L'enjeu est bien de permettre le maintien à domicile des bénéficiaires qui le souhaitent le plus longtemps possible. Là encore, l'ensemble des compétences de l'agence y concourt largement.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement met en avant l'anticipation de la perte d'autonomie ainsi que l'accompagnement comme atouts du maintien à domicile.

Par ailleurs, prendre en compte la demande, répondre aux besoins, orienter vers le dispositif le mieux adapté, rechercher la coordination des acteurs en présence, rassurer et accompagner dans le parcours de vie requièrent une disponibilité et un temps d'écoute accrus de la part des assistants de service social. Ce constat est partagé par tous les acteurs ayant à s'occuper de personnes âgées. D'autre part, l'évolution quantitative des bénéficiaires pris en charge, des sollicitations afférentes et des actions en réponse est beaucoup moins accentuée que celle du nombre d'affiliés. Elle a permis une bonne adéquation avec celle des effectifs du service social, tendance qui devrait se prolonger à moyen terme et permettre de déployer ce PNOSS dans de bonnes conditions. Le maintien du service social dans les territoires peu denses, à savoir le centre et le sud, est un enjeu et devra faire l'objet d'un traitement spécifique. Ceci nécessite une réflexion de moyen terme sur le nombre et la localisation des agents ainsi que sur leurs missions.

Lexique des termes employés

ANAH : Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat
ANAS : Association Nationale des Assistants Sociaux
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARDH Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation
ASH : Actualités Sociales Hebdomadaires (revue)
ASC : Assistante Sociale Coordinatrice
ASP : Assistante Sociale Principale
ASPAS : Association pour la Santé des personnes et l'autonomie des Séniors
ASR : Assistante Sociale Régionale
ASS : Action Sanitaire et Sociale
ASS : Assistant de Service Social
CAF : Caisses d'Allocations Familiales
CANSSM : Caisse Autonome Nationale de Sécurité Sociale dans les Mines
CARMI : Caisse Régionale de sécurité sociale dans les Mines
CARSAT : Caisse d'assurance Retraite et de Santé Au Travail
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CESF : Conseillère en Economie Sociale et Familiale
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique
CNRACL : Caisse Nationale de Retraite des agents des collectivités locales
COG : Convention d'Objectifs et de Gestion
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'autonomie
DIREVP : Dispositif Inter-Régimes d'EValuation et de Prévention
DSM Pro : Dossier de Synthèse Médico-sociale pour les PROfessionnels
EDF/GDF : Electricité de France / Gaz de France
ETPT : Equivalent Temps Plein Travaillé
GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
HAS : Haute Autorité de la Santé
HBNPC : Houillères du bassin Nord/Pas de Calais
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MONALISA : MObilisationNAtionale pour la Lutte contre l'ISolement des Aînés
MSA : Mutualité Sociale Agricole
PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PMR : Personnes à Mobilité Réduite
PNOSS : Plan National d'Orientations du Service Social
PPS : Plan Personnalisé de soins
RSI : Régime Social des Indépendants

Références documentaires

ASH n° 2867 du 4 juillet 2014 p 44

Cahiers pédagogiques de la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) – Octobre 2014

Contrat d'objectifs et de performance au 31 décembre 2014

Déclaration d'Adélaïde « Intégration de la santé dans toutes les politiques » 2010

Direction Générale de la Cohésion Sociale ; plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté lors du Comité interministériel de lutte contre les exclusions ; janvier 2013.

Etude de l'observatoire des inégalités du 21 octobre 2013

HAS « Comment éviter les hospitalisations évitables des personnes âgées » Juin 2013

INSEE Première n° 1464 – septembre 2013

Organisation des parcours HAS « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires » - Juin 2013.

Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie, introduit par le Haut Conseil de l'Assurance Maladie et Objectif National Dépense Assurance Maladie – 20 Décembre 2012

Plan National du service social 2007 – 2010, p 27 à 29

Plan national d'orientations du service social 2007-2014 ; p 16

Programme National initié dans la logique des plans Nationaux et Européens de lutte contre la précarité énergétique et dans la continuité de la loi Grenelle 2.

