



---

**Master 2**  
**Pilotage des politiques et actions en santé**  
**publique**

Promotion : **2014-2015**

**Évaluation du Plan d'Action Sanitaire et**  
**Sociale 2011-2016**

---

Blandine JUBAULT  
07/07/2015

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier,

Monsieur Dominique Sabel, responsable de l'Action Sociale, pour m'avoir fait partager ses connaissances personnelles, accueilli, suivi et fait confiance pendant le stage,

Toute l'équipe du service Action Sociale Portes de Bretagne pour leur accueil et leur bienveillance à mon égard et notamment :

Madeleine Le Cam, Catherine Genin et Tatiana Bergeon pour leur sympathie et leur éclairage lors de mes interrogations et pour m'avoir fait découvrir leur métier,

Marie Andrée Richard pour m'avoir fait connaître son univers,

Thérèse Lemarchand et Charlotte Chevrel pour leur sympathie et bienveillance à mon égard,

Elisabeth Loret pour son aide et ses conseils,

L'ensemble des professionnels de la MSA ainsi que les partenaires et usagers que j'ai pu rencontré et qui ont accepté de répondre à mes questions et qui, par leurs réponses, ont contribué à la réalisation de ce mémoire,

L'équipe pédagogique du Master PPASP pour leur écoute durant cette année de Master 2 et notamment Jean-Marie André, François-Xavier Schweyer, Philippe Leroy et Régine Maffei.

---

# Sommaire

---

Introduction.....	6
Les questionnements préalables.....	9
Méthode.....	9
Sources d'information.....	9
Enjeux de l'évaluation.....	10
<b>Partie 1 : rapport de missions.....</b>	<b>11</b>
I. Evaluation quantitative des moyens consacrés à l'ASS : évolution 2011-2015.....	11
1. Budget et dépenses de l'Action Sociale.....	11
a. Budget.....	11
b. Dépenses.....	13
c. Le nombre total d'ETP consacrés à l'action sociale.....	14
2. Aides individuelles : évolution 2011-2014 par axe.....	14
a. Budget par axe du plan : évolution par année et répartition par axe.....	14
b. Dépenses par axe du plan.....	16
c. Prêts aux assurés.....	16
d. Utilisation des chèques de services.....	17
e. Bénéficiaires des prestations d'Action Sociale.....	18
3. Aides collectives par axe : subventions et prêts.....	19
4. Moyens humains : effectifs de personnels.....	21
5. Bénéficiaires d'une intervention d'Action Sociale.....	22
6. Evolution de la population agricole assurée à la MSA des Portes de Bretagne : 2008-2014.....	23
a. Nombre de salariés.....	23
b. Nombre d'exploitants agricoles.....	24
c. Nombre de retraités à titre principal.....	25
7. Interventions des travailleurs sociaux.....	26
a. Le socle commun du travail social en MSA en 2012.....	26



---

## Liste des sigles utilisés

---

ADAVI 56	Association Départementale d'Aide aux Victimes d'Infractions du Morbihan
ADIEPH	Association pour le Développement de l'Insertion et l'Emploi des Personnes Handicapées du Morbihan
AADPA	Aide à Domicile pour Personne Âgée
AEEH	Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
AES	Avenir En Soi
AGEFIPH	Association de Gestion du Fond pour l'Insertion des Personnes Handicapées
AJE	Aide à la Jeunesse et à l'Enfance
ALCAT 56	Accessibilité du Logement et Conseils en Aides Techniques dans le Morbihan
ALSH	Accueil de Loisirs Sans Hébergement
ARPIJ	Action de Remobilisation Professionnelle en période d'Indemnités Journalières
ASAVPA	Association des Salariés de l'Agriculture pour la Vulgarisation du Progrès Agricole
ASS	Action Sanitaire et Sociale
ATESE	Appui Technique Economique Social aux Exploitants d'Ille-et-Vilaine
CAF	Caisse d'Allocation Familiale
CAMIEG	Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de Santé Au Travail
CASS	Comité d'Action Sanitaire et Sociale
CCMSA	Caisse Centrale de la MSA
CDAS	Centre Départemental d'Action Sociale
CDST	Contrat de Développement Social Territorialisé
CEJ	Contrat Enfance Jeunesse
CERG	Commission d'Etude et de Recours Gracieux
CG	Conseil Général
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
COG	Convention d'Objectifs et de Gestion

DDJS	Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports
DIE	Direction de l'Insertion et de l'Emploi
EADP	Entretien Annuel de Développement Personnel
EAS	Espace Autonomie Seniors
ETP	Equivalent Temps Plein
FAMEXA	Fond social de l'Assurance Maladie des Exploitants Agricoles
FDCH	Fond Départemental de Compensation du Handicap
FOSODA	Fond Social Départemental Agricole
FSL	Fond de Solidarité pour le Logement
HAD	Hospitalisation A Domicile
IJ	Indemnités Journalières
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie
MARPA	Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées
MOAIJ	Module d'Orientation Adapté durant les Indemnités Journalières
MSA	Mutualité Sociale Agricole
NSA	Non Salarié Agricole
PAJE	Prestation d'Accueil du Jeune Enfant
PASD	Prestation d'Aide et de Soutien à Domicile
PASS	Plan d'Action Sanitaire et Sociale
PI	Pension d'Invalidité
PIAM	Prime d'Installation des Assistant(e)s Maternel(le)s
PSU	Prestation de Service Unique
RPS	Risques Psycho-Sociaux
RSA	Revenu de Solidarité Active
RSI	Régime Social des Indépendants
SA	Salarié Agricole
SST	Santé Sécurité au Travail
TS	Travailleur Social
UDAF	Union Départementale des Associations Familiales
UMSAO	Union Mutualiste Sociale Agricole de l'Ouest

## Introduction

Né d'un refus : celui des agriculteurs de se fondre anonymement dans le régime général de protection sociale voulu par le gouvernement de l'entre-deux-guerres<sup>1</sup>, la Mutualité Sociale Agricole (MSA) est aujourd'hui le deuxième régime de protection sociale en France. Elle couvre l'ensemble de la population agricole et des ayants droit non salariés et salariés, gère la protection sociale de façon globale en versant à ses 5,4 millions d'assurés<sup>2</sup> toutes les prestations sociales auxquelles ils ont droit, (soit 27,4 milliards d'euros de prestations versées<sup>3</sup>), elle assure enfin le recouvrement des cotisations.

Le 1<sup>er</sup> avril 2010, les caisses de la MSA d'Ille et Vilaine et du Morbihan ont fusionné en MSA Portes de Bretagne qui compte actuellement 238 000 assurés et verse 937,5 millions d'euros de prestations<sup>4</sup>.

À ce jour, 579 salariés<sup>5</sup> (296 en Ille et Vilaine et 283 dans le Morbihan) dont des agents extérieurs (conseillers en prévention, inspecteurs, contrôleurs, conseillères à l'accueil etc.), ainsi que les 33 travailleurs sociaux (18 en Ille et Vilaine et 15 dans le Morbihan), contribuent à rendre service aux adhérents<sup>6</sup>.

La MSA Portes de Bretagne, comme les autres caisses de France, fonctionne sur un mode démocratique : ce sont ses assurés qui élisent les délégués cantonaux issus de la population agricole qui les représenteront pendant cinq ans. Pour le mandat 2015-2020, ils sont 662 à jouer un rôle important de «relais» entre la MSA et les adhérents. Parmi eux, des administrateurs sont désignés afin de veiller à l'application des politiques institutionnelles et fixer les orientations de gestion en liaison avec la Direction qui en assure la mise en oeuvre. Actuellement, le Conseil d'Administration (CA) de la MSA Portes de Bretagne se compose de 27 administrateurs élus et présidés depuis le 18 mars 2015 par Monsieur Didier Le Pimpec.

---

<sup>1</sup> Moingeon G., *La graine et le sillon : Histoire de la Mutualité Sociale Agricole du Morbihan*, Cheminements, 2000.

<sup>2</sup> Rapport d'activité 2014 MSA Portes de Bretagne.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> Soit les agents de direction, les médecins, les cadres et les employés.

<sup>6</sup> Effectifs en CDI au 16/06/2015 communiqués par le service Ressources Humaines de la MSA Portes de Bretagne.

Le décret n°85-192 du 11 février 1985 vient légitimer et préciser l'Action Sociale, en confiant à la MSA, et plus particulièrement aux conseils d'Administrations des caisses, l'obligation de mettre en oeuvre une action sanitaire et sociale au profit des ressortissants agricoles du régime. Ce texte qui précise l'objet, le financement, les compétences et les formes d'intervention est très peu novateur et s'inscrit dans une vision très traditionnelle de l'Action Sociale. En effet, c'est surtout la Caisse Centrale de la MSA (CCMSA) et les caisses départementales qui feront tout un travail de réflexion, de conceptualisation et de méthodologie dans ce domaine.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale définit l'action sociale et médico-sociale et inscrit les organismes de sécurité sociale telle que la MSA comme acteurs important de mise en oeuvre de l'action sociale. Ainsi, en complément de la couverture légale, la MSA mène une politique d'Action Sanitaire et Sociale (ASS) afin d'apporter un soutien aux assurés agricoles représentés par les élus ou de faciliter certaines périodes de l'existence en intervenant sur la prévention et le repérage précoce des situations difficiles. Le pilotage de l'Etat sur l'évaluation et la qualité prend alors de l'importance dans les 31 000 établissements et services relevant de la loi du 2 janvier 2002<sup>7</sup>.

Cette loi demande notamment des autoévaluations tous les cinq ans et je vais participer à l'une d'entre elles. C'est au sein du service Action Sociale de la MSA Portes de Bretagne que s'est déroulée ma mission de stage. Elaboré par les élus (administrateurs et délégués) et les personnels de la MSA des Portes de Bretagne, le Plan d'Action Sanitaire et Sociale dont j'ai pour mission l'évaluation concrétise la politique d'action sanitaire et sociale que le Conseil d'Administration va mener de 2011 à 2016. Le plan se décline selon les cinq axes suivant :

- **Axe 1 Familles** : les conforter dans leur fonction parentale
- **Axe 2 Jeunes** : encourager leur autonomie et leur responsabilisation
- **Axe 3 Handicap** : contribuer à leur insertion sociale et/ou professionnelle
- **Axe 4 Actifs** : les accompagner dans un monde agricole en mutation
- **Axe 5 Seniors** : favoriser les conditions du « Bien Vieillir »

La politique d'action sanitaire et sociale de la MSA Portes de Bretagne est définie pour une période en principe de 5 ans (correspond à la durée du mandat des élus). Le plan actuel couvre la période 2011-2016, soit plus de 5 ans compte tenu des élections en 2015. L'année 2016 est

---

<sup>7</sup>Gacoïn D, *Conduire des projets en action sociale*, Paris, Dunod, 2006, 252 pages.



une année de transition permettant aux nouveaux élus de s'approprier l'Action Sociale pendant une année avant d'élaborer un nouveau plan. Dans la perspective de l'élaboration d'un nouveau plan pour la période 2017-2021, l'évaluation du plan précédent est un préalable nécessaire. Effectivement, cette évaluation va permettre à la fois sur les plans quantitatif et qualitatif, de mieux apprécier les réalisations, les moyens déployés et leurs effets pour la période 2011-2014 (2015 pour le budget prévisionnel), ainsi que l'environnement démographique et institutionnel dans lesquels s'inscrit et se met en œuvre cette politique. L'évaluation du plan permettra, également, de mieux définir les orientations et objectifs du futur plan et de l'adapter aux évolutions et au contexte. Elle sera présentée en septembre prochain au Comité d'Action Sanitaire et Sociale (CASS) plénier.

L'évaluation nous a été rapportée du continent nord-américain et des Etats-Unis notamment avec le développement des sciences sociales au début du 20e siècle. Elle s'est alors développée progressivement en Europe dès les années 1960 puis a gagné la France en 1968 avec la mise en oeuvre de la RCB (Rationalisation des Choix Budgétaires). Il s'agit de la première forme d'évaluation mise en oeuvre au niveau des politiques publiques. Cette méthode se développera jusqu'en 1984 puis sera abandonnée car jugée trop lourde. Dans les organismes de protection sociale français, l'évaluation est apparue avec la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) conclue avec l'Etat et a atteint petit à petit l'action sociale.

*« L'évaluation n'est pas à penser, dans une première acceptation comme un regard sur les résultats, mais une démarche d'amélioration des moyens, des actions, du service et de la relation avec l'utilisateur<sup>8</sup>. »* C'est pourquoi, afin de mesurer le degré d'atteinte des objectifs du Plan d'Action Sanitaire et Sociale, il a été décidé non pas de faire l'évaluation des résultats mais plutôt de réaliser une évaluation des moyens. Aucun critère d'évaluation n'a donc été défini. Le but de cette évaluation est donc de déterminer si les objectifs ont été atteints et quelles actions ont été mises en place. Nous ne mesurerons pas des résultats mais les moyens mis en œuvre. Ce rapport de mission s'attachera à présenter l'évaluation quantitative des moyens consacrés à l'Action Sociale et l'évaluation qualitative menée à travers des entretiens auprès de partenaires, professionnels de la caisse, élus et assurés, puis sera complétée par une analyse réflexive.

---

<sup>8</sup> Gacoin D, op. cit.

## **Les questionnements préalables**

Le Plan d'Action Sanitaire et Sociale a-t-il atteint ses objectifs ? Peut-on mesurer ce degré d'atteinte ? Est-ce que les objectifs du plan se sont traduits concrètement dans des actions ? Lesquelles ? Depuis 2011, quels moyens (financiers, sociaux et humains) ont été consacrés à l'Action Sociale de la MSA des Portes de Bretagne ? Comment valoriser les actions collectives menées par les TS ? Quels liens l'action sociale a-t-elle avec les autres services de la caisse ? Avec ses partenaires ? Comment est-elle perçue par ses assurés, partenaires et élus ? En sont-ils satisfaits ? Quel est le rôle des délégués et comment perçoivent-ils l'Action Sociale ?

## **Méthode**

Pour réaliser cette évaluation, mon travail s'est décomposé en plusieurs étapes. Tout d'abord, une phase d'imprégnation du contexte et du contenu du plan d'ASS, d'analyse de la commande et du travail, à travers des lectures et des recherches documentaires notamment sur l'histoire de la MSA et de l'ASS. Très vite, j'ai alors pu commencer l'évaluation quantitative des moyens consacrés à l'ASS sur la période 2011-2014. Ensuite, j'ai réalisé l'évaluation qualitative en menant des entretiens auprès des personnes concernées par le plan (professionnels de la caisse, élus, partenaires et assurés). Bien entendu, mon travail ne porte pas sur une « *opposition scolaire entre les méthodes dites quantitatives et les méthodes dites qualitatives*<sup>9</sup> », loin de moi cette idée puisque comme le dit si bien Dominique Schnapper : « *Aucune méthode n'est en tant que telle supérieure à une autre, elle est simplement plus ou moins efficace selon l'objet de la recherche*<sup>10</sup> ». Enfin, j'ai terminé par l'analyse puis la rédaction de ce rapport d'évaluation. Parallèlement à ça, j'ai bien sûr participé à la vie du service et aux relations extérieures.

## **Sources d'information**

Pour l'évaluation quantitative, mes principales sources d'informations ont été le budget d'ASS, des requêtes informatiques fournis par le service informatique, l'outil social informatisé DOSOC qui m'a fourni les statistiques d'activité des travailleurs sociaux, le service comptabilité pour les prêts, le service communication pour les documents généraux (rapports d'activités de la MSA), le coordonnateur du pôle Prestations d'Action Sanitaire et Sociale (PASS) qui m'a fourni les documents portant sur les prises en charge par la MSA des heures

---

<sup>9</sup> Schnapper D., *La compréhension sociologique : Démarche de l'analyse typologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1999, 146 pages.

<sup>10</sup> Ibid.

d'aides à domicile accordées pour un traitement oncologique ainsi que d'un garde malade à domicile lors d'une HAD. J'ai également pu m'entretenir avec la Chargée de mission d'appui au pilotage et au management pour qu'elle m'explique la COG. Pour l'évaluation qualitative, la liste des personnes interrogées est présentée dans l'Annexe n°2. Aussi, j'ai complété mon travail par des lectures notamment sur le travail social et sur l'évaluation.

### **Enjeux de l'évaluation**

J'ai été la première personne à me consacrer à temps plein à la réalisation de cette évaluation et à construire un outil de suivi du Plan d'Action Sanitaire Sociale. Le but de cette évaluation est également, en plus de faire le bilan des moyens consacrés à l'Action Sociale, de dégager un volet « Santé ». Aussi, l'évaluation est un temps pour mobiliser voire remobiliser les acteurs et les partenaires tout au long du processus. Enfin, elle a un rôle d'aide à la décision puisqu'elle doit ouvrir des pistes de travail et de réflexion pour le futur plan.

## Partie 1 : rapport de missions

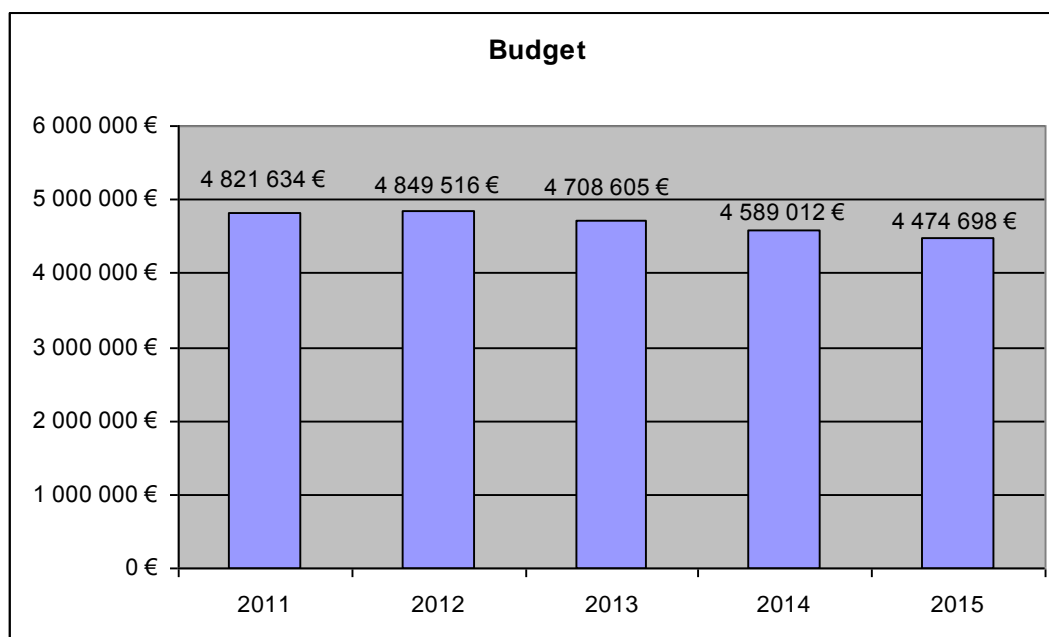
### I. Evaluation quantitative des moyens consacrés à l'ASS : évolution 2011-2015

#### 1. Budget et dépenses de l'Action Sociale

##### a. Budget

Le budget de l'ASS représente les dépenses techniques de prestations financées par une allocation de la CCMSA. Il est voté par le conseil d'administration suite à la présentation par la Commission d'Action Sanitaire et Sociale et est financé par une allocation : le fond d'Action Sanitaire et Sociale qui provient des cotisations des assurés. C'est donc la profession agricole qui finance son Action Sociale.

Figure n°1 : Evolution du budget d'ASS<sup>11</sup>



Le budget de l'ASS a été globalement stable de 2011 à 2014. Les missions publiques n'ont pas été intégrées dans le budget. En effet, le droit de tirage pour 2015 n'est pas encore connu dans son intégralité puisque certaines missions publiques sont notifiées en cours d'année (c'est le cas des Contrats Enfance Jeunesse).

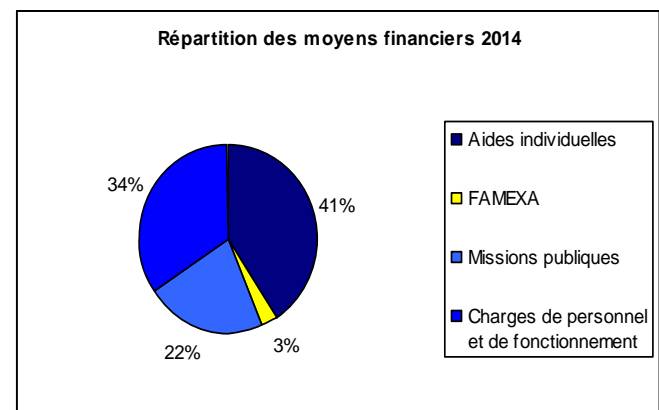
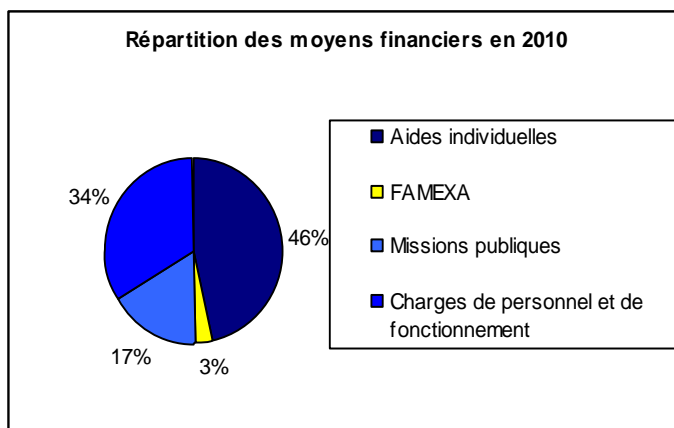
<sup>11</sup> Données tirées de Suivi\_budgetASS\_2011\_2012\_2013\_2014.xls et Suivi\_budgetASS\_2015.xls

Tableau n°1 : Budget de l'ASS<sup>12</sup>

BUDGET	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution 11/14	Evolution 11/15
Aides individuelles	4 149 000 €	4 191 500 €	4 058 000 €	3 958 100 €	4 109 698 €	-4,6%	-0,9%
FAMEXA	274 634 €	280 091 €	278 605 €	251 912 €	0 €	-8,3%	
Aides collectives	398 000 €	377 925 €	372 000 €	379 000 €	365 000 €	-4,8%	-8,3%
<b>Total budget ASS fonds propres</b>	<b>4 821 634 €</b>	<b>4 849 516 €</b>	<b>4 708 605 €</b>	<b>4 589 012 €</b>	<b>4 474 698 €</b>	<b>-4,8%</b>	<b>-7,2%</b>
+ Missions publiques (droit de tirage)	1 861 155 €	2 025 425 €	1 941 528 €	2 132 446 €	1 003 402 €	14,6%	
<b>= Total budget ASS + MP</b>	<b>6 682 789 €</b>	<b>6 874 941 €</b>	<b>6 650 133 €</b>	<b>6 721 458 €</b>	<b>5 478 100 €</b>	<b>0,6%</b>	<b>-18,0%</b>

Globalement, le budget d'Action Sociale est à la baisse depuis 2011. En effet, celui-ci a été réduit de 18% entre 2011 et 2015. Les prestations individuelles ont été réduites de 4,6% entre 2011 et 2014 et de 0,9% entre 2011 et 2015. La seule hausse du budget entre 2011 et 2014 concerne les missions publiques. L'évolution de ces dernières ne pas être calculée actuellement puisque, comme dit précédemment certaines missions publiques sont notifiées en cours d'années. Le budget 2015 de 1 003 402 € va donc être revu à la hausse durant l'année.

Figures n°2 et n°3 : Répartition des moyens financiers en 2010 et en 2014<sup>13</sup>

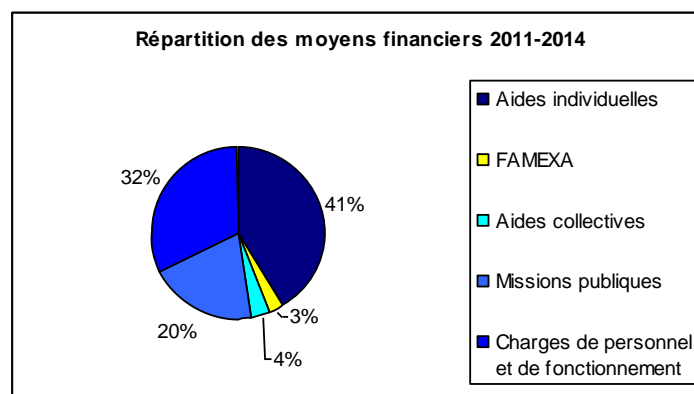


En 2010 et en 2014, la répartition des moyens financiers était quasi-identique. La seule différence tient à une baisse de 5 points des aides individuelles et à une hausse de 5 points des missions publiques.

<sup>12</sup> Suivi\_budgetASS\_2011\_2012\_2013\_2014.xls et Suivi\_budgetASS\_2015.xls

<sup>13</sup> Source : 4<sup>e</sup> de couverture du Plan d'action sanitaire et social 2011-2016 et budget ASS 2011\_2012\_2013\_2014

Figure n°4 : Répartition des moyens financiers sur la période 2011-2014<sup>14</sup>



Sur la période 2011-2014, nous pouvons constater que les moyens financiers sont principalement répartis entre les aides individuelles, les charges de personnels et de fonctionnement et les missions publiques. Le Conseil d'Administration a fait le choix politique de consacrer la part la plus importante du budget aux aides individuelles.

#### b. Dépenses

Tableau n° 2 : Dépenses de l'ASS<sup>15</sup>

DÉPENSES	2011	2012	2013	2014	Evolution 11/14
Aides individuelles	4 151 316 €	4 036 344 €	3 769 152 €	3 989 660 €	-3,9%
FAMEXA	274 634 €	264 542 €	276 942 €	207 933 €	-24,3%
Aides collectives	362 909 €	363 730 €	370 131 €	458 844 €	26,4%
<b>Total dépenses ASS</b>	<b>4 788 860 €</b>	<b>4 664 616 €</b>	<b>4 416 224 €</b>	<b>4 656 437 €</b>	<b>-2,8%</b>

Tableau n°3 : Consommation du budget<sup>16</sup>

	2011	2012	2013	2014
Consommation du budget	99%	96%	94%	100%

En comparant le budget et les dépenses, nous pouvons remarquer que jusqu'avant 2014, le budget n'était jamais entièrement consommé. Il a été consommé à hauteur de 99% en 2011, 96% en 2012, 94% en 2013 et 101% en 2014.

<sup>14</sup> Données tirées du document de suivi du budget ASS 2011\_2012\_2013\_2014

<sup>15</sup> Données tirées du document de Suivi\_budgetASS\_2011\_2012\_2013\_2014.xls et Suivi\_budgetASS\_31122014.xls

<sup>16</sup> La consommation du budget a été calculée en faisant le total du budget d'ASS moins le total des dépenses d'ASS (hors missions publiques).

### c. Le nombre total d'Equivalent Temps Plein (ETP) consacrés à l'ASS

Tableau n°4 : Nombre total d'ETP consacré à l'ASS<sup>17</sup>

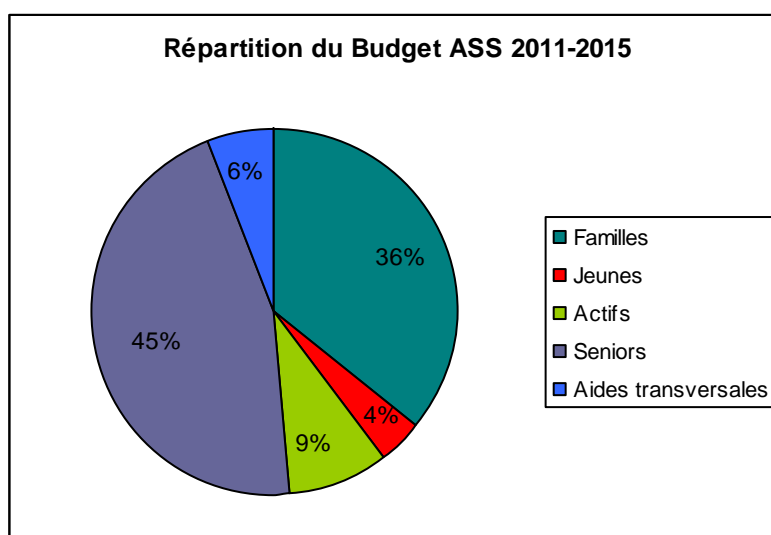
	2011	2012	2013	2014	Moyenne 11-14	Evolution
<b>Total ETP</b>	50,3	48,6	48,8	48,5	49,0	-3,7%

Sur la période 2011-2014, le nombre d'ETP a été réduit de 3,7% passant de 50,3 en 2011 à 48,5 en 2014.

## 2. Aides individuelles : évolution 2011-2015 par axe

### a. Budget par axe du plan : évolution par année et répartition par axe

Figure n°5 : Répartition par axe du budget d'ASS entre 2011 et 2015<sup>18</sup>



Sur ce graphique sont représentés les différents axes du plan d'ASS 2011-2016. Dans le suivi du budget, l'axe 3 Handicap est manquant et un nouvel axe apparaît : celui des aides transversales. Présentent dans le plan d'ASS, ces dernières regroupent les aides à caractère sanitaire et social ainsi que les aides individuelles liées à la précarité. Nous pouvons voir que presque la moitié du budget d'ASS est utilisé en direction des Seniors, puis en direction des Familles à hauteur de 36%. Les parts consacrées aux Actifs et aux Jeunes sont respectivement de 8% et 4%.

<sup>17</sup> Données tirées du tableau des effectifs ASS réseau MSA

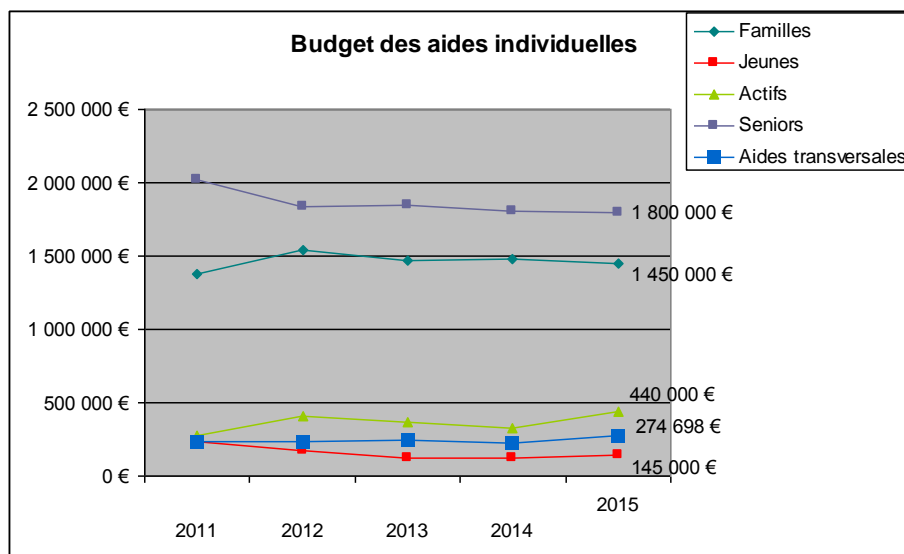
<sup>18</sup> Données tirées du document de suivi du budget ASS 2011\_2012\_2013\_2014 + budget 2015

Tableau n°5 : Budget d'ASS par axe (montant et part consacré à chaque axe)<sup>19</sup>

BUDGET ASS	2011	2012	2013	2014	2015	Moyenne (en €) et évolution (en %) de 2011 à 2015
<b>FAMILLES</b>	1 380 000 € 33,3%	1 545 500 € 36,9%	1 473 000 € 36,3%	1 484 000 € 37,5%	1 450 000 € 35,3%	1 466 500 € <b>5,1%</b>
<b>JEUNES</b>	233 000 € 5,6%	172 000 € 4,1%	123 000 € 3,0%	124 000 € 3,1%	145 000 € 3,5%	159 400 € <b>- 37,8%</b>
<b>ACTIFS</b>	280 000 € 6,7%	407 000 € 9,7%	363 000 € 8,9%	327 000 € 8,3%	440 000 € 10,7%	363 400 € <b>57,1%</b>
<b>SENIORS</b>	2 017 000 € 48,6%	1 837 000 € 43,8%	1 849 000 € 45,6%	1 803 000 € 45,6%	1 800 000 € 43,8%	1 861 200 € <b>- 10,8%</b>
<b>AIDES TRANSVERSALES</b>	239 000 € 5,8%	230 000 € 5,5%	250 000 € 6,2%	220 100 € 5,6%	274 698 € 6,7%	242 760 € <b>14,9%</b>
<b>TOTAL AIDES INDIVIDUELLES</b>	4 149 000 € 100%	4 191 500 € 100%	4 058 000 € 100%	3 958 100 € 100%	4 109 698 € 100%	4 093 260 € <b>- 0,9%</b>

Concernant les aides individuelles, le budget d'ASS a globalement été réduit de 0,9% de 2011 à 2015. L'effort budgétaire est plus important en direction des Actifs (+57,1%) et Familles (+5,1%) que des Jeunes (-37,8%) et des Seniors (-10,8%). Les aides en direction des Jeunes sont fortement en baisse et il faut se poser la question de la politique d'ASS en direction de cette population. Aussi, il est difficile d'identifier les jeunes du régime agricole. Le budget d'ASS consacré aux aides transversales est quant à lui à la hausse en 2015.

Figure n°6 : Budget par axe du plan<sup>20</sup>



Comme nous l'avons vu précédemment le budget d'ASS est majoritairement utilisé en direction des Seniors et des Familles, bien qu'une baisse du budget pour les Seniors depuis 2011 est observée.

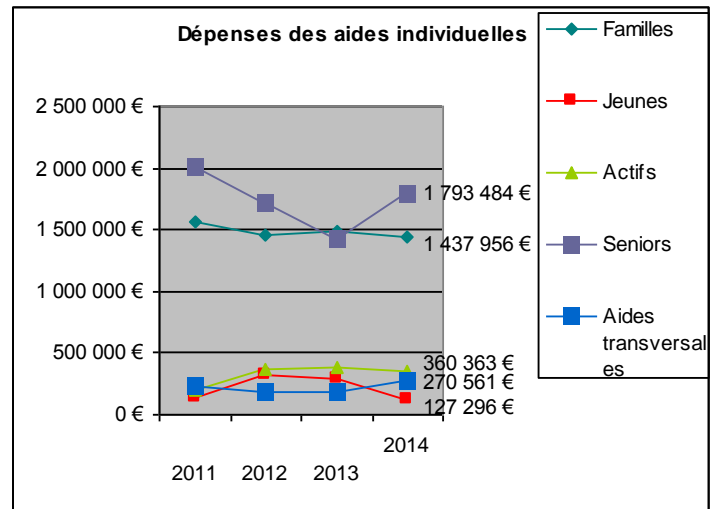
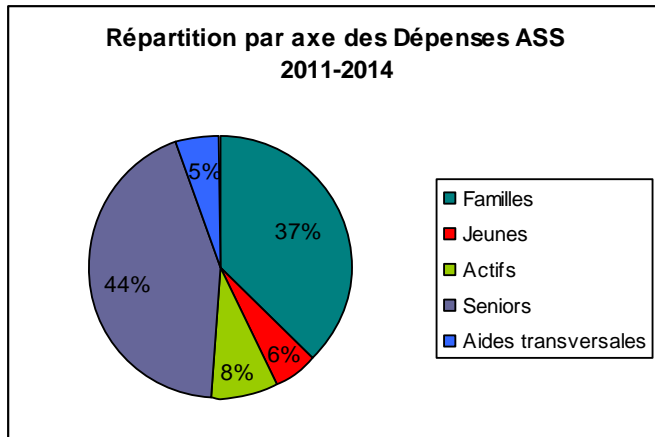
<sup>19</sup> Données tirées du document de suivi du budget ASS 2011\_2012\_2013\_2014

<sup>20</sup> Ibid.



## b. Dépenses par axe du plan

Figures n°7 et n° 8: Répartition par axe des dépenses d'ASS entre 2011 et 2014<sup>21</sup> et Dépenses par axe des aides individuelles<sup>22</sup>

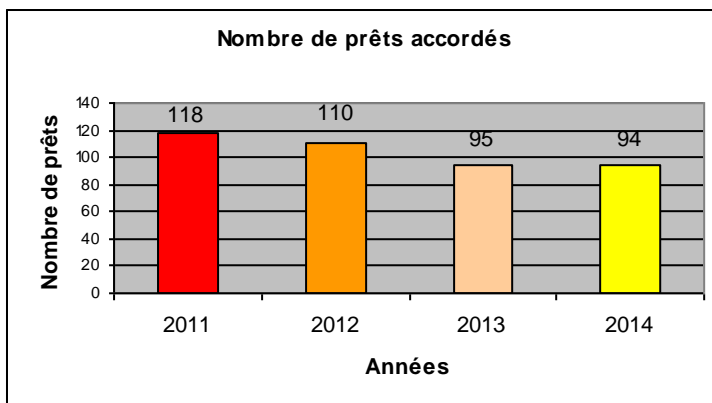


Nous pouvons remarquer que la répartition par axe des dépenses d'Action Sociale suit la répartition par axe du budget d'Action Sociale.

## c. Prêts aux assurés

Les prêts sociaux aux assurés sont accordés sur la Trésorerie de la caisse et non sur le budget d'Action Sociale. Ils sont utilisés par les familles ou les retraités pour l'équipement ménager, la construction ou l'habitat. Il n'y a pas d'intérêt d'appliqué sur ces prêts. Pour en bénéficier, les assurés sont soumis à plusieurs conditions notamment de ressources.

Figure n° 9 : Nombre de prêts accordés aux assurés<sup>23</sup>



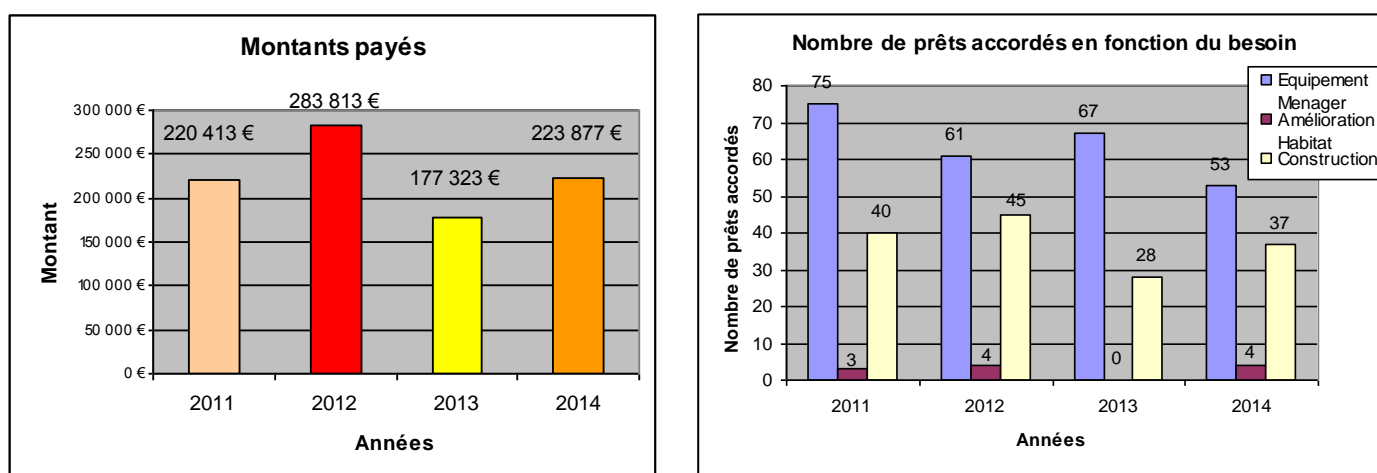
Le nombre de prêts accordés aux assurés a été réduit de 2011 à 2014.

<sup>21</sup> Données tirées du document de suivi du budget ASS 2011\_2012\_2013\_2014

<sup>22</sup> Ibid

<sup>23</sup> Requête par année et par type de prêts pour les années 2011 à 2014

Figures n° 10 et n° 11: Montants payés et nombre de prêts accordés en fonction du besoin



Les montants payés ont été plus importants en 2012 et en 2014. Les prêts accordés aux assurés sont dans la majorité des cas destinés à l'achat d'équipements ménagers, puis viennent les prêts pour des constructions. Quant aux prêts pour améliorer l'habitat ils restent à la marge.

#### d. Utilisation des chèques de services

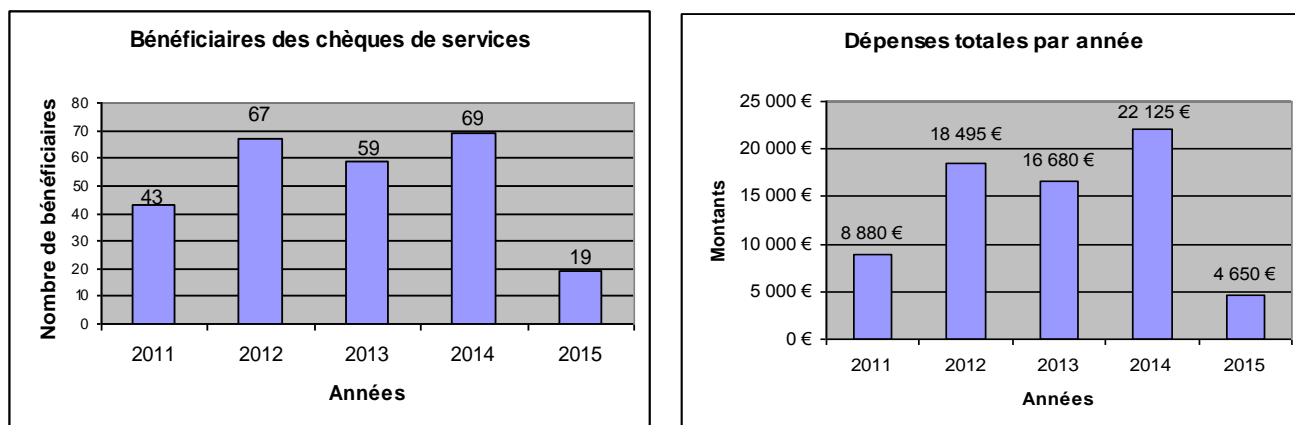
Le chèque de service est une aide financière immédiate accordée aux personnes en situation de besoin. Ces chèques permettent aux bénéficiaires d'acheter, en toute liberté, des biens et des services nécessaires à la vie quotidienne (Alimentation et Hygiène). Très banalisé pour ne pas stigmatiser les personnes, ce dispositif s'inscrit fortement dans la Lutte contre l'exclusion. Auparavant, seul le Morbihan offrait des chèques de services à ses assurés dans le besoin. Puis, en 2011, le dispositif a été étendu aux deux départements, ce qui explique la hausse du nombre de bénéficiaires. Aujourd'hui, les chèques de services sont utilisés à hauteur de 6 000 € pour les secours d'urgence.

Tableau n° 6 : Utilisation des chèques de services

	Nombre de bénéficiaires	Dépenses totales	Montant moyens
<b>2011</b>	43	8 880€	185€
<b>2012</b>	67	18 495 €	231€
<b>2013</b>	59	16 680 €	269€
<b>2014</b>	69	22 125€	267 €
<b>2015<sup>24</sup></b>	19	4650€	245€

<sup>24</sup> Données au 11 mars 2015

Figures n° 12 et n°13 : Nombre de bénéficiaires des chèques services par année<sup>25</sup> et Montant des dépenses totales par année<sup>26</sup>.



Hormis en 2013, le nombre de bénéficiaires de chèques de services augmente depuis 2011 en raison de l'étendue du dispositif aux deux caisses. L'évolution des dépenses totales suit celle du nombre de bénéficiaires avec une augmentation des dépenses de 2011 à 2012 et de 2013 à 2014. Cela peut s'expliquer par le fait que le CASS attribue de plus en plus de chèques de service, ou bien, la question se pose de la hausse du nombre de personnes en situation de précarité et de la réduction des aides du Conseil Départemental.

#### e. Bénéficiaires des prestations d'Action Sociale

prestations d'Action Sociale.	Nombre de bénéficiaires par axe			
	2011	2012	2013	2014
Axe Familles	19197	14108	13567	12048
Axe Jeunes	54	52	49	49
Axe Actifs	572	377	486	244
Axe Seniors	3177	2887	2473	3558
Aides transversales	338	348	292	315
<b>Total aides individuelles</b>	<b>23338</b>	<b>17772</b>	<b>16867</b>	<b>16214</b>

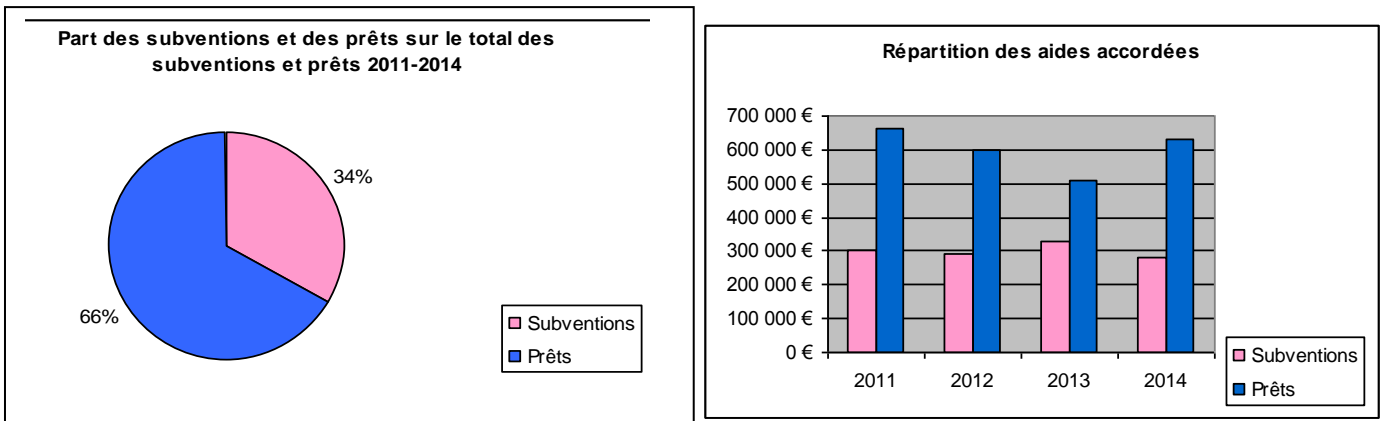
De manière générale, le nombre de bénéficiaires des prestations d'Action Sociale est plutôt à la baisse depuis 2011 hormis pour les seniors. La réduction du nombre de bénéficiaires pour l'axe Famille est peut être liée à la baisse du nombre de bons vacances demandés, du fait qu'avec la crise, les gens partent moins en vacances. L'aide apportée pourrait donc être à revoir pour répondre davantage aux besoins des assurés. Aussi, les données sont « à prendre avec des pincettes » car en 2014, un transfert de compte a engendré des erreurs de saisies ce qui a faussé certains chiffres rendant difficilement exploitable certaines données.

<sup>25</sup> Suivi chèques services 2011, 2012, 2013, 2014 et 2015.

<sup>26</sup> Ibid.

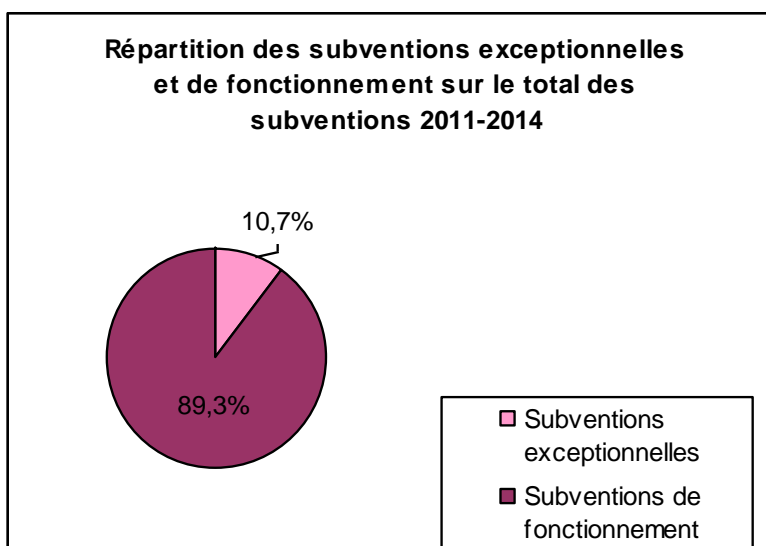
### 3. Aides collectives par axe : subventions et prêts

Figures n°14 et n°15 : Part des subventions et des prêts sur le total des subventions et prêts de la période étudiée<sup>27</sup> et Répartition des aides accordées<sup>28</sup> (prêts et subventions).



Entre 2011 et 2014, 66% des aides accordées étaient des prêts et 34% des subventions. Les prêts accordés se sont progressivement réduits de 2011 à 2013, puis ils ont de nouveau augmenté en 2014. Le montant des subventions accordées est globalement stable avec une légère hausse en 2013. Entre 2011 et 2014, ce montant a légèrement diminué de 7,3%.

Figure n°16 : Répartition des subventions exceptionnelles et de fonctionnement sur le total des subventions<sup>29</sup>.



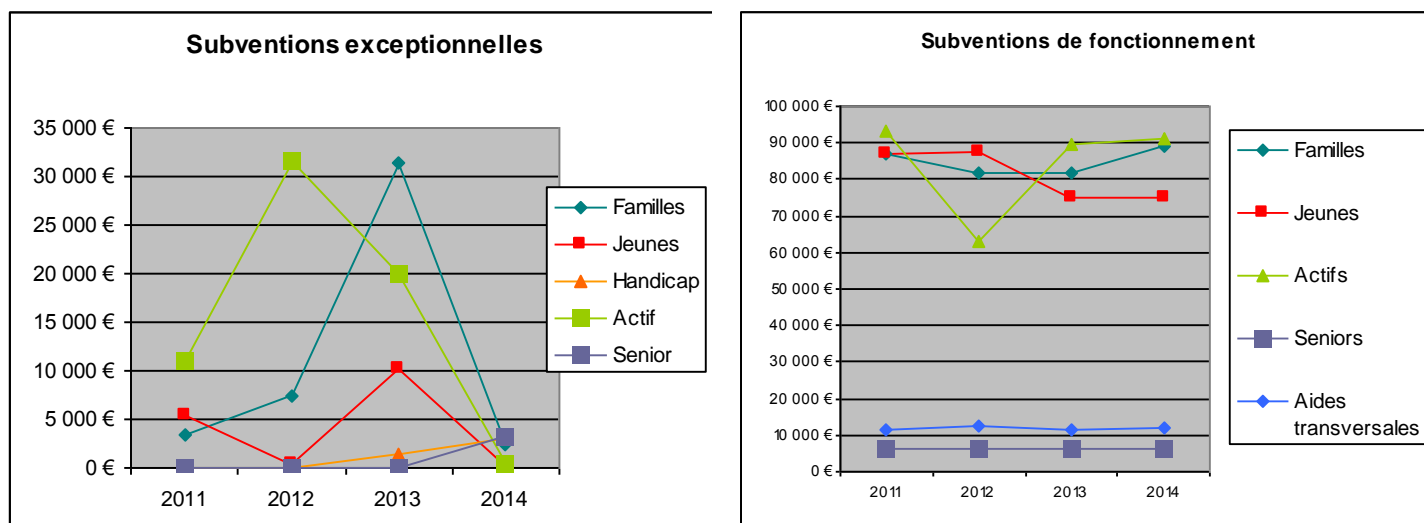
Dans le total des subventions, la part des subventions exceptionnelles reste à la marge comparée aux subventions de fonctionnement qui représentent plus de 89% du total des subventions.

<sup>27</sup> Données tirées du document de suivi des subventions et prêts pour les subventions exceptionnelles et les prêts et du tableau de Répartitions SFO pour les subventions de fonctionnement.

<sup>28</sup> Ibid.

<sup>29</sup> Ibid.

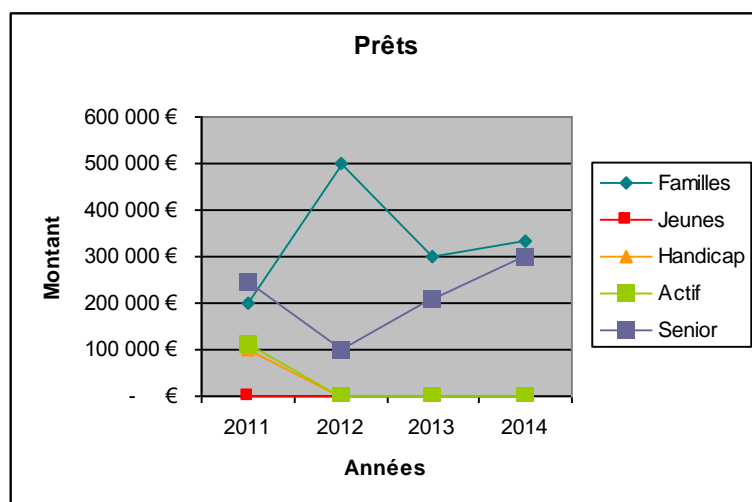
Figures n°17 et n°18 : Répartition des subventions exceptionnelles<sup>30</sup> et réparation des subventions de fonctionnement<sup>31</sup> par axe du plan



Les subventions exceptionnelles concernent davantage les axes Actifs et Familles et très peu les axes Handicap et Seniors.

Les subventions de fonctionnement sont d'abord et en majorité consacrées aux Familles, aux Actifs et aux Jeunes. Quand aux subventions concernant l'axe Handicap, nous ne sommes pas en mesure de les identifier puisqu'elles sont incluses dans les dépenses des autres axes.

Figure n°19 : Répartition des prêts par axe du plan<sup>32</sup>



Les prêts accordés sur la période ont concerné les axes Familles et Seniors avec une tendance à la hausse. Il n'y en a eu aucun pour les autres axes hormis en 2011 (pour les axes Handicap et Actifs). Enfin, comme précédemment nous ne sommes pas en mesure d'identifier l'axe handicap.

<sup>30</sup> Données tirées du document de suivi des subventions et prêts

<sup>31</sup> Données tirées des tableaux de répartition des subventions de fonctionnement : TabRépartitionSFO2011\_PV ; TabRépartitionSFO2012 ; ANNEXE 5 (2013) TabSFO-2014

<sup>32</sup> Données tirées du document de suivi des subventions et prêts

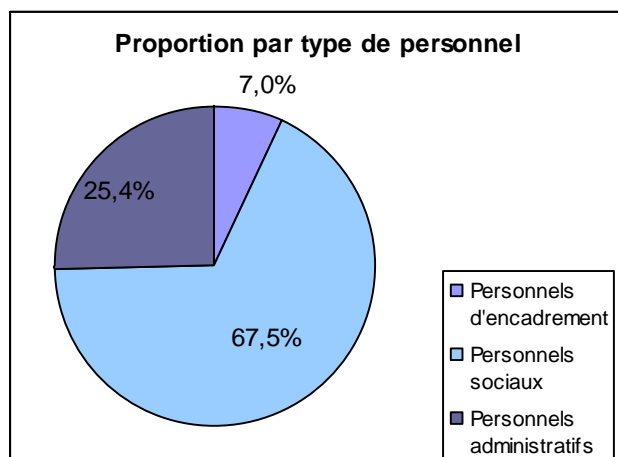
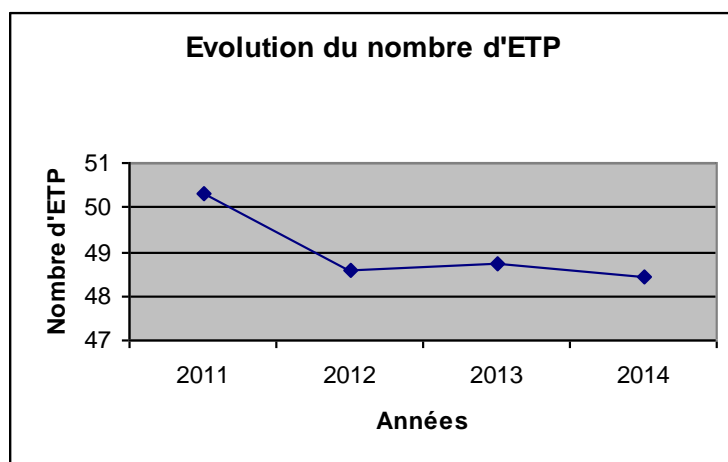
## 4. Moyens humains : effectifs de personnels

Tableau n°8 : Effectifs de personnels consacrés à l'ASS (en ETP)<sup>33</sup>

	2011	2012	2013	2014	Moyenne 11-14	Evolution
Personnels d'encadrement	4	3	3,9	2,9	3,4	-27,5%
Personnels sociaux	32,8	33,6	32,4	33,7	33,1	2,6%
Personnels administratifs	13,5	12	12,5	11,9	12,5	-11,9%
<b>Total ETP</b>	<b>50,3</b>	<b>48,6</b>	<b>48,8</b>	<b>48,5</b>	<b>49,0</b>	<b>-3,7%</b>

La réduction des effectifs au sein du service d'Action Sociale s'inscrit dans les objectifs de la COG 2011-2015, tout en étant attentif aux interventions sociales de proximité des travailleurs sociaux auprès des assurés.

Figures n°20 et n° 21 : Evolution du nombre d'ETP des personnels consacrés à l'ASS<sup>34</sup> et Proportion par type de personnel<sup>35</sup>



Sur la période, le nombre d'ETP a diminué de 3,7% entre 2011 et 2014 et est passé de 50,3 à 48,5. La figure de droite (ci-dessus) confirme bien la volonté de conserver une part majoritaire de personnels sociaux pour l'Action Sociale. Concernant le ratio d'encadrement de l'action sociale, il est identique à celui de la caisse, soit 7,6% au 31 décembre 2014<sup>36</sup>.

<sup>33</sup> Données tirées du tableau des effectifs ASS réseau MSA. Il s'agit de chiffres de la CCMSA complétés à partir des données transmises par les Ressources Humaines des caisses.

<sup>34</sup> Ibid.

<sup>35</sup> Ibid.

<sup>36</sup> Source : service Ressources Humaines de la MSA des Portes de Bretagne.

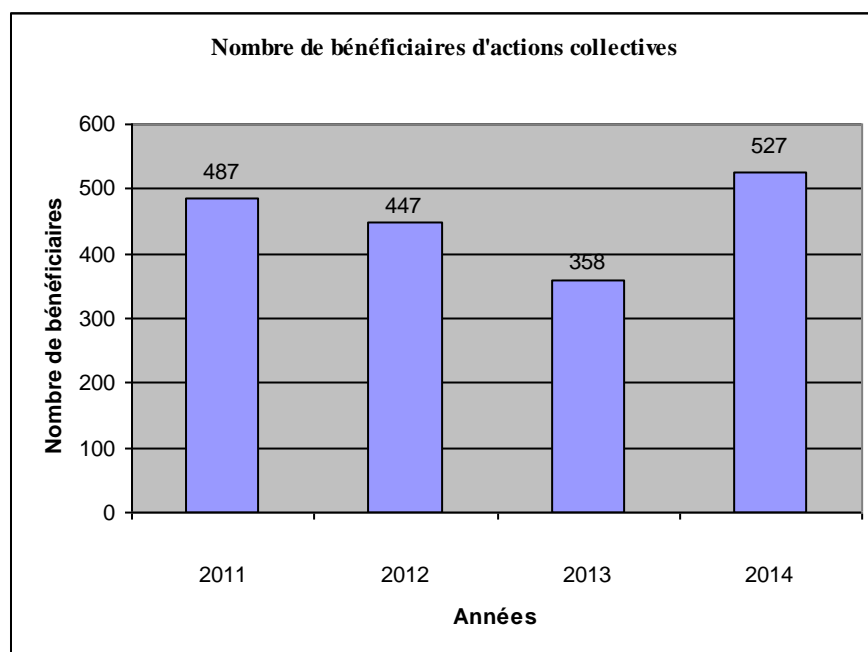
## 5. Bénéficiaires d'une intervention d'Action Sociale

Tableau n° 9 : Bénéficiaires d'une intervention d'Action Sociale<sup>37</sup>

	2011	2012	2013	2014	Evolution 11-14
Bénéficiaires d'au moins une prestation extralégale d'ASS	17 482	16 072	14 848	14 150	-19,1%
Bénéficiaires d'au moins une intervention d'un travailleur social	3 539	3 372	3 253	3 645	3,0%
Nombre de bénéficiaires et d'actions collectives	487 bénéficiaires pour 51 actions	447 bénéficiaires pour 47 actions	358 bénéficiaires pour 47 actions	527 bénéficiaires pour 56 actions	8,2%
<b>Total des bénéficiaires de l'Action Sociale</b>	21 508	19 891	18 459	18 322	-14,8%

Le nombre de bénéficiaires d'au moins une prestation extralégales d'ASS est en chute de 19% depuis 2011. Quant au nombre de bénéficiaires d'au moins une intervention d'un travailleur social reste globalement stable entre 2011 et 2014. En 2013, la baisse du nombre d'interventions est due à la réorganisation et à des absences plus nombreuses des travailleurs sociaux.

Figure n° 22 : Nombre de bénéficiaires d'actions collectives



Le nombre de bénéficiaires d'actions collectives a légèrement chuté de 2011 à 2013. La diminution en 2013 s'explique pour les mêmes raisons que précédemment. En 2014, les travailleurs sociaux expliquent la hausse du nombre de bénéficiaires des actions collectives par le fait qu'ils s'étaient appropriés leurs missions (cf. page 35).

<sup>37</sup>Données issues des rapports d'activité 2011, 2012, 2013 et 2014

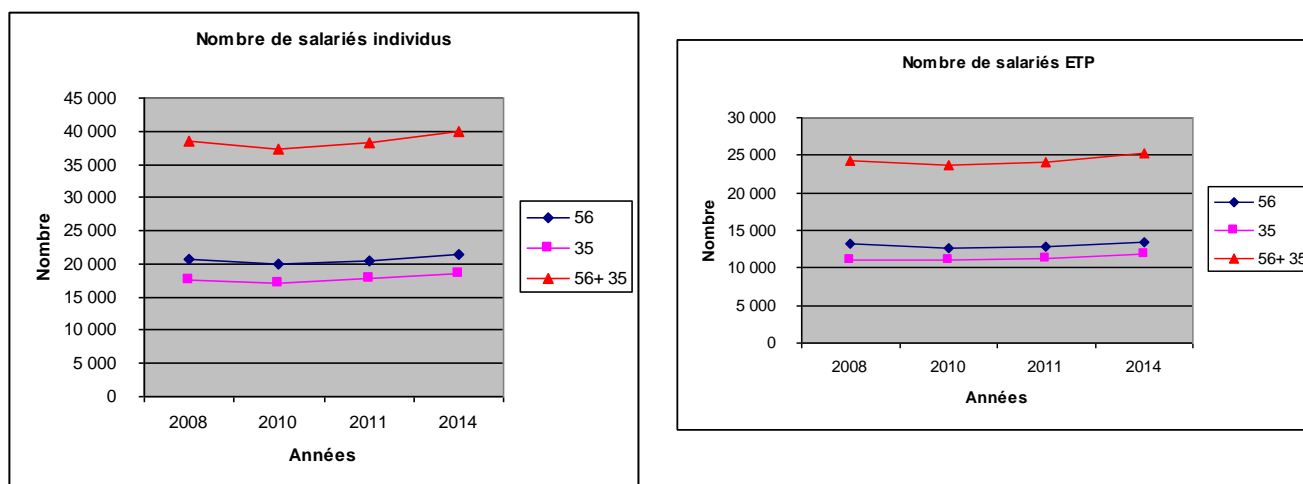
## 6. Evolution de la population agricole assurée à la MSA des Portes de Bretagne : 2008-2014

Les moyens consacrés à l'Action Sociale et la répartition des secteurs des travailleurs sociaux sont en lien avec l'évolution de la population agricole. C'est pourquoi, il paraît important de mesurer son évolution pour faire un parallèle entre la population agricole touchée par l'Action Sociale et la population agricole en générale.

### a. Nombre de salariés

Le nombre de salariés individus représente le nombre de personnes physiques ayant une activité de salarié agricole.

Figure n°23 : Nombre de salariés individus et nombre de salariés ETP dans la population agricole affiliés à la MSA des Portes de Bretagne<sup>38</sup>



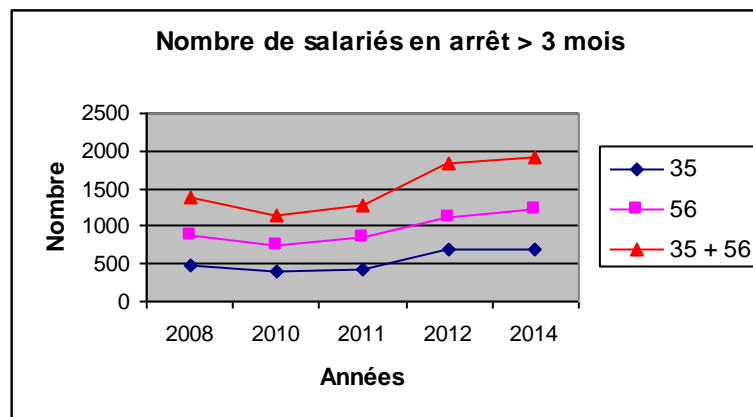
Le nombre de salariés agricole s'est accru depuis 2008. En effet, il est passé de 38 388 en 2008 à 39 979 en 2014, soit une hausse de 4%. Cette augmentation est la même entre 2011 et 2014 puisque le nombre de salariés agricoles en 2008 et 2011 est très proche. Cette hausse provient surtout des salariés de l'agroalimentaire qui sont plus beaucoup plus nombreux dans le Morbihan que dans l'Ille et Vilaine.

<sup>38</sup> Sources : Indicateurs d'activité axe vie professionnelle et santé des salariés\_2008, 2010 et 2011 ; Requêtes informatiques.



Le nombre de salariés ETP représente le nombre total d'heures de travail pour un ETP. L'évolution du nombre de salariés ETP est proche du graphique précédent. Le nombre de salariés ETP a lui aussi augmenté de 4% entre 2008 et 2014. Il est passé de 24 272 à 25 257. La hausse du nombre de salariés ETP entre 2011 et 2014 avoisine quant à elle les 5%.

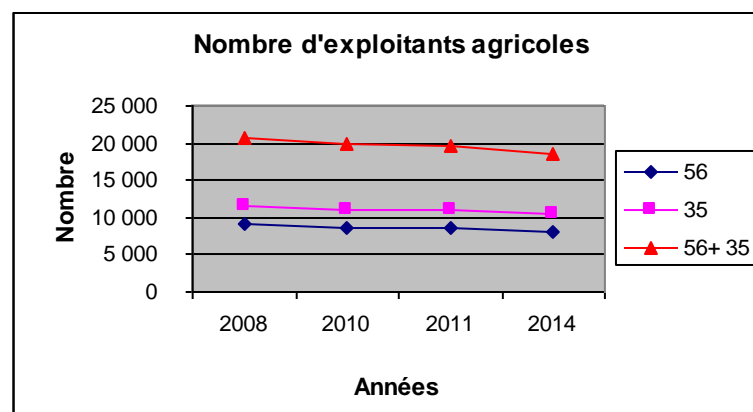
Figure n° 24 : Nombre de salariés en arrêt de plus de 3 mois<sup>39</sup>



Les salariés en arrêt de travail sont près de deux fois plus nombreux dans le Morbihan que dans l'Ille et Vilaine.

#### b. Nombre d'exploitants agricoles

Figure n°25 : Nombre d'exploitants agricoles dans la population agricole assurée à la MSA Portes de Bretagne<sup>40</sup>



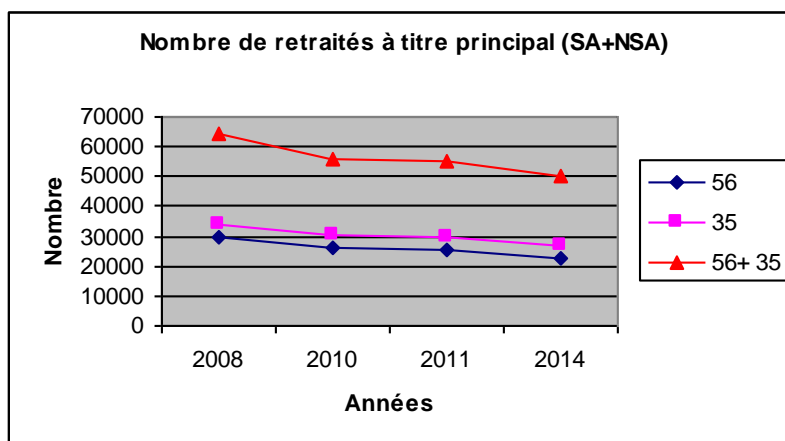
Le nombre d'exploitants agricoles a considérablement chuté depuis 2008. Il a diminué de 10,4% passant de 20 655 en 2008 à 18 498 en 2014. Aussi, nous pouvons remarquer que le nombre d'exploitants agricoles est plus important en Ille et Vilaine que dans le Morbihan.

<sup>39</sup> Sources : Indicateurs d'activité axe vie professionnelle et santé des salariés\_2008, 2010 et 2011 ; Requêtes informatiques

<sup>40</sup> Ibid.

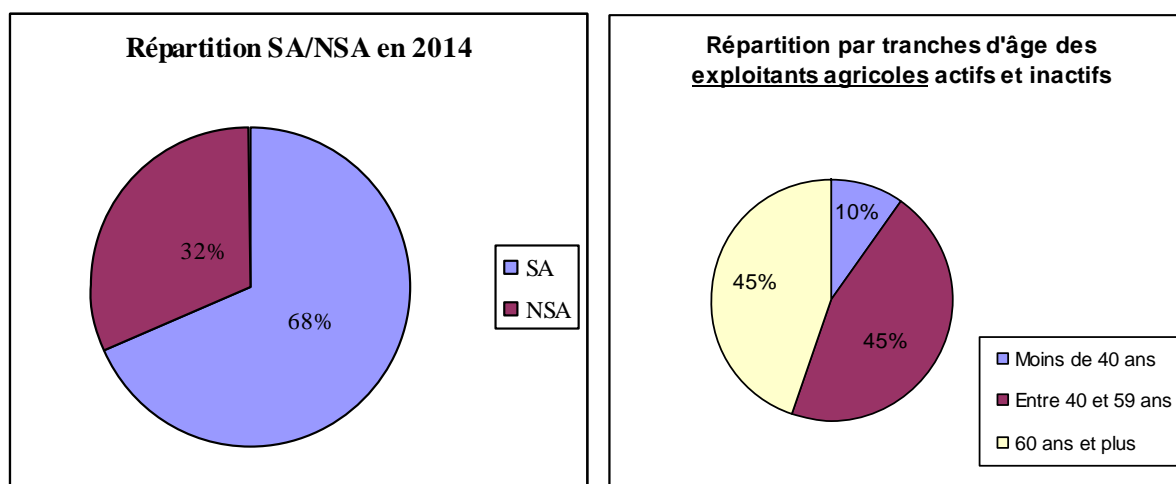
### c. Nombre de retraités à titre principal

Figure n°26 : Nombre de retraités à titre principal dans la population agricole assurée à la MSA des Portes de Bretagne<sup>41</sup>



Le nombre de retraités à titre principal a baissé de 22% entre 2008 et 2014 et de 10% entre 2011 et 2014. Il était de 64 106 en 2008, 55 391 en 2011 et 49 924 en 2014 (dont 39 260 NSA et 10 664 SA).

Figures n° 27 et n°28 : Répartition SA/NSA en 2014 (actifs et non actifs) et répartition par tranches d'âge des exploitants agricoles<sup>42</sup> actifs et non actifs



Données tirées de requêtes informatiques

45% des exploitants agricoles sont âgés de 60 ans ou plus et 45% ont entre 40 et 59 ans. Les 10% restant ont moins de 40 ans.

<sup>41</sup> Sources : Indicateurs d'activité axe vie professionnelle et santé des salariés\_2008, 2010 et 2011 ; Requêtes informatiques

<sup>42</sup> Dans cette étude, la répartition par tranches d'âge des salariés agricoles n'a pas été demandée.

## 7. Interventions des travailleurs sociaux

Le terme générique « intervention » désigne une action ou un ensemble organisé d'actions (politique, programme, projet) visant à modifier une situation jugée problématique<sup>43</sup>. Ici, les interventions sont des actes professionnels des travailleurs sociaux (accompagnement social, demandes d'aides financières, entretiens, démarches administratives, etc.)

### a. Le socle commun du travail social en MSA en 2012

Le socle commun du travail social était un des engagements de la précédente Convention d'Objectifs et de Gestion (la COG entre la MSA et les pouvoirs publics est présentée plus en détail page 65). Nous avons fait le choix de le présenter dans l'évaluation car c'est un des fondements du travail social à la MSA.

La mise en place par les services d'Action Sociale des CMSA d'un SCTS (socle commun de travail social) a été prescrite par la COG (Convention d'Objectifs et de Gestion) 2006-2010.

Cet objectif participe à la recherche d'équité de traitement des ressortissants du régime, déjà visible dans la COG précédente à travers la mise en place du socle commun des prestations extralégales aux familles.

Le socle commun du travail social se structure autour de trois axes présenté ci-après, chacun décliné en 2 niveaux d'intervention avec un niveau 1 qui est obligatoire et un niveau 2 qui est optionnel.

**AXE 1 : Niveau 1** : « De l'accès aux droits et services...

**Niveau 2** : ... A l'accompagnement social global »

**AXE 2 : Niveau 1** : « De l'accompagnement des ruptures professionnelles...

**Niveau 2** : A l'accompagnement social des ressortissants agricoles en situation de fragilité »

**AXE 3 : Niveau 1** : « De la mise en œuvre des projets territoriaux...

**Niveau 2** : ... A la mise en œuvre du (CDST) »

<sup>43</sup> Jabot F. et Bauchet M., *Approches et pratiques en évaluation des programmes*, in Ridde et Dagenais, 2012.

Le socle commun du travail social est observé sur le travail social et non sur l'Action Sociale, soit uniquement les pratiques professionnelles des intervenants sociaux, ce qui exclut la gestion des prestations ou l'activité des élus.

Tableau n° 10 : Nombre d'actions<sup>44</sup> déclarées par les MSA<sup>45</sup>

Nombre total d'actions déclarées des 34 MSA françaises	1209
Nombre d'actions déclarées par les MSA :	
Armorique	30
Côtes Normandes	66
Loire Atlantique-Vendée	32
Maine et Loire	21
Mayenne Orne Sarthe	40
<b>Portes de Bretagne</b>	<b>28</b>

Tableau n°11 : L'atteinte du niveau 1 (obligatoire) de chaque axe<sup>46</sup>

	ATTEINTE DU NIVEAU 1 (% d'actions concernées)			
	AXE 1 Accès aux droits et services	AXE 2 Accompagnement des ruptures professionnelles	AXE 3 Mise en place de projets territoriaux	Total
<b>Moyenne des 34 MSA françaises</b>	<b>42%</b>	<b>24%</b>	<b>34%</b>	<b>100%</b>
Armorique	6%	19%	75%	100%
Côtes Normandes	43%	23%	34%	100%
Loire Atlantique Vendée	54%	24%	22%	100%
Maine et Loire	39%	22%	39%	100%
Mayenne Orne Sarthe	33%	19%	47%	100%
<b>Portes de Bretagne</b>	<b>37%</b>	<b>37%</b>	<b>26%</b>	<b>100%</b>
Moyenne des caisses UMSAO	35%	24%	41%	100%

La MSA Portes de Bretagne a atteint 37% du nombre d'actions de niveau 1 dans les axes 1 et 2 et 26% dans l'axe 3. Elle se situe donc en dessous de la moyenne des 34 MSA françaises pour les axes 1 et 3. La MSA Portes de Bretagne privilégie donc l'accompagnement des ruptures professionnelles (difficultés économiques et/ou de santé nécessitant une reconversion professionnelle, conséquences des difficultés familiales sur l'activité professionnelle etc.).

<sup>44</sup> Il s'agit des actions menées par les travailleurs sociaux des différentes caisses de MSA.

<sup>45</sup> Source : DDPS-SDT, Etat des lieux du socle commun du travail social en 2012, mai 2013.

<sup>46</sup> Ibid.

Tableau n° 12: Le déploiement du niveau 2 (optionnel) de chaque axe<sup>47</sup>

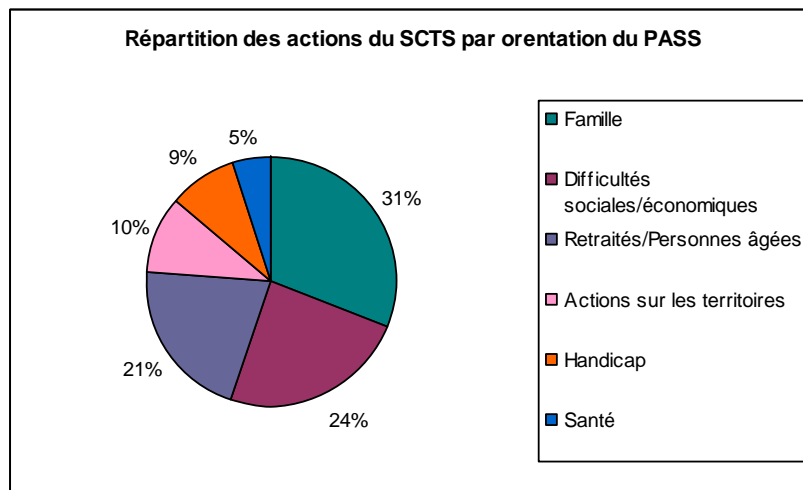
	DÉPLOIEMENT DU NIVEAU 2 (% d'actions concernées)			
	AXE 1 Accompagnement social global	AXE 2 Accompagnement des ressortissants en situation de fragilité	AXE 3 Mise en place de CDST	Total
<b>Moyenne des 34 MSA françaises</b>	<b>49%</b>	<b>34%</b>	<b>17%</b>	<b>100%</b>
Armorique	53%	40%	7%	100%
Côtes Normandes	39%	27%	34%	100%
Loire Atlantique Vendée	60%	25%	15%	100%
Maine et Loire	14%	71%	14%	100%
Mayenne Orne Sarthe	23%	45%	32%	100%
<b>Portes de Bretagne</b>	<b>46%</b>	<b>46%</b>	<b>7%</b>	<b>100%</b>
Moyenne des caisses UMSAO	39%	42%	18%	100%

La MSA Portes de Bretagne a atteint 46% du nombre d'actions de niveau 1 dans les axes 1 et 2 et 7% dans l'axe 3. Elle se situe donc en dessous de la moyenne des 34 MSA françaises pour les axes 1 et 3. La MSA Portes de Bretagne privilégie ici aussi l'axe 2 qui est l'accompagnement des ressortissants en situation de fragilité. Le CDST (Contrat de Développement Social Territorialisé) formalise un travail d'évaluation des besoins en concertation avec les acteurs locaux que la MSA ne réalise pas puisqu'elle a fait le choix d'être davantage sur des actions collectives.

Sur les deux tableaux, nous pouvons constater que le travail social de la MSA des Portes de Bretagne est beaucoup plus axé sur l'individuel. Le travail social est donc moins axé sur l'accès aux droits et aux services et l'accompagnement social global (axes 1 du niveau 1 et 2). Il est également moins axé sur la mise en place de projets territoriaux et de CDST (axe 3 du niveau 1 et 2).

<sup>47</sup> Source : DDPS-SDT, Etat des lieux du socle commun du travail social en 2012, mai 2013, page 10.

Figure n° 29: Répartition des actions du SCTS par orientation du PASS



Source : DDPS-SDT, Etat des lieux du socle commun du travail social en 2012, mai 2013, page 14.

La MSA des Portes de Bretagne n'a pas cette structuration qui ne correspond pas aux axes du PASS. Des actions sur les difficultés sociales et/ou économiques, sur les territoires et sur la santé existent, mais elles ne sont pas formalisées de cette manière et sont intégrées dans les axes du plan.

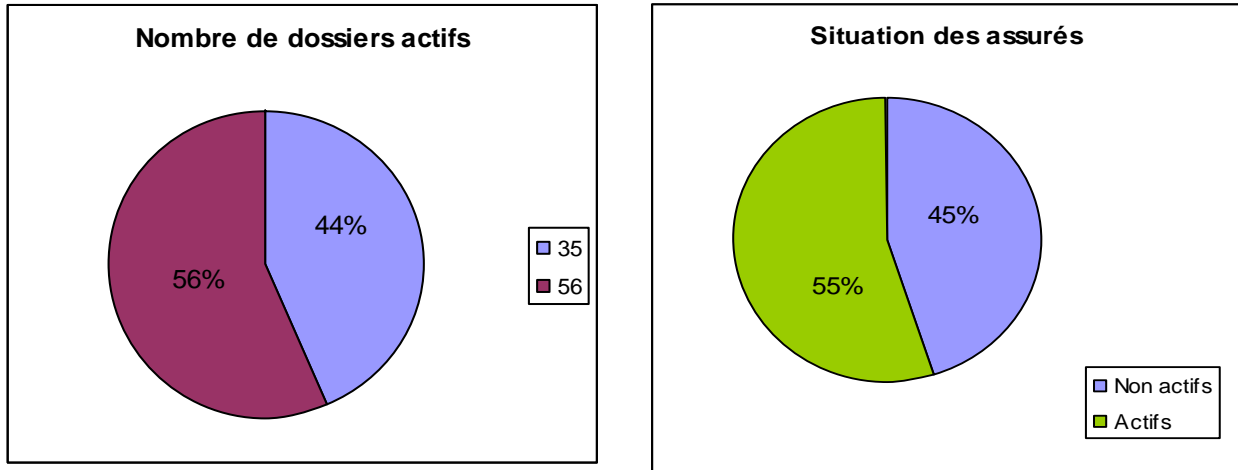
#### **b. Les interventions des travailleurs sociaux à la MSA des Portes de Bretagne de 2011 à 2014**

Les données présentées dans cette partie représentent la moyenne des chiffres du 01/01/2011 au 31/12/2014. Elles proviennent du logiciel DOSOC, un outil de travail au service de l'accompagnement social. L'objectif du travail en commun sur DOSOC est de tenter d'harmoniser l'usage pour l'entrée dans les données. En résumé, DOSOC permet de :

- recueillir et utiliser des données nécessaires aux évaluations et interventions sociales
- partager les suivis entre plusieurs TS quelque soit le lieu de travail (sièges ou agences)
- disposer de documents de synthèse
- exporter des demandes d'aides financières en commissions
- produire des statistiques liées aux populations et interventions sociales

C'est ce dernier point concernant les statistiques qui a rendu possible l'extraction des données ci-dessous. Ces dernières ont été complétées par des ateliers de groupe composés d'environ 4 travailleurs sociaux et animés soit du responsable de l'Action Sociale, soit de la responsable des travailleurs sociaux, soit par moi-même.

Figures n° 30 et n° 31 : Répartition du nombre de dossiers actifs par département sur la période 2011-2014<sup>48</sup> et Situation des assurés (actifs ou non actifs) ayant bénéficié d'interventions<sup>49</sup>

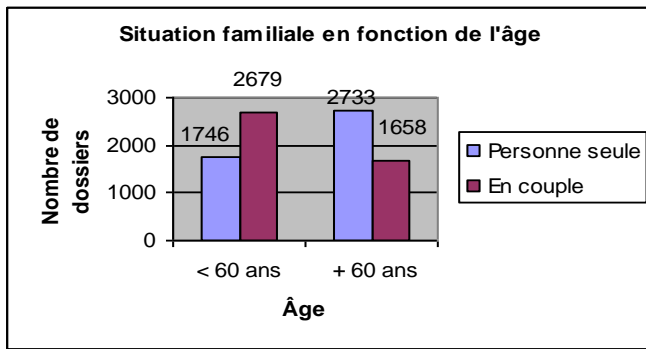


Il y a eu davantage de bénéficiaires de l'intervention d'un travailleur social dans le Morbihan que dans l'Ille et Vilaine. Pour expliquer cette différence entre les deux départements, il semblait intéressant de voir le nombre d'ETP par département. Ainsi, en Ille et Vilaine, 18 travailleurs sociaux réalisent 16 ETP et dans le Morbihan, 15 travailleurs sociaux réalisent 14,6 ETP. L'explication ne provient donc pas du nombre d'ETP. Pour le responsable de l'Action Sociale, l'explication peut venir d'une population plus en difficulté dans le Morbihan en raison du nombre plus important de salariés en arrêt de travail, d'une population plus touchée par la crise, avec des petites exploitations et des salariés plus précaires au niveau santé dans l'agroalimentaire. Aussi, il y a plus d'Instances Représentatives du Personnel (IRP) et de situations très dégradées notamment d'exploitants avec des pathologies mentales en Ille et Vilaine. Sur la période 2011-2014, les interventions individuelles des travailleurs sociaux ont concerné 55% d'actifs salariés ou non salariés et 45% de retraités. A partir du 1<sup>er</sup> avril 2015, les travailleurs sociaux de la MSA ne vont plus réaliser les évaluations d'aide à domicile. Les interventions concernant les non actifs vont donc fortement chuter dans les années à venir.

<sup>48</sup> Données tirées de l'outil statistique DOSOC

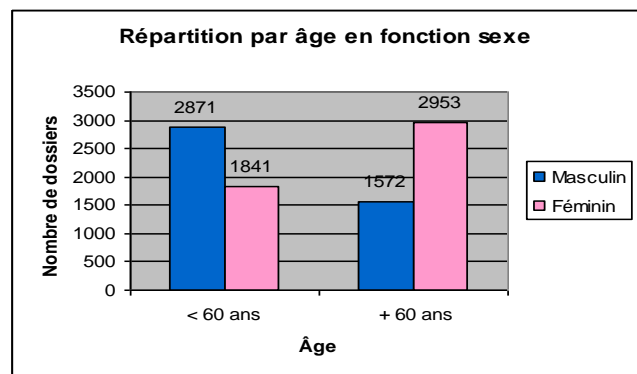
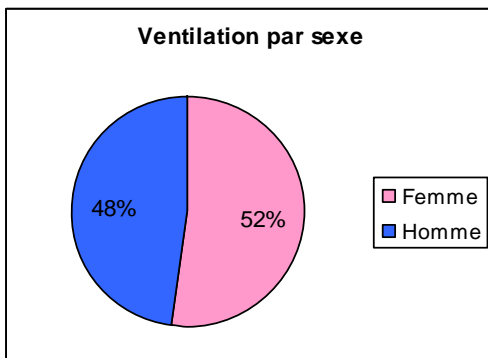
<sup>49</sup> Ibid

Figure n° 32: Situation familiale en fonction de l'âge (données tirées de DOSOC)



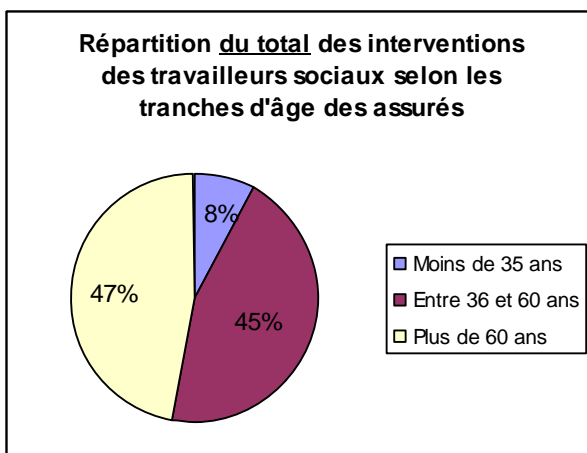
Sur la période 2011-2014, il y a davantage de personnes seules chez les plus de 60 ans.

Figures n° 33 et n° 34 : Répartition par sexe des assurés ayant bénéficié d'interventions et Répartition par âge en fonction du sexe<sup>50</sup>



Sur la période 2011-2014, les interventions des travailleurs sociaux touchent 52% de femmes et 48% d'hommes. Ces dernières concernent majoritairement des hommes chez les moins de 60 ans et des femmes chez les plus de 60 ans.

Figure n° 35 : Répartition par tranches d'âge des assurés ayant bénéficié d'interventions de travailleurs sociaux<sup>51</sup>



Concernant les interventions des travailleurs sociaux, elles ont bénéficié à 47% d'assurés ayant plus de 60 ans et à 45% d'assurés ayant entre 36 et 60 ans. Les 8% des interventions restantes concernant des personnes ayant moins de 35 ans. Le chiffre concernant les plus de 60 ans semble important alors qu'il n'y a qu'une seule visite à domicile d'évaluation de l'AADPA qui va être confiée à Armorix Expertise<sup>1</sup> à partir d'avril 2015.

<sup>50</sup> Données tirées de l'outil statistique DOSOC.

<sup>51</sup> Ibid.



Bien que la répartition par tranches d'âge des *exploitants agricoles* et la répartition par tranches d'âge des *bénéficiaires des interventions des travailleurs sociaux* ne sont pas totalement les mêmes, il est intéressant d'effectuer une comparaison. Ainsi, nous pouvons constater que la ventilation par âge des bénéficiaires des interventions est quasi-identique aux âges des exploitants agricoles affiliés à la MSA des Portes de Bretagne.

Lors de mon stage deux ateliers de groupe ont eu lieu dans chaque département de la MSA Portes de Bretagne. Animés à chaque fois par la responsable adjointe des interventions sociales et moi-même, l'objectif était de questionner les travailleurs sociaux sur leurs pratiques et expériences personnelles afin d'affiner l'analyse des statistiques élaborés sous DOSOC. Un document de travail retraçant les informations statistiques que j'ai pu effectuer sur leurs pratiques leur a été remis. Pour la plupart des figures, une ou plusieurs question(s) leur étai(en)t posée(s). Ces dernières apparaîtront en gras dans le rapport.

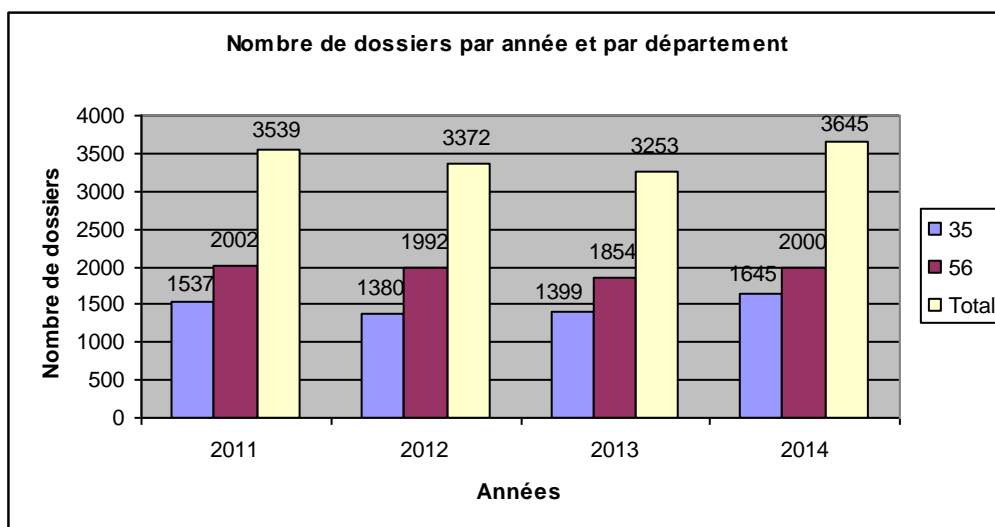
### **En tant que travailleur social à la MSA Portes de Bretagne, quel est le profil des assurés que vous rencontrez ?**

Avant de répondre à la première question, les TS ont tenu à me préciser que suite à la réorganisation de 2013, l'appréciation portera principalement sur l'année 2014 et en partie sur les années 2013 et 2015. Aussi, les éléments présentés ne sont pas des données objectives mais des ressentis sur la « lourdeur » des dossiers à gérer qui peuvent différer selon les secteurs.