Rapports d'activité de la CANSSM et de l'ANGDM de 2005 à 2014.

Séminaire ANGDM/CANSSM « Promouvoir le Bien Vieillir des anciens mineurs et de leurs ayants droits » 17 et 18 septembre 2012 – Paris.

Séminaire de septembre 2012 : Promouvoir le Bien Vieillir des anciens mineurs et de leurs ayants droit

Stratégie Nationale de Santé – 23 Septembre 2013

Union Sociale n° 236 - Avril 2010

ANNEXES :

N°1 : Code de déontologie de l'ANAS adopté par l'Assemblée Générale du 28 novembre 1994

N°2 : Les partenariats dans le cadre de l'inter-régimes et avec les Conseils Départementaux

N°3 : Annexe n° 6 à la Convention de Coopération entre la CANSSM et l'ANGDM relative aux missions du service social exercées au profit de la CANSSM : *sera jointe à l'issue de sa mise à jour en cours de discussion entre les organismes*

ANNEXE N°1 :

ASSOCIATION NATIONALE
des ASSISTANTS de SERVICE SOCIAL

Code de Déontologie de l'ANAS Adopté à l'assemblée Générale Du 28 novembre 1994

PREAMBULE

L'A.N.A.S., en tant qu'association professionnelle, mène depuis sa création en 1945, une réflexion constante sur la Déontologie, concrétisée par la parution de deux codes : en 1949 et en 1981. Le Service Social, en tant qu'activité professionnelle distincte et spécifique, est à la fois né du changement et lié aux changements de plus en plus rapides et foisonnants de la Société. Le Code tient compte de ces évolutions et des valeurs fondamentales qui sous-tendent la profession. Il s'appuie sur la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, sur les conventions internationales et sur les textes législatifs en vigueur en France qui mettent en évidence les droits des usagers et le respect du droit à la vie privée. Ce Code est destiné à servir de guide aux Assistants de Service Social dans l'exercice de leur profession. Ses dispositions s'imposent à tout adhérant de l'Association, titulaire du diplôme d'Etat d'Assistant de Service Social ou étudiant en Service Social.

TEXTES DE REFERENCE

Vu :
- la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de l'O.N.U. du 10 décembre 1948
- la convention de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales du Conseil de l'Europe, Rome, 4 novembre 1965
- la Charte Sociale Européenne signée à Turin le 18 octobre 1961, entrée en vigueur le 26 février 1965
- la Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant du 20 novembre 1989
- le Code de la Famille et de l'Aide Sociale : art. 218 à 229 (art. 218, J.O. du 20/1/1991) sur les conditions d'exercice de la profession
- le Code Pénal : art. 226-13 sur le respect du secret professionnel ; art. 226-14 sur les dérogations légales (J.O. du 23/7/1992)
- le Code Civil : art. 9 (loi du 17 juillet 1970) sur le respect de la vie privée
- la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés
- la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 dont le titre I porte sur la liberté d'accès aux documents administratifs, complétée par la loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 relative à l'amélioration des relations entre l'administration et le public
- le Code International de Déontologie des Assistants de Service Social adopté par la F.I.A.S., Assemblée Générale, SRI-LANKA, août 1994
- la définition du Service Social donnée en 1959, par la division des Affaires Sociales des Nations Unies.

LA PROFESSION D'ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL

L'Assistant de Service Social est au service de la Personne Humaine dans la Société. Son intervention vise:
- à l'épanouissement et à l'autonomie des personnes, groupes ou communautés
- au développement des potentialités de chacun en le rendant acteur de son propre changement
- à l'adaptation réciproque Individus/Société en évolution.

L'Assistant de Service Social participe au développement social en apportant son concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales et d'améliorer la qualité de la vie.
L'Assistant de Service Social engage sa responsabilité à l'égard :
- des personnes auxquelles s'adresse son activité
- des lois régissant sa profession
- des institutions au sein desquelles la profession est exercée.