Les travailleurs sociaux du Morbihan rencontrent davantage de salariés agricoles que de non salariés agricoles. Pour les NSA rencontrés, le travail s'inscrit principalement dans la durée avec des problématiques multiples qui se complexifient, ce qui nécessite une évaluation globale. En effet, le TS MSA est souvent le premier interlocuteur sollicité pour évaluer les conséquences administratives, financières, familiales et professionnelles, voire médicales... En revanche, les TS rencontrent de moins en moins de situations chroniques avec les exploitants hormis les bénéficiaires du RSA qui sont souvent de jeunes exploitants. Les NSA rencontrés sont surtout des hommes de plus de 45 ans isolés avec des souffrances psychiques, addictives et des situations professionnelles et familiales complexes. Pour les SA rencontrés, les problématiques de santé physique et psychique sont souvent lourdes. Les souffrances au travail sont importantes (mal être, etc.) et entraînent d'autres problématiques multiples (estime de soi, regard/jugement des autres, statut, précarité financière, reconversion professionnelle subie).

Les travailleurs sociaux d’Ille et Vilaine rencontrent davantage d’exploitants que dans le Morbihan, principalement sur les secteurs les plus ruraux. Par contre, sur les secteurs avec une coopérative, ils rencontrent autant de SA que de NSA. Les TS indiquent que les problématiques touchant les SA et les bénéficiaires d’une pension d’invalidité sont très différentes et que les problématiques de santé s’accroissent pour les exploitants, ce qui entraîne de graves problèmes de santé pour des structures de taille importante a priori sans problème au départ. Ces dernières nécessitent d’ailleurs que les exploitants soient polyvalents et compétents. Aussi, les TS remarquent que les problèmes de couple ou entre associés ont souvent de graves conséquences sur l’activité économique. Les salariés qui sont plus nombreux sur la côte ont désormais plus de responsabilités, ce qui accroît les rythmes de travail. De manière générale, les TS de l’Ille et Vilaine rencontrent plus d’hommes que de femmes. Chez les NSA, beaucoup de ces hommes qui ont 40 ans ou plus et qui sont seuls et isolés sont demandeurs d’un accompagnement. Enfin, peu de personnes âgées les sollicitent et comme dans le Morbihan, beaucoup de bénéficiaires du RSA sont de jeunes assurés.

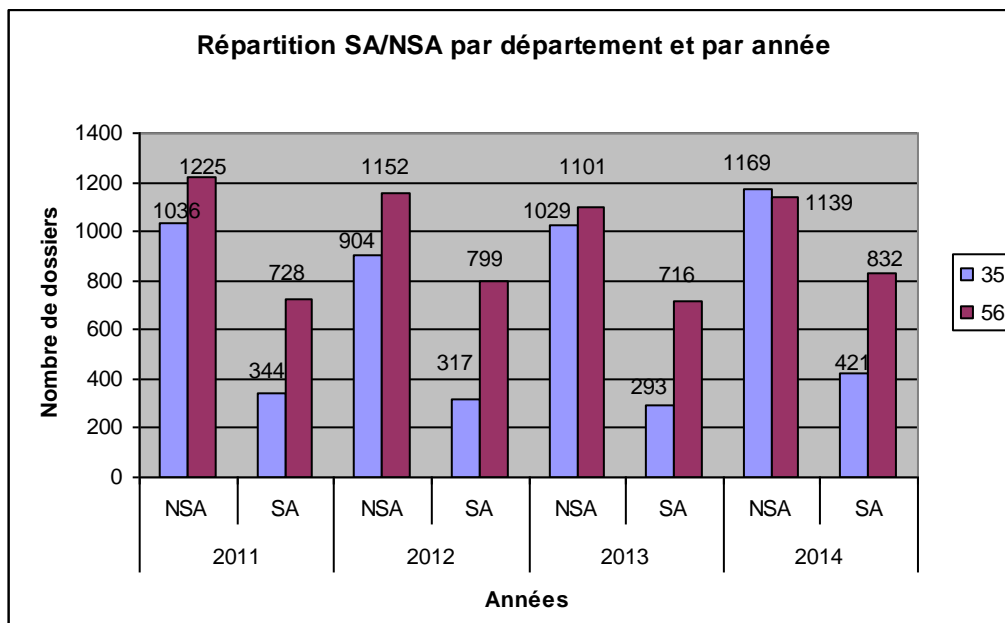
Figure n° 36 : Nombre de dossiers par année et par département<sup>52</sup>



Le nombre de bénéficiaires de l’intervention d’un TS a diminué de 2011 à 2013 puis s’est accru en 2014. Comme vu précédemment, il y a plus de bénéficiaires dans le Morbihan bien que l’écart se réduit un peu en 2014. En 2013, nous pouvons constater une diminution du nombre d’interventions qui s’explique par la réorganisation de l’Action Sociale (les travailleurs sociaux sont désormais répartis par secteur et non plus par public), mais également par un nombre important d’arrêts (arrêt maladie, congé maternité,...) cette année-là.

<sup>52</sup> Données tirées de l’outil statistique DOSOC

Figure n° 37 : répartition SA/NSA actifs et non actifs par département et par année<sup>53</sup>



Les interventions des travailleurs sociaux concernent davantage les exploitants agricoles que les salariés agricoles. Entre 2011 et 2014, le nombre d'intervention auprès des non salariés agricoles s'est accru de 2,1% et de 16,9% pour les salariés agricoles. Sur ce graphique, nous constatons le même « creux » en 2013 que précédemment en raison de la réorganisation.

**Comment expliquer que le nombre d'interventions chez les exploitants soit beaucoup plus élevé que chez les salariés alors qu'ils sont moins nombreux dans la population générale ?**

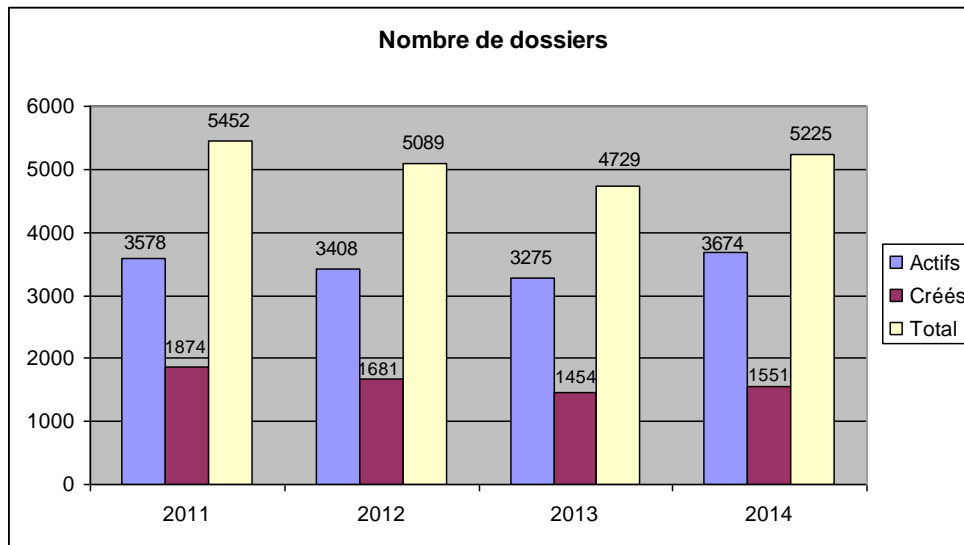
Les travailleurs sociaux expliquent cela par les interventions auprès des exploitants qui sont beaucoup plus « lourdes ». Aussi, certains travailleurs sociaux soulèvent un problème d'équité : les salariés seraient délaissés au profit des exploitants (avis non partagés de tous les travailleurs sociaux).

**Comment expliquer les écarts entre les deux départements concernant les interventions auprès des salariés ?**

Cela est dû au fait qu'il y a plus d'entreprises agroalimentaires et donc de salariés affiliés à la MSA dans le Morbihan. De plus, il y a davantage de salariés en arrêt de travail dans le Morbihan, ce qui explique que les travailleurs sociaux en rencontrent davantage.

<sup>53</sup> Données tirées de Dosoc.

Figure n° 38 : nombre de dossiers actifs et créés depuis 2011<sup>54</sup>



Le nombre de bénéficiaires de l'intervention d'un travailleur social a diminué de 2011 à 2013 puis s'est accru en 2014. Ces derniers sont d'ailleurs plus nombreux dans le Morbihan bien que l'écart se réduit un peu en 2014.

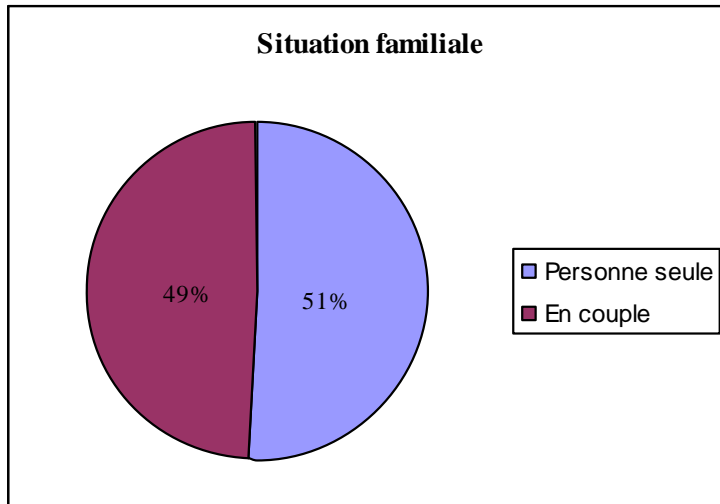
### Comment expliquez-vous l'évolution globale du nombre d'interventions de 2011 à 2014?

En 2013, la réorganisation a entraîné des temps de formation importants. De plus, les congés maternités ont été plus nombreux cette année-là, conduisant à une diminution de l'activité. Jusqu'en 2014, les TS se sont progressivement appropriés leurs missions auprès des trois publics, ce qui explique la hausse du nombre d'interventions. Pour cette année 2015, ils ont l'impression d'avoir réalisé beaucoup de créations de dossiers. Les travailleurs sociaux précisent que leur activité est souvent en « dents de scie » alternant des périodes plus calmes et des périodes intenses, ce qui les interroge sur une adéquation avec le cycle de l'agriculture. L'hiver est une période propice à la fatigue où ils rencontrent davantage d'assurés. Le nombre de dossiers créés est important en raison des évaluations AADPA (mais celles-ci vont en diminuant puisqu'elles sont désormais confiées à Armorix Expertise). Les travailleurs du Morbihan font remarquer que l'évolution de l'activité est à la hausse en 2014 alors que les effectifs ont diminué au cours de ces dernières années. Au contraire, les TS de l'Ille et Vilaine constatent une baisse de l'activité entre 2011 et 2013. Elle est en partie liée à la fin des petites

<sup>54</sup> Dosoc.

structures bénéficiant d'un accompagnement social (arrêt de la collecte de lait et une reconversion des productions inadaptée ...)

Figure n° 39 : Situation familiale des assurés ayant bénéficié d'interventions<sup>55</sup>



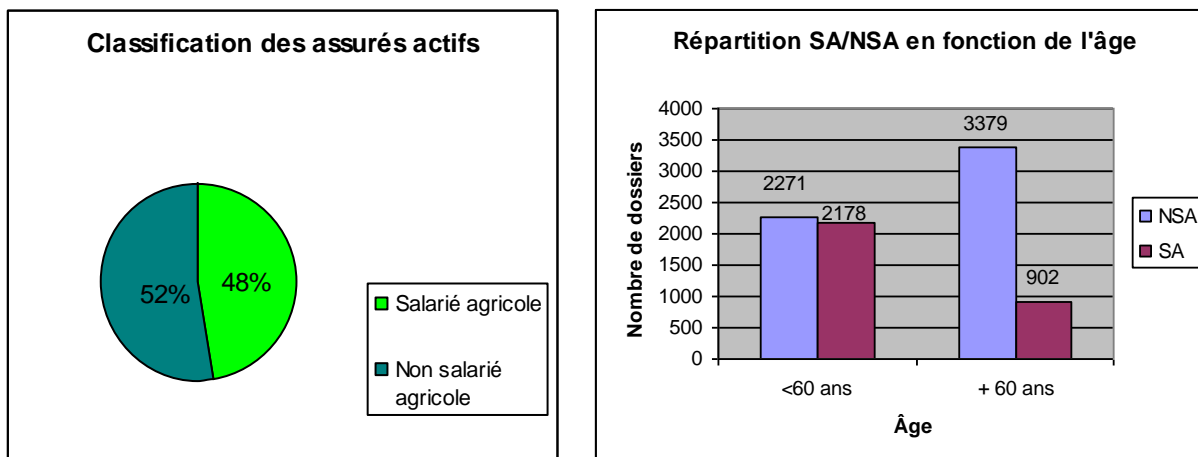
La part des personnes seules représente près de la moitié des interventions.

**De manière générale, pensez-vous que les personnes seules sont plus en difficulté que les personnes en couple ?**

Les TS de la MSA interviennent souvent dans des situations de rupture (séparation, décès...) mais pour eux, il est difficile de répondre et d'effectuer une comparaison entre les personnes seules et les personnes en couple. En effet, que la personne soit seule ou en couple, elle peut tout aussi bien être en difficulté tout dépend du réseau, du statut (le SA aura plus de contacts de part son travail mais la situation d'arrêt de travail peut l'amener à s'isoler), du secteur géographique de la personne et de l'accompagnement dont elle bénéficie. Les TS précisent néanmoins qu'il y a beaucoup de salariés et d'exploitants de plus de 50 ans qui sont seuls et isolés et que souvent lorsque l'exploitant est en couple, la femme est très motrice pour solliciter de l'aide. Les personnes seules sur une exploitation avec des difficultés ont tendance à se replier sur elle-même et à s'isoler. Mais, cela n'empêche pas à des personnes en couple d'être très isolées dans leur problématique. Enfin, ils font remarquer qu'il faut prendre en compte les évaluations AADPA qui peuvent donner des tendances qui ne sont pas le reflet de la population générale puisqu'il y a beaucoup de dossiers de personnes âgées. C'est pourquoi, il serait intéressant d'isoler les personnes âgées et de dissocier les actifs des non actifs.

<sup>55</sup> Données tirées de Dosoc. Les personnes ayant bénéficié d'une intervention et dont la situation familiale est inconnue ont été extraites de l'étude.

Figures n°40 et n° 41: Classification des assurés (SA ou NSA) ayant bénéficié d'interventions<sup>56</sup> et Répartition SA/NSA en fonction de l'âge<sup>57</sup>



Les interventions ont concerné 52% de non salariés agricoles et 48% de salariés agricoles. Les non salariés agricoles ayant bénéficié de l'intervention d'un travailleur social de la MSA sont principalement des plus de 60 ans<sup>58</sup>.

### Qu'est ce qui explique le nombre aussi important de NSA chez les personnes de 60 ans ou plus que vous rencontrez ?

Pour les TS, plusieurs facteurs peuvent expliquer qu'il y ait autant de NSA chez les personnes de 60 ans ou plus qu'ils rencontrent. Tout d'abord, les conditions de ressources. Les SA ont des retraites plus importantes et font donc moins de demandes d'AADPA que les NSA Ensuite, parce que les NSA ont plus de mal, refusent d'arrêter leur activité. En effet, certains NSA accompagnés sont toujours en activité alors qu'ils ont dépassé l'âge de départ à la retraite. Les motifs évoqués par ces derniers sont l'envie de continuer, la peur de « ne pas avoir assez pour la retraite » (pas assez d'années de cotisations) la peur d'arrêter, de s'ennuyer. Il y a également la question de la transmission : « ne pas laisser ça à n'importe qui ». De plus, une partie des NSA de plus de 60 ans ont déjà été accompagnés et refont appel au service Action Sociale car ils connaissent déjà bien l'institution alors que les SA beaucoup moins. La question se pose également de : *Est-ce que les NSA ne font pas plus la démarche d'aller vers la MSA que les SA*

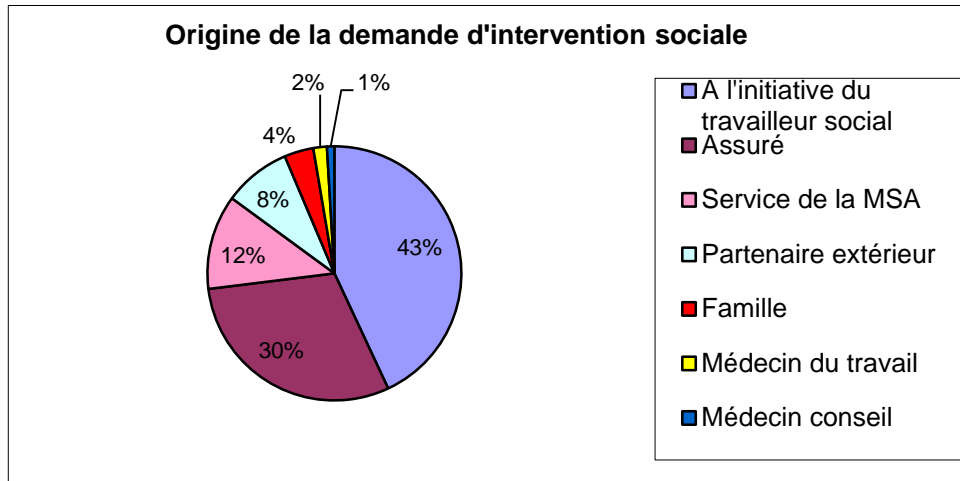
<sup>56</sup> Données tirées de l'outil statistique DOSOC

<sup>57</sup> Ibid.

<sup>58</sup> Bien que l'âge légal de départ à la retraite soit désormais compris entre 62 et 67 ans, il a été décidé de garder cette répartition du fait des statistiques démarrant en 2011. Désormais, sur DOSOC, un critère « retraité » a été ajouté.

qui ont moins la culture agricole forte ? Enfin, les partenaires orientent plus facilement des retraités NSA, un réflexe qui se fait moins pour les salariés.

Figure n°42 : Origine de la demande d'intervention sociale dans les interventions globales<sup>59</sup>



La demande d'intervention sociale est le plus souvent à l'initiative du travailleur social (dans 42% des cas), puis de l'assuré (30% des cas), d'un service de la MSA (12% des cas), d'un partenaire extérieur (9% des cas), de la famille, du médecin du travail ou du médecin conseil.

**La majorité des demandes d'intervention sociale sont le plus souvent à l'initiative du travailleur social, pouvez-vous m'expliquer pourquoi et comment ça se passe ? Comment les assurés vous sollicitent ? Quels sont les services de la caisse qui sollicitent le plus les travailleurs sociaux ? Est ce que ce sont des assurés déjà connus qui ré interpellent le service social ou des assurés qui ne sont pas connus ?**

A l'heure actuelle, les statistiques comprennent les premières demandes et les interventions en cours dans le cadre de l'accompagnement des dossiers. Le plus souvent, la première prise de contact est à l'initiative :

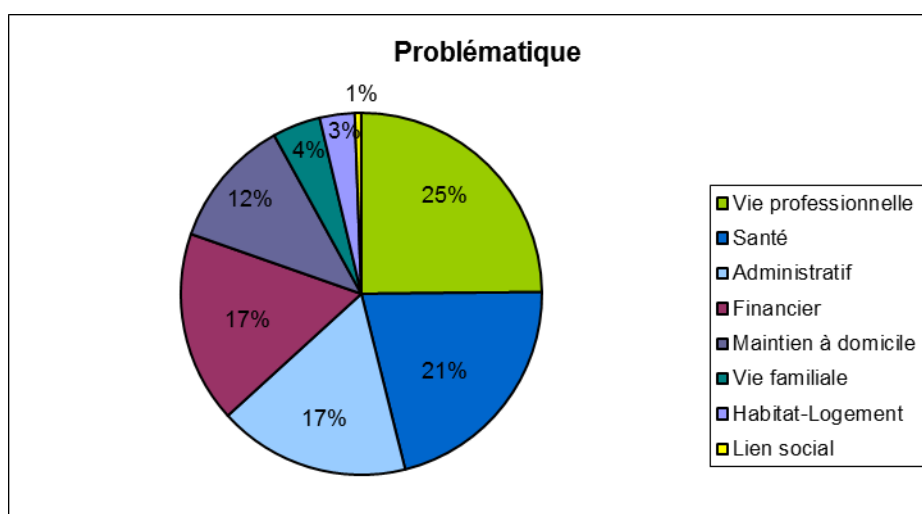
- De l'assuré,
- Du médecin conseil ou du médecin du travail,
- De la conseillère d'agence,
- Des services de la caisse (santé, recouvrement, cotisation, correspondants sociaux, pôle PASS, prestations familiales, contentieux, accueil...),

<sup>59</sup> Données tirées de l'outil statistique DOSOC.

- Des partenaires externes (CG, EAS, CCAS, mairies, services à domicile, Chambre d'agriculture, services hospitaliers, parfois les médecins traitants).

Pour que la demande d'intervention sociale soit à l'initiative du TS, il faut par exemple que ce dernier appelle un organisme. Ce cas est donc rare hormis lorsqu'il s'agit du RSA. Le TS est garant du plan d'aide, du suivi du dossier de la personne. Les assurés sollicitent les TS pour demander un accompagnement par téléphone, mail ; via les conseillers de la Chambre ou de l'agence MSA. Ensuite, en cours d'accompagnement, ils utilisent beaucoup plus les mails. Quand au fait de savoir si ce sont plutôt des assurés déjà connus ou non connus qui ré interpellent le service social, les avis divergent. Pour certains TS, les assurés sont majoritairement déjà connus pour les NSA et non connus pour les SA. Pour d'autres TS, ce sont principalement des personnes non connues puisque lorsqu'ils connaissent les TS, ils les ré interpellent directement. Pour d'autres enfin, il y a autant d'assurés connus que non connus.

Figure n°43 : Les différentes problématiques ayant amené à l'intervention d'un travailleur social<sup>60</sup>



Il est difficile d'analyser l'activité des travailleurs sociaux sous l'angle du plan. Néanmoins, en fonction de la problématique ayant amené l'intervention, les axes suivant ont pu être dégagés : L'axe Familles, Actifs, Seniors et l'axe transversal.

Ces axes ne sont pas figés car certaines problématiques de l'axe transversal peuvent se retrouver dans d'autres axes. Par exemple, les problèmes de santé concernent beaucoup

<sup>60</sup> Données tirées de DOSOC



d'actifs. De même, les problèmes financiers peuvent concerner des actifs, des personnes âgées ou encore des familles.

Certains travailleurs sociaux sont étonnés des chiffres concernant le maintien à domicile (12%) et l'Habitat Logement (3%) qu'ils pensaient plus élevés. De plus, ces chiffres vont baisser car Armorix Expertise assure désormais les évaluations AADPA.

### **1. Retrouvez-vous également ces axes du plan ?**

Oui les travailleurs sociaux retrouvent également ces axes du plan qui correspondent à leurs missions. Il faut noter que la diffusion de DOSOC dans d'autres caisses a fait émerger la demande de faire apparaître les axes. Ainsi, depuis cette année (2015), les TS peuvent cocher les axes sur DOSOC et cochent plus souvent Handicap.

### **2. Comment expliquer que la « vie professionnelle », la « santé » et l'« administratif » soient les problématiques les plus souvent rencontrées par les usagers ?**

La « vie professionnelle », la « santé » et l'« administratif » sont les problématiques les plus souvent rencontrées par le TS car elles font partie de leurs missions principales.

Les TS font remarquer que la problématique du lien social est très courante mais qu'ils la cochent rarement puisque dans le service le choix a été fait de ne cocher que la problématique principale, ce qui se fait au détriment de la problématique lien social.

### **3. Concrètement chez les assurés que vous rencontrez, comment se manifestent les problématiques citées (par exemple, qu'est ce que c'est la problématique vie professionnelle ?) ?**

<b>Vie familiale</b>	Elle n'est pas dans les missions des travailleurs sociaux qui vont réorienter la personne.
<b>Vie professionnelle</b>	Elle peut concerner des problèmes avec l'employeur, des difficultés économiques sur l'exploitation, l'aménagement d'un poste de travail inadapté, le maintien en emploi ou une reconversion professionnelle difficile qui va nécessiter de rencontrer des professionnels sur des formations. Que ce soit pour les NSA ou les SA, avant la reconversion, le TS voit ce qui est possible dans le maintien en emploi, avec les partenaires tels que les médecins du travail, le service prévention ou l'AGEFIP. Souvent la problématique vie professionnelle s'accompagne d'un problème de santé, mais lorsque ce n'est pas le cas, l'accompagnement peut aussi se faire en concertation avec la Chambre d'agriculture (56) ou ATESE (35) pour faire des diagnostics
<b>Santé</b>	Elle peut concerner l'inadaptation du poste de travail, des pathologies mentales qui sont d'ailleurs en hausse, le Burn out, des relations entre associés difficiles, des problèmes de couple...

<b>Administratif</b>	Il s'agit de vérifier et informer de l'accès aux droits, faire le lien et orienter vers les services. Du fait des dysfonctionnements dans les services et dans l'accès aux droits, cette problématique est de plus en plus rencontrée.
<b>Financier</b>	Elle peut concerner les aides financières mais aussi l'accès aux droits. Face aux exploitants agricoles qui n'ont pas de comptabilité, l'accompagnement des problèmes financiers a ses limites : parfois le TS doit avoir recours à un professionnel qualifié en comptabilité. Souvent, c'est le budget familial qui pose problème avec des répercussions sur la vie privée.

#### 4. En quoi consiste l'accompagnement ?

Les travailleurs sociaux insistent bien sur le fait que l'accompagnement doit toujours se faire avec l'adhésion de la personne accompagnée. Déjà en 1949, l'Association nationale des assistantes sociales élabore un code de déontologie (qui n'a jamais été reconnu par les pouvoirs publics) sous-tendu par des options philosophiques humanistes fondamentales concernant la personne et les règles stipuleront le respect de celle-ci, le non-jugement, **la recherche du consentement de l'utilisateur**, l'observation du secret et « *la participation au mieux-être général en recherchant la promotion individuelle et collective*<sup>61</sup> ». L'accompagnement des travailleurs sociaux de la MSA se décline de la manière suivante :

- Une évaluation de la situation,
- Le diagnostic fait à partir du repérage des différentes problématiques,
- La proposition du plan d'aide,
- L'activation du réseau de partenaires et des dispositifs internes et externes existants (ARPIJ, aménagement de postes etc.)

Un accompagnement nécessite plusieurs interventions (au minimum 3-4), des rencontres à intervalles réguliers où les travailleurs sociaux sont beaucoup dans l'écoute et essaient de repérer quelles sont les difficultés. S'il y a plusieurs problèmes, ils priorisent. Comme vu précédemment, le TS peut intervenir sur l'aspect professionnel, financier et la santé. Si les missions ne sont pas de son ressort, il peut orienter et mobiliser son réseau de partenaires, par exemple, le Centre Médico-Psychologique ou le Conseil Général pour les problématiques familiales.

L'accompagnement (à la marge) peut aussi concerner des personnes handicapées. Pour les enfants handicapés, l'accompagnement constitue une aide aux parents pour faire des dossiers administratifs, cela fait partie de l'accès aux droits. Pour les adultes handicapés, l'accompagnement consiste à instruire des dossiers pour des problématiques de maintien dans

<sup>61</sup> Bouquet B., *Ethique et travail social : une recherche du sens*, Paris, Dunod, 2004, 230 pages.

l'emploi en lien avec le médecin du travail, mais peut aussi s'accompagner d'une sollicitation de dispositifs de maintien dans l'emploi comme par exemple ARPIJ. Il y a également un peu d'accompagnement des personnes handicapées qui ne sont pas dans l'emploi. L'accompagnement des adultes handicapés comme celui des enfants porte principalement sur l'accès aux droits.

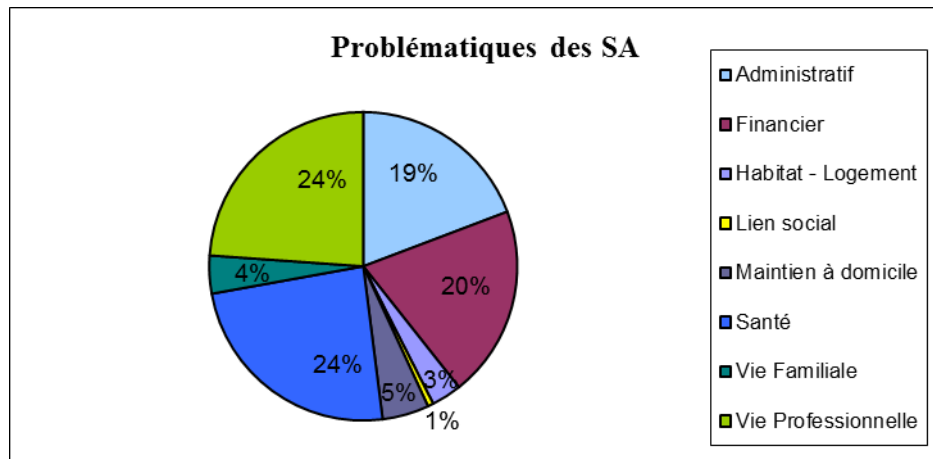
Enfin, les travailleurs sociaux font remarquer qu'ils accompagnent de plus en plus de situation de « crise aigue » et de moins en moins de situation « chronique ».

### **5. Quelle évolution voyez-vous au cours des quatre dernières années ?**

Il est difficile de répondre à la question et d'évaluer l'évolution sur 4 ans suite à la réorganisation de 2013 et aux renouvellements d'aide ménagère confiés à Armorix Expertise. Les travailleurs sociaux parleront plutôt de l'évolution sur les 2 dernières années, même si c'est un peu court.

Les évolutions observées sont de trois types. Tout d'abord, la réorganisation du service social. Avant avril 2013, les travailleurs sociaux étaient organisés en pôle par population (salariés, exploitants, personnes âgées). Maintenant, ils sont répartis par secteurs géographiques et deviennent davantage polyvalent, ce qui a entraîné une perte dans les compétences très pointues : « *Depuis la dernière réorganisation, on est éparpillé. Il est nécessaire de réinterroger nos missions sur chaque public pour un souci d'équité dans la réponse donnée à un usager.* » Ensuite, les TS ne réalisent plus les évaluations de renouvellement d'AADPA qui ont été confiées à Armorix Expertise et regrettent l'absence d'un encadrant dédié à un public spécifique (auparavant, il y avait une cadre dédiée aux personnes âgées.) Aussi, ils observent davantage des problématiques de santé, mal-être au travail, reconversion en raison du contexte anxigène (marchés, fermetures d'entreprises etc.). L'accompagnement des exploitants, du fait des multiples problématiques qui apparaissent en simultanées, se complexifie et s'accroît dans la durée. Il est aussi de plus en plus fréquent d'avoir des exploitants qui se plaignent de mal-être au travail, stress en raison de la pression financière qui pèse sur eux. L'aspect administratif devient compliqué pour les exploitants et beaucoup remettent fortement en question leur activité et se pose la question de l'arrêt. Enfin, en raison de l'allongement de l'âge de départ à la retraite, les accompagnements sont plus longs.

Figure n° 44: Problématiques des Salariés Agricoles<sup>62</sup>



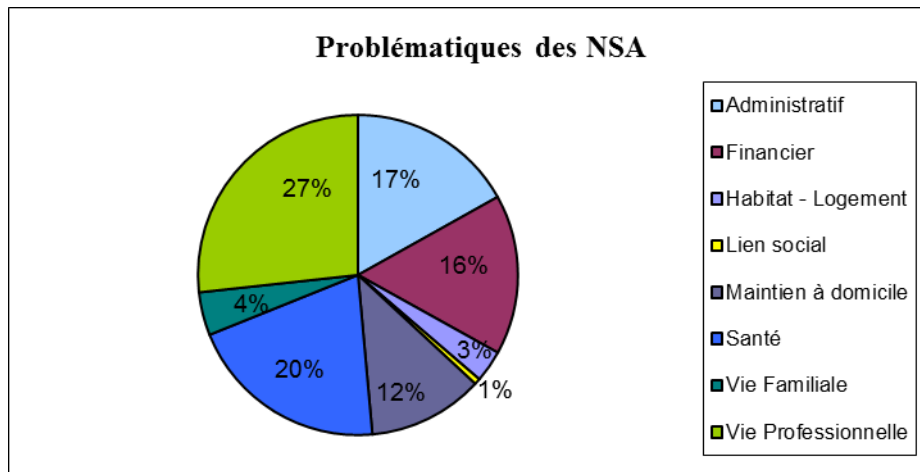
Les salariés agricoles sont le plus touchés par les problématiques liées à la santé. Ensuite, viennent les problématiques liées à la vie professionnelle puis au financier.

### **Chez les salariés, quelles sont les problématiques les plus courantes des personnes âgées ? Celles des actifs ?**

Chez les personnes âgées, qu'elles soient des anciens salariés ou exploitants, les problématiques les plus souvent rencontrées sont l'isolement, le maintien à domicile, la santé et les ressources insuffisantes (notamment pour les SA). Les TS voient un peu moins de retraités SA. Ils les rencontrent par contre, très ponctuellement, pour les retraites complémentaires Agrica mais qui ne sont pas sollicitées chez les NSA. Il y a aussi les bénéficiaires de Pension d'Invalidité (PI) qui concernent surtout des salariés. Ce sont des inactifs qui perçoivent une PI et qui ont souvent une problématique d'isolement. Le TS va les accompagner au moment de l'obtention de la PI. Chez les salariés actifs, les problématiques les plus souvent rencontrées reflètent les données du graphique. Il s'agit de la santé dont santé au travail (arrêt de travail et reprise d'activité), la vie professionnelle, l'administratif et le financier. De certaines problématiques découlent des demandes d'aides financières d'Action Sociale liées à l'impact financier de l'arrêt. Il y a davantage de demandes d'aides financières pour les SA car la MSA paie tardivement les IJ aux salariés et parce que culturellement, les SA sollicitent plus les aides financières que les NSA. Certains travailleurs sociaux trouvent qu'il y a aussi plus d'interventions santé auprès des SA car il s'agit de la porte d'entrée du travail social (missions), mais aussi plus de maladies professionnelles, de burn out et d'accidents du travail du fait de l'augmentation des cadences et du rythme de travail dans l'agro alimentaire.

<sup>62</sup> Données tirées de DOSOC.

Figure n° 45 : Problématique des Non-Salariés Agricoles<sup>63</sup>



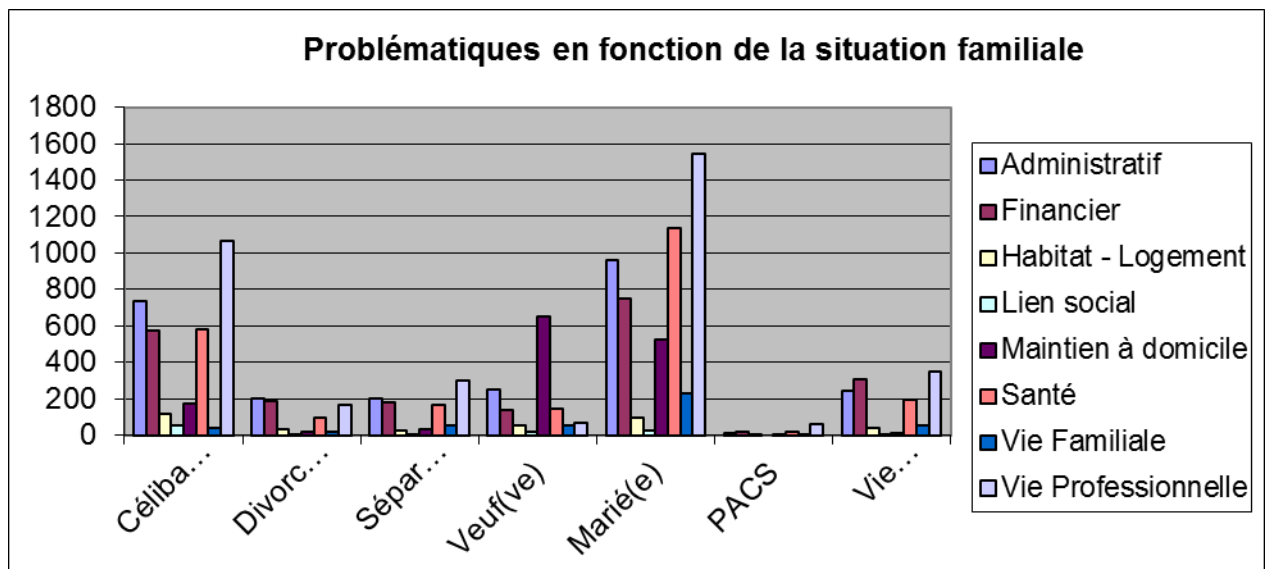
Les NSA sont majoritairement touchés par les problématiques liées à vie professionnelle. Ensuite, viennent les problématiques du maintien à domicile qui sont plus nombreuses que chez les salariés, ce qui s'explique probablement par le fait qu'il y a plus d'inactifs chez les NSA.

**Pensez-vous également que les NSA sont plus touchés par le problème du maintien à domicile car il y a plus de retraités dans cette catégorie ? Si non, comme l'expliqueriez-vous ? Chez les NSA, quelles sont les problématiques les plus courantes des âgés ? Des actifs ?**

Concernant les personnes âgées anciennement exploitants, les problématiques sont les mêmes que chez les anciens salariés (cf. précédent). Les différences tiennent au fait que le maintien à domicile est plus présent que pour les SA car le barème des ressources d'AADPA fait qu'il y a plus d'interventions chez les NSA. Il y a également plus d'habitat précaire chez les NSA âgés qui ont tout misé sur l'outil de travail et qui ont relégué au second plan leur cadre de vie. L'isolement et la solitude sont aussi davantage présents. Enfin, il y a plus d'aidants chez les NSA que chez les SA puisque lorsque les enfants reprennent la ferme, ils restent à proximité. Chez les exploitants, les problématiques rencontrées sont proches de celles des SA : vie professionnelle, santé, administratif (dysfonctionnement des services liés aux nouvelles organisations et aux outils de travail), financier. Les problématiques de santé sont en hausse (problème d'épaule, de dos...) du fait du travail physique, répétitif entraînant de graves pathologies avec des conséquences importantes sur l'activité professionnelle. Les travailleurs sociaux observent également plus de difficultés relationnelles, de séparations et d'isolement social chez les exploitants.

<sup>63</sup> Données tirées de DOSOC.

Figure n° 46 : Problématiques en fonction de la situation familiale<sup>64</sup>



Les problématiques les plus récurrentes chez les célibataires sont celles de la vie professionnelle et de l'administratif. Les personnes séparées ou divorcées sont davantage affectées par l'administratif et le financier. Les problématiques des personnes veuves concernent surtout le maintien à domicile et un peu le financier. Quant aux personnes mariées ou menant une vie maritale, elles rencontrent des problèmes liés à la vie professionnelle, à la santé, au financier et à l'administratif.

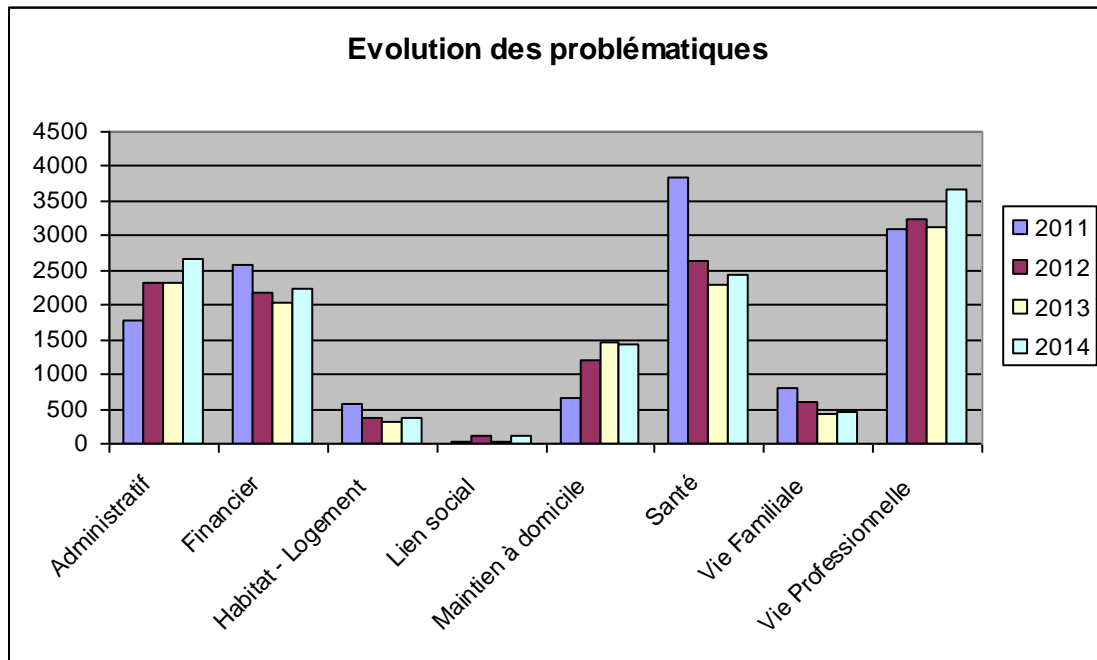
### Quelle analyse faite vous des problématiques en fonction de la situation familiale ?

Il est difficile de faire un lien entre la situation familiale et la problématique dominante. Nous retrouvons les problématiques majeures pour lesquelles les TS sont missionnés avec les pics en lien avec les problématiques principales. Néanmoins, les TS remarquent que les personnes actives seules ou séparées viennent davantage pour des problèmes financiers liés à des problématiques de santé ou de vie professionnelle. L'accompagnement administratif est plus conséquent auprès des personnes célibataires. Pour une personne seule c'est plus compliqué alors qu'à deux, il y a un soutien mutuel et les femmes sont souvent plus à l'aise avec l'administratif que les hommes qui sont plus dans le déni. C'est alors à l'assistante sociale du CG ou du TS de la MSA d'intervenir (problématiques de maintien dans l'emploi, ouvertures de droits). Souvent, peu importe la situation familiale, il y a plusieurs problématiques : les problématiques « Administratif » et « Financier » accompagnent les problématiques « Vie

<sup>64</sup> Données tirées de DOSOC

familiale » et « Santé ». Sur ce graphique, encore une fois, le lien social n'est pas suffisamment valorisé. Enfin, pour les TS, il serait intéressant de voir comment les prestations sont utilisées : quels secteurs sollicitaient le plus ? Quels profils de familles ? Quel public (SA ou NSA) sollicite le plus ? En effet, il y a beaucoup de sollicitation chez les SA en fonction des conditions de ressources.

Figure n° 47 : évolution par année des problématiques<sup>65</sup>



Entre 2011 et 2014, les problématiques qui évoluent à la hausse sont liées à l'administratif, au maintien à domicile et à la vie professionnelle. Les problématiques à la baisse sont quant à elles liées à l'habitat et au logement, à la santé et à la vie familiale.

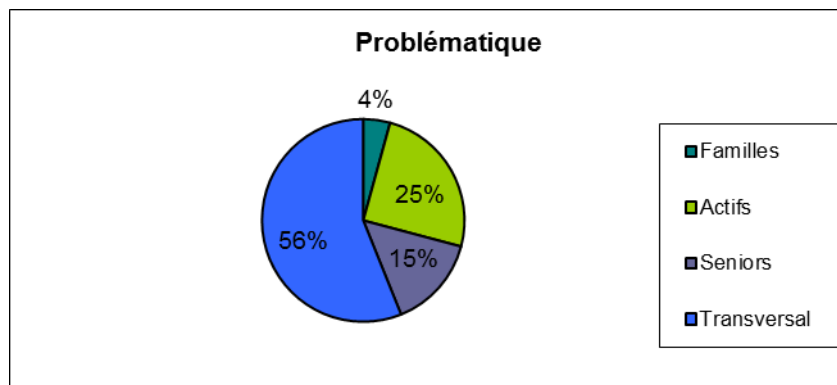
**Comment expliquez-vous ces évolutions ? Comment expliquer cette réduction importante pour le nombre de dossiers concernés par la problématique santé ?**

Pour commencer, les TS précisent que les statistiques sont à modérer car il a été décidé dans le service que les TS ne cochent qu'une seule problématique sur DOSOC. Or, il y a souvent deux voir trois problématiques qui sont étudiées lors de l'intervention sociale. De plus, tous les TS n'enregistrent pas de la même façon les problématiques majeures sous DOSOC. Pour les TS, la problématique « Vie professionnelle » augmente en 2014 en raison de la prise de possession

<sup>65</sup> Données tirées de DOSOC

des secteurs. Dans leur ressenti, la problématique « Santé » est en hausse, ce que ne reflète pas le graphique. L'explication vient du fait que les TS cochent plus facilement « Vie professionnelle » lorsqu'il y a un problème de santé lié à un problème de vie professionnelle. La problématique « Administratif » est en hausse car les TS doivent de plus en plus pallier des problèmes institutionnels (RSA). Concernant l'Habitat-Logement, les TS sont incertains quant à leur rôle dans la prise en charge de cette problématique car leurs missions dans ce domaine ne sont pas clarifiées. De manière générale, une baisse est observée en 2013, ce qui s'explique, comme dit précédemment, par la réorganisation. Seules les AADPA sont en hausse cette année là ce qui s'explique peut-être par la hausse du nombre de personnes âgées.

Figure n°48 : Les différentes problématiques ayant amenées à l'intervention d'un travailleur social réparties par axe<sup>66</sup>



Hormis les problématiques transversales qui regroupent 56% des interventions, la majorité de celles-ci concernent l'axe Actifs. Ensuite, les problématiques liées aux axes Seniors et Familles représentent respectivement 15% et 4% des interventions.

**Toutes les interventions des TS ne peuvent pas être mises dans les axes du plan. Aussi, l'axe Santé est un domaine important des TS qui n'est pas valorisé dans le plan. Pensez-vous qu'il serait intéressant de le valoriser ? Pensez-vous qu'il faudrait rajouter des axes : un axe Santé-Handicap par exemple ?**

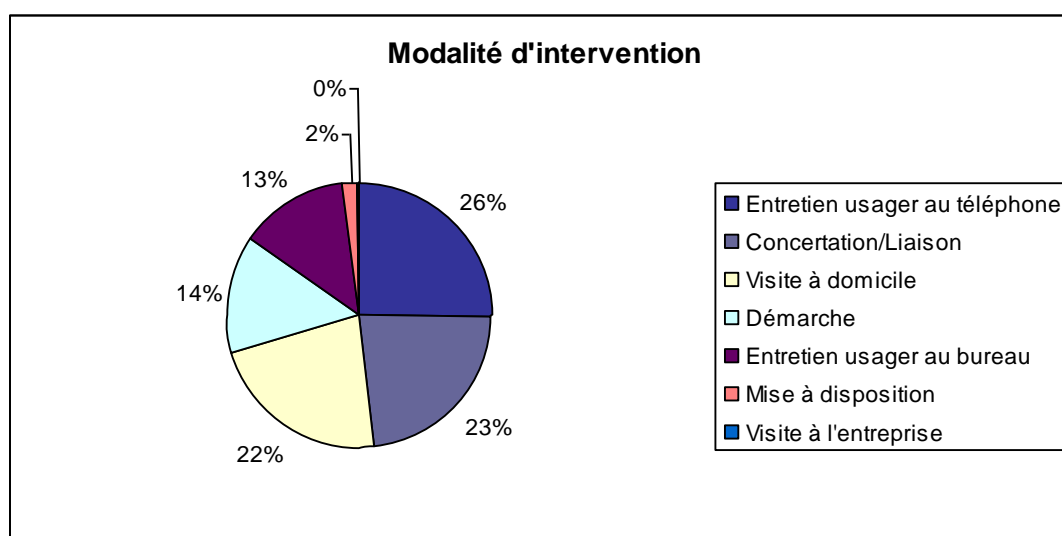
Les avis des TS divergent quant à l'ajout d'un axe Santé dans le futur Plan d'Action Sanitaire et Sociale. Pour certains TS, ce n'est pas pertinent de rajouter un axe Santé étant donné que les axes sont par population et aussi parce que pratiquement tout serait à inclure dans l'axe Santé

<sup>66</sup> Données tirées de DOSOC



qui est transversal. Il faut laisser dans l'axe des aides transversales les problématiques communes comme c'est déjà le cas car plus il y a d'axes, plus ça devient flou. D'autres pensent qu'il faudrait rajouter un axe Santé car les sollicitations pour une problématique de santé sont importantes. Par exemple, les prestations d'aides pour l'accès aux soins représentent une part importante du budget. Identifier un axe Santé contribuerait à valoriser l'Action Sociale sur cette problématique et mettrait d'autant plus en valeur les liens avec les autres services de la caisse comme la Santé Sécurité au Travail et le contrôle médical. D'autres idées seraient de supprimer l'axe Famille n'est pas vraiment nécessaire. Aussi, certains travailleurs sociaux proposent d'intégrer la problématique Handicap dans les autres axes ou la mettre en transversal car le handicap est une problématique et non un public. Mais, les personnes de moins de 60 ans en invalidité et sans activité professionnelle (ex : bénéficiaires de PI/AAH) ne se retrouveraient nulle part. Une proposition est donc de mettre « Adultes en activité ou pas » tout en faisant attention à ce que ça ne soit pas stigmatisant. Une autre idée serait de faire une présentation selon les étapes de la vie et à quel moment le service ASS intervient. L'ARS souhaite développer la prévention et les travailleurs sociaux pensent que l'Action Sociale a intérêt à la faire elle aussi, par exemple en déclinant le domaine santé-prévention en action. Pour eux, il est nécessaire d'anticiper dans les interventions (prévention) plutôt que de faire des actions dans l'urgence (curatif). Les actions collectives qui s'inscrivent dans la prévention sont plus visibles que les actions individuelles. Enfin les dimensions lien social (isolement, solitude, problème relationnel en couple ou avec les associés) et santé morale (problèmes psychologiques, RPS, Burn out) ne sont pas assez valorisées.

Figure n°49 : Modalité d'intervention des travailleurs sociaux<sup>67</sup>



<sup>67</sup> Données tirées de DOSOC

Les modalités d'intervention nous renseignent sur la façon dont les travailleurs sociaux entretiennent le lien avec les assurés. En 2013, le service Action Sociale a été totalement réorganisé. Avant cette date, les travailleurs sociaux étaient répartis par population (exploitants, personnes âgées non actives etc.). Ils privilégiaient pour certaines populations les entretiens téléphoniques qui représentent encore aujourd'hui 26% des modalités d'intervention. Actuellement, les travailleurs sociaux sont répartis par secteur géographique et se déplacent davantage à domicile (dans 22% des cas).

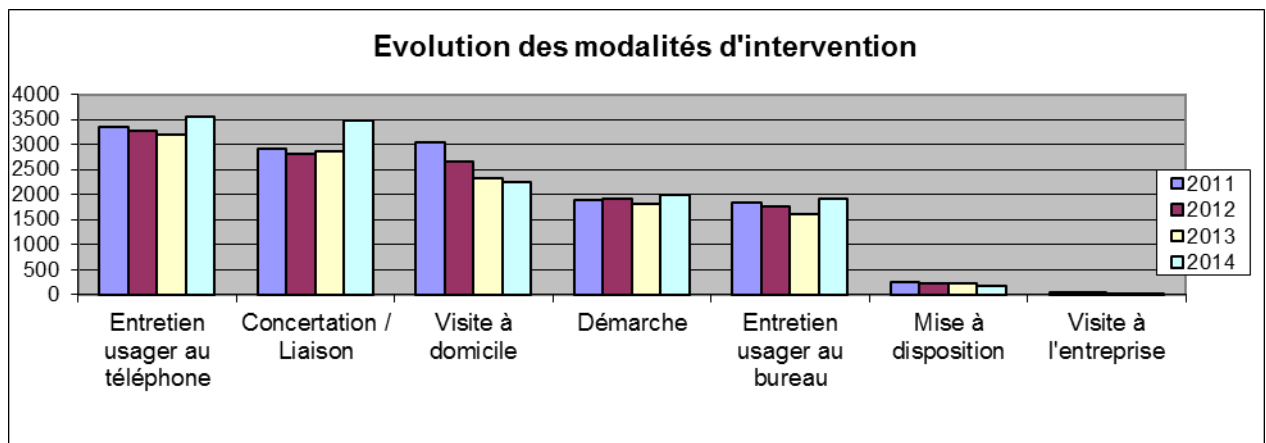
**Quelle analyse faites-vous de vos modalités d'intervention ? Quelle(s) modalité(s) privilégiez-vous sur vos secteurs et pourquoi ?**

Même si cela varie en fonction des secteurs, globalement, il y a davantage de RDV au bureau (surtout pour un premier RDV) que de visites à domicile qui sont priorisées en cas de déplacements difficiles, problèmes de santé, NSA avec dossier RSA, personnes âgées pour l'évaluation d'AADPA. Ces dernières vont d'ailleurs chuter avec l'arrêt des évaluations AADPA. Les SA et NSA se déplacent facilement au bureau sur certains secteurs. Les entretiens au bureau permettent au travailleur social de la MSA un gain de temps, une facilitation des démarches et la réalisation des démarches en direct. Les entretiens téléphoniques sont réguliers aussi bien pour les SA que pour les NSA. Enfin, les TS précisent la montée en force des échanges par mails ou SMS.

**Comment vous adaptez-vous aux publics ? Est-ce que le fait qu'il y ait eu un changement d'interventions a entraîné un changement des modalités ?**

Les travailleurs sociaux s'adaptent aux publics en se rendant au domicile des personnes qui ne peuvent pas se déplacer et en s'adaptant aux horaires de travail des assurés. Enfin, ils échangent de plus en plus par mails, voir par SMS surtout avec les salariés. Effectivement, le changement d'interventions a entraîné un changement des modalités dans la plupart des cas, ce que les TS trouvent plus pratique. Mais certains font encore de nombreuses visites à domicile comme c'est le cas par exemple pour les NSA de Gourin, Port-Louis et Lanester, ce qui permet de voir l'environnement dans lequel vit l'utilisateur. Enfin, les pratiques dépendent aussi des distances géographiques entre le lieu du domicile de l'utilisateur et l'agence MSA.

Figure n° 50: Evolution des modalités d'intervention<sup>68</sup>

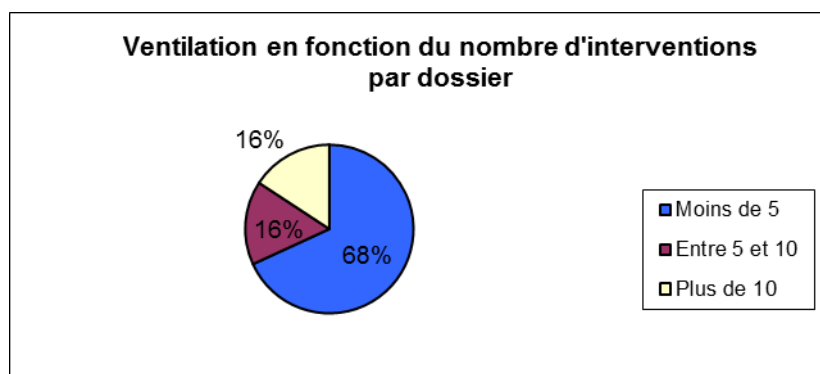


Les entretiens téléphoniques auprès des usagers ont diminué de 2011 à 2013 puis se sont accrus de 2013 à 2014. Les concertations/liaisons ont également augmenté de 2013 à 2014. Quant aux visites à domicile, elles diminuent chaque année depuis 2011.

### Quels changements observez-vous dans les modalités d'intervention des TS ? Est-ce que la visite à domicile apporte un plus ?

Le constat est le même que précédemment. La visite à domicile permet de voir l'environnement dans lequel vit la personne et aussi parfois de rencontrer les membres de la famille (ex : enfants d'une personne âgée, ce qui facilite l'échange).

Figure n°51 : Répartition des dossiers en fonction du nombre d'interventions<sup>69</sup>



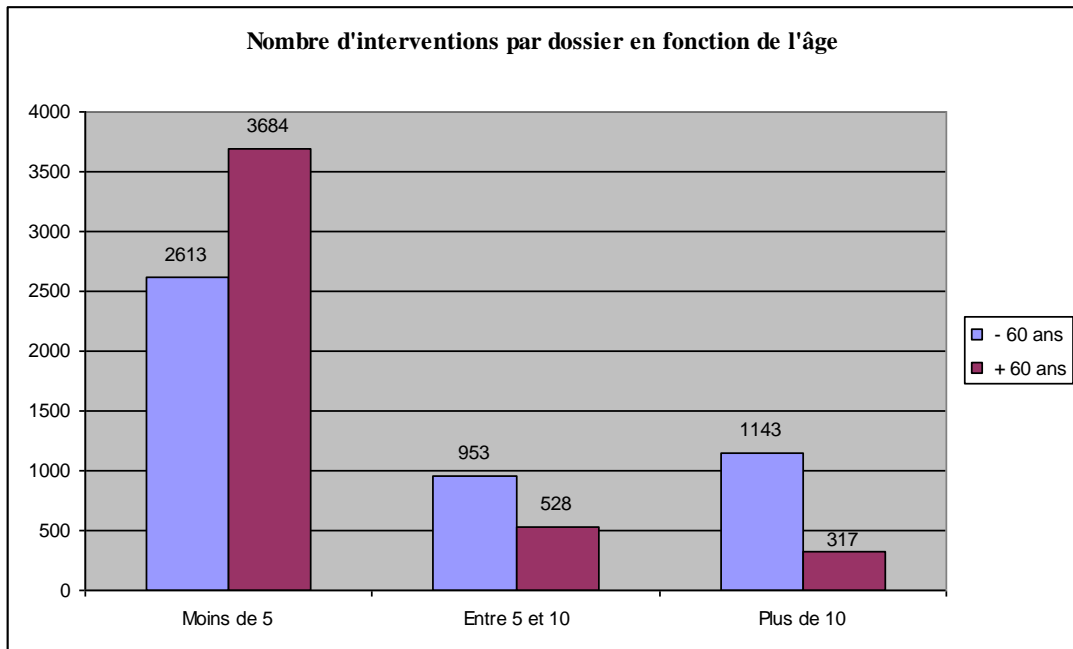
Les chiffres présentés sont à manier avec précaution. En effet, les travailleurs sociaux de la MSA réalisent les évaluations d'aide à domicile pour les personnes âgées qui ne nécessitent qu'une seule intervention à domicile. Ceci explique qu'autant d'assurés (68%) aient bénéficié de moins de 5 interventions. A partir du 1<sup>er</sup> avril 2015, ces évaluations seront confiées aux

<sup>68</sup> Données tirées de DOSOC

<sup>69</sup> Ibid.

chargés d'évaluation d'Armoric Expertise qui se rendront au domicile de la personne pour évaluer le besoin. De ce fait, le nombre d'interventions par dossiers devrait croître et les dossiers de moins de 5 interventions fortement se réduire.

Figure n° 52 : Nombre d'interventions par dossiers en fonction de l'âge



Les dossiers ayant eu moins de 5 interventions concernent majoritairement des assurés de 60 ans ou plus. Les TS précisent que lors qu'il a plus de 5 interventions chez des plus de 60 ans c'est souvent pour des questions d'habitat.

### c. Bilan RSA MSA Portes de Bretagne<sup>70</sup>

La MSA accompagne uniquement les non salariés agricoles.

Tableau n° 13 : Bilan RSA

Année	2011	2012	2013	2014
Bénéficiaires	593	500	475	516
Droits et devoirs	365	330	301	335
Examen CERG	229	236	217	204

Tableau issu de BILAN RSA\_CGI 56 2014

Le nombre d'**allocataires agricoles** bénéficiaires du RSA toutes catégories confondues est de 516 sur la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2014.

335 relèvent ou ont relevé de la sphère des droits et devoirs au cours de l'année.

204 dossiers ont été examinés en Commission d'études et de recours :

- soit pour une étude de droit pour les bénéficiaires au forfait, sans comptabilité ou jeunes installés sans étude prévisionnelle d'installation.
- soit pour une contestation.

Tableau n° 14 : Synthèse et évolution du nombre de bénéficiaires sur les 5 dernières années

Année	2011	2012	2013	2014
Contrats en cours	420	391	351	389

Tableau n° 15 : Synthèse et évolution du nombre de bénéficiaires sur les 5 dernières années

Année	2011	2012	2013	2014
Professionnel	80,58 %	64,76 %	61,19 %	64,45 %
Social	12,99 %	19,36 %	17,63 %	15,63 %
Santé	3,97 %	13,61 %	18,12 %	16,89 %
Logement	2,47 %	2,27 %	3,07 %	3,14 %

<sup>70</sup> Les données de cette page sont issues de : Tableau issu de BILAN RSA\_CGI 56 2014 et de CGI\_BILAN RSA 35 2014. Il s'agit d'une moyenne des chiffres Portes de Bretagne (Ille et Vilaine + Morbihan)

#### **d. Synthèse**

Le nombre d'exploitants est en chute avec davantage d'exploitants dans le 35 que dans le 56. Les bénéficiaires sont plus nombreux dans le Morbihan qu'en l'Ille et Vilaine. En discutant avec des responsables, il semblerait que cela vient du fait que les Morbihannais osent plus facilement demander de l'aide que les breilliens.

Les interventions des travailleurs sociaux concernent surtout des exploitants et peu de salariés agricoles. Pourtant, le nombre d'exploitants agricoles se réduit chaque année. Si cette population diminue alors que le nombre d'interventions les concernant augmente cela signifie que c'est une population en grande difficulté. Il serait donc cohérent, au vu du nombre croissant de bénéficiaires de l'intervention d'un travailleur social, d'accroître le budget de l'ASS.

En 2011, il y avait 19 741 exploitants agricoles, les travailleurs sociaux en ont vu 2 261, soit près de **11 %** des exploitants agricoles.

En 2014, il y avait 18 498 exploitants agricoles, les travailleurs sociaux en ont vu 2 308, soit près de **12 %** des exploitants agricoles.

Ainsi, de 2011 à 2014, le nombre d'exploitants agricoles a donc chuté de 6 % alors que les interventions les concernant ont augmenté de 2 %.

En 2011, il y avait 38 376 salariés agricoles, les travailleurs sociaux en ont vu 1 072, soit près de **3 %** des salariés agricoles.

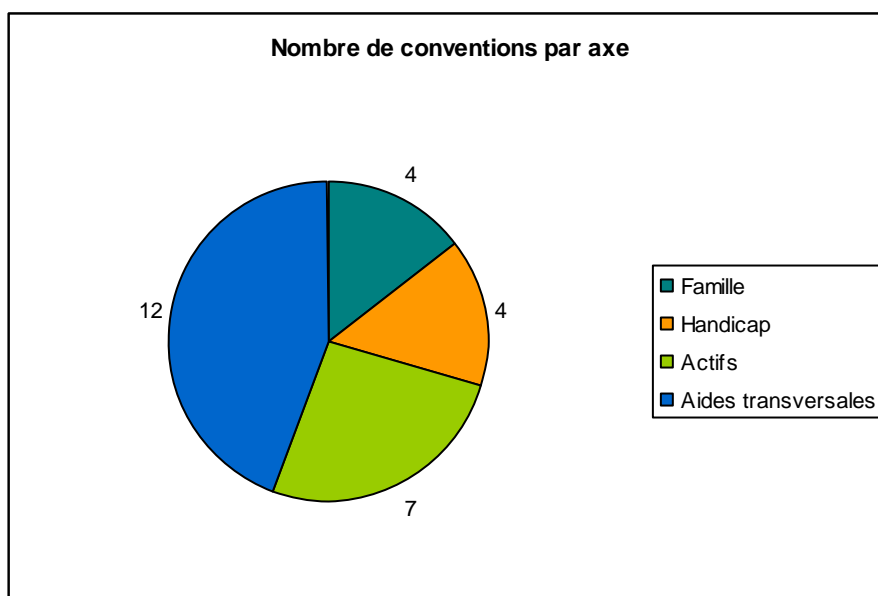
En 2014, il y avait 39 979 salariés agricoles, les travailleurs sociaux en ont vu 1253, soit près de **3 %** des salariés agricoles.

Ainsi, de 2011 à 2014, le nombre de salariés agricoles s'est donc accru de 4,2% et les interventions les concernant ont augmenté de 17 %.

*Les chiffres présentant les personnes ayant été vu par un travailleur social de la MSA sont sous-estimés puisque pour certains dossiers (80 à 200 dossiers selon les années), le statut (SA ou NSA) n'a pas été renseigné.*

## 8. Les partenariats avec des associations et organismes départementaux

Figure n° 53 : Nombre de conventions par axe<sup>71</sup>



Les conventions conclues entre la MSA et des associations ou des organismes départementaux<sup>72</sup> concernent plutôt les axes « Aides transversales<sup>73</sup> » et « Actifs ». Aucune convention concernant les axes « Jeunes » et « Seniors » n’ont été passées sur la période 2011-2014. Nonobstant, ces axes peuvent se retrouver dans l’axe des aides transversales, par exemple à travers les conventions signées avec Pact HD ou l’HAD. Il y a peu de conventions pour les axes « Familles » et « Handicap ». Enfin, les conventions dans le domaine de la santé feront l’objet d’une évaluation particulière présentée ci-après.

Des tableaux récapitulatifs des conventions concernant les axes Familles, Handicap ont été placés en Annexes n° 4, 5 et 6. Le tableau des conventions relatives aux aides transversales n’a pu être rempli faute de temps. Sa structure a néanmoins été placée en Annexe n° 7 pour qu’il puisse être complété ultérieurement.

<sup>71</sup> Source : secrétariat de l’Action Sanitaire et Sociale basé à Vannes.

<sup>72</sup> Il ne s’agit que d’une partie des conventions entre la MSA et ses partenaires. Il existe aussi des conventions liées à des prestations qui ne sont pas présentées dans ce rapport.

<sup>73</sup> Définit précédemment. Les aides transversales regroupent les aides à caractère sanitaire et social ainsi que les aides individuelles liées à la précarité.

## 9. La Convention d'Objectifs et de Gestion 2011-2015

La COG est conclue entre l'Etat et la MSA. Elle s'inscrit dans le contexte de Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) qui exige de tous les opérateurs publics une efficacité accrue dans l'atteinte de leurs objectifs et une meilleure efficience dans la gestion des moyens qu'ils y consacrent. Les objectifs sont fixés de manière à rester pertinents, atteignables et mesurables<sup>74</sup>. Dans ce cadre, les ambitions générales de la COG se structurent autour des 4 engagements suivants : le service rendu<sup>75</sup>, la mise en œuvre des politiques publiques, la maîtrise des risques et la lutte contre la fraude, la performance de la gestion.

Un des objectifs de la COG est notamment d'harmoniser l'Action Sociale au niveau des caisses. Pour cela, 5 engagements ASS dans le cadre de la COG ont été établis. Premièrement,

- Consolider l'engagement de la MSA dans la politique d'Aide à la Jeunesse et à l'Enfance (AJE) auprès des familles agricoles (Prestation de Service Unique (PSU) et Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE)) et sur les territoires ruraux (CEJ).
- Harmoniser la politique d'aide à domicile auprès des retraités les plus fragiles.
- Lutter contre l'isolement et développer des solidarités et des services autour des personnes âgées sur les territoires vieillissants.
- Conforter l'accompagnement des actifs agricoles en situation de précarité.
- Contribuer au développement d'une offre d'hébergement médico-social de proximité en milieu rural.

La COG est déclinée dans les 35 caisses MSA, mais elles n'ont pas toutes les mêmes objectifs. Au sein de la MSA des Portes de Bretagne, une chargée de missions d'appui au pilotage et au management, suit dans le cadre de la COG, le contrat local : le CPG (Contrat Personnalisé de Gestion).

La mission d'appui au pilotage et au management de la CCMSA met à disposition des caisses des outils pour qu'elles rendent compte de leurs actions. L'Action Sociale de la MSA des Portes de Bretagne rend compte de ses actions environ tous les 4 trimestres et peut être évaluée sur des sujets différents à chaque trimestre. Il y a certaines actions dont la MSA ne

---

<sup>74</sup> D'ailleurs en 2012, les objectifs qui avaient été fixés en 2010 ont été revus à la baisse

<sup>75</sup> La MSA des Portes de Bretagne est très portée sur le service rendu.



rend jamais compte, d'autres dont elle rend compte de manière très ponctuelle (tous les 4<sup>e</sup> trimestre de chaque année, une seule fois en quatre ans etc.). La personne chargée de la mission d'appui au pilotage et au management sollicite donc davantage l'ASS au 4<sup>e</sup> trimestre.

Avec ces données, la CCMSA (Caisse Centrale) restitue régulièrement aux tutelles, dans des tableaux de bord, le niveau de chaque caisse afin de pouvoir les mettre en perspective. Elle présente également un rapport annuel de ce qui a été fait aux tutelles signataires de la COG (ministères du budget, de la sécurité sociale, de l'agriculture et des forêts etc.)

Chaque responsable d'engagement doit également s'approprier les résultats et une restitution aux agents de direction a lieu toutes les 6 semaines. Cette dernière présente les indicateurs qui ressortent en alerte et permet d'anticiper ce qui va sortir en alerte le trimestre suivant.

## 10. Le volet Santé du PASS

Un des enjeux de cette évaluation est de dégager et valoriser le volet « Santé » qui est actuellement intégré dans les autres axes du plan. Pour cela, il a fallu extraire des aides individuelles et des partenariats existants, ceux relevant de la santé.

Pour les subventions, il m'a fallu reprendre toutes celles qui avaient un lien avec la santé comme par exemple, les subventions pour les malades de cancers ou les organismes spécialisés en alcoologie.

Tableau n° 16 : Subventions de fonctionnement du volet santé

Subvention de fonctionnement	2011	2012	2013	2014
<b>Conduites addictives</b>				
AMAFE Bretagne	1 000 €	1 000 €	1 000 €	1 000 €
NOUVEL HORIZON	200 €	200 €	200 €	200 €
Alcool Assistance LA CROIX D'OR 35	1 000 €	1 000 €	1 000 €	1 000 €
Alcool Assistance LA CROIX D'OR 56	1 000 €	1 000 €	1 000 €	1 000 €
Mouvement VIE LIBRE 35	1 000 €	1 000 €	1 000 €	1 000 €
VIE LIBRE Section Côte d'Emeraude				
Mouvement VIE LIBRE 56	1 000 €	1 000 €	1 000 €	1 000 €
Association Les Amis de la Santé 35	1 000 €	1 000 €	1 000 €	1 000 €
Association Les Amis de la Santé 56	1 000 €	1 000 €	1 000 €	1 000 €
<b>Soins palliatifs-accompagnement fin vie</b>				
Association Soins Palliatifs 56 Source de Vie	500 €	650 €	650 €	700 €
JALMALV Morbihan	2 000 €	2 000 €	2 000 €	2 500 €

Tableau n° 17 : Subventions exceptionnelles du volet santé

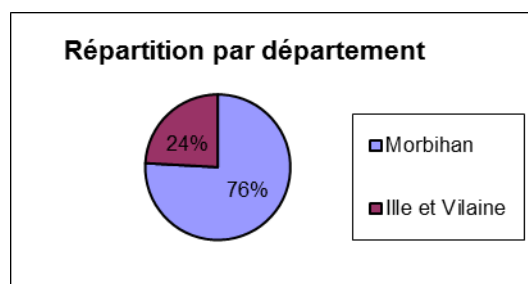
Subventions exceptionnelles	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Cancer- prélèvements d'organes</b>					
Association Faire Face Ensemble contre le cancer		221,22 €			
France ADOT (prélèvements d'organes)		1 000 €	1000 €		
Association Réseau ONCOVANNES (pathologie cancéreuse)				500 €	
<b>Prévention et promotion de la santé</b>					
Fédération Départementale des Maisons Familiales Rurales (promotion de la santé)			10 175 €	16 405 €	16 405 €
CIAS-Ouest Rennes (prévention santé)				1500 €	
<b>Prêts</b>					
Hôpital local St Jean	100 000 €				

En Annexe n° 8 figure un tableau récapitulant les subventions versées aux mouvements d'entraide par la MSA et l'ARS. A l'origine ce tableau ne comprenait que les subventions versées par l'ARS. Je l'ai complété avec celles versées par la MSA. Suite à ça, Dominique Sabel et moi-même avons rencontré le 1er avril 2015 Madame Salima Taymi, chargée de mission à la direction adjointe de la prévention et de la promotion de la santé de l'ARS. En effet, si la MSA veut continuer à financer ces associations, il faut que « ça ait du sens » et que ça soit structuré avec l'ARS, c'est pourquoi lors de cette rencontre, la réalisation d'un travail en commun a été amorcée.

#### - Oncologie

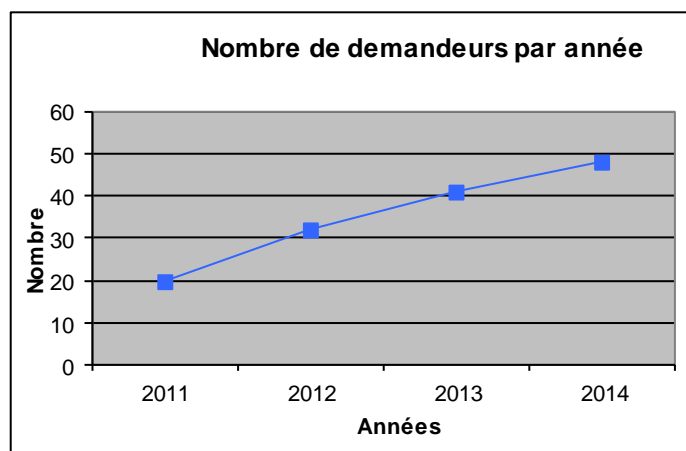
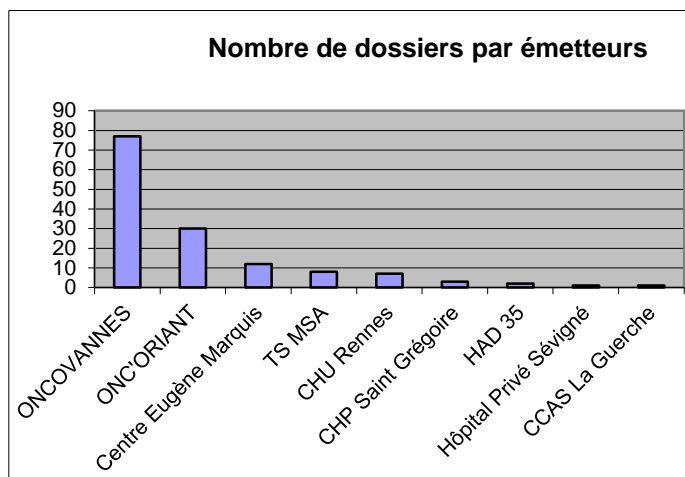
Les personnes assurées au titre de l'assurance maladie, quelque soit leur âge pendant la durée de leur traitement oncologique, peuvent bénéficier d'une prise en charge maximum de 60 heures d'aides à domicile. Pour 2014, le coût horaire de l'aide est de 19,40 euros par heure. La MSA participe à hauteur de 17,46 euros par heure, ce qui fait un reste à charge pour l'assuré de 1,94 euro par heure. L'objectif de cette aide est de favoriser le maintien à domicile et les soins dans le cadre de la vie quotidienne des assurés pris en charge par un réseau ou une structure d'oncologie.

Figure n° 54: Répartition par département des demandes d'heures d'aides à domicile



Sur la période 2011-2014, le Morbihan a reçu 76% des dossiers d'oncologie contre seulement 24% en Ille et Vilaine. Ces chiffres sont représentatifs des partenariats et notamment du réseau Oncologie qui fonctionne mal en Ille et Vilaine.

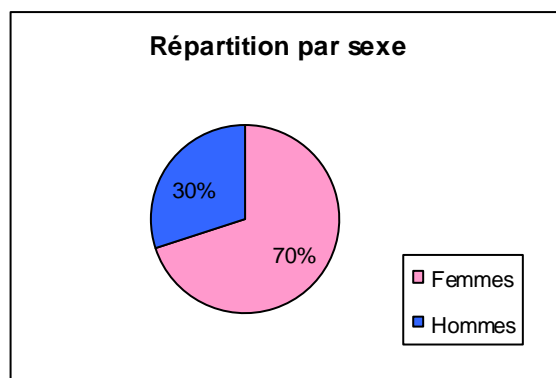
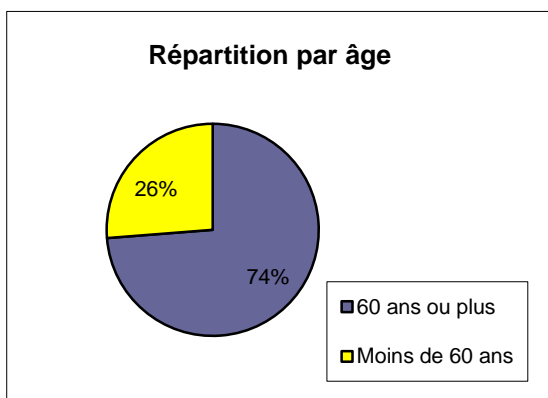
Figure n° 55 et n° 56: Nombre de dossiers par émetteurs en oncologie<sup>76</sup> et Nombre de demandeurs en oncologie par année<sup>77</sup>



Les organismes qui sollicitent le plus sont situés dans le Morbihan : OncoVannes et Onc'Oriant. Ensuite en Ille et Vilaine, c'est le Centre Eugène Marquis qui reçoit le plus de dossiers.

Le nombre de demandeurs d'aide à domicile dans le cadre d'une prise en charge oncologique n'a cessé d'augmenter depuis 2011, mais ces derniers restent peu nombreux.

Figures n° 57 et n° 58: Répartition par âge des demandeurs d'heures d'aides à domicile et Répartition par sexe des demandeurs



Sur la période 2011-2014, nous pouvons constater que 74% de demandeurs ont 60 ans ou plus et 26% ont moins de 60 ans.

Enfin, concernant l'oncologie et toujours sur la période 2011-2014, 70% des demandeurs sont des femmes et 30% des hommes.

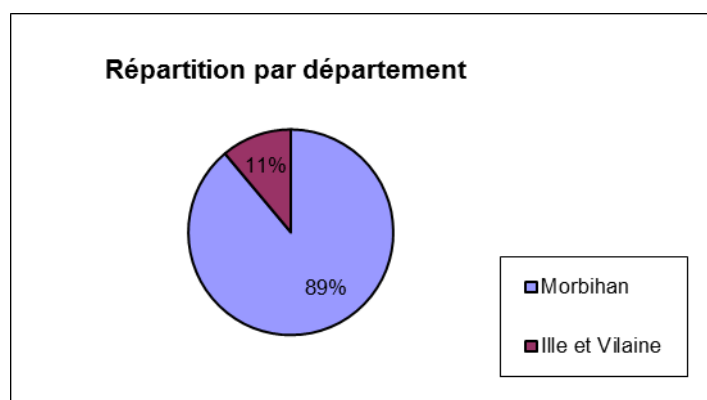
<sup>76</sup> Source : document interne du pôle Prestations d'Action Sanitaire et Sociale.

<sup>77</sup> Ibid.

### - Hospitalisation A Domicile (HAD)

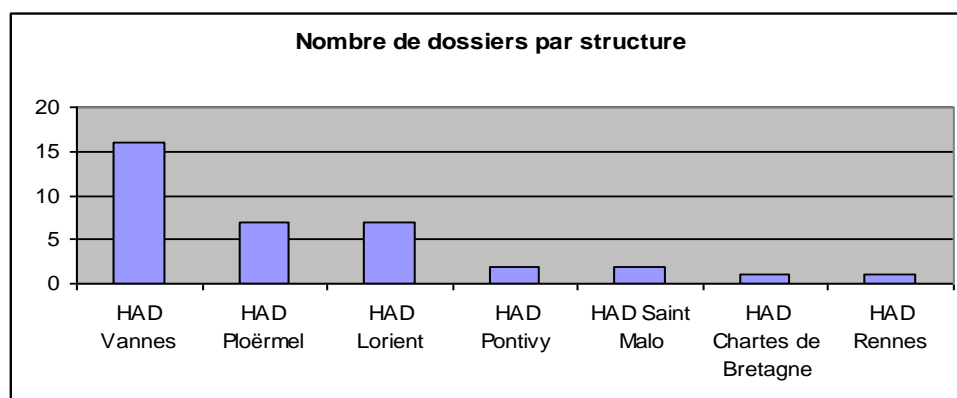
Les personnes assurées au titre de l'assurance maladie à la MSA, quelque soit leur âge pendant la prise en charge par l'HAD ou la structure de soins palliatifs peuvent bénéficier de la prise en charge de la présence d'un garde-malade à domicile de jour et/ou de nuit à hauteur de 90%. L'objectif est de favoriser le maintien à domicile des assurés pris en charge par une structure d'HAD ou de soins palliatifs.

Figure n° 59: Répartition par département des demandes en HAD<sup>78</sup>



Comme pour l'oncologie, c'est le Morbihan qui a reçu le plus de dossiers (89% des dossiers d'HAD) contre seulement 11% en Ille et Vilaine. Néanmoins, cela s'explique par le fait que le dispositif à été mis en place en Ille et Vilaine, il y a seulement un an.

Figure n° 60 : Nombre de dossiers par structures<sup>79</sup>

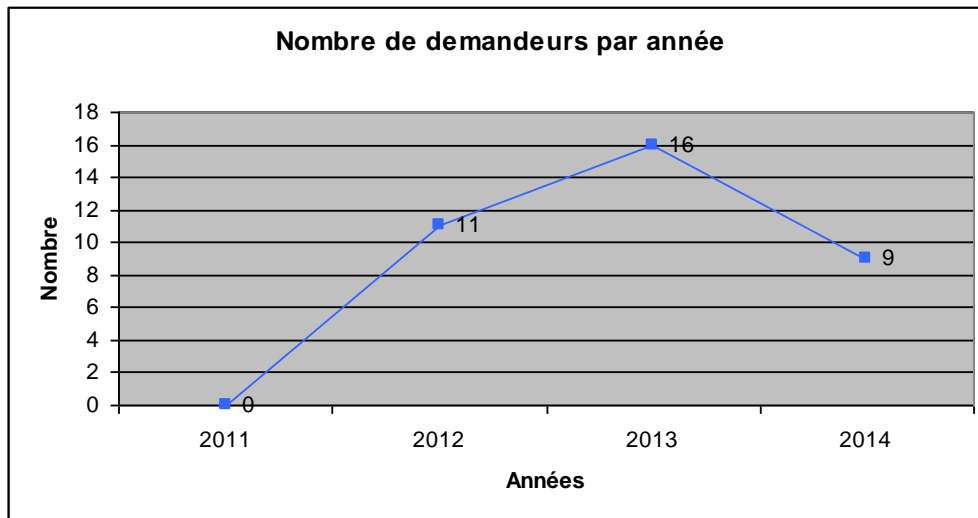


Sur la période, ce sont également les HAD du Morbihan (Vannes, Ploërmel, Lorient, Pontivy) qui ont reçu le plus de dossiers. Les dossiers des HAD d'Ille et Vilaine (Saint Malo, Rennes, Chartes de Bretagne) restent peu nombreux.

<sup>78</sup> Source : document interne du pôle Prestations d'Action Sanitaire et Sociale.

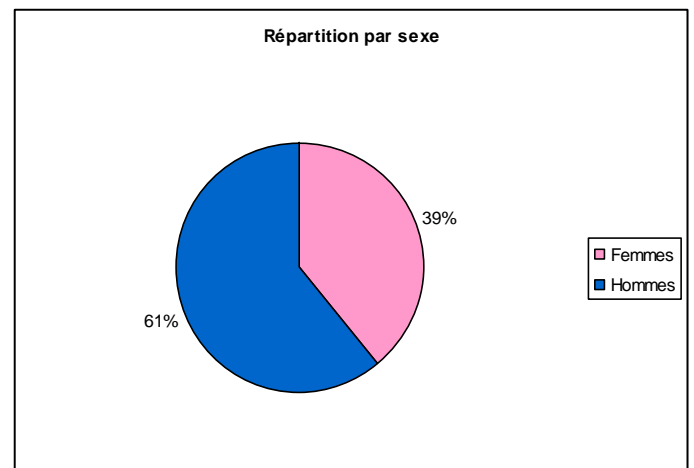
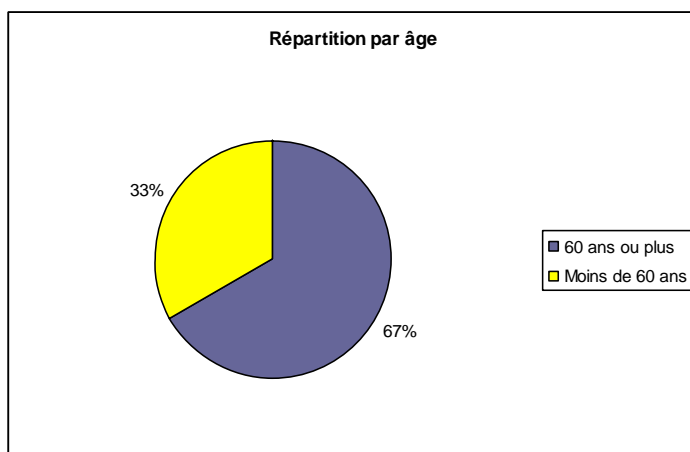
<sup>79</sup> Ibid.

Figure n°61 : Nombre de demandeurs d'une garde-malade à domicile par année<sup>80</sup>



Le nombre de demandeurs d'HAD est très faible. Il a été nul en 2011 puis s'est accru entre 2012 et 2013. En 2014, il a chuté pour concerner 9 demandeurs.

Figures n° 62 et n° 63: Répartition par âge des demandeurs et Répartition par sexe des demandeurs<sup>81</sup>



Les demandeurs d'une prise en charge garde-malade à domicile sont pour 67% d'entre eux âgés de 60 ans ou plus et pour 33% d'entre eux âgés de moins de 60 ans.

Contrairement à l'oncologie, la majorité des demandeurs sont des hommes (61%).

<sup>80</sup> Source : document interne du pôle Prestations d'Action Sanitaire et Sociale.

<sup>81</sup> Ibid.

## 10. Les MARPA

Les MARPA sont des petites unités de vie créées par la MSA dans les années 1980. Leur but est de permettre aux personnes âgées de continuer à vivre dans leur environnement familial. Chaque projet de maison résulte d'un partenariat avec les collectivités territoriales. Actuellement, la France en compte environ 170 dont 2 dans le Morbihan : Saint Marcel et Merlevenez et 5 dans l'Ille et Vilaine : Pleugueneuc, Nouvoitou, Parcé, Luitré, Messac.

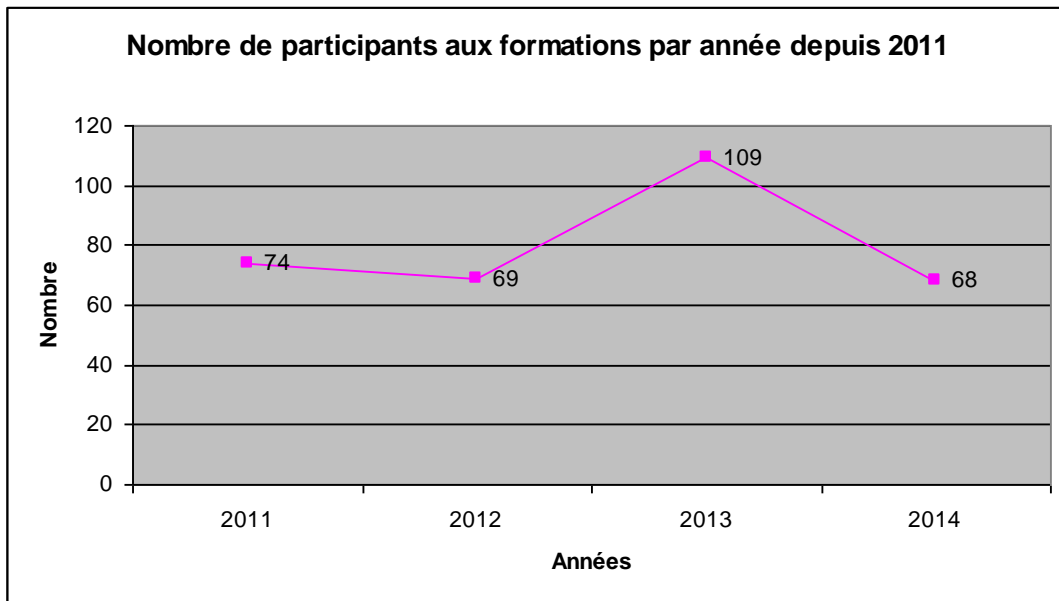
En février 2009, la MSA des Portes de Bretagne a créé l'association MARPA Service afin de mettre en réseau les responsables des MARPA. Pour cela, la MSA a mis à disposition de cette association un mi-temps de travailleur social. Nous avons fait le choix d'intégrer les MARPA dans l'évaluation du PASS en raison de cette mise à disposition d'une chargée d'étude à mi-temps.

Dans ce cadre se déroule une fois par trimestre et sur la base du volontariat, un comité technique réunissant les directeurs et/ou adjoints des 7 MARPA du territoire de la MSA des Portes de Bretagne. La MARPA de Ploudaniel, la seule du Finistère se sentant isolée a décidé de rejoindre ce comité technique. Elle n'est pas membre de l'association mais dispose d'une voix consultative. Tous les ans, 4 comités techniques ont lieu, soit 16 de 2011 à 2016.

En théorie, les MARPA sont non médicalisées. Mais, en décembre 2009, suite à des faits de maltraitance à Bayonne, la Délégation Territoriale 35 de l'ARS a exigé de chaque MARPA qu'elle produise la preuve d'une convention signée avec un service de soins à domicile. Les MARPA qui n'ont pu prouver l'existence d'une convention, ont dû basculer sur l'option forfait soins et embaucher du personnel infirmier, ce qui les éloignent du concept initial des MARPA.

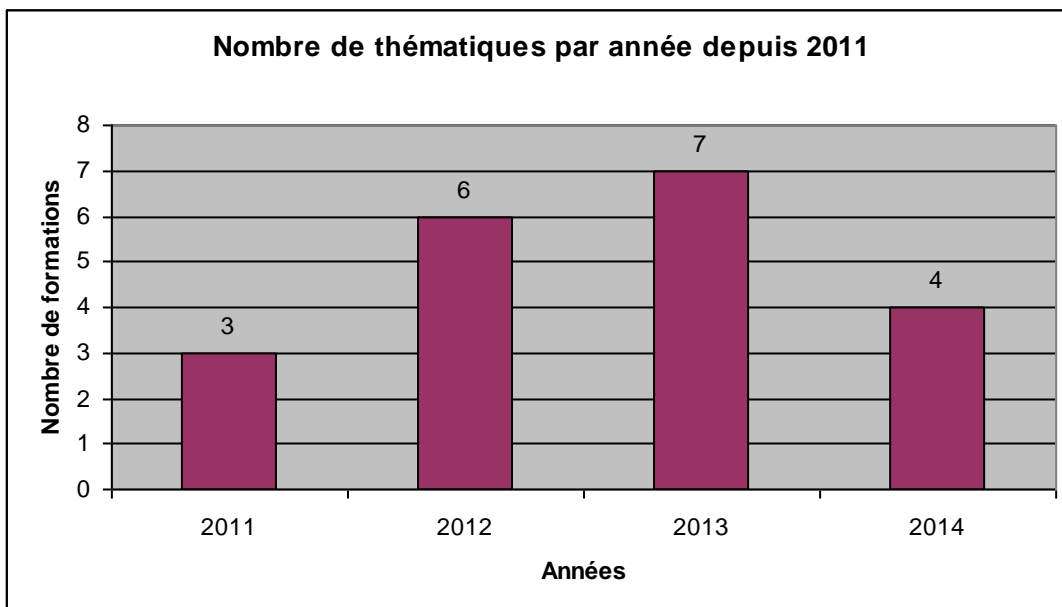
En Ille et Vilaine, 4 MARPA sur les 5 sont associatives. Les autres MARPA (Messac et celles du Morbihan) sont gérées par un CCAS.