L'organisation et la pratique de la profession s'inscrivent dans le cadre des institutions et de la législation en vigueur. La formation continue, du fait de l'évolution des connaissances et de la société, s'impose à tout Assistant de Service Social comme une nécessité.

TITRE I : PRINCIPES GENERAUX ET DEVOIRS

Art.1 – De la dignité de la personne
Le respect de la personne fonde, en toute circonstances, l'intervention professionnelle de l'Assistant de Service Social.

Art. 2 – De la non-discrimination
Dans ses activités, l'Assistant de Service Social met sa fonction à la disposition des personnes, quels que soient leur race, leur couleur, leur sexe, leur situation, leur nationalité, leur religion, leur opinion politique et quels que soient les sentiments que ces personnes lui inspirent.

Art. 3 – De la confidentialité
L'établissement d'une relation professionnelle basée sur la confiance fait de l'Assistant de Service Social un « confident nécessaire » reconnu comme tel par la jurisprudence et la doctrine.

Art. 4 – Du secret professionnel
L'obligation légale de secret s'impose donc à tous les Assistants de Service Social et étudiants en service social, sauf dérogations prévues par la loi.

Art. 5 – De la protection et de la communication des données nominatives
L'Assistant de Service Social doit toujours veiller à la protection du dossier de l'usager et avoir conscience que ce dossier est communicable à la personne concernée. La constitution des dossiers doit tenir compte des dispositions légales sur l'accès aux documents administratifs.

Art. 6 – L'introduction et le développement des technologies modernes de recueil et de traitement des informations, imposent à l'Assistant de Service Social de se préoccuper, dès la phase de conception d'un projet, des règles de conservation et de recoupements, au regard du respect de la vie privée des individus et des familles.

Art. 7 – De l'indépendance et de la liberté
L'Assistant de Service Social ne peut accepter d'exercer sa profession dans des conditions qui compromettraient la qualité de ses interventions. Il doit donc être attentif aux formes et conditions de travail qui lui sont proposées et aux modifications qui pourraient survenir.

Tenant compte de la nature et des objectifs de l'organisme employeur, il s'assure qu'il peut disposer de l'autonomie nécessaire :
- pour choisir la forme de ses interventions et les moyens à employer
- pour décider de la poursuite ou de l'arrêt de son action.

Art. 8 – L'Assistant de Service Social ne peut, en aucun cas, utiliser sa fonction à des fins de propagande. Il ne peut s'en servir pour procurer ou tenter de procurer à qui que ce soit, des avantages injustifiés ou illicites. L'Assistant de Service Social salarié ne peut accepter des personnes ressortissant de son champ d'activité professionnelle, une rémunération pour services rendus.

Art. 9 – De la compétence
L'Assistant de Service Social a l'obligation de compétence, c'est à dire :

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

TITRE II : DEVOIRS ENVERS LES USAGERS

A – INTERVENTION DIRECTE AUPRES DES USAGERS

Art. 10 – Lorsqu'il intervient, l'Assistant de Service Social procède à une évaluation aussi complète que possible avant de proposer une réponse à la demande formulée

Art. 11 – L'Assistant de Service Social doit rechercher l'adhésion des intéressés à tout projet d'action les concernant, en toutes circonstances et quelle que soit la façon personnelle dont ils peuvent exprimer leur adhésion.

Art.12 – L'Assistant de Service Social informe les intéressés des possibilités et des limites de ses interventions, de leur conséquences, des recours possibles.

Art. 13 – Toute action commencée doit être poursuivie. L'Assistant de Service Social doit faire le nécessaire pour éviter les conséquences fâcheuses qui pourraient résulter de l'interruption de son action.

Art. 14 – L'Assistant de Service Social doit aux personnes qui s'adressent à lui une aide d'une durée aussi longue que l'exige la situation, en dépit des difficultés rencontrées et quels que soient les résultats obtenus.
Il ne doit pas s'imposer lorsque son aide n'est plus nécessaire.