Figure n° 64 : Nombre de participants aux formations par année<sup>82</sup>



Pour la période 2011-2014, le nombre de participants aux formations se situe entre 68 et 109 par an, avec le chiffre le plus élevé en 2013 puisque davantage de formations ont été réalisées cette année là (cf. figure n°68 ci-dessous).

Figure n° 65: Nombre de thématiques par année<sup>83</sup>

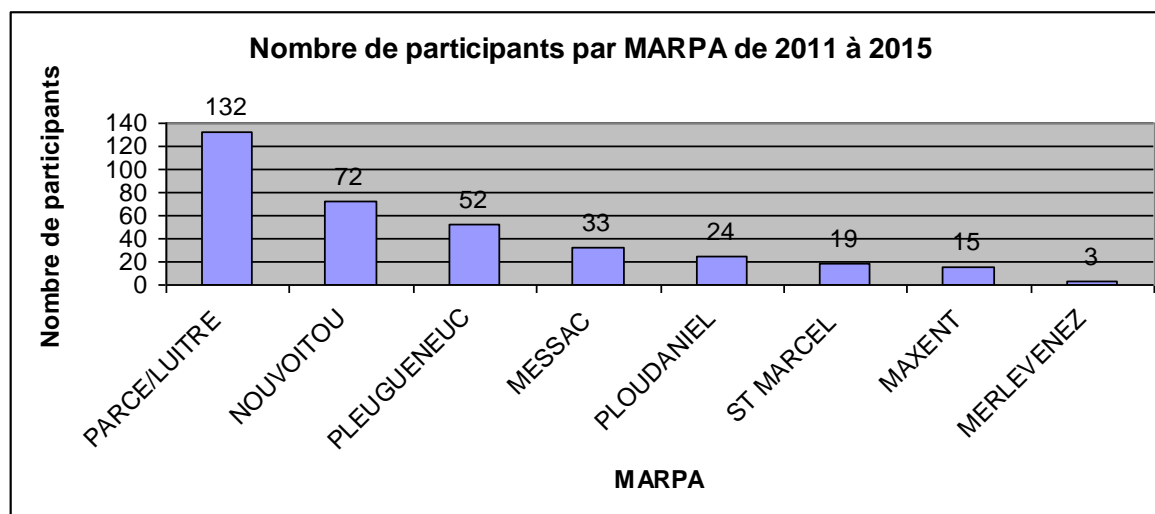


Le nombre de thématiques présentées de 2011 à 2014 aux salariés des MARPA se situe entre 3 et 7. Pour l'année 2015, une thématique portant sur la communication verbale, non verbale et le savoir être a déjà été réalisée.

<sup>82</sup> Source : Récapitulatif des formations MARPA

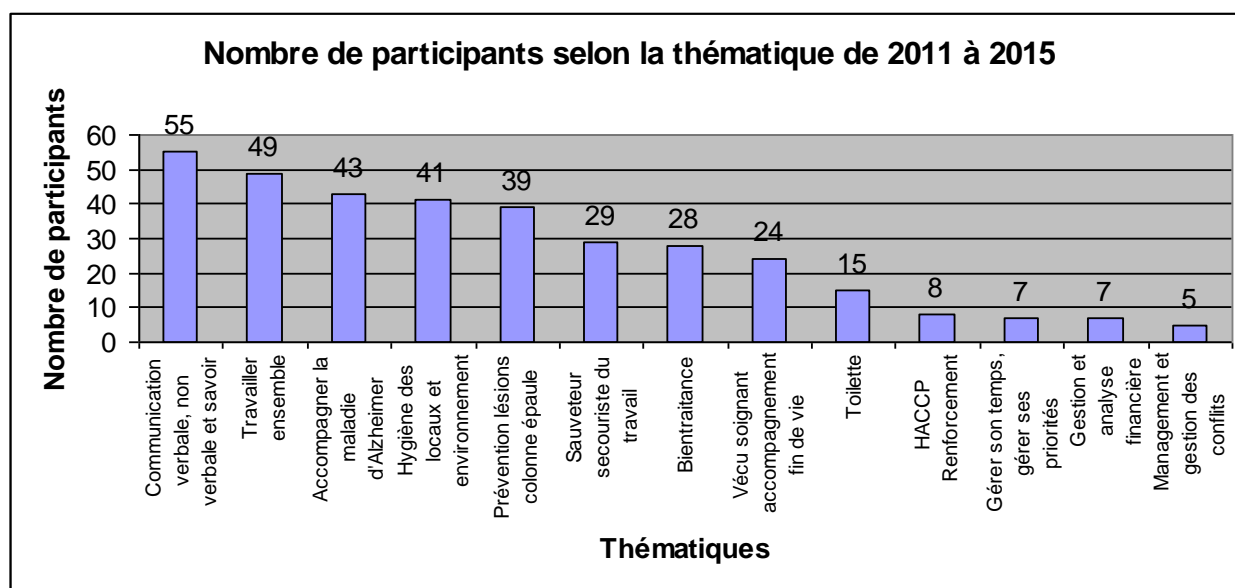
<sup>83</sup> Ibid.

Figure n° 66: Nombre de participants par MARPA depuis 2011<sup>84</sup>



Le nombre de salariés participants aux ateliers a été le plus important dans les deux MARPA de Parcé et Luitré ainsi que dans celle de Nouvoitou. Il faut préciser que sont inclus les formations du 15 janvier et du 10 et 24 mars 2015 dans les données.

Figure n° 67: Nombre de participants selon la thématique<sup>85</sup>



Les trois thématiques ayant attiré le plus de participants sont « Communication verbale et savoir être », « Travailler ensemble », et « Accompagner la maladie d'Alzheimer ». Comme précédemment, les formations qui ont eu lieu le 15 janvier, le 10 et le 24 mars 2015 ont été intégrées aux données.

<sup>84</sup> Source : Récapitulatif des formations MARPA

<sup>85</sup> Ibid.



## II. Evaluation qualitative

Cette deuxième partie s'appuiera principalement sur un travail d'enquête de terrain menée du 15 avril au 11 juin 2015 à partir d'entretiens, méthode choisie car « L'entretien est un instrument privilégié pour la compréhension des comportements<sup>86</sup> » Ces derniers ont été réalisés auprès de l'ensemble des travailleurs sociaux sur la MSA des Portes de Bretagne en entretiens de groupe, de 20 professionnels de la caisse, de 18 partenaires, de 21 élus accompagnés des 4 animateurs de la vie mutualiste (deux en Ille et Vilaine et deux dans le Morbihan) et enfin de 12 usagers de l'Action Sociale. Les entretiens ont été réalisés aussi bien sur le département du Morbihan qu'en Ille et Vilaine.

Les entretiens avec les travailleurs sociaux avaient pour objectif de voir quelle influence la réorganisation a eu sur leurs activités et notamment sur les actions collectives, comment s'articulent l'accompagnement individuel avec les actions collectives et comment se combinent les actions collectives entre elles.

Le but des entretiens auprès des professionnels des autres services de la caisse et de mieux connaître leur(s) mission(s) et leur(s) lien(s) avec l'Action Sociale et de savoir comment ils perçoivent l'Action Sociale.

Pour les partenaires, il s'agit de mieux appréhender les missions de chacun, d'avoir un regard sur leur politique d'Action Sociale, sur leur vision de l'Action Sociale de la MSA, en quoi consiste ce partenariat, ce qu'ils en pensent c'est-à-dire quels en sont les points positifs et les points à améliorer.

Il était également intéressant d'interroger des élus car ils sont le relais sur le terrain entre la caisse et les assurés. De plus, ils contribuent à l'animation du milieu rural. L'objectif de l'entretien était de mieux saisir leur rôle, de voir ce qu'ils connaissent de l'Action Sociale et quand et pourquoi ils la sollicitent.

Les assurés ont été choisis parce qu'ils ont bénéficié d'un accompagnement social par un TS de la MSA Portes de Bretagne et/ou d'attribution d'aides financières par la MSA. La

---

<sup>86</sup> De Singly F., L'enquête et ses méthodes : le questionnaire, Paris, Nathan Université, 1992, p 21.

présentation des personnes interrogées figure en Annexe n° 2. L'entretien auprès des usagers doit permettre de mesurer leur satisfaction vis-à-vis de l'accompagnement dont ils ont bénéficié, ce qu'ils ont pensé des actions collectives lorsqu'il y a lieu et quelles sont leurs suggestions et propositions d'amélioration. Les contacts des usagers qui ont été interrogés m'ont été transmis par les TS de Bruz et de Vannes. Les entretiens ont été réalisés en majeure partie à domicile et pour deux d'entre eux dans les locaux de la MSA.

Ce travail ne reflète bien sûr pas l'avis de l'ensemble de la population agricole ; toute en enquête à des « biais » inévitables<sup>87</sup>. Néanmoins, je me suis attachée à retenir des éléments qui me semblaient congruents vis-à-vis de l'objet de l'étude en me rapprochant de la méthode des quotas où l'échantillon de personnes interrogées doit avoir une structure comparable à la population de référence afin que l'échantillon soit le plus « représentatif » possible du public rencontré par les travailleurs sociaux de la MSA Portes de Bretagne. Pour cela, j'ai interrogé davantage de femmes que d'hommes, de salariés que d'exploitants, un peu plus de personnes vivant seules qu'en couple, avec des problèmes de santé ou des difficultés financières, résidant sur l'Ille et Vilaine ou le Morbihan.

## **1. Evaluation des actions collectives**

En plus de l'accompagnement individuel, tous les TS mènent au moins une action collective exceptés ceux à mi-temps, en CDD ou en mandat d'élu.

Un tableau synthétique de ces actions et de leur nombre de participants par année depuis 2011 figure en Annexe n° 9. Nous pouvons remarquer qu'elles concernent davantage les axes Actifs, Seniors et Handicap.

Globalement les actions collectives se développent bien qu'elles fussent moins nombreuses en 2013 du fait de la réorganisation. Les travailleurs sociaux ont l'impression que de plus en plus d'actions émanent de la CCMSA (Caisse Centrale de la MSA). Avec le temps, la plupart des actions collectives ont été harmonisées sur les deux départements et le nombre d'actions en direction des actifs a été augmenté : « Repenser son bien-être au travail » et « Aujourd'hui en arrêt et après ? » ont été mis en place en 2014. Alors que le travail partenarial (en inter

---

<sup>87</sup> De Singly F., op. cit.

régime) se développe notamment pour l'axe Seniors, les travailleurs sociaux trouvent que le travail partenarial élargi avec les partenaires locaux (Conseil Général, CAF etc.) s'affaibli, entraînant une absence de représentation de la MSA, de travail partenarial et de projets. Enfin, les travailleurs sociaux font remarquer que lorsque les actions sont bien implantées, le nombre de participants croît.

Comment expliquer l'évolution des actions collectives ? Les réponses des travailleurs sociaux sont présentées ci-dessous pour les actions qui ont connu une évolution importante.

Pour l'ARPIJ collectif, le nombre d'actions est à la hausse. Cette croissance s'explique par le fait que l'ARPIJ n'existe que depuis 2013 en Ille et Vilaine. De plus, l'évolution ne dépend pas uniquement de la MSA puisque l'action est menée en inter régime.

La baisse du nombre de réunions IJ en 2013 est due à la réorganisation. Le nombre de participants est important en 2014, c'est plus que ce que les travailleurs sociaux pensaient. Il faut préciser que lorsqu'il y a peu de participants les travailleurs sociaux annulent l'action et font des entretiens individuels, ce qui n'est pas valorisé dans le tableau ci-dessus.

La réduction du nombre d'actions de 5 à 3 concernant les Risques Psychosociaux (RPS) questionne. Est-ce une volonté technique ? Politique ? Est-ce que cela provient du manque de conseillers en prévention, de leur disponibilité, de leur volonté de faire ?

La Charte Solidarité des Aînés a été signée en juin 2013 par le GIP-CLIC Pays de Redon Bretagne Sud, la MSA 44-85 et MSA Portes de Bretagne. C'est donc une action encore trop récente pour pouvoir commenter son évolution.

Les Ateliers du Bien Vieillir (ABV) sont pilotés par trois services de la MSA: l'Action Sociale, la santé publique et l'animation de la vie mutualiste. Les travailleurs sociaux regrettent de ne pas avoir davantage de visibilité sur les ABV et rencontrent des problèmes liés au pilotage de ces ateliers. De plus, l'organisation de ces ateliers assez lourde. Les ABV sont ouverts à toutes les personnes ayant plus de 55 ans qu'elles soient affiliées ou non à la MSA. Pour les TS qui souhaiteraient toucher les publics qui en ont le plus besoin, il s'agit là plus de prévention que de travail social. Enfin, des questionnaires sont remplis à chaque séance mais ils ne sont pas exploités. Ce rapport d'évaluation peut être l'occasion de soulever ce problème.

Pour chaque action j'ai réalisé un tableau synthétique (cf. Annexes n°13 à 23) décrivant l'action, les objectifs pour le travailleur social et pour le bénéficiaire, l'évolution du dispositif de puis 2011, les effets obtenus et les pistes d'amélioration pour cette action.

- **L'articulation entre l'accompagnement individuel et le collectif et entre les actions collectives**

Lorsqu'il accompagne un assuré et qu'il repère une ou plusieurs problématique(s) chez celui-ci, le travailleur social peut lui proposer de participer à une action collective, celle qui lui paraît est la plus adaptée à la personne car elle pourrait « *apporter un plus* »<sup>88</sup>. En effet, le travailleur social connaît les actions collectives (*du fait soit de sa participation à l'action, soit du témoignage de la personne*) et à une sensibilisation vis-à-vis des actions. L'action collective permet de donner une impulsion à l'accompagnement individuel notamment lorsqu'il s'essouffle. Avant cela, le travailleur social doit déceler l'aisance la personne en groupe. Il doit faire attention car il y a des personnes qui ont de telles pathologies psychiques ou physiques qu'elles vont perturber le groupe. De plus, cela doit toujours se faire avec l'accord de la personne et en adéquation avec ses besoins. L'utilisateur est aussi « *acteur* » : le travailleur social lui propose plusieurs actions et c'est lui qui choisit. C'est une réflexion pluridisciplinaire soit avec le travailleur référent, soit avec les acteurs de santé.

Les plus-values de l'action collective, selon les travailleurs sociaux, sont les suivantes :

- Manière différente d'accompagner la personne : « *Une autre paire de lunettes de sa situation* ». Le groupe a sa manière à lui de renvoyer quelque chose à la personne.
- Complémentarité avec l'accompagnement individuel dans de nombreuses situations
- Avantage du collectif (le groupe est moteur)
- Pour les participants c'est rassurant de voir qu'ils ne sont pas seuls dans cette situation. Partage entre pairs, permet de devenir plus acteur de réfléchir autrement.
- Prise de recul, relativise : « *les situations des autres sont pires* ». Il y a toujours pire. Du coup, ils sont plus focalisés sur la solution que sur le problème. Ils sont co-constructeurs de l'action.
- Parfois c'est plus porteur quand c'est une autre personne qui leur dit que le TS.

---

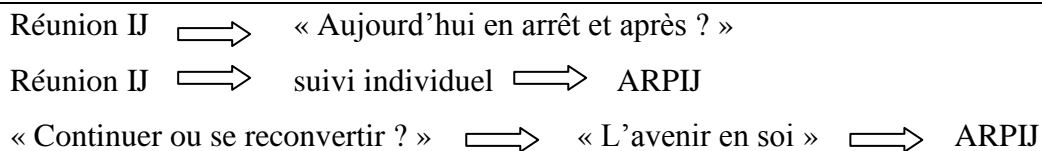
<sup>88</sup> Les termes entre guillemets font référence au vocable employé par les des travailleurs sociaux.

- Sortir de l'isolement
- Résoudre ses problèmes
- Atteindre ses propres objectifs
- Impulser une dynamique chez la personne
- Apporter de la confiance en soi, de l'estime de soi
- Plus-value aussi pour les TS. On redécouvre des personnes en groupe. Ça confirme l'accompagnement que l'on a avec lui. Enrichie les pratiques professionnelles.

Une des difficultés de « l'après groupe » est de réussir à mettre en place ce qui a été visé en action collective.

L'accompagnement individuel et la participation a une ou plusieurs action(s) collective(s) sont souvent complémentaires. Le cheminement individuel est « porté », accentué par le groupe. De plus, en individuel, les travailleurs sociaux ont plus de difficultés à aborder des problèmes comme l'alcool. Le groupe permet alors de favoriser le dialogue. Pour que l'action collective soit efficace, le travailleur social reprend le suivi en individuel car les bénéficiaires ont besoin d'être rebootées pour faire aboutir leur projet.

Les articulations entre les actions et avec l'accompagnement individuel peuvent être les suivantes :



Ce schéma est loin d'être exhaustif puisque, comme je l'ai dit précédemment, les actions collectives doivent se faire en fonction de l'assuré.

C'est l'évolution de la situation de l'individu qui amène à proposer une autre action. Il n'y a pas de modèle type, l'articulation de plusieurs actions s'inscrit dans un plan d'aide global. C'est donc du cas par cas en fonction de la situation de l'assuré, de sa mobilisation, de ses besoins mais aussi du calendrier (si la personne est « prête », les travailleurs sociaux choisissent l'action collective la plus proche dans le temps afin d'éviter une baisse de motivation), du lieu de l'action, mais aussi du nombre de places restantes. Ce n'est pas toujours évident car plusieurs actions peuvent correspondre : « il faut se demander ce qui est le plus pertinent ».

Les bénéficiaires des actions collectives ne doivent pas être « *dans la consommation* », mais plutôt dans un cheminement par rapport à leur problématique.

L'assuré peut avoir intérêt à enchaîner deux actions collectives puisque ces dernières peuvent traiter de sujets similaires et être très différentes sur la forme. Chaque action à ses propres objectifs, son propre rythme.

Souvent, les actions ciblent déjà un public ou une problématique. La session « Continuer ou se reconvertir ? » s'adresse aux exploitants, l'ARPIJ aux salariés en arrêt de travail (et parfois aux exploitants), les ateliers d'éducation à la santé concernent les publics précaires et plus particulièrement ceux des chantiers d'insertion agricoles et l'Avenir en soi s'adresse à tout public mais concerne la problématique de changement dans une vie. Aussi, la session « Continuer ou se reconvertir ? » s'inscrit dans un questionnaire sur la reconversion ou de la poursuite de l'activité alors que l'AES permet de faire ressortir les compétences associées aux expériences. Il n'y a pas une action plus importante qu'une autre. Souvent le travailleur social échange avec le référent de l'action pour s'assurer de l'orientation la plus appropriée.

Certaines de ces actions sont menées en inter régime. C'est le cas des ABV, des ARPIJ et des Forum Deuil. Pour l'ARPIJ, les référents des différents régimes se regroupent entre eux. C'est une co-construction inter régimes, il n'y a pas de « *meneurs* ». Le Forum Deuil est à l'initiative de la CARSAT, c'est une action qui reste très ponctuelle. Certains travailleurs sociaux ont l'impression que pour certaines actions la CARSAT a un pouvoir de décision plus important que la MSA, ce qu'ils regrettent.

## **2. Les liens avec les autres professionnels des différents services de la caisse**

### **- Le pôle Prestations d'Action Sanitaire et Sociale (PASS)**

Pour comprendre comment sont gérées les prestations d'action sociale, je me suis entretenue sous la forme d'une réunion avec les membres du pôle PASS implanté à Vannes, soit quatre techniciennes, deux gestionnaires, une cadre gestionnaire et le coordonnateur du pôle.

Pour le pôle PASS, l'action sociale se caractérise par sa largeur puisqu'elle consiste à « *apporter un soutien et une aide aux assurés dans le besoin, avec une difficulté à cerner ceux*

*dans le besoin* » et son importance puisque pour eux c'est le service le mieux perçu de la caisse : « *Finally c'est un des meilleurs côtés de la caisse vis-à-vis de la population agricole* ». Ils précisent par ailleurs que les prestations dont ils s'occupent sont « *des aides et non des droits* », ce que certains assurés ont tendance à oublier. Les techniciennes et gestionnaires du pôle PASS connaissent bien ce qu'ils nomment « le guide de référence » des prestations d'action sanitaire et sociale. Pour eux, ce dernier est « *bien complet* » et touche toute la population bien que certaines prestations sont pas ou peu utilisées. Le rôle du pôle PASS est de vérifier si les conditions peuvent correspondre à l'interlocuteur. Pour cela, les techniciennes et gestionnaires se réfèrent souvent au guide des prestations car « *il y a toujours des cas de figure différents* ». Leurs contacts avec les assurés sont principalement téléphoniques. Ils peuvent s'entretenir aussi bien avec des personnes âgées pour l'aide à domicile que des exploitants pour l'aide au remplacement. Il passe d'ailleurs plus de temps avec ces publics que lorsqu'ils s'occupent des Bons vacances où « *on paie juste* ». Les assurés sollicitent le pôle directement ou bien via le centre de contacts (cf. entretien page 75), les TS, les délégués (cf. entretien page 85) et administrateurs ou Internet. D'ailleurs, les demandes d'informations à travers le site Internet de la caisse sont de plus en plus fréquentes. Ils peuvent également avoir connaissance d'informations dans la revue « *Territoire* ». Pour le pôle, les aides financières accordées par la MSA « *doivent être bien utilisées* » par les assurés car « *ce n'est pas forcément la personne dans le gros besoin qui va solliciter la MSA. Certains connaissent bien le numéro. Il y a des personnes qui ont les moyens de faire face mais comme elles ont connaissance de l'aide, elles vont la demander. Lorsque Territoire sort, il y a un effet derrière* ». Néanmoins, le pôle pense que ces aides répondent aux besoins et que la MSA est généreuse comparée au régime général qui n'attribue pas, par exemple, d'aides à la poursuite d'études.

Globalement, l'ensemble du pôle pense que les bénéficiaires de prestations sont satisfaits : « *Quelques fois on a des courriers de remerciement* ». Si le pôle devait effectuer un bilan, il dirait que l'AADPA et tout ce qui est lié à l'Enfance Jeunesse fonctionnent bien. En revanche, certains membres du pôle trouvent que l'AADPA d'urgence fonctionne mal: « *dans les hôpitaux, les services sont tellement vastes que certains courriers n'arrivent jamais* ». Enfin, l'aide au remplacement est complexe. Pour eux, l'action sociale a de l'avenir dans le sens où il y aura de plus en plus de demandeurs et de moins en moins de fonds. Quant à l'évolution des prestations d'action sociale pour l'avenir, les aides pour le BAFA vont être augmentées et il existe des prestations peu connues, comme l'Allocation d'Education de

l'Enfant Handicapé (AEEH), qui pourraient être développées. Le pôle trouve également qu'il y a de plus en plus de précarité alors que le budget évolue à la baisse. Par conséquent, « *il va falloir restreindre* ». Enfin, le pôle pense qu'à l'avenir, la caisse deviendra peut être une caisse régionale et certaines prestations seront peut être amenées à disparaître. De même, l'action sociale de la MSA s'oriente de plus en plus vers une harmonisation avec les autres organismes de protection sociale et notamment avec la CAF et « *peut être qu'un jour les budgets seront plus serrés chez nous qui sommes connus pour être plus généreux que le régime général car on coûte cher par rapport au régime général* ».

#### - **Le service relations aux assurés (correspondants sociaux)**

Pour découvrir les liens qu'entretiennent les correspondantes sociales avec l'action sociale ainsi que leur fonction, j'ai rencontré la correspondante sociale de chaque département.

Les correspondantes sociales interviennent ponctuellement auprès des familles pour les alléger dans les démarches administratives ou l'ouverture de droits notamment lors d'un décès d'actif (elles ne s'occupent pas des retraités). La différence avec le travailleur social tient au fait qu'il n'y a pas d'accompagnement dans la durée mais uniquement sur l'aspect administratif. Pour autant, elles collaborent régulièrement avec les travailleurs sociaux notamment pour tout ce qui touche au RSA dérogatoire des exploitants agricoles et pour des décès d'actifs. Parfois même, c'est le travailleur social qui intervient et fait les démarches. L'une des correspondantes sociales interrogées a déjà une forte connaissance de l'action sociale puisque auparavant elle était travailleur social. Pour cette dernière le lien avec l'action sociale est une évidence : « *on fonctionne beaucoup avec les TS, avec les collègues du pôle PASS et les secrétaires de l'action sociale. Il faut se mettre d'accord sur qui fait quoi avec le travailleur social.* »

Pour les correspondantes sociales c'est important que la MSA mène une action sociale bien que l'une d'elle trouve dommage d'avoir restreint le champ d'intervention sociale : « *Avant il y avait beaucoup de partenariat avec le CG. Les interventions pour les familles agricoles se faisaient pour toutes les problématiques. Maintenant, il y a une intervention juste pour les problématiques de santé et la vie professionnelle* ». Pour l'autre correspondante sociale il y a des situations qui ne passent pas dans le règlement et qui pourtant méritent de l'attention. Toutes deux pensent que l'action sociale de la MSA répond « en partie » aux besoins de sa



population. Le service de proximité reste quand même bien implanté localement et les TS sont disponibles pour aller à domicile. Mais, « *est ce suffisant ? Est que ça répond aux attentes ?* »

Elles connaissent les prestations d'action sanitaire et sociale, ce qui leur permet de renseigner les assurés qui les contactent et peuvent proposer des idées pour améliorer les prestations (par exemple, supprimer la condition de ressources pour l'allocation décès), mais elles n'y contribuent pas directement. Elles pensent qu'il est « *indispensable* » que la MSA attribue des aides financières à ses assurés, ce qui permet de « *donner un coup de pouce* » et que les aides sont adaptées. De plus, le CASS est « *assez souple puisque n'importe qu'elle aide peut être sollicitée même si elle n'est pas dans le règlement. C'est quand même assez complet et on arrive à satisfaire les besoins.* » Néanmoins, l'une d'elle aimerait avoir plus de visibilité sur la manière dont les décisions sont prises et trouve dommage que certaines enveloppes, parce qu'elles ne sont pas dépensées, sont utilisées pour mener des actions alors que les montants versés à certaines personnes auraient pu être plus importants.

Elles ont très peu de retours d'assurés sur leur satisfaction vis-à-vis de l'action sociale mais savent que les gens apprécient la démarche de l'allocation de décès, « *la symbolique est importante* ».

Pour l'avenir de l'action sociale, « *J'espère vers du mieux mais j'ai des craintes* » me dit une correspondante sociale. De plus, toutes deux remarquent que les fonds ont tendance à baisser et les besoins à augmenter.

#### - **Le service Santé Sécurité au travail**

Le service Santé Sécurité au travail se décompose en deux entités : la Santé au travail (médecins du travail et infirmières en santé au travail) et la prévention des Risques Professionnels. Il comprend trois métiers différents que j'ai pu découvrir puisque j'ai interrogé un médecin du travail, deux infirmières en santé au travail et une conseillère en prévention des risques professionnels. Aussi, pour avoir une vision plus globale du service, j'ai également questionné la chef de service Santé Sécurité au travail sur les 2 départements anciennement médecin du travail.

Le médecin du travail travaille avec les travailleurs sociaux surtout pour des situations de maintien en emploi qui peuvent toucher autant les salariés que les exploitants. Concernant les salariés, « *le travailleur social est sollicité car c'est un public qui n'est pas à l'aise sur l'administratif. Le travailleur social va faire le point sur toutes les aides auxquelles nous on ne pense pas.* » Pour les exploitants, il s'agit souvent de problèmes de santé. Le médecin du travail va se mettre en lien avec le conseiller en prévention pour l'aspect technique et avec le travailleur social « *pour trouver des pistes* ». Le médecin du travail oeuvre également beaucoup avec les travailleurs sociaux sur des contrats de rééducation en entreprise et sur les ARPIJ qui peuvent aussi bien concerner les salariés que les non salariés. Sa définition de l'action sociale : « *des travailleurs sociaux qui recherchent des solutions à divers problèmes (salariés, exploitants, retraités). Ils peuvent faire des actions de prévention, sur les risques psychosociaux etc.* »

Engagées en décembre 2013 et mars 2014 pour faire face à la pénurie de médecins du travail, les infirmières en santé au travail doivent être plus en amont possible (prévention) afin de faire en sorte que le travail ne nuise pas à la santé. Elles rencontrent uniquement les salariés actifs de plus de 18 ans en CDI ou en CDD renouvelé sur le même poste. A leur arrivée à la MSA, elles ont toutes les deux participé à une journée d'intégration intitulée « *Comprendre ce que c'est l'action sociale* » avec une présentation de la naissance de l'action sociale et de son évolution. Cette réunion leur a permis de « *voir un peu ce que font les travailleurs sociaux* » et d'avoir une connaissance « en gros » du plan d'action sanitaire et sociale. Pour autant, elles n'ont pas de liens directs avec les travailleurs sociaux mais ont plutôt un rôle d'orientation des salariés vers le médecin du travail qui ensuite va se mettre en lien avec le TS (comme vu précédemment). Elles peuvent voir les travailleurs sociaux en agence mais « *on ne travaille pas ensemble* » me précise l'une d'entre elles. Néanmoins, pour l'avenir, elles souhaiteraient travailler davantage avec l'action sociale. Pour ces dernières, l'action sociale est « *indispensable. Question de solidarité avant tout et d'équité* » ; « *Elle doit continuer à exister. Développer des outils pour mieux évaluer les actions qu'ils doivent mener et adapter les prestations aux besoins le plus justement possible* ». Pour l'une des infirmières, l'action sociale a pour mission de « *donner où il y a le plus besoin* ».

Quant au médecin chef du service Santé-Sécurité au travail, elle avait davantage de relations avec l'action sociale lorsqu'elle était médecin du travail: « *j'avais des liens presque tous les jours avec les travailleurs sociaux pour exposer des situations d'assurés et travailler*

*ensemble. Maintenant c'est moins souvent. J'ai beaucoup de relations surtout avec le responsable de l'action sociale et les responsables adjointes sur des questions politiques, d'organisation, de stratégie. » Sa définition de l'action sociale : « Indispensable, quelque chose dont les médecins du travail ne peuvent se passer ». Elle connaît le plan d'action sanitaire et sociale « un peu plus qu'avant » et me précise « On sait travailler avec les TS mais on ne connaît pas tous les détails ». Sa vision pour l'avenir de l'action sociale serait « que ça persiste dans le temps, qu'il n'y ait pas de coupes budgétaires » puisqu' « il est préférable de faire une bonne prévention, de travailler en amont avec les TS. C'est très important ».*

Les conseillers en prévention des risques professionnels sont quatre dans chaque département. Leur objectif est de faire diminuer les accidents du travail et les maladies professionnelles du monde agricole : « On reçoit les déclarations d'accidents du travail, on a une copie de toutes les déclarations d'accidents qui se déroulent sur notre secteur. On a un plan d'action aussi décliné au niveau national et au niveau départemental sur la MSA Portes de Bretagne. [...] On passe beaucoup de temps à sensibiliser, à essayer de motiver à amener la prévention. » La conseillère en prévention des risques professionnels que j'ai interrogé m'explique qu'elle doit trouver un équilibre pour faire en sorte que l'organisation, l'outil de production et l'homme « tout ça fonctionne bien ». Elle peut faire appel aux travailleurs sociaux suite à une visite en entreprise pour une étude maladies professionnelles lorsqu'elle « voit qu'il y a un souci » elle appelle « facilement le TS pour qu'il aille faire un petit bilan », ça peut également être pour une sollicitation d'aides financières : « Par exemple, je suis allée chez un exploitant qui a des gros problèmes de dos [...] et en discutant avec eux, ils m'ont dit en fait que leur gros stress c'était leur fille handicapée, qu'ils n'avaient jamais eu d'aides et qu'ils ne dormaient plus. Donc, là je passe par le TS pour voir s'il ne peut pas y avoir une aide ». A l'inverse, il y a également des situations où c'est le travailleur social qui lui fait appel. Pour elle, l'action sociale « c'est le travailleur social ! », mais aussi « toutes les formations où je n'ai que des bons échos : Continuer ou se reconvertir ?, l'Avenir en soi etc. ». C'est important, « indispensable même » pour cette dernière que la MSA ait des travailleurs sociaux « à qui on donne des moyens ». Elle avait d'ailleurs demandé à ses responsables, pour des situations où l'assuré appelle et où « on ne savait plus quoi faire », une cellule comprenant un médecin du travail, un conseiller en Prévention et un travailleur social afin de pouvoir « discuter de certaines situations ». En effet, « On a nous dit qu'il avait un numéro à Paris « Allo suicide »

ou « Allo détresse », mais bon quand on a quelqu'un au téléphone, on ne peut pas lui dire d'appeler, c'est un peu difficile ».

#### - **Le service du contrôle médical (médecin conseil)**

Les médecins conseils ont trois domaines principaux d'activité : l'expertise individuelle, la gestion du risque et la représentation de la MSA. Ils ont des liens avec la médecine du travail avec qui ils sont complémentaires : « *On peut facilement saisir les médecins du travail* » et c'est la même chose avec le service social : « *on communique beaucoup avec les travailleurs sociaux* ». Le médecin conseil interrogé m'explique que liens avec l'action sociale ont surtout lieu dans un cadre individuel : « *L'action sociale envoie des assurés... Parfois les problèmes familiaux interfèrent avec les problèmes de santé* ». Les sollicitations vont dans les deux sens : soit ce sont les travailleurs sociaux qui les sollicitent, soit ce sont les médecins conseils qui saisissent les travailleurs sociaux sur des dossiers « *épineux* ». Pour lui aussi, c'est important que la MSA mène une action sociale, « *c'est un tout. Les médecins conseils gèrent la santé, la famille, la retraite etc. Mais il y a aussi l'accompagnement pour toutes ces personnes perdues avec l'administratif. C'est bien qu'il y aient des personnes sur le terrain pour les accompagner* ». Pour lui, l'accompagnement individuel est vraiment important : « *Dans la vie, on aura de plus en plus affaire à un service personnalisé aux assurés dans la mesure des moyens et de l'évolution de la législation.* » Il s'inquiète aussi du devenir des prestations départementalisées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 avec la modification des régions et également de la place de la MSA face à l'ARS qui prend une place de plus en plus importante dans la prévention.

#### - **Le centre de contacts**

J'ai interrogé le coordonnateur du centre de contacts de chaque département de la MSA des Portes de Bretagne. Ces deux personnes ont pu m'expliquer la vocation du centre de contacts : « *Répondre aux adhérents. Le centre de contacts est la 1<sup>ère</sup> porte d'entrée : « Front office<sup>89</sup> » et gère les liaisons vers le « back office<sup>90</sup> »* », ainsi que leur fonction de coordonnateur qui

---

<sup>89</sup> Le front office est l'ensemble des actions, fonctions ou tâches se faisant en contact avec l'assuré.

<sup>90</sup> Par opposition au front office, le back office regroupe un ensemble de tâches liées au traitement de la demande de l'assuré (délais de 48 heures pour répondre) sans contact avec ce dernier.

consister entre autre à « *animer l'équipe relais des informations* » et « *contrôler le back office* ».

L'action sociale est un des services dont le centre de contacts gère la partie « Front office ». Le centre de contacts réceptionne donc les appels concernant la législation d'action sanitaire et sociale et est formé pour renseigner les assurés sur les prestations d'action sanitaire et sociale. Le guide des prestations d'action sanitaire et sociale est leur « *outil de travail* ». Un des coordonnateurs me précise que l'activité concernant l'action sociale est « *assez fluctuante* », que les salariés du centre de contacts n'ont pas de contact avec les travailleurs sociaux hormis lors de remplacement en agence et que le lien avec les travailleurs sociaux s'effectuent plutôt via le secrétariat de l'actions sociale.

La contribution du centre de contacts à l'action sociale tient donc au fait qu'il est le « *premier interlocuteur de l'adhérent qui appelle la MSA* ». Il doit avoir suffisamment de connaissances pour répondre à l'adhérent, l'informer sur les démarches et les aides. Parfois même, le centre de contacts « *se substitue au service d'action sociale* » m'indique un des coordonnateurs. Il doit également être capable de détecter des situations d'urgence qui peuvent nécessiter l'intervention d'un travailleur social. Il doit être attentif à toutes les situations rencontrées et si une personne âgée n'arrive pas à gérer ses papiers par exemple, il doit l'orienter vers le secrétariat de l'action sociale.

Pour ces deux coordonnateurs, il est important que la MSA mène une action sociale « *pour ses ressortissants et pour maintenir le régime en étant présent dans le tissu local et rural* ». L'action sociale est « *un atout* » et la possibilité chaque année de revoir les prestations servies à travers la politique d'action sanitaire et sociale est « *un levier pour répondre aux différents besoins de la population agricole* ».

Il leur a également été demandé si l'action sociale de la MSA répondait bien aux besoins de ses assurés. Le premier m'a répondu que oui car « *il y a un panel de prestations plus larges que dans le régime général. Par exemple, les aides pour le permis de conduire, les aides au BAFA* » et le deuxième que c'était « *une très bonne question* » et qu'il avait tendance à penser que oui mais qu'il avait « *toujours l'impression qu'il en faudrait plus* ». Il ajoute : « *Je ne sais pas si les assurés ont cette connaissance de différence de barème entre régime général et régime agricole.* » Globalement, les assurés qu'ils ont au téléphone « *sont conscients de ce que ça [l'action sociale] peut apporter* ». Selon eux, il faut qu'à l'avenir l'action sociale « *se*

*développe où qu'elle reste à ce niveau d'efficience. Que l'on propose toujours ce que l'on propose aujourd'hui et pourquoi pas davantage ». Cette politique d'action sociale doit également continuer à « coller avec la réalité du terrain ». L'un des coordonnateurs m'indique également être de plus en plus sollicité sur des inégalités d'accès aux soins, par exemple des difficultés pour certains assurés pour régler leur mutuelle. Pour lui, il faudrait travailler sur cette aide par rapport à l'accès aux soins. Enfin, l'autre coordonnateur préconise de « Faire mûrir au niveau des liens avec l'échelon local, le réseau qui pourrait permettre d'avoir cette veille permanente sur les besoins de la population agricole. »*

#### **- Les conseillers à l'accueil**

Les conseillers à l'accueil ont des liens avec l'action sociale via les TS qu'ils alertent lorsqu'il y a un problème social sur une personne ou un problème autre qu'administratif sur un dossier. D'ailleurs, le conseiller interrogé apprécie le travail avec les TS : *« Moi j'aime bien travailler avec les TS, échanger avec eux. »* Les conseillers à l'accueil sont également souvent en lien avec le coordonnateur du pôle PASS à Vannes notamment pour l'allocation des bons vacances. Pour finir, il m'explique qu'il est parfois difficile de faire comprendre aux assurés *« qu'à un moment il y ont droit mais plus l'année d'après »*.

### **3. Les partenaires**

#### **- L'Espace Autonomie Seniors de Ploërmel**

L'Espace Autonomie Seniors du Pays de Ploërmel est un service public qui mutualise le CLIC de Ploërmel, les relais gérontologiques des territoires (déclinaison du CLIC sur les Communautés de Communes) et le dispositif Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie (MAIA). Il intervient sur 55 communes à l'échelle du Pays de Ploërmel, ce qui représente 6 communautés de communes. C'est une particularité du Morbihan, *« car sur les autres territoires vous allez avoir des CLIC et des MAIA »*. Il y a 6 Espace Autonomies Seniors (dont 5 en fonctionnement) sur les 6 territoires gérontologiques du département. J'ai rencontré la coordonnatrice de l'Espace Autonomie Seniors recrutée en 2013 pour mettre en place cette fusion, ainsi qu'une des quatre chargées de missions et d'accompagnement. L'Espace Autonomie Seniors doit être capable de mettre en place un service continu sur l'ensemble des 55 communes. Ses financements proviennent du Conseil départemental et de l'Agence Régionale de Santé mais aussi des Communautés de

Commune. Les membres de l'Espace Autonomie Seniors travaillent sur l'organisation des prises en charge afin d'éviter les redondances et simplifier les démarches pour la personne âgées, la famille et les professionnels. Ils organisent également des actions d'animation, de prévention et de lutte contre l'isolement des personnes âgées, ainsi que des évènements comme la semaine bleue, l'aide aux aidants, des formations au niveau du repérage du suicide et de la crise suicidaire car « *on est un territoire en Bretagne où le taux de suicide est le plus élevé donc nous avons un financement de l'ARS pour former les professionnels et accompagner les personnes en souffrance* ».

Les personnes âgées rencontrées sont plutôt des assurés de la CARSAT et la proportion d'assurés du régime agricole représente environ 1/3 des personnes âgées rencontrées.

Les quatre chargées de missions et d'accompagnement peuvent travailler avec les travailleurs sociaux de la MSA pour « *remplir les dossiers et mettre en place les réponses.* », mais il n'y a rien de formalisé.

Pour la chargée de mission et d'accompagnement que j'ai rencontré, « *les sollicitations sont plutôt descendantes qu'ascendantes vers nos services [...]ça reste très ponctuel* ». C'est pourquoi, elle pense qu'il serait intéressant de développer le partenariat et d'intégrer les Espaces Autonomies Seniors à certains groupes de travail réalisés par les travailleurs sociaux de la MSA : « *Je serais tout à fait ouverte pour que l'on puisse travailler, réfléchir ensemble* ». Aussi, elle aimerait avoir un interlocuteur unique à qui s'adresser car actuellement « *Je ne sais pas forcément à qui m'adresser. En termes d'identification c'est un peu flou* », me dit-elle.

#### **- La Direction de l'Insertion et de l'Emploi du Morbihan**

Entretien avec la responsable du pôle gestion du droit RSA et avec le responsable de l'unité territoriale « Centre Ouest Morbihan ».

La DIE du Conseil Départemental est constituée de deux services : offre d'insertion et Fond Social Européen (FSE) et fonction d'appui. Le pôle gestion du droit RSA dépend de ce deuxième service et est composé de quatre agents qui gèrent les décisions individuelles relatives au RSA. Ils sont sollicités par les organismes payeurs (CAF, MSA) sur diverses questions : le calcul du droit, la neutralisation de ressources, les recours et dérogations, les sanctions et les trop perçus. L'autre service : offre d'insertion regroupe toutes les actions que les référents peuvent mobiliser pour insérer les personnes (les contrats aidés sur les chantiers d'insertion, les ateliers d'insertion, les ateliers collectifs etc.). Elle intervient sur tout le

Morbihan et dispose de cinq unités territoriales (Ploërmel, Pontivy, Auray, Vannes, Lorient) sur lesquelles exercent des assistantes administratives RSA qui gèrent les dossiers RSA. Il y a également les conseillers en insertion social et professionnelle qui accompagnent les allocataires dans leur insertion à l'aide du Fond Social Européen. Le profil agricole représente une minorité des allocataires du RSA rencontrés à la DIE. Que ce soit en central ou en local, les membres du pôle gestion du droit RSA ne rencontrent pas les exploitants. Les salariés agricoles eux sont invités, en local uniquement, à participer aux plateformes d'information, d'instruction et d'orientation. Pour les salariés, c'est la MSA qui contacte la DIE pour informer qu'une personne a fait une demande de RSA. Cette dernière est reçue par la plateforme qui en informe la MSA pour qu'elle ouvre le droit RSA. La personne est vue ensuite par un travailleur social de la MSA qui lui fait signer un contrat d'engagement réciproque (contrat d'insertion) et établit un plan d'action pendant une durée déterminée. Selon Daniel Gacoin<sup>91</sup>, ce contrat est un support intéressant pour les organisations puisqu'il permet de formaliser ce qui doit être réalisé, développer des critères de bonnes pratiques, guider les mises en œuvre et donner des buts de progrès. De plus il rend lisible la formulation du service réel à rendre, notamment par la mise en évidence de la modification favorisée chez ou pour l'utilisateur. De nombreux responsables en font une dimension décisive des projets à promouvoir.

Si la personne ne respecte pas son contrat, le travailleur social peut déclencher la procédure de sanction auprès de la DIE. Les exploitants agricoles ne passent pas en plateforme RSA, ils demandent le RSA en interne à la MSA. L'étude est faite lors de la Commission d'Étude et de Recours Gracieux (CERG) à laquelle l'interviewée assiste où sont vus uniquement les dossiers d'exploitants agricoles « au forfait », « au réel sans compte », les nouvellement installés pour qui vont être étudiés les premières demandes de RSA et les renouvellements. Pour ce public bien précis, le droit est ouvert pour une durée limitée, le plus souvent d'un an. Pour les autres, une étude légale est réalisée par la MSA sans passage en commission. Tous les recours sont également vus lors de cette CERG où il y a la responsable des travailleurs sociaux, la correspondante sociale, et une secrétaire de la MSA du Morbihan.

Le niveau de partenariat avec l'action sociale au niveau central a principalement lieu à la CERG. Certains travailleurs sociaux de la MSA peuvent assister à la CERG pour défendre des dossiers. Pour tous les dossiers vus, une fiche descriptive est réalisée par les travailleurs sociaux de la MSA. Au niveau central, la DIE n'a pas de rapport avec les travailleurs sociaux. Ce dernier va par contre se faire avec les unités territoriales de la DIE au sein desquelles les

---

<sup>91</sup> Gacoin D, op. cit., page 76.



conseillers en insertion sociale et professionnelle côtoient les travailleurs sociaux de MSA. Néanmoins, les travailleurs sociaux ont les coordonnées et peuvent contacter les membres du pôle gestion du droit RSA s'ils ont besoin mais « on ne se voit pas ». Les points forts de ce partenariat sont donc la CERG qui a été revue en 2009 suite au passage du RMI à la RSA. Désormais, toutes les décisions sont rédigées « en live » lors de la CERG. Il n'y a pas de redistribution. Tout est acté lors de la commission, ce qui constitue « une avancée » ; « *Les commissions sont très bien préparées je trouve par la MSA, il y a vraiment une expertise [...] une vraie maîtrise. C'est tellement bien détaillée que la décision est facile à prendre* », me précise la responsable du pôle gestion du droit RSA. Le partenariat est donc « très bon » selon elle et « avec les collègues de terrain ça se passe aussi très bien ».

#### - **L'Agence départementale de Redon**

Rencontre avec le responsable du CDAS, la responsable du service vie sociale et l'agent de développement social local de l'agence départementale, exerçant tous les trois sur le Pays de Redon.

Les relations entre le CDAS et l'action sociale de la MSA concernent surtout du travail de collaboration sur certaines situations individuelles. Il n'y a pas de partenariat ancré sur des dispositifs. L'agence départementale du Pays de Redon a quant à elle des liens individuels avec les TS MSA notamment dans le cadre du RSA notamment. Pour la responsable du service vie sociale de l'agence sociale départementale, l'agence de Messac est un peu éloignée ; « *s'il y avait une antenne à Redon ça serait mieux* ». Des réunions en commun sur des thématiques ont également lieu avec les TS de la MSA : « *par exemple pour l'accompagnement des bénéficiaires du RSA, on va retrouver des TS* » afin d'informer rapidement les personnes sur leurs droits et devoirs. Ces relations sont représentative du partenariat entre l'action sociale de la MSA et l'agence départementale et le CDAS un partenariat qui peut être renforcé et amélioré.

Les pistes de travail sont les suivantes :

**1) Travailler sur les salariés** qui sont un peu « perdus » et « isolés » selon la responsable du service vie sociale.

**2) Travailler ensemble sur la plateforme RSA et l'identification des porteurs agricoles.** L'agence départementale souhaite présenter aux TS de la MSA, sur place à Redon, comment

fonctionne l'espace RSA pour orienter des publics. Ensuite, l'agence pourrait faire la démarche d'identification des bénéficiaires du RSA puis orienter vers le groupe MSA.

**3) Poser la question du croisement de la Charte territoriale des solidarités avec les aînés avec les 3 schémas gérontologiques** (Ille et Vilaine, Morbihan et Loire Atlantique), **le CLIC et la MSA** afin de mieux se coordonner. La responsable du service vie sociale de l'agence départementale aimerait avoir plus de liens avec la MSA sur l'aspect gérontologique. « *La Charte est venue un peu court-circuiter le travail que l'on avait fait* » explique l'agent de développement social local. Ce dernier aurait aimé avoir des contacts en amont de la mise en place de la Charte pour s'associer avec la MSA, ce qui aurait permis d'éviter les doublons. L'idée serait également de faire un temps fort avec le CLIC et la MSA pour voir ce qui peut être fait ensemble.

#### **4) Mieux communiquer sur l'action sociale de la MSA**

La responsable du service vie sociale et l'agent de développement social local ne connaissent pas le PASS. Pour eux, il y a un « *gros problème de communication.* » et il serait intéressant qu'il y ait une présentation des TS de la MSA et de la collaboration qui peut être mise en place. Selon, le responsable du CDAS, c'est toujours intéressant d'avoir l'analyse de la situation de la MSA afin d'avoir une complémentarité d'intervention. Le CDAS a d'ailleurs déjà des acteurs qui fournissent des données de territoire, mais il serait intéressant d'avoir la photographie de la population de la MSA et de mieux connaître les prestations et la MSA de manière générale.

Aucune des trois personnes interrogées n'est destinataire et ne connaît les prestations d'action sociale. Là encore, ces derniers pointent un problème de communication. Pour eux, il serait intéressant de faire une présentation des prestations d'action sociale dans les CDAS.

#### **5) Informer la MSA de ce que fait l'agence sociale départementale et le CDAS**

La responsable de l'agence départementale propose que des professionnels de la MSA viennent assister à une commission FSL ou RSA. Quant au CDAS, il propose que la MSA participe à une réunion commune.

#### **6) Bien s'articuler et être complémentaire**

Pour l'agent de développement social local, la MSA a encore toute sa place sur le développement social local à condition « *de bien s'articuler pour ne pas être sur le même champ et être vraiment complémentaire. On a intérêt à croiser nos regards. Se répartir les rôles. Dans tout l'aspect diagnostic, la MSA a une utilité.* »

#### **6) Développer ensemble le réseau solidaire**

## 7) Faire évoluer les actions collectives

Pour l'action collective intitulée l'Avenir en soi, la MSA se pose la question d'introduire également des personnes non affiliées au régime agricole. Pour les ateliers d'éducation à la santé, il y a un souhait de les développer. Enfin, les Ateliers du Bien Vieillir s'adressent aux personnes 55 ans ou plus alors qu'ils pourraient concerner toute la population. Pour les responsables du CDAS, il pourrait être intéressant de faire le lien avec les infirmières du CDAS qui travaille là-dessus (santé au sens large, bilan de santé, activité sport...)

## 8) Associer la Chambre d'agriculture

Les TS de la MSA réfléchissent à comment travailler en amont pour éviter que des exploitants n'intègrent le domaine agricole avec un déficit. Le CDAS et l'agence départementale du Pays de Redon aimeraient avoir leur place dans ce dispositif d'aide à l'installation. L'agence départementale pourrait associer le service insertion et s'il y a des besoins rapidement, elle pourrait tester une partie d'accompagnement avec ses crédits d'insertion. Cette piste de travail est à creuser avec la Chambre d'agriculture qui détient les compétences économiques dans ce domaine.

### - Le Service social départemental de Pontivy

Rencontre avec la référente prévention familiale et action sociale et l'assistance sociale de proximité. Ces dernières expliquent qu'elles travaillaient davantage avec les TS « à une époque » où il y avait plus de proximité et de liens avec la MSA : « *c'était un partenariat qui était intéressant.* » Elles précisent aussi que ce partenariat s'est essoufflé avec la répartition par public : « *on ne savait jamais à quelle porte frapper. Ça saucissonnait les gens. On ne regardait plus la personne mais le statut.* » Aujourd'hui, elles savent que les TS sont de nouveau par secteur, ce qui est préférable car cela permet de mieux identifier l'interlocuteur. Pour autant, le CMS n'est pas revenu travailler avec les TS MSA car le service social départemental s'est « *perdu avec les changements* » et « *les mauvaises habitudes sont restées.* » C'est pourquoi, pour les deux personnes interrogées, le partenariat avec la MSA pourrait être de qualité mais il est insuffisant. Le terme « c'est dommage » revient d'ailleurs souvent dans l'entretien.

Les pistes d'amélioration seraient donc les suivantes :

1) **Ne plus travailler « en parallèle »**, ce qui permettrait d'éviter les doublons (les doublons d'évaluation par exemple) : « *Si on ne fait pas attention, on peut travailler chacun de son côté sur les mêmes choses* »

2) **Mieux se connaître** : savoir ce que l'on peut attendre les uns des autres c'est-à-dire :

a) Bien définir les missions de chacun. Le service social départemental de Pontivy aimerait connaître les missions exactes des travailleurs sociaux de la MSA qui sont pour l'instant « *très larges et vagues* ». Le souhait est de savoir concrètement comme se passe une journée de travail pour un travailleur social de la MSA.

b) Définir la limite d'intervention des travailleurs sociaux de la MSA: « *on a l'impression que les travailleurs sociaux peuvent s'occuper de tout ce qui concerne la population agricole hormis la protection de l'enfance.* » Définir ce qu'entend la MSA par « *familiale* » ?

2) **Travailler ensemble et améliorer les liens** qui sont quasi-inexistants : « *les travailleurs sociaux de la MSA ne viennent jamais vers nous* »

a) Eviter que le service social départemental découvre des situations concernant des assurés de la MSA par des signalements.

b) Une fois qu'a été défini le « *Qui fait quoi ?* » (cf. 2)), il faut faire en sorte que le service social départemental n'intervienne plus sur des prises en charge qui sont normalement du ressort de la MSA « *Ce que les autres ne font pas ça nous revient donc les partenariats sont indispensables.* »

c) Mettre en lien les compétences. En effet, le service social départemental n'a pas de connaissance sur le monde agricole et souhaiterait s'appuyer sur le travailleur social de la MSA comme personne ressource (pour du conseil etc.)

d) Pour les situations lourdes, l'évaluation peut être faite par un travailleur social de la MSA et une assistante sociale du service social départemental.

e) Mettre en place des partenariats d'évaluation pour les personnes âgées.

f) Se rencontrer pour refaire le point avec le travailleur social de Pontivy, voir comment travailler ensemble, quels dispositifs peuvent être actionnés et comment organiser les relais.

g) Développer un outil de partage de dossiers pour les professionnels de la MSA. Le service social départemental le fait déjà avec la CAF (utilisation de CAF Pro). « *ça serait plus pratique et ça montrerait qu'il y a une volonté de favoriser l'accès aux droits et une confiance entre les institutions.* »

5) **Mieux informer les professionnels de la MSA de ce que fait l'action sociale** : « *sur certaines situations, la MSA a dit à la personne de prendre contact avec le CMS alors que c'était de son ressort.* »

4) **Avoir un interlocuteur unique** plutôt que de passer systématiquement par le pôle PASS à Vannes.

5) **Leur envoyer le PASS actualisé** : « on ne le reçoit pas du coup on se prive parfois de solliciter la MSA. »

Le service social départemental souhaite également que la MSA réponde aux questions suivantes :

- Lorsque des salariés du régime agricole sont en arrêt maladie, est-ce qu'ils reçoivent un courrier de l'action sociale de la MSA ?
- Est-ce que les mairies sont informées de l'action sociale MSA ?
- Pour l'accompagnement sur le logement comment ça se passe ? Est-ce que la MSA reçoit les plafonds pour demander une aide FSL ? Est-ce qu'elles ont le guide technique pour le FSL ?
- Pour un accès aux droits suite à une séparation, est-ce que la MSA est à même d'y répondre ou est-ce au service social départemental ?
- Comment et dans quelles situations les TS de la MSA renvoient vers les TS du CG ? A partir de quand le TS de la MSA demande une évaluation dans le cadre de la protection de l'enfance ? Quelles informations les TS MSA ont-ils sur la protection de l'enfance ? Normalement, un protocole répondant à ces questions a été signé le conseil général et la MSA. Mais, c'était il y a longtemps et ces questionnements montrent que les personnes n'en sont pas informées.
- Comment faire du lien ? Echanger par mails comme avec la CAF ?

Les deux interviewées précise que cette collaboration avec la MSA est avant tout dans l'intérêt de l'usager afin notamment d'éviter aux personnes d'être « ballottées » de la MSA à au CMS.

#### - **Coralis**

Coralis est une coopérative laitière implantée en Ille et Vilaine à Cesson Sévigné d'environ 350 millions d'euros de chiffre d'affaires, 600 salariés et 300 millions de litres de lait collectés chaque année<sup>92</sup>. Depuis sa fusion en 2014 avec les groupes Agrial dans le Calvados à Caen et Eurial en Loire Atlantique à Nantes, Coralis est pleine réorganisation de son activité. Les liens entre Coralis et l'action sociale de la MSA se résument à deux **contrats de rééducation** avec à chaque fois une intervention du médecin du travail et du travailleur

---

<sup>92</sup> <http://www.usinenouvelle.com/article/coralis-va-rejoindre-le-tandem-laitier-forme-par-agrial-et-eurial.N205732>

social, pour le reclassement de deux salariés suite à une longue maladie (le 1<sup>er</sup> en 2011-2012). Les 2 salariés qui ont en bénéficié en sont satisfait, « *ça a été positif, les gens ont été bien suivis, tout s'est bien déroulé.* » Pour Mme Lépine, responsable RH sur la partie production végétale, le point négatif était la partie administrative « *C'était super long à mettre en place. Il faut faire des relances en permanence. Une fois on a eu un rapatriement de la MSA 22 à 35 c'était horrible. Le dossier a fait balle de ping-pong un certain temps. Tant que rien n'est signé, on ne peut rien mettre en place.* » La formation et le reclassement ont été fait sur site par les responsables et « *A chaque fois on a envoyé un plan de formation à la MSA.* », précise Mme Lépine. Pour ces deux responsables, il est primordial de communiquer davantage sur ce que fait l'action sociale et « *ça serait bien qu'il y ait une plaquette MSA* » ou « *un livret pour se référer à ce que l'on peut prétendre.* » Elles souhaitent également recevoir le PASS par mail afin de le diffuser au sein de l'entreprise. Enfin, elles aimeraient avoir des renseignements sur les actions collectives s'adressant aux salariés (les réunions d'informations aux SA en arrêt de plus de 3 mois, l'Avenir en soi...), sur la possibilité d'aides au permis et à l'arrêt du tabac et sur l'accompagnement dans la gestion du budget, des papiers car pour certains salariés « *la paie est à peine tombée qu'il redemande un acompte.* »

Les partenaires soulèvent tous le manque de communication sur les missions de l'action sociale. Ils sont demandeurs d'informations (sur les barèmes, sur le guide des prestations...)

#### **- Les chantiers d'insertion**

Rencontre avec la coordinatrice du Jardin du Theil à Retiers et avec le chargé d'accompagnement du Jardin du Breil à Rennes. Les salariés des deux chantiers d'insertion sont affiliés à la MSA. Ce sont soit des personnes sans qualification, des chômeurs depuis plus de 2 ans, des réfugiés politiques, des personnes avec un handicap ou peu mobiles. Ces dernières bénéficient d'un encadrement renforcé sur l'activité de maraichage par des maraichers professionnels et un accompagnement socioprofessionnel sur la résolution des problématiques professionnelles et des freins à l'emploi. Ces personnes peuvent être orientées vers le chantier d'insertion par Pôle Emploi, les missions locales, le CCAS, le Conseil Départemental, mais aussi par les points Accueil Emploi ou le secours catholique.

Le partenariat avec l'Action Sociale porte principalement sur les ateliers Santé et bien-être au travail, réalisés par les travailleurs sociaux de la MSA sur les chantiers.

Pour les responsables de chantiers d'insertion, les points à améliorer au niveau de l'action sociale sont les suivants :

- Le manque de rapidité de la MSA sur les transferts de dossiers d'un régime à l'autre.
- La lourdeur administrative.
- Le suivi en termes de visite médical qui est actuellement « *catastrophique* », selon le chargé d'accompagnement du Jardin du Breil puisque par manque de temps, la MSA ne convoque plus les salariés du chantier.
- Sur les ateliers d'éducation à la santé, « *la visite de la MSA n'était vraiment pas adaptée aux salariés [...] Certains salariés se sont trouvés infantilisés.* »
- Le manque d'un interlocuteur/référent unique.
- Le manque d'un relais d'information, de coordination entre la MSA et l'employeur lorsqu'une complémentaire santé se met en place pour un salarié. Aussi pour pallier ce problème, la coordinatrice du jardin de Theil propose de mettre en place un référent unique dès qu'il s'agit d'une ouverture de droit ou des paiements suite à un arrêt de travail ou à un accident de travail.

Quant aux points forts, ils tiennent au fait que :

- Les ateliers d'éducation à la santé ont permis de renouer des liens avec la MSA autre qu'administratifs. De plus, ils sont en lien avec les problématiques de mal-être/dépression chez les jeunes où la question de la santé est importante et le fait que les travailleurs sociaux se déplacent sur site renforce la proximité et est très appréciable.
- Les services sont toujours accessibles : « *J'ai toujours une réponse* » et « *la MSA est facile à joindre par rapport à la CPAM* ».
- La relation avec les médecins du travail et le conseiller prévention est très « *intéressante* » ; « *La médecine du travail est effectivement à l'écoute, accessible, compréhensible et aidante* ».

Ces deux coordonnateurs, disent connaître uniquement les travailleurs sociaux, lorsqu'on leur demande ce qu'ils connaissent de l'action sociale de la MSA. D'ailleurs, pour ces derniers, il faudrait améliorer la visibilité en termes d'action sociale.

Tous deux pensent que c'est « *bien dans la proximité* » et « *super important* » que la MSA mène une action sociale. En effet, cela « *améliore l'image de la MSA* » et la rend plus proche des salariés, un aspect longtemps délaissé, selon le coordonnateur du jardin du Breil.

Pour eux, l'action sociale de la MSA répond « *de plus en plus* » aux besoins de la population, mais « *au même titre que la CPAM ou la CAF répondent aux besoins de leurs assurés* ». En revanche, pour la coordonnatrice du jardin du Theil, le régime agricole a une spécificité du fait de l'abord santé avec la médecine du travail ou les conseillers en prévention qui ont une « *approche un peu plus poussée des réalités de l'agriculture* ». Aussi, pour elle, il y a encore cette notion de proximité qui réunit la MSA avec ses affiliés, « *c'est surtout cette relation avec les réalités des agriculteurs dans leur quotidien* » et cette proximité se fait aussi avec les délégués territoriaux qui investissent le terrain, « *au plus proche* ».

Un des deux interviewés ne connaît pas le Plan d'Action Sanitaire et Sociale et le deuxième le connaît « *mais pas dans détails* ».

Pour eux, c'est important que la MSA attribue des aides financières à ses assurés : « *sur le chantier c'est un sacré plus parce qu'on peut vite être bloqué du fait du désengagement des services publics [...] de pouvoir apporter ces aides-là : l'accès à la mobilité, l'accès aux soins. Quand j'en ai pris connaissance l'année dernière ça m'a assez surprise, parce que je n'aurais pas pensé que la MSA pouvait venir comme ça en soutien [...] c'est un réel outil pour moi* ».

Les deux coordonnateurs disent mal connaître les aides qu'ils pensent adaptées : « *ça peut être un vrai coup de pouce pour les jeunes et les moins jeunes qui ne rentrent pas dans des cases* ».

Les retours qu'ils ont des salariés concernant les ateliers d'éducation à la santé sont globalement positifs. Le point négatif serait plutôt les lourdeurs administratives en général qui font que certains salariés ne s'y retrouvent pas. Quant aux deux sondés, ils pensent que le bilan du partenariat avec l'action sociale est positif lui aussi, même s'il y a « *encore pleins de choses à revoir sur le contenu* » notamment, comme dit précédemment, la lourdeur administrative et le nombre d'interlocuteurs trop important.

Enfin, leur vision de l'avenir de l'action sociale est inconnue pour l'un et avenir composé « *malheureusement de plus en plus de gens dans la précarité* », pour l'autre.



#### 4. Ce que pensent les élus

Les délégués sont peu ou pas interpellés par les assurés et lorsque c'est le cas c'est plus par « le hasard » ou des « concours de circonstance ». En effet, lorsque les assurés les sollicitent, c'est dans le cadre d'une discussion, « *mais ce n'est pas souvent puisque la plupart du temps, ils se renseignent eux même, ils se débrouillent* ». Il arrive aussi, de façon très ponctuelle, que les délégués soient sollicités par des assurés lors de leur présence au stand du comice agricole, lors des actions de prévention qu'ils organisent ou suite à un article dans la presse. Ils interviennent donc très peu auprès d'assurés en difficulté mais il arrive qu'ils fassent remonter des situations délicates (difficultés financières, difficultés de santé, isolement, ...). Une déléguée me précise que les élus du deuxième collège sont encore moins interpellés que le premier car ils sont moins repérés par les assurés.

Les délégués trouvent d'ailleurs décevant d'entendre parfois des usagers dire : « *Vous ne faites rien, ça ne sert à rien.* », ou « *On cotise assez comme ça.* » Ils me soulignent la méconnaissance de l'action sociale pour un grand nombre d'usagers qui ne pensent pas qu'il y a une aide gratuite à côté de la protection sociale légale.

Pour les élus interrogés, il est primordial de « *progresser sur la communication* », « *La MSA devrait faire un peu plus de publicité, se mettre en valeur* », « *Il faudrait que la MSA fasse une publicité sur ce qu'ils font, comment ils peuvent intervenir* ».

Les délégués qui sont élus depuis plusieurs années connaissent bien l'action sociale, les prestations extralégales et les travailleurs sociaux, ce qui n'est pas le cas des nouveaux élus<sup>93</sup> qui le découvrent au fil de leur mandat et pour qui l'action sociale « *paraît tout vague* ». D'ailleurs, les plus anciens soulignent l'apport de leur mandat dans la connaissance de ce service : « *En tant que délégué, j'en connais cents fois plus. Avant pour moi, la MSA c'était on cotise. L'aspect accompagnement j'ignorais* ».

Aussi, les délégués ont une meilleure visibilité de l'action des TS maintenant qu'ils sont par secteur et ils apprécient qu'on leur remette la plaquette avec les noms des TS lors de la première réunion. Concernant leur connaissance des prestations extralégales, celles citées par

---

<sup>93</sup> Excepté les nouveaux délégués qui sont salariés de la MSA.

les élus sont les prestations concernant le maintien à domicile pour les personnes âgées, les chèques sport, l'aide au permis de conduire et l'aide à la poursuite d'étude.

Pour une personne élue depuis plusieurs années, il faudrait que la MSA, pourquoi pas avec l'aide d'un autre organisme (la Chambre d'agriculture par exemple), prenne l'initiative de se rendre dans les écoles d'agriculture pour expliquer le rôle de la MSA, les aides existantes pour les assurés agricoles, mais aussi montrer aux jeunes qui sortent des études agricoles l'importance du relationnel, des relations humaines parce que « *quand on voit les conflits dans les GAEC, je me dis qu'il y a des manques* » et « *une mentalité à créer* ».

Au niveau du comité local, les délégués organisent chaque année, dans le cadre de la prévention, des soirées-débats animé par un professionnel sur un sujet. Ainsi, dans le Morbihan, 23 soirées-débats ont été menées en 2011-2012, 34 en 2012-2013 et 28 en 2013-2014. Celles qui attirent le plus de participants sont celles qui touchent à la prévention des accidents vasculaires cérébraux. Egalement, les Ateliers du Bien Vieillir en inter régime qui sont animés par les TS et les animateurs de la vie mutualiste. Les projets des délégués pour ce nouveau mandat sont de continuer ces actions de prévention afin de préférer le préventif au curatif.

##### **5. Ce que pensent les usagers ayant bénéficié d'un accompagnement d'un TS ou d'actions collectives**

Les entretiens ont été réalisés auprès de 12 assurés (dont un couple) : 9 en Ile et Vilaine et 3 dans le Morbihan. Parmi les exploitants agricoles, Mme A et Mme B ont participé à la session « Continuer ou se reconverter ? » et à l'Avenir en Soi. Mr W a pris part uniquement à la session. Quant à Mr et Mme E, ils n'ont eu qu'un accompagnement individuel.

Pour les salariés, Mr X et Mr Y ont pu bénéficier d'une réunion d'information aux salariés en arrêt de travail de plus de 3 mois et Mme F a participé à l'avenir en soi. Mme C, Mme D, Mr Z et Mme G ont bénéficié uniquement d'un suivi individuel suite à une ou plusieurs problématiques.

Nous sommes tentés de mesurer le degré de satisfaction des assurés à l'aide des entretiens réalisés, mais l'échantillon étant de petite taille, je tiens à préciser que les données sont à interpréter avec précaution.

Hormis Mr W pour qui il s'agissait de « *passer à autre chose* » et Mr E qui souhaitait « *trouver une solution pour nous aider* », les 10 autres personnes interrogées ont contacté la MSA parce qu'elles ont rencontré des problèmes de santé caractéristiques pour certains de ce Claudine Herzlich nomme la « *maladie destructrice* <sup>94</sup> ».

Plus précisément, Mme A rencontrait des « *problèmes pour effectuer son travail* » et n'était « *pas entendu par les associés dans l'exploitation* ». Elle a donc contacté la MSA pour connaître ses droits et possibilités de reconversion professionnelle et pour « *trouver des solutions au problème* » car elle avait beaucoup de difficultés à effectuer ses tâches quotidiennes sur l'exploitation. Pour Mme B, « *au tout début c'était pour avoir une reconnaissance de travailleur handicapé* ». Mme C, suite à une « *grosse opération du dos à l'hôpital* », a rencontré des problèmes financiers et avait besoin d'aide pour faire ses papiers. Mme D était souvent en arrêt maladie en raison de son problème de santé et voulait connaître ses droits. Elle a également sollicité l'action sociale car elle avait des difficultés à régler les frais de scolarité de son fils, pour l'aider dans son déménagement ainsi que dans « *les moments difficiles.* »

Concernant Mr X et Mr Y, c'est la MSA qui les a contactés pour leur proposer de participer à la réunion d'information aux salariés en arrêt de plus de 3 mois, ce qu'ils ont fait. Mr Z a perdu sa femme fin 2014 et avait besoin d'être orienté, d'aides pour la réalisation des papiers, des comptes et factures, ce dont sa femme s'occupait. De plus, suite à des problèmes de santé, il ne peut plus travailler. Mr et Mme E avait besoin d'une aide ménagère suite aux problèmes de santé de Mme. Mme F est actuellement en maladie professionnelle, ce que refuse son employeur. Mme G a contacté la MSA lors de son divorce, elle a avait besoin d'aide pour le changement de nom, de compte en banque, le déménagement et pour savoir si elle avait le droit à des allocations comme l'allocation logement. Elle a alterné des périodes d'arrêt maladie et de reprise d'emploi avec de la dépression.

---

<sup>94</sup> Herzlich C., *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*, Paris-La Haye, Mouton, 1969.

### - Des problématiques en simultanée

Souvent, les personnes qui font appel à l'action sociale de la MSA, comme c'est le cas chez les sondés, rencontrent plusieurs problématiques en même temps. En effet, un problème peut en entraîner un autre. Les problématiques santé, financières, professionnelles et familiales peuvent être rencontrées simultanément par les assurés. Par exemple, Mme A qui rencontre des problèmes de santé a connu dans le même temps, une problématique professionnelle : « *je n'étais pas entendu par les associés* » (elle a donc quitté l'exploitation) et une problématique familiale (divorce).

Aucune des personnes interrogées n'a rencontré de difficulté à contacter les travailleurs sociaux, « *bien au contraire* » précise Mme B. Le TS est « *très disponible* » et la « *réponse rapide* » selon Mme A. « *Si j'ai des questions, le travailleur social est toujours prêt à me répondre* », Mr W. « *A chaque fois que je l'appelle, je l'ai* » m'explique Mme C.

### - La satisfaction par rapport aux actions collectives

Les 3 personnes interrogées qui ont participé à la session « **Continuer ou se Reconvertir ?** » en sont très satisfaites. La session a bien répondu à leurs attentes et ils se sont senti écouté sans être jugé : « *Les filles qui étaient là étaient à l'écoute et puis il n'y a pas de jugement* », m'explique Mme B. Par ailleurs, la session a eu plusieurs effets sur ces usagers.

Tout d'abord, elle leur a permis de prendre conscience qu'ils n'étaient pas les seuls à rencontrer des difficultés dans leur activité d'exploitant. Mr W a pu « *se conforter de voir que je n'étais pas tout seul dans cette situation* ». Pour Mme B, « *La session m'a permis de voir qu'il n'y avait pas que moi dans le bazar* » et « *surtout échanger et s'ouvrir aux autres, pour moi ce n'était pas simple* ». Selon les travailleurs sociaux, la session permet de « *voir qu'il y a toujours pire que soi* », ce que dit d'ailleurs Mme B : « *à côté de ça, je ne peux pas me permettre de me plaindre [...] ça permet de dédramatiser.* »

Ensuite, le déroulement de la session « *permet de déconnecter du quotidien car on dort sur place* », Mme A. En effet, les participants sont hébergés sur place durant 3 jours et 2 nuits, ce qui peut surprendre au départ : « *j'ai été surprise du déroulement mais agréablement* », indique Mme A. Ce mode de fonctionnement crée selon Mme B une « *immersion totale* » puisque les personnes sont plusieurs jours sans rentrer : « *On baigne toujours dedans* », Mr W. Pour Mme B, « *C'est comme une osmose* », mais « *On ne dort pas forcément bien, ça*

*remue les tripes* ». De plus, la session les a fait avancer dans leur choix et prise de décision : « *ça m'a permis de faire un choix de vie* », explique Mme A. Quant à Mr W, ça a « *conforté la décision de vendre* ».

Enfin, leurs préconisations concernant la session seraient « *peut être approfondir encore plus. En parler à d'autres personnes qui se posent la question d'arrêter ou pour mieux continuer* » pour Mr W. Mme A, elle, aimerait « *retrouver le groupe pour savoir ce qu'ils ont pris comme décision et peut être aussi une étude encore plus poussée de la personne* ».

Les 3 participantes à l'**Avenir en Soi** en sont également très satisfaites. Cette action a permis à Mme A de « *déculpabiliser par à rapport à ce choix de vie* ». Mme B est également satisfaite même si « *La session c'était la première donc ça m'a plus marqué* ». Elle m'explique que « *l'Avenir en Soi on va encore chercher plus loin sur sa propre personne. On va plus au fond de soi même et psychologiquement c'est un peu déstabilisant mais c'est ce qu'il faut aussi. Les mini-groupes c'est bien car on change tout le temps. Ça créé des liens.* »

Quant à Mme F, son témoignage récapitule très bien son avis sur l'action : « *Ça s'est très bien passé. La première journée, je me suis demandée ce que je faisais là. J'étais la seule en maladie professionnelle. Mais j'ai trouvé ma place [...] Pour moi ça n'a été que bénéfique. J'ai pu connaître toutes les étapes pour que cette période de licenciement se passe au mieux avec mon employeur. Ça a répondu à toutes mes attentes. C'est une très bonne session. Je le recommande. On se dit qu'il y a pire que soi. Ça permet de pouvoir exprimer ce qu'on ne peut pas forcément dire, ce n'est pas évident de parler de sa maladie, de dire pourquoi on en est arrivé là. Il y a l'acceptation. Je me sens comme libérée. Elles nous ont apporté quelque chose à un moment où j'en avais le plus besoin. Elles m'ont apporté de l'écoute. Quand on n'a jamais arrêté, ce n'est pas évident. J'ai eu besoin de cette aide extérieure.* »

Pour Mme B, « *On ne sort pas indemne des sessions. On ne peut même pas en parler à d'autres. C'est au plus profond de chacun [...] Toutes ces sessions, on rencontre des personnes et on ne se rend pas compte quand on est dans notre ferme qu'il y a pleins de personnes pour nous aider* ».

Cette dernière pense que les actions collectives sont aussi importantes que les interventions individuelles : « *C'est un très bon parallèle. Ça se complète. Le travail de groupe c'est bien*

*car ça permet de se rendre compte qu'on n'est pas les seuls à avoir des soucis mais après on a besoin d'un accompagnement personnel car chacun est différent. On n'a pas tous les mêmes attentes. »*

Mme A, elle, pense que les actions collectives sont plus importantes que les interventions individuelles, « *car on se retrouve moins seule et l'effet de groupe joue son rôle aussi. On se déconnecte du travail alors que le RDV avec un TS c'est sur un temps donné* ».

Une partie non négligeable des assurés sollicitant l'action sociale ont connu une période de mal-être : « *J'étais vraiment pas bien, déprimée* », Mme A ; « *Je ne voyais pas d'issue* » ; Mme F ; « *Je suis dans la merde. [...] J'ai fait une dépression* », Mme G.

#### **- La disqualification sociale**

En relisant la description que les personnes font de leur situation et de leur relation aux services d'action sociale, j'ai pu constater que plusieurs font l'apprentissage de ce que Serge Paugam appelle la disqualification sociale<sup>95</sup>, ce processus à l'origine d'une altération de l'identité préalable qui marque l'ensemble des rapports à autrui. Ainsi Mme F décrit cette crise identitaire notamment avec ces termes : « *J'avais perdu confiance en moi* », « *Là je ne dors plus* ». Cette disqualification sociale se définit également par une crainte d'être assimilé aux « cas sociaux »<sup>96</sup> : « *Je savais que ça existait [les travailleurs sociaux] mais je ne me sentais pas concernée. Dans le monde agricole, les assistantes sociales c'est pour les assistés* », Mme B. La population rencontrée par l'action sociale de la MSA est plutôt composée de personnes « fragiles »<sup>97</sup> où l'apprentissage de la disqualification sociale se traduit notamment par une crise d'identité, un sentiment d'humiliation et un repli sur soi. Bénéficiaire de l'aide sociale représente pour ces assurés un coût symbolique car la relation aux services d'action sociale contribue à altérer leur dignité : « *Je n'ose même plus sortir de chez moi [...] on est fragilisé* », Mme A.

---

<sup>95</sup> Paugam S., *La disqualification sociale*, Paris, Presses Universitaires de France, 1991, 256 pages.

<sup>96</sup> Ibid.

<sup>97</sup> Ibid.

## - L' « épreuve » du non-emploi

Dans beaucoup de sociétés de l'époque, le non-travail, loin de constituer une épreuve<sup>98</sup>, était plutôt considéré comme un privilège et un signe de haut statut social. Pour Dominique Schnapper, les sociétés modernes ne sont pas seulement civiques ou démocratiques mais productivistes, ce qui signifie que la vie collective s'organise autour de la participation à la production ; cette dernière est la source mais aussi la consécration de la hiérarchie des statuts sociaux<sup>99</sup>. En effet, c'est d'abord par la participation à la production que se traduit l'effort des individus pour affirmer une identité sociale et personnelle<sup>100</sup>, ce qui explique pourquoi c'est si difficile pour certains des assurés rencontrés de ne plus travailler. Mme A fait actuellement l'expérience de cette contrainte : « *Il faut que je trouve un travail à côté. Les exploitants n'ont pas le droit de toucher le chômage car ils ne cotisent pas. J'ai perdu mes droits MSA car je ne les connaissais pas. C'est difficile à vivre* ». Cette intériorisation du destin imposé comme le montre la situation de Mme G : « *C'est un accompagnement qui fatalement va se poursuivre* », nourri dans le cas du chômeur le sentiment d'humiliation, l'ennui : « *J'aimerais reprendre vite mon travail car je me sens inutile sans rien faire. Même quand j'étais en arrêt, je voulais reprendre vite. Je n'ai pas l'habitude de me tourner les pouces* », Mme D, et le condamne à la désocialisation progressive<sup>101</sup>. C'est pourquoi certains assurés rencontrés souhaitent retrouver un emploi, peu importe lequel, dans un délai court : « *Moi je ne brigue plus de grande carrière, je pourrais bosser n'importe où* », Mme G. Aussi, lorsque j'ai demandé aux assurés que j'ai rencontré comment ils imaginaient la suite, beaucoup m'ont fait partager leur souhait de retrouver rapidement un travail : « *trouver un travail* », Mme A ; « *J'aimerais reprendre, mais je n'en suis pas capable* », Mr X ; « *Finir ma formation puis retrouver rapidement du travail* » Mr W ; « *Trouver un mi-temps* », Mme G.

Pour conclure sur cette « épreuve » du non-emploi, je reprendrais volontiers les mots de Dominique Schnapper : « *Ceux qui, aujourd'hui, ne participent plus à l'activité productive par un emploi peuvent vivre cette condition dans la passivité, ils sont alors soumis à la contrainte, ils font l'expérience d'une désocialisation progressive, ils intériorisent même dans certains cas, la stigmatisation.* »

---

<sup>98</sup> Schnapper D., *L'épreuve du chômage*, Paris, Gallimard, 1981.

<sup>99</sup> Schnapper D., *La compréhension sociologique : Démarche de l'analyse typologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1999, 146 pages.

<sup>100</sup> Ibid.

<sup>101</sup> Schnapper D., op. cit.

## - La stigmatisation sociale

Le terme de *stigmat* désigne une situation de l'individu que quelque chose disqualifie et empêche d'être pleinement accepté par la société<sup>102</sup>. Certains des assurés rencontrés ont déjà pu se sentir stigmatisés parce qu'ils ont ce que Goffman appelle des tares de caractère qui aux yeux d'autrui, prennent l'aspect d'un manque de volonté, de malhonnêteté etc.<sup>103</sup>. Il est aisé lors des entretiens de percevoir la souffrance que représente l'accès à une aide sociale pour des personnes peu habituées à fréquenter les services d'action sociale : « *J'ai eu beaucoup de mal à accepter d'être en charge [...] Disons que je n'en parle pas autours de moi.* » Mme B.

Aussi, pour Erving Goffman, ce qui caractérise essentiellement la situation de l'individu stigmatisé c'est « *l'acceptation* »<sup>104</sup>. Recevoir une pension d'invalidité, être reconnu personne handicapée par exemple est souvent difficile à accepter : « *On a beaucoup travaillé sur ça, sur l'acceptation d'être travailleur handicapé* », Mme F ; « *J'ai eu beaucoup de mal à accepter [...] d'être invalide. De recevoir de l'argent pour une invalidité. Au fil du temps [...] je déculpabilise mais c'est un chemin qui est long* », Mme B.

Les travailleurs sociaux de la MSA tentent donc autant que possible, de rompre ou de faire face avec l'assuré au processus de disqualification sociale, à l'épreuve du non-emploi et à la stigmatisation sociale en redonnant aux personnes de la valeur, de la confiance en soi ; un long chemin à parcourir. Les travailleurs sociaux aimeraient d'ailleurs intervenir plus en amont et être davantage dans la prévention pour éviter des situations comme celle de Mme B qui m'explique : « *Ce que je regrette c'est d'avoir attendu d'être rendu au bout du bout pour réagir. J'ai failli faire des bêtises. Ils m'ont sorti de là* ».

**Avant d'être accompagnées, beaucoup des personnes questionnées avaient une vision tout autre de l'action sociale et des travailleurs sociaux.** Pour certains assurés, l'action sociale était inconnue : « *C'est un truc que je ne connaissais pas* », Mme G ; « *On peut avoir des problèmes. Quand on n'a jamais été pris, on ne connaît pas* », Mr Y ; « *Je ne connaissais pas. Tant que l'on est pas concerné, on ne s'y intéresse pas forcément* », Mr E. Pour les autres, ils connaissaient l'action sociale mais n'aurait jamais pensé la solliciter : « *Je savais que la MSA avait des TS [...] j'aurais jamais pensé à l'action sociale* », Mme G ; « *Pour moi,*

---

<sup>102</sup> Goffman E., *Stigmat : les usagers sociaux des handicaps*, Paris, Les éditions de Minuit, 1975, 175 pages.

<sup>103</sup> Ibid.

<sup>104</sup> Goffman E., op. cit.



*une assistante sociale c'était une personne qui venait aider les gens qui avaient besoin d'aide au niveau administratif uniquement* », Mme F.

Les TS sont très à l'écoute des réalités des usagers sur le terrain : « *J'ai gardé énormément de choses pour moi sur les conditions de travail etc. [le travailleur social], je lui ai dit tout ce que j'avais sur le cœur.* » Mme F. Ils les déculpabilisent et se mettent à leur porté et les assurés arrivent parfois plus à se confier au TS qu'à un proche. En effet, pour Mme B, « *Les professionnels sont quand même ce qu'il y a de mieux car la famille, les amis sont trop impliqués. [Les travailleurs sociaux], ils ont les clés pour déverrouiller.* » Le discours de Mme F illustre bien également le fait que les actions collectives facilitent la prise de parole : « *Dès la 2<sup>e</sup> réunion, j'ai pu me libérer de choses que je n'avais pas forcément dit à mon entourage, sur les conditions de travail avec les travaux de groupe* ».

Tous les assurés interrogés pensent que **c'est important que la MSA ait des travailleurs sociaux** : « *C'est vraiment important car une standardiste ne peut pas nous écouter jusqu'à la fin* », Mme D ; « *On a quelqu'un pour parler. C'est même très important car on est fragilisé* », Mme A. Mme B et Mme D parlent d'ailleurs du travailleur social qui l'a accompagné en disant : « *c'est ma béquille* » et « *elle est devenue un peu plus qu'un travailleur social pour moi.* »

Aussi, ces mêmes assurés caractérisent l'action sociale de la MSA d'efficace voire très efficace. En parlant de l'action sociale, Mme G explique : « *On a l'impression que c'est une grande famille.* »

La totalité des assurés rencontrés disent qu'ils feront de nouveau appel à l'action sociale en cas de besoin : « *Je n'hésiterais pas* », Mme D. Certains la conseillent déjà à des personnes : « *Je le conseille déjà mais pas forcément à des personnes du monde agricole.* » Mme B.

Concernant la visibilité de l'action sociale, Mme F regrette que la MSA ne communique pas plus sur ce qu'elle fait : « *On ne connaît pas les organismes [...] La MSA devrait communiquer plus sur l'action sociale* ». Pour Mme B, « *Il faudrait peut être plus faire connaître les services* ». Enfin, Mr W aimerait être davantage renseigné sur les aides extralégales auxquelles il pourrait prétendre.

Les assurés rencontrés ont fait peu de préconisations. La seule amélioration concernant l'action sociale vient de Mme D qui aimerait que les critères d'allocation de l'aide à la poursuite d'études supérieures soient révisés : « *Je ne savais pas que mon enfant n'avait plus d'aides à partir de 21 ans. Je croyais que c'était jusqu'à 25 ans. J'ai refait une demande pour payer les frais de scolarité mais il y a le problème des 50 km à respecter. On est obligé de se serrer la ceinture. [...] Je croyais une chose bien [l'aide à la poursuite d'études supérieures] et j'ai été vraiment déçue que le seul critère soit la distance. Ils n'ont pas tenu compte de la situation monoparentale* ».

A la question : « *Pensez-vous que la MSA doit aller au devant des assurés à partir de situations connues à la MSA (arrêt maladie, naissance etc.) ou faut-il attendre que les assurés se manifestent pour faire une demande d'aide ? Quelles seraient vos propositions ?* », les réponses sont mitigées. Pour trois assurés rencontrés, c'est la MSA qui a pris l'initiative de les contacter, ce que Mr X trouve « positif ». Il précise : « *j'ai même été surpris [...] C'est bien que la MSA m'ait contacté.* » Pour une personne, les médecins du travail devraient systématiquement orienter vers un travailleur social suite à une visite médicale. Pour une plus grande partie, c'est aux assurés de faire appel à l'action sociale lorsqu'ils en ont besoin : « *Les gens doivent se prendre en charge.* » Mme A ; « *C'est à chacun de se prendre en main pour aller voir les organismes* », Mme B ; « *c'est à moi de contacter* », Mme C. Pour d'autres, au contraire, « *Ils [La MSA] devraient venir un peu plus vers nous. C'est à nous de nous renseigner alors que nous ne connaissons rien* », Mr et Mme E ; « *A la MSA aussi ils doivent se manifester pour voir si la personne est vraiment malade, en difficulté, isolée. A eux, par exemple mon cas, j'ai souvent été en arrêt mais jamais la MSA ne s'est posée la question de ce que j'ai vraiment eu comme souci de santé sauf le médecin du travail qui a ré interpellé le médecin conseil pour mes problèmes. [...] Depuis ce jour, j'ai la sensation que le nouveau médecin du travail s'inquiète vraiment pour moi.* » Mme D.

Pour certains assurés accompagnés par un travailleur social et/ou qui ont participé à une action collective, le bénéfice a été important : « *Elle m'a reboosté en un RDV. Elle me disait de ne pas être la victime. [...] Chez moi, j'ai fait un travail sur moi-même après et j'ai repris confiance en moi. A la fin de la session, je retravaillais sur ce qu'elle m'avait dit la journée. [...] Je me répétais : « Je ne suis pas coupable de ce qui m'arrive. Je ne dois pas me culpabiliser. » [...] Ça a été tellement bénéfique pour moi* », Mme F. « *Je ne pensais pas que l'accompagnement allait jusque là. Elles ont bien fait leur boulot [...] Je suis parti en me*

*disant « Je ne sais rien faire d'autre » et en fait je me rends compte que j'ai plein de compétences. », Mr W.*

Lors des entretiens, j'ai pu remarquer que les sondés ont souvent tendance à comparer les régimes de protection sociale entre eux. Hormis le témoignage de Mr W qui fait référence à une situation qu'il a vécue il y a longtemps : *« Ma femme a hésité à prendre les enfants sous le régime MSA mais les horaires étaient compliquées. A l'époque, les rencontres avec les professionnels étaient compliquées. Suite à un arrêt, elle s'est déplacée dans une agence et personne ne pouvait le renseigner. Elle a été balancée de bureau en bureau. Du coup, les enfants sont inscrits à la CAF »,* la MSA est plutôt bien positionnée dans l'estime des usagers et est considérée comme plus « carrée » que le régime général : *« Là on voit qu'ils s'en inquiètent un peu par rapport à la sécurité sociale [...] la MSA est plus carrée que la sécurité sociale », Mr X ; « On ne perd pas de temps. Je ne passe pas par 50 services. On laisse un message et on a toujours une réponse. Quand on vous dit qu'on vous donne réponse, on vous rappelle. A la sécu, ce n'est pas la même. [A la MSA], on a l'impression qu'il y a encore de la proximité. [...] Il me laissait pas tomber à la MSA. Ils ne vont pas me laisser seule. Le dossier est carré, pas de souci. », Mme G.*

Enfin, concernant la manière dont les interviewés imaginent la suite, deux d'entre eux s'inscrivent dans un projet de reconversion professionnelle, trois sont à la recherche d'un emploi à mi-temps, trois aimeraient reprendre le travail mais n'en sont actuellement pas capables, une personne arrête progressivement son activité, une souhaite *« rester comme ça »* et enfin deux personnes souhaitent *« que les aides continuent. »*

Nous venons de le voir, les assurés rencontrés sont plutôt optimistes quant à leur avenir professionnel, ce qui n'est pas le cas de leur vision de l'avenir du monde agricole : *« Dans le milieu agricole avec la conjoncture actuelle, il y a des gens en détresse. », Mme F ; « avec ce qui arrive en agriculture on en aura de plus en plus besoin », Mme B.*

Finalement, lors des entretiens, j'ai pu voir que certaines personnes interrogées, lorsque je leur posais des questions sur l'action sociale, régissaient globalement au niveau de la MSA. Le guichet unique a donc bien été intégré puisque c'est toute l'image de la MSA qui est concernée lorsqu'un assuré ou un professionnel rencontrent des difficultés avec un service. Aussi, lorsque je demande les points forts et les points faibles du partenariat avec la MSA, les

partenaires s'expriment sur la MSA en général et non seulement sur l'action sociale. Ces entretiens vont permettre de faire des préconisations pour le prochain Plan d'Action Sanitaire et Sociale.