Art. 15 – L'Assistant de Service Social ne doit pas accepter d'intervenir, ni de fournir des renseignements dans un but de contrôle.

Art. 16 – Lorsque, dans l'exercice de ses fonctions, l'Assistant de Service Social constate une fausse déclaration, il lui appartient d'en faire prendre conscience à ceux qui en sont les auteurs, mais il n'a pas à les dénoncer.

Art. 17 – L'Assistant de Service Social ne doit ni déposer, ni témoigner en justice pour tout ce dont il a pu avoir connaissance du fait ou en raison de sa profession – obligation confirmée par la jurisprudence – et garde cependant , aux termes de la loi, selon les dispositions du Code Pénal, la liberté de témoigner dans les cas de dérogation au secret professionnel.

B - INTERDISCIPLINARITE ET PARTENARIAT

Art. 18 – La situation de l'usager impose souvent la nécessité soit d'une concertation interdisciplinaire, soit de faire appel à un dispositif partenarial mettant en présence des acteurs sociaux diversifiés ou de multiples institutions. L'Assistant de Service Social limite alors les informations personnalisées qu'il apporte aux seuls éléments qu'il estime strictement indispensables à la poursuite de l'objectif commun, dans le respect des articles 11 et 12 du présent Code.

Art. 19 – Dans ces instances, l'Assistant de Service Social veille plus particulièrement à la confidentialité des informations conformément au droit des usagers.

Art. 20 – L'Assistant de Service Social n'est délié d'aucune de ses obligations envers l'usager, quelle que soit la forme d'action commune et quels que soient les intervenants, même soumis au secret professionnel selon les termes de l'art. 226-13 du Code pénal.

TITRE III : OBLIGATIONS ENVERS LES ORGANISMES EMPLOYEURS

Art. 21 – L'Assistant de Service Social rend compte régulièrement de son activité aux responsables de son organisme employeur. Il le fait dans la forme la mieux adaptée au contexte dans lequel il s'insère, et dans les limites compatibles avec le secret professionnel et les objectifs généraux de sa profession.

Art. 22 – L'Assistant de Service Social assume la responsabilité du choix et de l'application des techniques intéressant ses relations professionnelles avec les personnes. Il fait connaître à l'employeur les conditions et les moyens indispensables à l'intervention sociale qui lui est confiée. De même, il se doit de signaler tout ce qui y fait entrave. De ce fait, il ne peut être tenu pour responsable des conséquences d'une insuffisance de moyens ou d'un défaut d'organisation du service qui l'emploie.

Art. 23 – Il entre dans la mission de l'Assistant de Service Social d'apporter aux responsables de son organisme employeur, les éléments susceptibles d'éclairer les décisions en matière de politique d'action sociale.

TITRE IV : OBLIGATIONS ENVERS LA PROFESSION

Art. 24 – Les objectifs de la profession et la façon dont ils sont pratiquement mis en œuvre, doivent faire l'objet d'études et de réflexions constantes de la part des Assistant de Service Social, pour assurer la qualité du service rendu à l'usager.

Art. 25 – L'Assistant de Service Social a l'obligation de contribuer à l'évolution constante de sa profession dans un souci d'ajustement aux évolutions de la société.

Art. 26 – L'Assistant de Service Social doit avoir une attitude de confraternité à l'égard de ses collègues. Il observera les devoirs de l'entraide professionnelle et s'abstiendra de tout acte ou propos susceptible de leur nuire.

TITRE V : SANCTIONS

Art. 27 – Les manquements graves aux dispositions du présent Code relèvent de la Commission de contrôle, constituée dans le cadre des statuts de l'Association (art. 5, 19 et 20).

ANNEXE N°2 :

1. Le partenariat dans le cadre de l'inter-régime

Cet objectif s'est particulièrement réalisé dans 2 régions le Centre et le Nord.