### **III. Recommandations pour le prochain PASS**

#### **1. Communiquer et informer davantage sur l'action sociale pour une meilleure connaissance par les professionnels de la caisse, les partenaires et les usagers**

##### a) Pour les professionnels de la caisse

Les professionnels de la MSA sont plutôt bien informés de ce que fait l'action sociale et le fait d'avoir une présentation de celle-ci pour les nouveaux arrivant est apprécié (cf. entretien auprès du service Santé Sécurité au Travail page 76). Néanmoins, les correspondantes sociales qui sont demandeuses de voir comment sont prises les décisions lors des Comités d'Action Sanitaire et Social (CASS) devraient pouvoir assister à au moins un CASS.

##### b) Pour les partenaires

Les partenaires souhaitent avoir davantage d'informations sur ce que fait l'action sociale de la MSA. Ils regrettent de ne plus recevoir le guide des prestations. Je pense, que ça serait pertinent de leur envoyer, comme c'était fait auparavant, ce guide en version papier par courrier. Aussi, il serait pertinent de communiquer davantage sur un organigramme ou un répertoire afin que les partenaires puissent identifier un interlocuteur précis. Cela permettrait de mieux travailler avec les partenaires et acteurs du Morbihan et de l'Ille et Vilaine qui seraient alors au fait des missions et champs d'intervention de l'action sociale de la MSA.

Certains partenaires connaissent mal les missions et le champ d'intervention des travailleurs sociaux de la MSA. Pourtant, des protocoles de collaboration pour s'articuler sur les champs de compétence avec le Conseil Départemental et la CAF existent, mais ils ne sont pas connus de tous et notamment des nouveaux responsables de territoire. Aussi, ils devraient être revus car ils sont vétustes.

##### c) Pour les usagers

De manière générale, les usagers interrogés, avant d'avoir leurs problèmes, ne connaissaient pas l'action sociale de la MSA. Ces derniers pointent du doigt le site Internet où les aides sont

réparties par « axe » trop difficile d'accès et compliqué. Il serait peut être intéressant, que les usagers aient accès à l'information d'une autre manière. Par exemple, déposer le guide des prestations d'action sanitaire et sociale dans les mairies où les Centres Communales d'Action Sociale (CCAS) pourrait leur permettre d'en avoir connaissance plus facilement.

## **2. Développer et renforcer les partenariats existants**

Les partenaires sont demandeurs d'un renforcement des liens avec l'action sociale de la MSA. Aussi, l'action sociale de la MSA devrait peut-être œuvrer davantage en partenariat avec le service vie sociale de l'agence départementale de Redon, notamment sur la gestion du RSA, et la Charte territoriale des solidarités avec les aînés. Elle pourrait également travailler avec le service social départemental de Pontivy qui aimerait bénéficier des compétences de la MSA à propos du monde agricole et réaliser les évaluations des situations « lourdes » ensemble. Aussi, l'Espace Autonomie Senior de Ploërmel souhaiterait être intégré à certain groupes de travail de la MSA. Enfin, la MSA a elle aussi besoin d'avoir de la lisibilité sur les aides accordées par le conseil départemental.

## **3. Des orientations claires pour le service d'action sociale**

Les travailleurs sociaux sont demandeurs de plus de visibilité sur les orientations du service d'action sociale. Il pourrait être pertinent de leur fixer des priorités et de leur définir des projets de service. En effet, comme le rappelle la responsable des travailleurs sociaux du Morbihan, ces derniers sont autonomes mais pas indépendants, ce qui peut être déstabilisant pour les plus jeunes travailleurs sociaux. La logique actuelle est plutôt participative, « construire avec » et peut être certains travailleurs sociaux auraient besoin d'être plus cadrés. Ce point devra être abordé avec les travailleurs sociaux lors des Entretiens Annuels de Développement Personnel (EADP) pour répondre au besoin de certains travailleurs sociaux de « retrouver du sens » dans ce qu'ils font.

## **4. Faire évoluer les actions collectives**

Avant de penser à faire de nouvelles actions, les travailleurs sociaux pensent qu'ils doivent être en capacité de « bien faire ce qui est fait ». Ainsi, ils citent les réunions IJ qu'il serait ce intéressant de revoir. Un travail sur ce sujet est d'ailleurs en cours. Il serait également peut être pertinent de remettre certaines actions menées dans le passé en place comme les sessions de préparation à la retraite. Certaines actions doivent certes évoluer mais elles doivent aussi

être en adéquation avec les envies des travailleurs sociaux et répondre aux besoins des assurés.

Une part de ces usagers a une longue pratique des services sociaux et non du changement<sup>105</sup>. Des expérimentations nouvelles seraient donc les bienvenues. Les travailleurs sociaux sont d'ailleurs dans cette optique puisqu'ils souhaitent réinventer, développer des actions en se questionnant sur une manière d'intervenir différente mais plus adaptée. Repartir des thématiques par exemple : isolement, mobilité, séparation psychiatrie peut être également une piste à creuser. Aussi, les TS aimeraient revoir le travail transversal avec les autres services et agir plus en amont en faisant davantage de prévention. Enfin, ouvrir les ateliers d'éducation à la santé à d'autres publics et non plus seulement aux affiliés de la MSA est une piste d'évolution pour les prochaines années. Les travailleurs sociaux ont déjà amorcé ce travail en réalisant une évaluation des besoins des bénéficiaires de pension d'invalidité pour qu'ils puissent participer aux chantiers d'insertion.

## **5. Revoir l'inter régime**

Repenser l'inter régime peut être en associant davantage les travailleurs sociaux comme penseurs des actions et non plus seulement comme des acteurs de leur mise en œuvre. Il faudrait des répartitions, que certaines actions, sur des secteurs ruraux par exemple, soient pilotées par la MSA, Aussi, il serait souhaitable que l'Action Sociale soit mieux coordonnée en interne pour être plus visible en externe. Enfin, dans le nouveau PASS, il faudra se poser la question d'avoir un travailleur social identifié sur l'inter régime dans chaque agence.

## **6. Travailler sur les axes du Plan d'Action Sanitaire et Sociale**

### **a) L'axe Famille**

La question se pose pour le prochain PASS de développer des actions pour les familles pour que la MSA valorise son rôle de caisse d'allocation familiale. La MSA à sa place pour intervenir sur l'aspect Famille-Enfance-Jeunesse et les autres partenaires l'attendent là-dessus. Si elle s'oriente sur sujet de la Famille, il faudra néanmoins que ça s'articule avec les orientations nationales de la COG. Aussi, il faudra se demander si la MSA veut travailler sur le terrain pour accompagner les familles ou si elle préfère travailler avec les partenaires sur l'axe Famille. Pour développer ces actions, il faudra aussi que l'action sociale renforce ses liens avec le service Prestation Familiale.

---

<sup>105</sup> Gacoïn D, op. cit.

## **b) L'axe Seniors**

Pour aborder les ruptures et voir comment se renvoyer les situations, l'Action Sociale devra probablement rencontrer le service Retraite.

Finalement, pour le prochain PASS, il serait congruent que l'Action Sociale renforce ses liens avec les services Prestations Familiales et Retraite pour gérer les situations de détresse.

## **7. Faire davantage d'actions sur les territoires**

Les axes de réflexion de la prochaine COG amèneraient les caisses dans certaines actions à développer auprès des familles. Il ne s'agirait pas forcément d'un accompagnement des Familles, mais des collectivités. La CAF d'Ille et Vilaine est demandeuse de travailler avec la MSA sur ce point.

## **8. Mettre en place un référent par population chez les travailleurs sociaux**

Une réflexion est cours sur la mise en place d'un référent spécialisé sur une population dans les agences. En effet, actuellement, les travailleurs sociaux sont polyvalents ce qui rend plus compliqué une veille sur une population en particulier.

## Partie 2 : Analyse réflexive de la mission

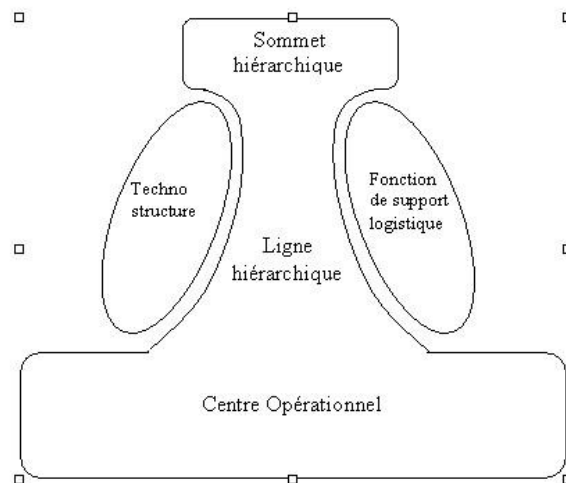
La dernière partie de ce rapport comprend une analyse du déroulé de la mission de stage à partir du fonctionnement de l'organisme (A.1.) dont je me suis attachée à étudier plus précisément les relations de pouvoir au sein de la structure (A.2.), les prises de décision lors des Comités d'Action Sanitaire et Sociale (A.3.), la fonction de travailleur social (A.4.) et l'environnement informatique et technologique (A.5.). Ensuite, il s'agira d'analyser les apports du stage tant d'un point de vue des connaissances (B.1.) que des compétences acquises (B.2.). Cette analyse n'est bien sûr qu'un point de vue personnel et non exhaustif puisque « la discussion critique sur leur sens et leur efficacité n'est pas définition jamais achevée.<sup>106</sup> »

### 1. Analyse de la structure et de son fonctionnement

Mon stage s'étant déroulé au sein d'un service : l'Action Sociale de la MSA, mon analyse portera donc sur ce service et non sur la structure de façon holistique.

#### c) Analyse de l'organisation selon Mintzberg

Selon Mintzberg<sup>107</sup>, l'organisation peut être décrite selon cinq composantes fondamentales présentées sur le schéma ci-dessous :



Le centre opérationnel comprend les membres de l'organisation qui produisent les biens et les services ou en soutiennent directement la production. C'est le cœur de l'organisation, la partie permet à l'ensemble de survivre. Au sein du service d'action sociale, je pense que ce sont les travailleurs sociaux et le pôle Prestations d'Action Sanitaire et Sociale qui jouent ce rôle.

<sup>106</sup> Schnapper D., op. cit.

<sup>107</sup> Mintzberg H., *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Eyrolles, 1979, 440 pages.



Le sommet stratégique est composé des cadres dirigeants de l'organisation et de leurs conseillers. Sa fonction est de faire en sorte que l'organisation remplisse sa mission de façon efficace et qu'elle serve les besoins de ceux qui la contrôlent. Ici, je pense bien sûr aux membres de la direction.

La ligne hiérarchique est composée des cadres intermédiaires dans une ligne directe d'autorité formelle entre les membres du sommet stratégique et ceux du centre opérationnel. De mon point de vue, la ligne hiérarchique est composée, au sein du service d'action sociale, du responsable de l'action sanitaire et sociale, des deux responsables adjointes des travailleurs sociaux, de la cadre gestionnaire des prestations d'action sociale et des élus.

La technostructure est composée des analystes. Situés en dehors de la structure d'autorité formelle, ces analystes sont les acteurs de la standardisation dans l'organisation. La technostructure regroupe donc il me semble les intervenants extérieurs auxquels peut faire appel la MSA, par exemple l'intervenante de la Chambre d'agriculture sur la PAC.

La fonction de support logistique est composée de tous les services qui fournissent un soutien indirect au reste de l'organisation, appelés les unités fonctionnelles. Pour moi, cette fonction est assurée notamment par les secrétaires, mais aussi les informaticiens, le service RH etc.

#### **d) Les relations de pouvoir au sein de la structure**

Il m'a semblé intéressant d'analyser les relations de pouvoir au sein de la structure. Crozier et Friedberg qui se sont intéressés à cette notion de pouvoir au sein de l'organisation définissent le pouvoir comme le « *résultat contingent de transactions entre plusieurs individus*<sup>108</sup> ».

Dans la relation entre deux personnes, « *Le pouvoir de A sur B correspond à la possibilité pour A d'obtenir que dans sa négociation avec B, les termes de l'échange lui soient favorables* ». J'ai pu observer ce phénomène à plusieurs reprises. Tout d'abord au quotidien, puis lors des comités d'action sanitaire et sociale.

Crozier et Friedberg définissent le pouvoir non pas comme une fonction statutaire mais comme une interaction sociale c'est-à-dire comme un échange entre des acteurs dans un contexte donné. Ainsi, les salariés, même les plus bas dans la hiérarchie, peuvent avoir un pouvoir important. Par exemple, les travailleurs sociaux dépendent fortement du secrétariat. La reprographie a également un pouvoir important puisque c'est elle qui s'occupe de réaliser les supports pour les réunions.

---

<sup>108</sup> Crozier M. et Friedberg E., *L'acteur et le système*, Paris, Edition du Seuil, 1977, 500 pages.

#### e) Des prises de décision rationnelles ou irrationnelles lors des CASS

La composition du CASS figure à l'article L 726-3 du Code Rural qui stipule que « *Le Comité d'Action Sanitaire et Sociale prévu à l'Article L 726-1 est composé au minimum de sept membres élus par les Administrateurs représentant les Salariés et de sept membres élus par les Administrateurs représentant les Non-Salariés. [...] Il élit son Président pour un an. La Présidence est assurée alternativement par un Non Salarié et par un Salarié* ». Le CASS a le pouvoir d'attribuer des prêts et des aides mais également d'instruire les demandes de subventions et d'attribuer les prêts et toutes aides à caractère individuel et collectif, dans le cadre de la politique fixée par le Conseil. À la MSA Portes de Bretagne, le CASS plénier se réunit 3 à 4 fois par an afin d'examiner les demandes de subventions de fonctionnement, faire le point sur les dépenses de l'année en cours et préparer les projections de dépenses pour N+1 et enfin, aborder des points comme par exemples les partenariats et conventions ou encore les actions collectives pilotées par les travailleurs sociaux. Quant au CASS restreint, il est composé de 3 administrateurs non-salariés parmi ceux siégeant au CASS Plénier et se réunit tous les derniers mardis du mois, soit 12 fois par an. Il a notamment vocation à examiner les demandes d'aides individuelles et de prêts déposés par les assurés, les travailleurs sociaux du conseil départemental ou ceux de la MSA.

Lors de mon stage, j'ai pu assister à deux CASS restreints et un CASS plénier. J'ai alors pu discerner la manière dont certains élus peuvent fortement influencer une décision en fonction de leur « intérêt particulier ». Ceci m'a particulièrement marqué lors d'une prise de décision des élus sur l'aide à la poursuite d'étude et sur les aides aux formations BAFA et BAFD.

L'aide à la poursuite d'étude apporte une aide complémentaire aux familles qui assument la charge de jeunes enfants en situation de « poursuite d'étude ». Lors d'un CASS, le comité, après de nombreux échanges, a finalement décidé d'abaisser le critère de la distance des 50 km à 40 km. En effet, pour bénéficier de cette aide, l'étudiant devait résider à plus de 50 km du domicile de ses parents. Or, j'ai pu voir que certains élus ont décidé d'abaisser ce critère de distance car cela permettait à des jeunes de la ville qu'ils représentaient d'en bénéficier.

La Bourse au BAFA (Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateurs) ou au BAFD (Brevet d'Aptitude aux Fonctions de Directeur) est une aide financière de la MSA pour soutenir des personnes de 17 ans et plus dans leur projet de formation aux fonctions d'animateur ou de directeur de centre de vacances et de loisirs. Cette dernière a elle aussi suscité de longs débats

au sein du comité. Lors du CASS, les élus devaient donner leur avis sur l'harmonisation de ces aides avec la CAF ou bien avec la MSA du Morbihan. J'ai pu constater que certains élus prenaient cette décision très à cœur et j'ai eu le sentiment que certains défendaient une hausse des aides car leurs connaissances très proches ou plus éloignées en avaient bénéficié ou pourraient en bénéficier.

Ces deux exemples illustrent bien un phénomène de « biais cognitifs » dans le processus décisionnel interne du CASS. Enfin, les administrateurs peuvent avoir le sentiment d'être dans une logique rationnelle alors que ce sont plutôt leurs préférences et leurs représentations de la réalité qui priment. Ils privilégient quelque chose et essaient de démontrer quelque chose qui colle à leurs préférences, des décisions conformes à leur schéma personnel qui s'éloignent du modèle rationnel. Ces derniers ne sont pas neutres, ils ont des idées, des valeurs, une expérience personnelle, autant de facteurs qui influent sur les décisions. Le pouvoir d'influence de certains élus prime parfois sur la rationalisation. Aussi, un problème similaire se pose : l'anonymisation des dossiers des assurés qui font des demandes au CASS. Actuellement, le nom des assurés est présenté aux élus, ce qui pose des problèmes d'égalité puisqu'il peut arriver que les élus connaissent les demandeurs, ce qui peut jouer en leur faveur ou défaveur. La résolution de ce problème est en cours. Il semble que les élus du nouveau mandat soient favorables à une anonymisation des dossiers.

#### **f) Les travailleurs sociaux**

Au sein du service d'action sociale, mes « collègues » étaient « travailleurs sociaux », c'est-à-dire soit Assistante Sociale (AS), soit Conseillère en Economie Sociale et Familiale (CESF). Historiquement, dans le Morbihan l'Action Sociale était composée uniquement d'assistantes sociales contrairement à l'Ille et Vilaine qui regroupait les deux professions. La diversité dans le Morbihan est venue, en 2001, d'une volonté d'un agent de direction d'origine CESF.

Les valeurs fortes des premières assistantes sociales dans la période d'entre-deux-guerres, sont la croyance en un idéal de justice, le désir d'aide à autrui, la disponibilité, le dévouement professionnel et reposent sur la personnalité de l'assistante sociale ainsi que sur ses connaissances professionnelles<sup>109</sup>. Après la Seconde Guerre mondiale, apparaît dans le service social une autre profession que celle d'assistante sociale : les éducateurs spécialisés qui n'ont depuis cessé de se développer<sup>110</sup> mais que je n'ai pas rencontrés à la MSA. Le service social

---

<sup>109</sup> Bouquet B., *Ethique et travail social : une recherche du sens*, Paris, Dunod, 2004, 230 pages.

<sup>110</sup> Ibid.

fait admettre dans la loi du 8 avril 1946 relative à l'exercice de la profession d'assistante sociale, le caractère de mission publique et l'obligation du secret professionnel absolu<sup>111</sup>.

Durant ces quatre mois et demi, j'ai pu observer leur fonctionnement, leurs marges de négociations. Que ce soit dans le Morbihan ou l'Ille et Vilaine, j'ai pu noter une unité au sein du service d'action sociale entre les travailleurs sociaux. Néanmoins, celle-ci est moins évidente entre les deux départements. De plus, au niveau de l'Ille et Vilaine, j'ai pu constater des différences entre les travailleurs sociaux exerçant dans les agences et ceux exerçant au siège à Bruz. Un sentiment d'isolement s'est installé chez certains travailleurs sociaux des agences qui constatent une baisse de leur activité, contrairement aux travailleurs sociaux des sièges.

J'ai aussi pu remarquer que les travailleurs sociaux du Morbihan étaient plus revendicateurs, plus critiques à l'égard de la hiérarchie. Pour Dominique Schnapper, « *Les échanges les plus individuels s'inscrivent toujours dans des ensembles plus larges qui leur donne leur sens*<sup>112</sup>. » Les travailleurs sociaux étaient revendicateurs surtout lors de réunions ou de travaux en groupe. Ceci m'a fait penser que peut-être ils se sentaient plus forts ensemble, entre pairs.

Pourtant, j'ai trouvé qu'ils avaient des marges de manœuvre larges et une grande autonomie dans l'exercice de leur activité.

Michel Crozier dans son approche systémique assimile le changement à une génération d'incertitudes et donc de perte de maîtrise des informations et donc de pouvoir, ce qui augmente la volonté stratégique individuelle de résistance des acteurs. Le changement peut en ce sens être perçu comme une sorte d'abus de pouvoir de la direction<sup>113</sup>. Les travailleurs sociaux sont quelque peu résistants au changement. Par exemple, ils sont assez critiques sur le travail en inter-régime avec les travailleurs sociaux des autres caisses (CARSAT, etc.)

La résistance au changement peut s'expliquer par le fait qu'en rationalisant son comportement, en le rendant prévisible, l'acteur perd de son pouvoir<sup>114</sup>.

De manière générale, nous avons pu voir précédemment que l'action sociale de la MSA était connue et appréciée des partenaires, mais pas dans les détails. De même pour les élus qui

---

<sup>111</sup> Ibid.

<sup>112</sup> Schnapper D., op.cit.

<sup>113</sup> Takvorian J.-F., « La résistance au changement »,

<[http://infoqualite.accordance.fr/dossiers/dossiers.php?id\\_dossier=79](http://infoqualite.accordance.fr/dossiers/dossiers.php?id_dossier=79)> ,01/06/2007.

<sup>114</sup> Ibid.

souhaiteraient être davantage informés des missions de l'action sociale. Paradoxalement, une page présentant l'action sociale leur est dédiée dans la revue Territoire. En revanche, elle reste méconnue des assurés jusqu'à ce qu'ils y recourent pour une aide ou un accompagnement.

#### **g) L'environnement informatique et technologique**

Suite à un « bug informatique », il m'a paru intéressant d'analyser l'environnement technologique et informatique de la MSA. Beaucoup de ce que je vais dire n'est pas propre à la MSA et peut s'appliquer à d'autres organismes. L'environnement technologique a fait évoluer les métiers. Par exemple, les travailleurs sociaux utilisent désormais le logiciel DOSOC pour enregistrer la situation de chaque assuré qu'ils rencontrent et l'accompagnement qu'ils ont effectué. L'utilisation de ce logiciel permet un gain de temps, améliore la qualité de l'information et facilite les échanges sur les situations puisque tous les travailleurs sociaux peuvent avoir accès aux situations saisies. Ce système présente des avantages : il facilite le travail et l'autonomie. Aussi, pour que ce système fonctionne correctement, il faut que le personnel soit formé aux nouvelles technologies et nouveaux logiciels, ce qui représente un investissement, mais aussi que l'utilisation soit facile et que les personnes saisissent les données de la même manière (ce qui n'a pas toujours été évident lors de l'utilisation de DOSOC). Néanmoins, ce système présente aussi des inconvénients : il faut que l'entreprise prenne ses précautions en cas de problème informatique et fasse en sorte que les inconvénients liés à l'usage technologique soient contrôlés. De ce fait, j'ai de nombreuses fois vu la secrétaire ou les travailleurs sociaux faire appel aux informaticiens.

Enfin, j'ai pu effectuer mon stage dans de bonnes conditions de travail, je pense, comme les autres salariés de la MSA.

## **2. Apports du stage**

### **a) L'acquisition de connaissances**

Lors du Master 2, j'ai pu avoir une première approche de l'assurance maladie avec le cours de Monsieur Gille Huteau intitulé « Assurance maladie et système de santé ». Ces connaissances préalables ont pu être complétées lors de mon stage où j'ai pu appréhender le fonctionnement d'un organisme de protection sociale tel que la MSA.

Au sein du service, j'ai pu entrevoir ce qu'est l'action sociale, à quelles aides extralégales peut prétendre la population agricole, mais aussi découvrir la fonction de travailleur social, que je ne connaissais pas. J'ai pu observer l'activité d'un travailleur social en assistant avec

l'un d'entre eux à deux visites à domicile chez des bénéficiaires du RSA. A propos du RSA, j'ai pu voir comment l'action sociale de la MSA se coordonnait avec le Conseil Général 35 et avec la Direction de l'Insertion et de l'Emploi 56 pour la gestion et l'allocation de cette ressource. J'ai également pu assister à une Commission d'Etude et de Recours Gracieux (CERG) pour le RSA.

Le stage m'a permis de faire la connaissance du dispositif MARPA puisque j'ai assisté à deux de ses comités techniques, mais également de découvrir la Charte de Solidarité des aînés du Pays de Redon. J'ai d'ailleurs rencontré les membres de l'atelier Prévention isolement à Redon et pu assister à l'Assemblée générale de l'association MARPA Services et aussi à une conférence très intéressante sur « Quelle(s) politique(s) en direction des personnes âgées en perte d'autonomie ? »<sup>115</sup>

Mon stage a été riche de rencontres avec les partenaires de la MSA : le CDHAT, la CAF 35, l'ARS, Group Up etc. J'ai également pu assister au comité de pilotage des situations préoccupantes à Ploërmel qui se réunissait pour aborder la prévention du risque suicidaire et la manière de détecter et orienter les adhérents en situation de détresse. Lors de ce comité, une relecture et une correction de la plaquette de diffusion a été faite ainsi que la révision de la fiche de signalement d'une situation préoccupante.

Les ateliers d'éducation à la santé sont une des actions collectives menées par les travailleurs sociaux de la MSA en collaboration avec des chantiers d'insertion. J'ai pu me rendre dans deux de ces chantiers. Tout d'abord, à Retiers. J'étais accompagnée de deux travailleurs sociaux et du responsable de l'action sociale (également mon maître de stage). J'ai pu voir comment se déroule une « négociation » (le cas s'est passé avec le directeur du Chantier de Retiers) et comment gérer un conflit, trouver des compromis et atteindre des résultats avec des partenaires dans une position non-hiérarchique. J'ai également assisté à une réunion sur le même thème (atelier d'éducation à la santé). Ensuite, j'ai pu assister au bilan de l'action pour les jardins du Breuil. Ces deux entrevues m'ont permise de découvrir une action auprès de public en précarité. Finalement, j'ai pu rencontrer de nombreux acteurs institutionnels et opérationnels et cerner leur rôle et surtout leurs attentes vis à vis de l'action sociale.

Enfin, je le dis en souriant, mais le stage m'a permis de mieux connaître mon environnement géographique puisque j'ai effectué beaucoup de déplacements dans diverses villes de l'Ille et Vilaine et du Morbihan.

---

<sup>115</sup>Intervention d'Arnaud Campéon et de Blanche Le Bihan, enseignants chercheurs à l'EHESP.

## **b) Mais aussi de compétences**

Le stage a été l'occasion d'acquérir de nombreuses compétences. J'ai beaucoup travaillé sur Excel au début du stage, ce qui m'a permis de me réapproprier cet outil que je n'avais pas beaucoup utilisé depuis mon DUT, il y a trois ans. J'ai également pu découvrir et utiliser le logiciel DOSOC pour la réalisation des graphiques et histogrammes retraçant les interventions des travailleurs sociaux sur les 5 dernières années.

La réalisation des entretiens a été l'occasion de mettre en pratique les méthodes de réalisation d'entretiens vues en cours (recueil de données, analyse, synthèse), mais aussi de prendre de l'assurance, une assurance qui s'est accrue avec le nombre d'entretiens réalisés. Cela m'a permis de développer mon autonomie et mon sens des responsabilités puisque je me rendais, le plus souvent, seule à ces entretiens. Aussi, j'ai pu rencontrer divers acteurs et me constituer un réseau.

De manière plus générale, le stage a été l'occasion de mettre en pratique des méthodes de travail : travailler de façon transversale à la fois sur le rapport, la préparation de réunions et les entretiens. Animer une réunion, coordonner gérer un groupe d'environ 15/20 personnes ont été nouveau pour moi. En plus de la mise en pratique de méthodes de travail, j'ai pu développer des compétences en organisation puisque je devais prévoir à l'avance les supports écrits pour les réunions, gérer mon temps de manière efficiente lorsque j'avais plusieurs entretiens dans la même journée et en garder pour la retranscription (complète ou partielle) des entretiens.

Au niveau de mon projet professionnel, ce stage a confirmé mon intérêt pour la protection sociale notamment pour les assurés agricoles puisque étant moi-même fille d'agriculteur, effectuer un stage dans ce domaine me tenait à cœur. Je suis également très intéressée par ce qui touche à la population âgée et lors de mon stage j'ai eu la chance de pouvoir m'entretenir avec la coordonnatrice du CLIC de Saint Aubin d'Aubigné et avec celle de l'Espace Autonomie Senior de Ploërmel. Ces entretiens ont été l'occasion, en plus de réaliser mon travail d'évaluation des liens avec les partenaires, d'avoir connaissance de deux offres d'emplois de l'Espace Autonomie Seniors auxquelles j'ai postulé.

## Conclusion

Il y a soixante-dix ans naissait une idée. L'idée selon laquelle « *chacun est responsable de tous* » (Saint-Exupéry)<sup>116</sup>. C'est avec cette idée en tête que j'ai pu effectuer l'évaluation du plan d'action sanitaire et social, un travail très intéressant que j'ai pris plaisir à réaliser. Ce stage à l'action sociale a tout à fait répondu à mes attentes puisqu'il était très professionnalisant et en lien avec « le terrain ». J'ai pu rapidement me faire ma place au sein du service et travailler de manière autonome. Lors de mon enquête qualitative, je me suis aperçue que les assurés se livraient difficilement lorsqu'ils étaient enregistrés. J'ai donc arrêté de les enregistrer en cours de travail car même si la prise de note était plus fastidieuse pour moi, le contenu était plus riche et intéressant. Les entretiens m'ont fourni beaucoup de matière et si c'était à refaire, je pense que pour un gain de temps, je poserais moins de questions puisque que les réponses n'ont pas toutes été exploitées. Les connaissances et compétences que j'ai acquies me seront utiles pour mes futures fonctions, j'en suis convaincue. La fonction de travailleur social m'a particulièrement intéressée et éclairée quant au poste « idéal » pour moi, combinant une mission d'accompagnement des personnes et une mission d'organisation, de coordination d'une structure.

Pour conclure, il me paraît pertinent d'évoquer l'avenir de l'agriculture mais aussi de la protection sociale. Créée par le traité de Rome en 1957, la Politique Agricole Commune (PAC) a été mise en place en 1962. Ces objectifs sont alors d'accroître la productivité de l'agriculture, d'assurer un niveau de vie équitable à la population agricole, de stabiliser les marchés, de garantir la sécurité des approvisionnements et d'assurer des prix raisonnables aux consommateurs<sup>117</sup>. La réforme de la PAC de 2014 annonce pour les années à venir la convergence des aides entre les Etats membres et à l'intérieur des Etats membres, le verdissement des aides (rendre la PAC plus environnementale), l'instauration d'aides au maintien de l'agriculture sur tout le territoire et enfin l'introduction du principe de subsidiarité puisque des marges de manœuvres seront laissées aux Etats. Cette réforme souhaite donc accompagner l'agriculture et la modernité et mieux répartir les aides. Toutefois, elle laisse peu de place aux « petits agriculteurs » qui exercent et sur des petites exploitations.

---

<sup>116</sup> Le blog de la sécurité sociale, « Extrait du discours de Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, pour le lancement des 70 ans de la Sécurité sociale, le 5 mai 2015 », <<http://communication-securite-sociale.fr/>>.

<sup>117</sup> Vie publique, « Qu'est ce que la politique agricole commune », <<http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/union-europeenne/action/politiques-communautaires/qu-est-ce-que-politique-agricole-commune-pac.html>> 13/02/2013.



De plus, avec la convergence des aides entre les régions, les aides pour les laitiers bretons vont par exemple diminuer de 12%<sup>118</sup>. A l'avenir, ces agriculteurs exerçant sur une petite exploitation seront de plus en plus nombreux à rencontrer des difficultés notamment ceux exerçant dans la filière du lait où « *les marchés jouent au yo-yo et déboussolent la filière* »<sup>119</sup> ou bien ceux exerçant dans la filière du porc qui connaît des situations de crise à répétition depuis 2007<sup>120</sup>. Demain, les travailleurs sociaux vont probablement devoir consacrer davantage de leur temps à ces « petits » exploitants pour les aider à s'en sortir.

Marisol Touraine<sup>121</sup> veut rester positive quant à l'évolution vers une « formidable modernité » de la sécurité sociale qui fêtera d'ailleurs ses 70 ans en octobre 2015. Pour Gérard Durier et Muriel Plasse, la pérennité du système tient à la force du lien avec la population. Au niveau de l'accompagnement des familles, les aides financières et les services d'accueil des jeunes enfants expliquent notamment le dynamisme de la natalité française depuis l'après-guerre, permettant le renouvellement des générations. Aussi, la hausse des retraites depuis 1945 conduit à rétablir l'égalité des revenus entre les actifs et les retraités et à favoriser la lutte contre la pauvreté ces retraités ainsi que l'allongement de l'espérance de vie. La protection sociale entend continuer le déploiement de nouveaux services autour du bien vieillir pour réduire les durées d'hospitalisation, mieux organiser le parcours de soins et faire de l'assuré l'acteur de son parcours. Cet anniversaire est également le moment de renforcer les liens entre les assurés et ceux qui travaillent tous les jours à leur service. Des événements se tiendront jusqu'à la fin de l'année dans chaque département et permettront de découvrir l'ensemble des organismes de sécurité sociale de l'intérieur, les métiers de ce service public et les services et innovations proposés. Je clôturerai ce rapport par cette phrase de Madame La Ministre de la Santé: « *Tout au long de cette année de célébration, nous rappellerons que la Sécurité sociale renforce nos vies, qu'elle apporte mais ne retire rien.* ».

---

<sup>118</sup> Variation d'aides directes en % pour la région Bretagne (2011/2019) (exploitations laitières ou non). Source : Agreste RICA – simulation Institut de l'Elevage.

<sup>119</sup> Marguet M., Chambre d'agriculture 35, 16 juin 2015.

<sup>120</sup> Observatoire Economique des IAA de Bretagne.

<sup>121</sup> Le blog de la sécurité sociale, op. cit.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages :

Bouquet B., *Ethique et travail social : une recherche du sens*, Paris, Dunod, 2004, 230 pages.

Crozier M. et Friedberg E., *L'acteur et le système*, Paris, Edition du Seuil, 1977, 500 pages.

De Singly F., *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*, Paris, Nathan Université, 1992, 126 pages.

Goffman E., *Stigmate : les usagers sociaux des handicaps*, Paris, Les éditions de Minuit, 1975, 175 pages.

Gacoin D., *Conduire des projets en action sociale*, Paris, Dunod, 2006, 252 pages.

Herzlich C., *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*, Paris-La Haye, Mouton, 1969.

Jabot F. et Bauchet M., *Approches et pratiques en évaluation des programmes*, in Ridde et Dagenais, 2012.

Mintzberg H., *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Eyrolles, 1979, 440 pages.

Moingeon G., *La graine et le sillon : Histoire de la Mutualité Sociale Agricole du Morbihan*, Cheminements, 2000, 388 pages.

Paugam S., *La disqualification sociale*, Paris, Presses Universitaires de France, 1991, 256 pages.

Schnapper D., *La compréhension sociologique : Démarche de l'analyse typologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1999, 146 pages.

### **Références Internet :**

Le blog de la sécurité sociale, « Extrait du discours de Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, pour le lancement des 70 ans de la Sécurité sociale, le 5 mai 2015 », <<http://communication-securite-sociale.fr/>>.

Takvorian J.-F., « La résistance au changement », <[http://infoqualite.accordance.fr/dossiers/dossiers.php?id\\_dossier=79](http://infoqualite.accordance.fr/dossiers/dossiers.php?id_dossier=79)> ,01/06/2007.

Vie publique, « Qu'est ce que la politique agricole commune », <<http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/union-europeenne/action/politiques-communautaires/qu-est-ce-que-politique-agricole-commune-pac.html>> 13/02/2013.

### **Conférences :**

Quelle(s) politique(s) en direction des personnes âgées en perte d'autonomie ? De l'APA à la Loi d'adaptation de la société au vieillissement. Intervention d'Arnaud Campéon et de Blanche Le Bihan, enseignants chercheurs à l'EHESP.

Les évolutions de la PAC dans un contexte économique : quelles perspectives pour les agriculteurs ? Intervention de Maud Marguet, Chargée d'études économiques, Chambre d'agriculture 35.

---

## Liste des Annexes

---

Annexe n° 1 : Carte secteur d'interventions des travailleurs sociaux en 2015

Annexe n° 2 : Liste des entretiens

Annexe n° 3 : Plan d'action sanitaire et sociale 2011-2016

Annexes n° 4 : Conventions concernant l'axe Familles

Annexe n° 5 : Conventions concernant l'axe Handicap

Annexe n° 6 : Conventions concernant l'axe Actifs

Annexe n° 7 : Conventions concernant l'axe Aides transversales

Annexe n° 8 : Tableau des subventions accordées aux mouvements d'entraide par l'ARS et la MSA

Annexe n° 9 : Tableau récapitulatif des actions collectives menées depuis 2011

Annexe n° 10 : Grille d'entretien des professionnels de la caisse

Annexe n° 11 : Grille d'entretien auprès des partenaires

Annexe n° 12 : Grille d'entretien pour les assurés

Annexe n° 13 : Description de l'ARPIJ

Annexe n° 14 : Description de la réunion d'information aux salariés en arrêt de plus de trois mois

Annexe n° 15 : Description de la session « Continuer ou se reconvertir ? »

Annexe n° 16 : Description de l'Avenir en soi

Annexe n° 17 : Description de l'action sur les Risques psychosociaux

Annexe n° 18 : Description de l'atelier d'éducation à la santé

Annexe n° 19 : Description du Forum Deuil

Annexe n° 20 : Description des Ateliers du Bien Vieillir

Annexe n° 21 : Description de la Charte de solidarité envers les aînés

Annexe n° 22 : Description des Journées de convivialité

Annexe n° 23 : Description de l'action « Beg Porz »



Annexe n°2 : Liste des entretiens

- Partenaires

Nom	Fonction	Date	Durée de l'entretien
Emmanuelle Aubère	Coordinatrice de l'Espace Autonomie Senior de Ploërmel	15/04	1h
Marie-Aude Bernard	Espace Autonomie Senior	30/04	50 min
Guénola Robin	Coordinatrice du CLIC de St Aubin d'Aubigné	05/05	44 min
Mme Moulin	Assistante sociale du Réseau Oncovannes	21/04	59 min
Eve Lemarchand		24/04	
Mr Le Tiec		23/04	30 min
Claude LeGoff	Conseiller agricole pour les agriculteurs en difficulté à la Chambre d'agriculture du Morbihan	29/04	1h
Odile Folschweiller	Responsable de la filière ODASEA-ATESE 35	05/05	50 min
Maryline Guimard	Chef du pôle gestion du droit RSA à la DIE du Morbihan	17/04	44 min
Antoine Le Gall	Responsable de l'unité territoriale « Centre Ouest Morbihan » à la DIE du Morbihan	11/05	52 min
Pascale Bigot	Responsable de l'agence départementale de Redon	27/05	3h (entretien sous forme de réunion)
Jérôme Grégoire	Agent de développement social local	27/05	
Pierrick Michel	Responsable du CDAS	27/05	
Valérie Lévesque	Référente prévention familiale et action sociale	05/06	1h50
Nadine Hinault	Assistance sociale de proximité	05/06	
Séverine Lépine Rousseau	DRH Coralys partie production végétale	08/06	45 min
Sandrine Lambert	DRH Coralys partie laiterie	08/06	45 min
Jocelyne Piedcoq	CG	11/06	

- Elus

François Cardron 6 délégués et 1 administrateur	Animateur de vie mutualiste	07/05	
André Mallet 7 délégués	Animateur de vie mutualiste	18/05	
Christèle Guérin 4 délégués	Animateur de vie mutualiste	26/05	
Frédéric Gérard 4 délégués dont un administrateur	Animateur de vie mutualiste	28/05	

- Professionnels de la MSA

Nom	Fonction	Date	Durée de l'entretien
Dr Gérard Gourand	Médecin conseil chef (35)	16/04	31 min
Dr Carole Mailloux,	Chef de service santé sécurité au travail (35+56)	17/04	56 min
Dr Orhant Elizabeth	Médecin du travail (35)	11/05	
Solenn Le Teuff	Infirmière en santé travail (56)	17/04	
Jocelyne Podeur	Infirmière en santé travail (35)	20/04	18 min
Gwenaëlle Guillet	Préventrice (35)	30/04	22 min
Delphine Lefort	Correspondante sociale	16/04	35 min
Nathalie Cadero	Correspondante sociale	21/04	17 min
Cédric Mingam	Coordonnateur du centre de contact de Bruz	23/04	27 min
Jérôme Ouisse	Coordonnateur du centre de contact de Vannes	04/05	47 min
Patrick Arze	Coordonnateur du pôle PASS	04/05	38 min (entretien de groupe)
Isabelle Balais	Gestionnaire	04/05	
Rachel Le Jossec	Gestionnaire	04/05	
Sophie Faupala-Le-Jalle	Technicienne	04/05	
Danielle Le Male	Technicienne	04/05	
Catherine Thébaud	Technicienne	04/05	
Aurélia Tabard	Technicienne	04/05	
Adeline Castel	Cadre gestionnaire des prestations d'action sociale	04/05	
Charlotte Chevrel	Secrétaire de l'action sociale	22/04	
Jean-Marc Picault	Conseiller à l'accueil	02/06	

- Assurés

Nom	Ancienne profession	Situation actuelle	Participation à une action collective	Date	Durée de l'entretien
Mme A	Exploitante	Arrêt maladie, recherche d'emploi	« Continuer ou se reconverter ? » et AES	20/04	1h
Mme B		Agricultrice mais arrêt progressif de l'exploitation	« Continuer ou se reconverter ? » et AES	20/05	
Mr W	Exploitant	En reconversion professionnelle	« Continuer ou se reconverter ? »	24/04	18 min
Mme C	SA	Arrêt maladie se termine, à la recherche d'un emploi à mi-temps		22/04	
Mme D	SA	Arrêt maladie, aimerait reprendre		23/04	19 min

		le travail rapidement			
Mr X	SA	Arrêt maladie, aimerait reprendre le travail	Réunion d'information aux salariés en arrêt de + de 3 mois.	06/05	
Mr Y	SA	Arrêt maladie, aimerait reprendre le travail	Réunion d'information aux salariés en arrêt de + de 3 mois.	05/05	31 min
Mr Z	SA	En arrêt		04/05	8 min
Mr E et Mme E	Mme était sur l'exploitation avec son mari	Mr est Exploitant et Mme est sans emploi		04/06	
Mme F	SA	En arrêt pour maladie professionnelle	AES	21/05	
Mme G	SA	En arrêt, recherche un emploi à mi-temps		18/05	



# LES MOYENS

## LES MOYENS HUMAINS

### LE SERVICE D'ACTION SOCIALE EST COMPOSÉ DE\* :

- ❖ 35 travailleurs sociaux spécialisés répartis en 3 équipes :
  - Vie professionnelle et santé des exploitants
  - Vie professionnelle et santé des salariés
  - Prévention liée au vieillissement et vie sociale
- ❖ 5 cadres responsables
- ❖ 14 agents administratifs et secrétaires
- ❖ 1 chargé d'étude
- \* Effectif au 1<sup>er</sup> mai 2011

### PLUSIEURS PARTENAIRES INTERNES :

- ❖ les correspondants sociaux (aide sur la protection sociale)
- ❖ les conseillers d'accueil des 11 agences de proximité et des 2 sièges
- ❖ les médecins du travail et les conseillers en prévention des risques professionnels
- ❖ les médecins-conseil
- ❖ les animateurs de la vie mutualiste...

### LES DÉLÉGUÉS :

#### un réseau de 1 129 élus de la MSA qui :

- ❖ relaient l'information auprès de la population agricole,
- ❖ conduisent des projets locaux de prévention santé,
- ❖ représentent la MSA sur les territoires.

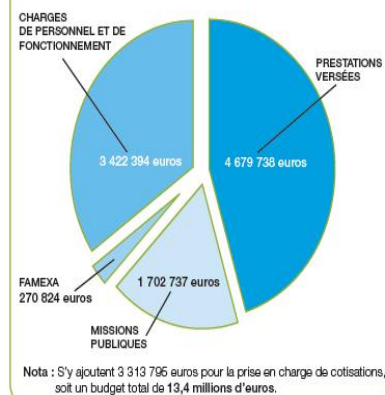
### UN PARTENARIAT ÉTROIT,

à partir d'objectifs partagés, avec les acteurs des champs : social, sanitaire, agricole, économique (c'est-à-dire les représentants des institutions, des associations, des établissements et des entreprises, organismes du secteur agricole).

## LES MOYENS FINANCIERS

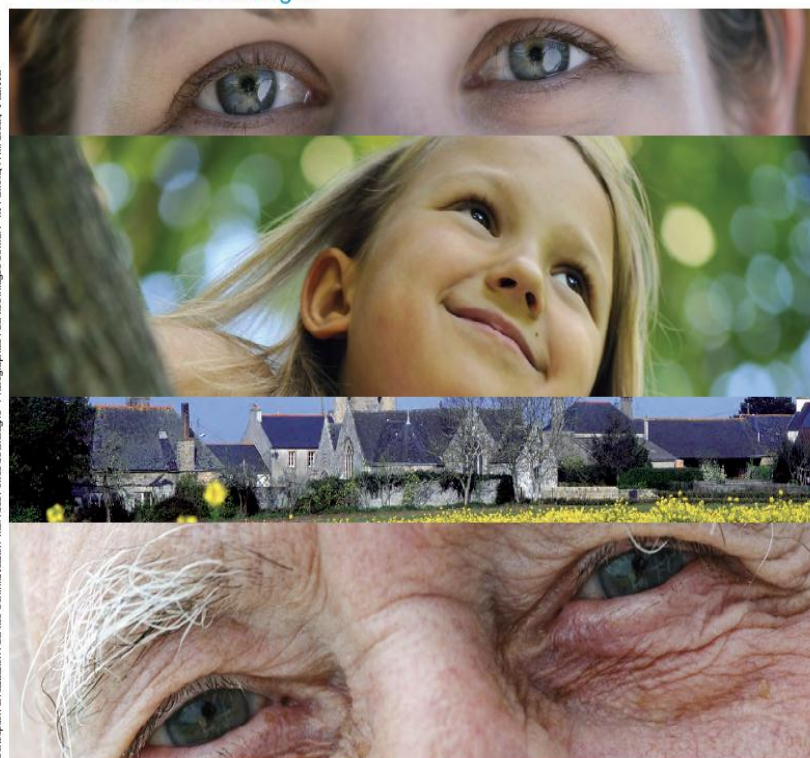
### QUELQUES CHIFFRES (année 2010)

❖ un budget de 10 075 693 euros :



# PLAN D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE 2011-2016

## ■ MSA Portes de Bretagne



Annexe n°3:  
Plan  
d'action  
sanitaire et  
sociale  
2011-2016



## UNE ACTION SANITAIRE ET SOCIALE DIVERSIFIÉE ET ADAPTÉE

La MSA d'Ille-et-Vilaine et la MSA du Morbihan ont fusionné le 1<sup>er</sup> avril 2010 en une seule et même entité : la MSA des Portes de Bretagne.