Dans le Centre

Depuis 2010, une convention signée entre la CARSAT Rhône-Alpes et la CARMI Centre avait permis à son service social d'assurer, contre rémunération, les évaluations globales des besoins des retraités du régime général résidant sur des communes de la couronne Stéphanoise, où la concentration de population minière est également importante.
Forte de la reconnaissance du savoir-faire de son service social, l'ANGDM a poursuivi sa coopération dans le dispositif « inter-régimes ».
Une convention signée le 9 juillet 2013 pour la région Rhône-Alpes entre les caisses de retraite du régime général (CARSAT), du régime agricole (MSA), du régime des indépendants (RSI), du régime minier (CANSSM) et l'ANGDM autorise des structures évaluatrices (dont le service social de l'Agence) à réaliser des évaluations des besoins sur un territoire géographique déterminé, quel que soit le régime d'appartenance de la personne.

En 2015, le service social de la région Centre a réalisé 244 évaluations pour la CARSAT, dans le cadre de cette convention.
Le groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) permet de développer une nouvelle mission, complémentaire des activités propres à la population minière. L'offre de services, différente pour chaque organisme, nécessite une adaptabilité importante de la part des évaluatrices. Prochainement, l'extension aux retraités des régimes particuliers (CNRACL et EDF-GDF) est envisagée.

Dans le Nord
Dans le cadre de l'inter régime, le *DIREVP* réalise l'évaluation des besoins dans le cadre des prestations d'Action Sanitaire et Sociale - Vieillesse pour le maintien à domicile des personnes âgées. A ce titre, il est le partenaire privilégié de la prise en charge globale et coordonnée de l'offre de santé sur le territoire de la CARMI.

La Convention Constitutive du DIREVP (Dispositif inter-régimes d'évaluation et de prévention) a été signée le 16 juin 2011 par l'ensemble des Présidents et Directeurs de la MSA Nord – Pas-de-Calais et Picardie, du RSI Nord – Pas-de-Calais et Picardie, de la CARMI et de la CARSAT Nord – Picardie qui en sont les membres fondateurs. Le dossier juridique Groupement de Coopération Social et Médico-Social (GCSMS) a été transmis à la Préfecture du Pas-de-Calais pour approbation et enregistrement au registre des actes administratifs.

Le Bureau du Conseil d'Administration de la CARMI avait décidé de confier au Groupement les évaluations réalisées *hors territoire* de santé de la CARMI. En 2015 ce sont 95 évaluations que le DIREVP a effectué pour l'agence.

2. Le partenariat avec les Conseils Départementaux

Les conseils départementaux ont reconnu le savoir-faire du service social de l'ANGDM dans le domaine gérontologique et lui ont confié le soin d'évaluer et de mettre en œuvre les plans d'aide APA, pour tout public (dans le Nord, la Moselle et les Bouches-du-Rhône) ou pour les ressortissants du régime minier (en Meurthe et Moselle et dans la Loire)

Ce travail n'est pas rémunéré par les conseils départementaux mais fait l'objet d'une convention. Dans la Meurthe et Moselle les évaluations sont maintenues. Ce sont 259 évaluations qui ont été réalisées à ce titre en 2015, dans la région Est.

Dans le Nord après une interruption de 2 ans et demi, les évaluations ont repris en octobre 2014 pour les bénéficiaires du régime minier uniquement. Cependant, l'expertise du service social de l'agence en matière gérontologique et dans l'accompagnement du projet de vie des personnes âgées ont amené le conseil départemental du Pas-de-Calais à intégrer le service social dans les commissions où sont examinées les situations complexes et celles de personnes particulièrement vulnérables. Ce savoir-faire est à valoriser dans la convention de partenariat. En 2015, 207 évaluations ont été réalisées.

La CARMI Sud-Est a dénoncé la convention et les évaluations ne sont plus réalisées dans les Bouches-du-Rhône. Dans le Centre la convention n'a pas été renouvelée à son terme et le partenariat est interrompu dans la Loire.