Ce 1<sup>er</sup> Plan d'Action Sanitaire et Sociale de la MSA des Portes de Bretagne est le résultat des réflexions menées conjointement par les élus (administrateurs et délégués) et les personnels de la MSA des Portes de Bretagne. Il concrétise la politique d'action sanitaire et sociale que le Conseil d'Administration entend conduire durant la période 2011 - 2016.

Avec ce Plan, la MSA des Portes de Bretagne souhaite développer :

- une action sociale qui favorise la promotion des personnes, qui se base sur les valeurs portées depuis toujours par la MSA - la responsabilité, la solidarité et la démocratie - et qui permet la mobilisation et la participation des personnes et des groupes ;
- une approche territoriale, renforcée par une présence de proximité des travailleurs sociaux ;
- la prévention des situations difficiles par leur repérage précoce.

L'objectif principal de ce Plan est d'offrir un soutien aux assurés agricoles les plus fragiles ou de faciliter certaines périodes de l'existence. Cela se traduit par un accompagnement de qualité et des aides financières adaptées aux besoins.

La MSA entend garantir un équilibre entre les actions menées auprès des différents publics et générations tout en veillant à contenir les dépenses d'action sociale dans le cadre des enveloppes financières allouées.

Grâce à son expertise du monde agricole et rural, la MSA propose des actions pertinentes et des solutions adaptées à ses assurés. Ce Plan en est le reflet.

Gérard PELHATE,  
Président du Conseil d'Administration  
de la MSA des Portes de Bretagne.

Jun 2011

# 2011-2016 : 5 ANS POUR 5 AXES

### FAMILLES

#### CONFORTER LES FAMILLES DANS LEUR FONCTION PARENTALE

- Apporter un appui aux parents dans leur rôle éducatif
- Améliorer les conditions de vie des familles

Quelques exemples d'actions :

#### PRESTATIONS D'ACTION SOCIALE

- Aide à la naissance d'un premier enfant,
- Évaluation des besoins et aide aux familles à domicile,
- Aide aux vacances et aux loisirs...

#### INTERVENTIONS DES TRAVAILLEURS SOCIAUX

- Accompagnement des projets de premier départ en vacances...

#### SUBVENTIONS ET PARTENARIATS

- Prestation de service aux structures d'accueil collectif de jeunes enfants,
- Promotion des services de médiation familiale...

### HANDICAP

#### CONTRIBUER À L'INSERTION SOCIALE ET/OU PROFESSIONNELLE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

- Aider à vivre avec son handicap et inciter à la participation à la vie sociale
- Intervenir pour le maintien en emploi ou la réorientation professionnelle des personnes en situation de handicap

Quelques exemples d'actions :

#### PRESTATIONS D'ACTION SOCIALE

- Mise à disposition des travailleurs sociaux et aide à la famille d'un enfant titulaire de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH),
- Majoration de l'aide aux vacances des enfants en situation de handicap...

#### INTERVENTIONS DES TRAVAILLEURS SOCIAUX

- Accompagnement socio-professionnel des travailleurs handicapés (exploitants ou salariés),
- Intervention individuelle ou collective permettant le développement des liens sociaux...

#### SUBVENTIONS ET PARTENARIATS

- Contribution à la politique départementale en faveur des personnes handicapées...

### SENIORS

#### FAVORISER LES CONDITIONS DU « BIEN VIEILLIR »

- Agir pour la préservation du capital santé
- Faciliter le maintien à domicile des personnes fragilisées

Quelques exemples d'actions :

#### PRESTATIONS D'ACTION SOCIALE

- Aide à la prise en charge des services concourant au maintien à domicile (aide humaine, portage de repas, téléassistance...).

#### INTERVENTIONS DES TRAVAILLEURS SOCIAUX

- Évaluation des besoins, proposition et suivi des plans d'aide au maintien à domicile des personnes âgées fragilisées,
- Programme « Ateliers du Bien Vieillir »,
- Sessions « Pac Eureka » et « Pac Résidents »...

#### SUBVENTIONS ET PARTENARIATS

- Prêts aux établissements accueillant des personnes âgées...

### JEUNES

#### ENCOURAGER L'AUTONOMIE ET LA RESPONSABILISATION DES JEUNES

- Participer à la promotion sociale et professionnelle des jeunes
- Promouvoir les initiatives des jeunes en faveur de l'animation du milieu rural (en privilégiant celles qui incluent la prévention santé)

Quelques exemples d'actions :

#### PRESTATIONS D'ACTION SOCIALE

- Aide à la poursuite d'études,
- Bourse de formation d'animateur ou de directeur de centre de vacances et de loisirs (BAFA - BAFO),
- Aide à la recherche d'emploi des jeunes,
- Aide à l'entrée dans la vie active...

#### SUBVENTIONS ET PARTENARIATS

- Financement des contrats enfance jeunesse des collectivités locales,
- Subvention aux projets jeunes...

### ACTIFS

#### ACCOMPAGNER LES ACTIFS DANS UN MONDE AGRICOLE EN MUTATION

- Prévenir la précarité liée à des difficultés économiques et/ou de santé en facilitant l'accès aux droits et aux dispositifs
- Soutenir le maintien de l'activité des exploitants, des salariés ou accompagner leur reconversion professionnelle

Quelques exemples d'actions :

#### PRESTATIONS D'ACTION SOCIALE

- Aide au remplacement des agriculteurs,
- Aide à la reconversion professionnelle...

#### INTERVENTIONS DES TRAVAILLEURS SOCIAUX

- Réunion d'information auprès des salariés en arrêt de travail,
- Accompagnement socio-professionnel des salariés (difficultés de santé) et des exploitants (difficultés économiques et /ou de santé),
- Sessions « Continuer ou se reconvertir ? » et « Avenir en sci »...

#### SUBVENTIONS ET PARTENARIATS

- Appui aux diagnostics socio-économiques...

Annexe n° 4 : Conventions concernant l'axe Familles

Conventions	Contenu	2011	2012	2013	2014
		Montant	Montant	Montant	Montant
<b>FAMILLES</b>					
<b>UDAF</b> Convention signée pour 2012 à 2016	Actions en direction des familles et des mouvements Familiales <i>(MSA verse une subvention de fonctionnement tous les ans)</i>	35 : 5 000€ 56 : 5 000€	35 : 5 000€ 56 : 5 000€	35 : 5 000€ 56 : 5 000€	35 : 6 000€ 56 : 6 000€
<b>Familles Rurales</b> Convention signée pour 2011-2016	Animation et développement du milieu rural	35 : 26 000€ 56 : 26 000€	35 : 26 000€ 56 : 26 000€	35 : 26 000€ 56 : 26 000€	35 : 26 000€ 56 : 26 000€
<b>Vacances et Familles 56</b> Convention signée pour 2012-2016	Favoriser le départ en vacances des familles <i>(MSA verse subv. fonctionnement)</i>	56 : 5 000€	56 : 5 000€	56 : 5 000€	56 : 5 000€
<b>Médiation Familiale</b> Convention MSA-CCMSA	Soutien au développement des services de médiation familiale et en favoriser l'accès aux familles agricoles	UDAF 35 : 8 486,50€ Espace Médiation 35 : 8486,50€  UDAF 56 : 9 380,50€ CAF 56 : 9 380,50€ Nombre de bénéficiaires : 176	UDAF 35 : 9 157€ Espace Médiation 35 : 9157€  UDAF 56 : 10 121€ CAF 56 : 10 121€ Nombre de bénéficiaires 164	UDAF 35 : 9 569€ Espace Médiation 35 : 9569€  UDAF 56 : 10 577€ CAF 56 : 10 577€ Nombre de bénéficiaires : 241	UDAF 35 : 10 438€ Espace Médiation 35 : 10 438€  UDAF 56 : 11 538 € CAF 56 : 11 538€ Nombre de bénéficiaires : 74

Annexe n°5 : Conventions concernant l'axe Handicap

Conventions	Contenu	2011				2012				2013				2014			
		Montant		Bénéficiaires		Montant		Bénéficiaires		Montant		Bénéficiaires		Montant		Bénéficiaires	
<b>HANDICAP</b>																	
<b>ARPIJ 35 et 56</b> (anciennement ADIEPH-Atlas)	Action pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées Modules pour salariés en arrêt de travail	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I
		22* <b>446€</b> =12 892€	19* <b>405€</b> =7 695€	22	17	11* <b>586€</b> =6 446€	16* <b>405€</b> =6 480€	11	16	18* <b>600€</b> =10 800€	5* <b>405€</b> =2 025€	18	5	15* <b>600€</b> =9 000€	7* <b>405€</b> =2 835€	15	7
		17 507€		39		12 926€		27		12 825€		23		11 835€		22	
<b>FDCH</b> (Fonds Départemental de Compensation du Handicap) Avenant n°4,5,6 et 7 pour 2011-12-13-14	Gestion du fonds commun pour les aides techniques aux personnes handicapés	35 : 20 000€		35 :10 bénéficiaires		35 :		35 : 6 bénéficiaires		35 :		35 : 9 bénéficiaires		35 :		35 : 9 bénéficiaires	
		56 : 4 416€ + PC : 3 672€ PC : Part Complémentaire		56 : 5 bénéficiaires		56 : 4 881€ + PC : 4 300€		56 : 5 bénéficiaires		56 : 2 510€ + PC : 2 450€		56 : 8 bénéficiaires		56 : 6 612€ + PC : 0€		56 : 7 bénéficiaires	
<b>AGEFIPH</b> Convention en 2011 et 2012	Financement d'études ergonomiques « aménagement poste »	60 000€		40		60 000€		40(dont 20 Maintien en emploi)									

L'association ADIEPH-Atlas a signé sa dernière convention en 2011, puis le dispositif a changé et est devenu ARPIJ 35 et 56. ARPIJ est géré par la CARSAT. C'est un dispositif inter régime entre la MSA, la CARSAT, la CPAM, et le ENIM. En 2015 : le RSI s'est rajouté dans la fusion. Les nombres de bénéficiaires présentés dans le tableau sont ceux qui ont participé à un MOAIJ (Module d'Orientation Adapté durant les Indemnités Journalières)

L'AGEFIPH (Association de Gestion du Fond pour l'Insertion des Personnes Handicapées) comprend le maintien en emploi, l'aménagement de poste, les contrats de rééducation professionnelle, les ARPIJ, les MOAIJ, la lourdeur du handicap etc.

Annexe n° 6 : Conventions concernant l'axe Actifs

Conventions	Contenu	2011		2012		2013		2014	
		Montant	Bénéficiaires	Montant	Bénéficiaires	Montant	Bénéficiaires	Montant	Bénéficiaires
<b>ACTIFS</b>									
<b>FOSODA CG 56</b> Convention signée en 2012-13-14	Aide au paiement des cotisations des exploitants agricoles en difficulté	220 744€	180	178 687€	128	151 519€	140	176 871€	150
<b>RSA Conseil Général</b> Convention signée en 2011-12-13-14	Accompagnement des NSA RSA (MSA reçoit subv. Du CG)	35 : 45 000 ?	35 : 315 NSA dont 195 droits et devoirs 56 : 278 NSA dont 170 droits et devoirs	35 : 45 000 ? 56 :	35 : 267 NSA dont 165 droits et devoirs 56 : 233 NSA dont 165 droits et devoirs	35 : 45 000 ? 56 :	35 : 230 NSA dont 142 droits et devoirs 56 : 230 NSA dont 142 droits et devoirs	47 930€ (détail ?) 35 : 45 000 ? 56 :	35 : ? 56 : 257 NSA dont 159 droits et devoirs
<b>Chambre d'agriculture 56</b> Convention signée en 2011-12-13-14-15-16	Accompagnement des agriculteurs en difficulté	23 000€	27	23 000€	21	23 000€	38	23 000€	En attente
<b>ATESE (ODASEA) 35</b>	Accompagnement des agriculteurs en difficulté	30 000€	NC	30 490€	35	30 500€	22	30 500€	En attente
<b>ASAVPA</b> Dernière convention signée en <b>2011</b>	Mise en place d'activités professionnelles, sociales familiales en direction des salariés de la production agricole	35 : 12 000€ 56 : 9 000€		35 : 12 000€ 56 : 9 000€		35 : 12 000€ 56 : 9 000€		35 : 12 000€ 56 : 9 000€	
<b>LASER</b> Dernière convention de 2007 à <b>2011</b>	Accompagnement vers l'emploi d'exploitants agricole en difficulté à travers des SIAE (Structure d'Insertion par l'Activité Economique)								
<b>ADAVI 56</b> Convention signée pour 2011-2016	Soutien psychologique aux ressortissants agricoles lors d'évènements à retentissement traumatique	486€	1	2649€	7 (33 séances)	4 581€	20 (63 séances)	5 756€	28 (86 séances)

Annexe n°7 : Conventions concernant l'axe Aides transversales

Conventions	Contenu	2011		2012		2013		2014	
		Montant	Bénéficiaires	Montant	Bénéficiaires	Montant	Bénéficiaires	Montant	Bénéficiaires
<b>AIDES TRANSVERSALES</b>									
<b>ALCAT 56</b>	Aides techniques ou aménagement logement	2 120€	17	1 840€	14	1 720€	11	2 940€	19
<b>PACT HD</b> Convention signée en 2011 Avenant n° 5 2012-13 Convention 2014-16	Aide à l'amélioration de l'habitat des personnes âgées aux faibles ressources								
CRG de Chantepie CH Fougères <b>HAD Ille et Vilaine</b> (CHU de Rennes, HAD35, AUB Santé – HAD, CH Saint Malo, CH Redon)	Convention tripartite MSA/CPAM/structure Formaliser le partenariat pour faciliter la mise en œuvre des aides financières servant à la prise en charge des soins palliatifs à domicile								
<b>Association La Brise Rennes</b> Equipe Ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques	Définir les conditions de prise en charge des frais de garde à domicile et des dépenses de soins nécessités par l'état de santé du patient								
<b>HAD du Pays de Vannes</b>	Convention de Garde à Domicile								
<b>HAD de l'Aven à Etel</b>	Convention de Garde à Domicile								
<b>HAD Centre Bretagne (Pontivy)</b>	Convention de Garde à Domicile								
<b>HAD Plœrmel</b>	Convention de Garde à Domicile								
<b>Onc'Oriant</b>	Financement de chèques de service pour l'emploi d'une aide à domicile								

<b>Réseau OncoVannes</b>	Financement de chèques de service pour l'emploi d'une aide à domicile								
<b>Le Rosier Rouge (92)</b> Convention 2011 jamais signée (précédente en 2001)	Prise en charge des frais de séjour des familles hébergées au Rosier Rouge								
<b>Maison d'Accueil Joliot Curie PARIS</b> Convention en 2001	Prise en charge des frais de séjour des familles hébergées à la maison d'accueil pour familles de malades hospitalisés								
<b>Croix Rouge Française</b> <b>Ouvre de St Jean</b>	Prise en charge des frais d'hébergement lors de l'hospitalisation d'un membre de la famille								
<b>Les Tamaris (Parentel) BREST</b>	Prise en charge des frais de séjour des familles hébergées aux Tamaris								
<b>Maison d'Accueil les Ajoncs RENNES</b>	Prise en charge des frais de séjour des familles hébergées aux Ajoncs								
<b>La maison des Familles de patients hospitalisés ST BRIEUC</b>	Accueil et hébergement de personnes dont un membre de la famille est hospitalisé								
<b>Protocole des services sociaux DGISS-CAF-MSA</b>									

Annexe n° 8 : Tableau des subventions accordées aux mouvements d'entraide par l'ARS et la MSA

Promoteur	Intitulé de l'action	Territoire de santé concerné	Subvention attribuée ARS	Subvention attribuée MSA	Détail
Alcool Assistance Région Ouest	Aide et accompagnement des personnes en situation d'addiction et leurs entourage. Sensibilisation aux risques alcool en milieu hospitalier et unité d'alcoologie	Région	46 000 €	2 000 €	départements 35 et 56
La Santé de la Famille Comité Bretagne Sud	Accompagnement des personnes en situation d'addiction aux produits psychotropes et leur entourage sur le secteur « Bretagne Sud »	4	1 500 €	0 €	
Le Dire	Ecoute Aide Soutien à toute personne touchée par l'addiction d'un proche	3,4	4 000 €	0 €	
Les amis de la santé des Côtes d'Armor	Aide et accompagnement des malades de l'alcool et de leur entourage	6,7	1 500 €	0 €	
Les Amis de la Santé d'Ille et Vilaine	Aide et Soutien aux malades alcooliques et à leurs entourages	5,6	1 500 €	1 000 €	
Les Amis de la Santé du Morbihan	Aide et Soutien aux malades alcooliques et à leurs entourages		0 €	1 000 €	
Mouvement Vie Libre National - 22	Accompagner la guérison, prévenir la rechute	7	5 000 €	0 €	
Mouvement Vie Libre National - 22	Répondre aux établissements de soins en addictologie	7	1 500 €	0 €	
Mouvement Vie Libre National - 29	Accueil, soutien, écoute	1,2	10 000 €	0 €	
Mouvement Vie Libre national - 35	Frais de fonctionnement -Frais de stages - Frais de documentations	5	1 500 €	1 000 €	
Mouvement Vie Libre National - 56	Accompagner la guérison, prévenir la rechute	3,4,8	3 000 €	1 000 €	
Nouvel Horizon	Lutte contre l'alcoolisme	4	500 €	200 €	
Société française de la Croix Bleue - Section de Quimperlé		2,3	1 000 €	0 €	
Société française de la Croix Bleue - Section de Lorient	Accompagnement des personnes en difficultés avec l'alcool et l'entourage	3	700 €	0 €	
AMAFE Bretagne	Association Militant pour l'Aide aux Femmes Etyliques			1 000 €	
<b>TOTAL</b>	<i>Blandine JUBAULT - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique –</i>		<b>77 700</b>	<b>7 200</b>	<b>107</b>



Annexe n°9 : Tableau récapitulatif des actions collectives menées depuis 2011

	2011		2012		2013		2014	
	Nbre d'actions	Nbre de participants	Nbre d'actions	Nbre de participants	Nbre d'actions	Nbre de participants	Nbre d'actions	Nbre de participants
<b>HANDICAP</b>								
ARPIJ collectif (2 mois)	6 modules	22	3 modules	11	9 modules	32	10 modules	39
<b>ACTIFS</b>								
Réunions IJ (1/2 journée)	23 actions	154	23 actions	145	15 actions	98	23 actions	195
Continuer ou se reconvertir (4 journées)	2 sessions	22 NSA	4 sessions	53	3 sessions	41	4 sessions	39
Avenir en Soi (8 journées)	2 actions	21 dont 12 NSA et 9 SA	3 actions	30 dont 10 SA et 20 NSA	2 actions	19	3 actions	33 dont 20 SA et 13 NSA
RPS (6 journées)	3 actions	32 participants	6 actions	50 participants	5 actions	50	3 actions	33
Atelier d'Education à la Santé	3 actions	30	2 actions	19	1 action	14	2 actions (16 ateliers)	21
Formation NSA « Repenser son bien être au travail »							1 action	6
Auj. en arrêt et après ?								
<b>SENIORS</b>								
Pep's EUREKA					9 actions	112		
PAC Résidants	1 action	7 participants	1 action	7 participants	1 action	7 participants	1 action	7 participants

Forum Deuil <sup>122</sup> (1/2 journées)							1 action	114 dont 28 MSA
Conférence sur la dépendance							3 actions	Ouvert à tous
Seniors soyez Acteurs								
Charte de solidarité des aînés					Lancement de la démarche	110 participants	31 réunions	100 participants
							Présentation du plan d'action	120 participants
<b>TRANSVERSAL</b>								
ABV (8 demi-journées)	15 actions	238	13 actions	198	3 actions	42	9 actions	165
Journées de convivialité (1 journée)			2	23			4 sorties à la journée (dans le 56)	34 + 1 groupe
Action vacances Beg Porz	2 séjours	38 participants						
<b>TOTAL</b>	<b>51 actions</b>	<b>487 participants</b>	<b>47 actions</b>	<b>447 participants</b>	<b>47 actions</b>	<b>358 participants</b>	<b>56 actions</b>	<b>527 participants</b>

<sup>122</sup> Action inter régime menée avec la CARSAT et les organismes complémentaires.

**1. Présentation**

- Pouvez-vous me parler de manière générale de votre service et me présenter votre fonction ?

**2. L'action sociale et le PASS**

- Quelle est votre définition de l'action sociale ?
- Comment contribuez vous à la mise en œuvre de l'action sociale ?
- Pensez-vous que c'est important que la MSA mène une action sociale ?
- Pensez-vous que l'action sociale de la MSA répond aux besoins des assurés ?
- Connaissez-vous le Plan d'action sanitaire et sociale ?
- Comment y contribuez-vous ?
- Quels sont vos liens avec l'action sociale et le pôle PASS ?

**3. L'aide aux assurés**

- Avez-vous des contacts avec les assurés ? Si oui, quels sont les profils les plus souvent rencontrés ?
- Qui fait le lien entre vous et les assurés ? Comment les assurés vous sollicitent-ils ?
- Que mettez-vous en place pour répondre aux besoins des assurés ?
- Pensez-vous qu'il est important que la MSA attribue des aides financières à ses assurés ?
- Répondent-elles aux besoins selon vous ? Sont-elles adaptées/suffisantes ? Si non, quelles seraient vos propositions ?

**4. Le bilan des interventions**

- Avez-vous des retours d'assurés sur leur satisfaction vis-à-vis de l'action sociale ?

**5. Perspectives**

- Quelle est votre vision de l'avenir de l'action sociale ?

**1. Présentation de la structure et de la fonction de l'interviewé**

- Pouvez-vous me parler de manière générale de votre structure et me présenter votre fonction ?
- Sur quel territoire intervenez vous ? Quelle est la spécificité de ce territoire ?
- Quel est le profil des bénéficiaires de votre organisme? Avez-vous une idée de la proportion d'assurés du régime agricole rencontrés ?

**2. Ses missions/actions**

- Quelle politique d'action sociale menez-vous ?
- Comment les assurés accèdent-ils à votre structure ? Ces personnes viennent-elles spontanément ou organisez-vous les démarches nécessaires pour vous faire connaître ?

**3. Lien avec la MSA**

- Quel niveau de partenariat avez-vous avec l'action sociale de la MSA ?
- Avez-vous des relations avec les travailleurs sociaux de la MSA ?
- Pensez vous que c'est important que la MSA mène une action sociale ?
- Pensez-vous que l'action sociale de la MSA répond aux besoins de sa population ?
- Connaissez-vous le Plan d'action sanitaire et sociale ?
- Pensez-vous qu'il est important que la MSA subventionne des associations ?
- Pensez vous qu'il est important que la MSA attribue des aides financières à ses assurés ?
- Répondent-elles aux besoins selon vous ? Sont-elles adaptées/suffisantes ?

**4. Le bilan des interventions**

- Avez-vous des retours d'assurés sur leur satisfaction vis-à-vis de l'action sociale ?
- Quel est actuellement le bilan du partenariat ? Qu'est ce qui a le mieux fonctionné? Qu'est ce qui a le moins bien fonctionné ?

**5. Perspectives**

- Quelles sont vos perspectives d'évolution ? Quels sont vos futurs projets ?
- Quelle est votre vision de l'avenir de l'action sociale ?

**1. Présentation de l'assuré**

- Pouvez-vous vous présenter (*âge, situation matrimoniale, profession ou ancienne profession*) ?

**2. L'action sociale**

- Comment avez-vous connu l'action sociale de la MSA?
- Qu'est ce qui vous a amené à contacter un TS ? Quelles étaient vos attentes par rapport à ça?
- Comment avez-vous connu le TS ? Avez-vous rencontré des difficultés pour le contacter (*coordonnées difficiles à trouver, délais d'attente etc.*) ?
- Connaissez-vous le Plan d'action sanitaire et social ?

**3. Satisfaction de l'assuré**

- Avez-vous participé à une action collective ?
- Si oui, en êtes vous satisfait ? A-t-elle répondu à vos attentes ? Est-ce que ça vous a aidé à résoudre vos difficultés /à changer votre situation? Vous êtes vous senti écouté ?
- Avez-vous bénéficié d'un accompagnement hormis la cession?
- Si oui, a-t-il répondu à vos besoins ? Est-ce que ça vous a aidé à résoudre vos difficultés /à changer votre situation? Vous êtes vous senti écouté ?
- Si non, pourquoi ? Quelles pistes d'améliorations ?
- Pensez vous que c'est important que la MSA ait des TS ?
- Globalement, pensez-vous que l'action sociale de la MSA est très efficace, efficace, moyennement efficace, peu efficace ? Pourquoi ?
- Feriez-vous de nouveau appel à l'action sociale en cas de difficultés ?
- Si oui, le conseillerez vous à quelqu'un ?
- Avez-vous déjà eu affaire à d'autres services sociaux (hôpital, AS du CG etc.) ?
- Si oui, quelle différence percevez- vous avec la MSA ?

**4. Avis**

- Pensez-vous qu'il est important que la MSA attribue des aides financières à ses assurés ?

- Bénéficiez-vous d'aides de la MSA ? Si oui répondent-elles à vos besoins ?
- Pensez vous que les assurés ont un rôle à jouer dans l'action sociale ? Sont-ils suffisamment associés ?
- Pensez-vous que la MSA doit aller au devant des assurés à partir des situations connues à la MSA (arrêt maladie, naissance, handicap etc.) ou faut-il attendre que les assurés se manifestent pour faire une demande d'aide ? Quelles seraient vos propositions ?
- Pensez vous que les actions collectives sont plus, moins ou aussi importantes que les interventions individuelles ?
- Pensez vous que c'est important que la MSA évalue son action sociale ?

## **5. Perspectives**

- Comment imaginiez-vous la suite ?
- Avez-vous des projets d'envisagés ?

Annexe n° 13 : Description de l'ARPIJ

	Description	Objectifs du TS	Objectifs pour les bénéficiaires	Évolution du dispositif dep. 2011	Effets obtenus	Pistes d'amélioration
<b>A R P I J</b>	<p>Dispositif proposé par les services sociaux de la CARSAT, de la MSA et du Service Social Maritime, ainsi que du RSI depuis 2015.</p> <p>Outil facilitant le retour au travail pour les assurés en fin d'arrêt maladie, accident du travail ou maladie professionnelle avec risque d'inaptitude sans possibilité de reclassement dans l'entreprise et ayant besoin d'aide et de soutien pour reconstruire un projet professionnel.</p> <p>Pour cela, sont mises en place des actions d'accompagnement, d'information et de conseils sous forme de sessions de remobilisation professionnelle d'une durée de 8 semaines, assorties d'un stage en entreprise, permettant de préparer la reconversion professionnelle.</p>	<p>Accompagner la personne vers une prise de conscience de ses difficultés de santé dans le cadre du maintien de son activité professionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Repérage des freins</li> <li>-Evaluation succincte des potentiels</li> <li>-Adhésion de la personne</li> </ul>	<p>Eviter tout risque de désinsertion professionnelle pour la santé.</p> <p>Commencer leur projet de reconversion professionnelle dès leur arrêt de travail.</p>	<p>Montée en puissance de l'action (<i>passage du MOAIJ vers l'ARPIJ avec un appel d'offre en 2013</i>).</p>	<p>Collaboration avec les médecins plus ou moins difficile.</p> <p>Action axée sur le travail ce qui est prématuré dans le cheminement de certains usagers.</p> <p>Certains TS (soit 1TS MSA,CARSAT, ENIM) ne voient pas l'intérêt de leur présence lors de la 1<sup>ère</sup> séquence.</p>	<p>Revoir la collaboration avec l'inter régime et avec les médecins.</p> <p>Revoir l'action axée sur le travail ?</p> <p>Que les TS n'assistent plus à la 1<sup>ère</sup> séquence. En effet, il est utile qu'un TS puisse faire l'accueil et la présentation du module aux participants le 1<sup>er</sup> jour, mais il n'est pas forcément nécessaire que tous les TS soient présents. (Cela dépend du positionnement de chacun)</p> <p>Permettre au CAP INSERT de devenir une instance de réflexion/décision.</p>

Annexe n° 14 : Description de la réunion d'information aux salariés en arrêt de plus de trois mois

	Description	Objectifs du TS	Objectifs pour les bénéficiaires	Évolution du dispositif dep. 2011	Effets obtenus	Pistes d'amélioration
R É N I O N  D' I N F O  AUX  SA  EN  A R R Ê T	Organisation de réunions d'information et d'échange sur les conséquences administratives, financières, professionnelles et sociales de l'arrêt de travail.	Informers les salariés en arrêt de travail sur les conséquences d'un arrêt, leur permettre d'échanger sur ce sujet, les accompagner dans leur réflexion sur l'évolution de leur situation et leur projet après la période d'arrêt.	-Acquérir les informations utiles ( <i>législatives et dispositifs</i> ), -Permettre d'appréhender et d'anticiper l'évolution de la situation, -Rompre l'isolement, -Partager des préoccupations communes, -Repérer le service social de la MSA et les missions des TS.	« <i>Aujourd'hui en arrêt et après ?</i> » est une suite imaginée dans l'Ille et Vilaine.	<b>100%</b> des participants sont satisfaits. <b>59%</b> ont sollicité un rendez-vous individuel auprès d'un TS. <b>86%</b> des participants apprécient les informations reçues en lien avec la reprise du travail. <b>96%</b> des participants sont satisfaits des échanges. <b>25%</b> seraient favorables à s'inscrire dans une démarche collective sans pour autant indiquer précisément le contenu attendu.	Partir des questions, des préoccupations des usagers, listing des questions et réponses au coup par coup. Echange entre les participants. Faire évoluer la forme de la réunion II. Avoir un diaporama cohérent et correct. Comment associer le public NSA ? Certaines personnes ne sont pas conviées aux réunions ( <i>problème dans les requêtes informatiques</i> ) Faire une évaluation qualitative des actions.



Annexe n° 15 : Description de la session « Continuer ou se reconvertir ? »

	Description	Objectifs du TS	Objectifs pour les bénéficiaires	Évolution du dispositif dep. 2011	Effets obtenus	Pistes d'amélioration
S E S S I O N  C O N T I N U E R  O U  S E  R E C O N V E R T I R	<p>La session s'adresse aux actifs exploitants agricoles, chefs d'exploitation ou conjoints collaborateurs, confrontés à des <b>difficultés professionnelles</b> en lien avec des problèmes économiques et/ou des problèmes de santé et/ou des relations familiales, sociales et/ou des relations entre associés et/ou un mal-être, un stress intense et qui s'interrogent sur le maintien ou l'arrêt de l'activité agricole.</p> <p>Elle est constituée d'/de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une présentation par chaque participant de sa situation et de ses attentes,</li> <li>- informations par des intervenants spécialisés sur la transmission des exploitations, les appuis techniques et les aides à financières dans le cadre du maintien, les droits sociaux, l'accès à la formation, les techniques de recherche d'emploi : sous forme de techniques d'animation variées et d'échanges à partir des questions, des projets de chacun...</li> <li>- témoignages de participants précédents sur l'évolution de leur parcours depuis la session</li> <li>- une séance d'initiation à la sophrologie</li> </ul>	<p>Accompagner en groupe des NSA dans leur questionnement sur leur avenir professionnel</p> <p>Par l'organisation de la session en « résidentiel », favoriser les échanges, la création de liens et permettre le répit en s'éloignant du contexte de travail.</p>	<p><u>-Clarifier son projet professionnel :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire le point sur sa situation et ses priorités, ses compétences,</li> <li>-Identifier les interlocuteurs et dispositifs d'aides à la formation et à la reconversion,</li> <li>-Mieux connaître le marché du travail et les outils de recherche d'emploi,</li> <li>-S'informer sur ses droits sociaux,</li> <li>-Vivre des moments de convivialité et d'échanges</li> </ul>	<p>Adaptation continue du contenu en fonction des besoins repérés de chacun.</p> <p>Niveau culturel des participants de plus en plus élevé.</p>	<p>4<sup>e</sup> journée sur site avec des intervenants très appréciés .</p>	<p>Changer l'intitulé ? Certains ne voient que le volet « <i>se reconvertir</i> ».</p> <p>Favoriser la rencontre et faire une présentation des anciens participants (<i>qui ont arrêté ou qui ont continué</i>) pour motiver lorsque c'est nécessaire.</p> <p>Equilibre partenarial à préserver et à nourrir.</p> <p>Communiquer sur l'outil.</p>

Annexe n° 16 : Description de l'Avenir en soi

	Description	Objectifs du TS	Objectifs pour les bénéficiaires	Évolution du dispositif dep. 2011	Effets obtenus	Pistes d'amélioration
<b>A E S</b>	Accompagnement d'un groupe de personnes dans la réflexion et l'élaboration d'un projet de vie professionnel et/ou personnel, en mettant en œuvre la méthode « Avenir en soi/RAE » basée sur la méthodologie de la Reconnaissance des Acquis de l'Expérience.	Permettre à la personne de prendre conscience par elle-même et pour elle-même de ses ressources, de ses compétences pour les mettre en œuvre et les transférer dans un espace professionnel ou personnel.	S'octroyer un temps pour soi et mettre et à plat les choses. Travailler à partir d'expériences professionnelles. Vise une mise en mouvement. Acceptation de la nouvelle situation.	Adaptation à chaque groupe tout en respectant la méthode RAE. Révision régulière des apports théoriques.	Reprise de confiance en soi. Meilleure connaissance des ses connaissances et de ses modes de fonctionnement pour soi et pour communiquer.	Définir si l'AES est une priorité dans le service. Faire une journée suite autour de l'estime de soi. Evolution de la forme de l'action qui passerait de 7 jours à 8 ? Engagement plus formalisé pour les participants du fait de certaines absences (lors du recrutement notamment) + accompagner l'engagement financier.

Annexe n° 17 : Description de l'action sur les Risques psychosociaux

	Description	Objectifs du TS	Objectifs pour les bénéficiaires	Évolution du dispositif dep. 2011	Effets obtenus	Pistes d'amélioration
<b>R P S</b>	<p>Même ressenti partagé par les professionnels de la MSA d'un même secteur, conseillère en prévention, médecin du travail, travailleur social :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Existence d'un « mal être » chez les NSA. Divers échanges informels autour de cette problématique,</li> <li>➤ <u>Constats</u> :</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stress au travail chez les exploitants agricoles,</li> <li>- cette problématique n'est pas travaillée en tant que telle chez les NSA.</li> </ul> <p>D'où la création d'un <u>groupe de travail</u> : les 3 professionnels + la stagiaire + les responsables PRP et Action Sociale avec un travail d'identification des facteurs de stress prioritaires, création d'un comité de pilotage, préparation de réunions d'information/sensibilisation au stress au travail...</p>	<p><b>Prévention</b> Approche par le bien-être au travail plutôt que par le stress.</p>	<p><b>Prévention</b> -Agir sur les risques -Mettre en évidence les facteurs de stress présents dans le travail des NSA -A partir des facteurs de stress identifiés, élaborer des pistes d'action pour agir sur ces risques</p> <p><b>Réparation</b> Intervenir auprès des exploitants agricoles en situation de souffrance</p>	<p>De moins en moins d'actions. Flottement de l'action dans le Morbihan.</p>	<p><u>Sur 86 évaluations retournées</u> :</p> <p>85 répondants 81 satisfaits 4 « à moitié satisfaits »</p> <p>3 catégories de réponses pour les <u>satisfaits</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction car les personnes se sont rendues compte qu'elles n'étaient pas seules à vivre cette situation et/ou qu'il y a eu des échanges (niveau de prévention secondaire) =&gt; <b>66 personnes</b></li> <li>- Les personnes qui envisagent d'engager des modifications (niveau de prévention primaire =&gt; <b>7 personnes</b></li> <li>- Sans précision =&gt; <b>13 personnes</b></li> </ul> <p>Pour les <u>insatisfaits</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La journée était trop centrée sur le stress au travail et n'apportait pas assez de solutions =&gt; <b>1 personne</b></li> <li>- Le photolangage n'a pas été apprécié =&gt; <b>1 personne</b></li> <li>- Les raisons ne sont pas clairement exprimés =&gt; <b>2 personnes</b></li> </ul> <p>A permis de travailler avec le service PRP (Prévention des Risques Professionnels)</p>	<p>Repenser l'action considérée comme « <i>trop plaquée</i> », « <i>affichage</i> », « <i>vitrine</i> » par les TS. Situation de stress au travail repérée chez les salariés. Ouverture de l'action à ce public. Coordination sur les actions avec les services internes MSA. Ex : vie mutualiste, service PRP, Centre de contacts...</p>

Annexe n° 18 : Description de l'atelier d'éducation à la santé

	Description	Objectifs du TS	Objectifs pour les bénéficiaires	Évolution du dispositif dep. 2011	Effets obtenus	Pistes d'amélioration
É D U C A T I O N  S A N T É	8 à 12 personnes maxi. Groupe « fermé » : engagement des personnes sur l'ensemble des séances. Chaque cycle commence par le module « à la rencontre » et comporte au minimum 6 séances.	Proposer à des personnes en situation de précarité de faire une approche globale de leur santé, avec elles, sans ordre chronologique que prédéfini : action « à tiroirs » (choix des thèmes en concertation avec le groupe) : méthode d'intervention sociale d'intérêt collectif.	Permettre aux participants de s'exprimer sur leur santé, à partir de leur « vécu », leurs attentes, leurs « ressentis ».		La <b>totalité des participants sont satisfaits</b> par la session ( <i>que sa participation soit rendue obligatoire ou non</i> ). Méthode surprenante au départ, dans laquelle les salariés se sont très bien investis. Ce qui intéresse le plus les participants, c'est de <b>pouvoir s'exprimer et s'entraider</b> .	Travailler davantage avec des groupes ayant des problématiques plus hétérogènes. Mais ensuite comment les réunir ? (problème de déplacement) Comment les mobiliser ? <i>ex : public concerné par la journée convivialité.</i>

Annexe n° 19 : Description du Forum Deuil

	Description	Objectifs du TS	Objectifs pour les bénéficiaires	Évolution du dispositif dep. 2011	Effets obtenus	Pistes d'amélioration
<b>F O R U M  D E U I L</b>	Réunion d'informations sur les droits retraites des personnes en situation de veuvage, le deuil, la succession et la transmission de patrimoine...		-Apporter une information complète sur les démarches en lien avec les thématiques Retraite, patrimoine et accompagnement associatif dans les situations de deuil. -Créer une action progressive, évolutive et interactive (2-3 rencontres) qui permette l'émergence de questionnement, l'envie de se retrouver à plusieurs pour aborder des sujets du quotidien.			Revoir la manière de mobiliser le public. Interrogations sur le partenariat. Mise en place de l'action plus en lien avec le territoire.

Annexe n° 20 : Description des Ateliers du Bien Vieillir

	Description	Objectifs du TS	Objectifs pour les bénéficiaires	Évolution du dispositif dep. 2011	Effets obtenus	Pistes d'amélioration
<b>A B V</b>	Organisation et animation de 7 ateliers en appui des réunions « Seniors soyez acteurs de votre santé » pour les personnes âgées de plus de 55 ans tout régime de protection sociale confondu		Acquérir des connaissances et des compétences pour prévenir les troubles du vieillissement Modifier certains comportements et l'hygiène de vie (alimentation, activité physique, sommeil, médicaments...)	Evolution positive liée à l'organisation + fin de l'association Préventim. Généralisation de la réunion d'information au détriment de la conférence « <i>Soyez acteurs...</i> » De temps en temps remaniement du diaporama (dernier en 2012). Rajout d'une session sur l'hygiène bucco-dentaire.	Personnes sont satisfaites. Polarisation des actions en direction du public senior. Public de plus en plus informé.	Faire évoluer davantage le programme. Manque d'actualisation des études (les chiffres datent de 1998) Avoir une personne extérieure (médecin) pour apporter des informations complémentaires d'un point de vue médical Parfois un peu trop centré sur les 60-70 ans (certains retraités de 55 ans ne se sentent donc pas concernés) Mettre en place une suite ( <i>réclamée par les participants</i> ) Public qui reste éloigné de l'information dans les secteurs ruraux (problèmes de déplacement etc.) ; Comment les toucher ? Mix entre ABV et Ateliers thérapeutiques Coordination de dispositif à l'interne.

Annexe n° 21 : Description de la Charte de solidarité envers les aînés

	Description	Objectifs pour les bénéficiaires	Évolution du dispositif dep. 2011	Effets obtenus	Pistes d'amélioration
<b>C H A R T E  A I N E S</b>	Programme CCMSA. Démarche de développement social local. Territoire retenu : Pays de Redon Bretagne Sud (territoire du CLIC) S'adresse aux personnes âgées.	<b>Promotion de la santé</b> (favoriser l'accès à l'information, promouvoir le bien-être des personnes âgées fragilisées, prévenir la souffrance psychique) <b>et amélioration des conditions de vie des personnes âgées</b> (lutte contre l'isolement, adaptation de l'espace de vie, aide aux aidants...)	Démarrage en 2013	<u>Mobilisation importante pour les actions réalisées ci-dessous</u> : -Organisation d'un forum sur l'adaptation de l'habitat (nov 2014) - Mise en place de 2 ateliers mobilité afin de préciser les pratiques et besoins des personnes âgées (mai et juin 2015) - Sensibilisation des aides à domicile à l'aide à apporter aux familles aidantes (mars 2015) - Déploiement d'un spectacle interactif « Tous aidants ! » (juin 2015)  <u>Plan d'actions en cours de réalisation pour les actions suivantes</u> (liste non exhaustive) : - Réécriture des fiches explicatives des dispositifs existants pour personnes âgées. - Mettre en place d'ateliers pour promouvoir le bien-être des personnes âgées fragilisées. - Sensibiliser les professionnels et formation au repérage de la souffrance psychique et de la crise suicidaire. - Créer un répertoire des actions existantes sur le territoire qui maintiennent les liens sociaux des personnes âgées et luttent contre leur isolement. - Mettre en place d'une campagne de sensibilisation grand public animée par des bénévoles à l'aide d'un jeu pédagogique (« Super Zaidan ») - Etc.	Action très récente pour y répondre.

Annexe n° 22 : Description des Journées de convivialité

	Description	Objectifs du TS	Objectifs pour les bénéficiaires	Évolution du dispositif dep. 2011	Effets obtenus	Pistes d'amélioration
J O U R N É E S  C O N V I V I A L I T É	Sortie à la journée permettant la découverte d'un lieu assez proche du territoire de vie des personnes avec un repas pris au restaurant.	-Proposer une activité sur une journée sur 2 sites. -Répondre à une situation d'isolement en complétant l'intervention sociale individuelle par une action collective.	-Rompre avec leur quotidien. -Favoriser les liens entre les personnes au travers d'une activité.	Réunion inter agences depuis 2013.		Mettre en place une autre forme de sortie convivialité sur 2 jours. Développer la collaboration entre les 2 inter agences ; mutualiser l'organisation. Activer le partenariat pour réorienter les usagers. Ex : CG, CCAS.

Annexe n° 23 : Description de l'action « Beg Porz »

	Description	Objectifs du TS	Objectifs pour les bénéficiaires	Évolution du dispositif dep. 2011	Effets obtenus	Pistes d'amélioration
B E G  P O R Z	Proposer un séjour collectif d'une semaine en pension complète à Beg Porz avec les activités proposées par le centre	-Permettre à des familles ou des personnes seules en difficultés ou ayant connu des événements traumatiques, l'occasion de "souffler" pendant quelques jours tout en favorisant la "cohésion" familiale (pour un premier départ en vacances) -Créer du lien avec d'autres vacanciers au centre de vacances	→ Prendre un temps de vacances → Connaître un certain répit → Vivre un temps de cohésion familiale → Créer des liens avec d'autres personnes			

<b>JUBAULT</b>	<b>Blandine</b>	<b>07/07/2015</b>
<b>Master 2</b>		
<b>Pilotage des politiques et actions en santé publique</b>		
<b>Evaluation du plan d'action sanitaire et sociale 2011-2016</b>		
<b>Promotion 2014-2015</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Ce rapport de fin d'étude réalisé au service Action Sociale de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) rend compte de l'évaluation du plan d'Action Sanitaire et Sociale 2011-2016. Il ne s'agit pas d'une évaluation de résultat mais d'une évaluation des moyens puisqu'aucun critère d'évaluation n'a été fixé.</p> <p>C'est la loi du 2 janvier 2002 qui instaure l'obligation aux services d'Action Sociale de réaliser l'évaluation des activités et de la qualité de leurs prestations. La loi ne concerne pas seulement la satisfaction du financeur ou du commanditaire mais aussi la satisfaction des personnes auxquelles les prestations sont destinées.</p> <p>Durant ces quatre mois et demi, j'ai pu découvrir le mode de fonctionnement et l'organisation du service d'Action Sociale, la fonction de travailleurs sociaux, les moyens financiers, matériels et surtout humains consacrés à l'Action Sociale, mais aussi rencontrer de nombreux acteurs intervenants dans ce champ.</p> <p>La première partie de ce rapport présente l'évaluation quantitative des moyens consacrés à l'Action Sociale de 2011 à 2015.</p> <p>La deuxième partie se consacre à l'évaluation qualitative réalisée à partir d'entretiens auprès des professionnels de la caisse, partenaires, élus et assurés de la MSA.</p> <p>Beaucoup des interviewés rencontrés voient un avenir incertain pour l'Action Sociale se caractérisant par une hausse de la demande d'interventions et une baisse des moyens, un avis qui n'est pas partagé par notre ministre de la santé, Marisol Touraine, laquelle saisit l'anniversaire des 70 ans de la Sécurité sociale comme une occasion de rappeler à quel point la protection sociale se développe et a encore de beaux jours devant elle.</p>		
<p><b>Mots clés : Mutualité Sociale Agricole, Evaluation quantitative, Evaluation qualitative, Interventions sociales.</b></p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		