

SESSION DE 2008

CA/PLP
CONCOURS INTERNE
ET CONCOURS D'ACCÈS A L'ÉCHELLE DE RÉMUNÉRATION

Section : SCIENCES ET TECHNIQUES MÉDICO - SOCIALES

ÉTUDE SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE

Durée : 6 heures

L'usage de tout ouvrage de référence, de tout dictionnaire et de tout matériel électronique est rigoureusement interdit.

Dans le cas où un(e) candidat(e) repère ce qui lui semble être une erreur d'énoncé, il (elle) le signale très lisiblement sur sa copie, propose la correction et poursuit l'épreuve en conséquence.

De même, si cela vous conduit à formuler une ou plusieurs hypothèses, il vous est demandé de la (ou les) mentionner explicitement.

NB : Hormis l'en-tête détachable, la copie que vous rendrez ne devra, conformément au principe d'anonymat, comporter aucun signe distinctif, tel que nom, signature, origine, etc. Si le travail qui vous est demandé comporte notamment la rédaction d'un projet ou d'une note, vous devrez impérativement vous abstenir de signer ou de l'identifier.

Tournez la page S.V.P.

« L'arrivée des grands froids nous rappelle, comme chaque année, la grande précarité dans laquelle survivent des milliers d'hommes, de femmes et d'enfants. Disposant d'un revenu bien inférieur au seuil de pauvreté, ils ne peuvent accéder à un logement indépendant et vivent dans la rue ou dans des abris de fortune. »

Croix-Rouge française Samu-social « Venir en aide aux sans-abri 2006 »

1- « Si l'homme est génétiquement bien adapté à la lutte contre le chaud, il est en revanche, un endotherme très imparfait dans la zone du froid. Il ne pourrait survivre hors des tropiques sans les moyens technologiques appropriés : vêture, habitat, chauffage, ... L'appareil thermorégulateur cesse de lutter contre l'abaissement de la température à 30°C. Vers 28°C, le myocarde fibrille et le sujet meurt. » (Physiologie humaine - Médecine Sciences - Flammarion 1983)

1. 1. Définir les termes : thermorégulation, hypothermie, hyperthermie.
1. 2. Annoter les deux schémas du document 1 (à rendre avec la copie), puis encadrer, sur ces schémas, les éléments anatomiques intervenant dans la thermorégulation.
1. 3. Présenter les signes d'une hypothermie.
1. 4. Expliquer l'ensemble des mécanismes mis en jeu lors d'une exposition prolongée au froid en précisant la chronologie de leurs interventions.

2- « La tuberculose est une maladie infectieuse de la promiscuité, extrêmement liée au statut social ». (Docteur Henri-Pierre Mallet, Cellule tuberculose de la ville de Paris)

2. 1. Caractériser le germe responsable de la tuberculose.
Préciser la voie de contamination de cet agent. Lister, en les justifiant, les personnes plus particulièrement atteintes par cette pathologie.
2. 2. Présenter les moyens de prévention et de thérapie et de cette pathologie.
Expliciter en quoi la vaccination représente un moyen préventif.
2. 3. Expliquer les principales phases d'une maladie infectieuse.

3- Les sociétés occidentales sont de plus en plus confrontées au problème des « sans domicile fixe », frange de la population faisant partie des exclus.

3. 1. Définir l'exclusion sociale en vous référant à la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
3. 2. Développer et argumenter cinq facteurs favorisant l'exclusion sociale.
3. 3. Décrire quatre réponses institutionnelles pour lutter contre les exclusions sociales.
Préciser, pour chacune d'elles : l'acteur responsable, la nature de l'action, les objectifs retenus et les moyens mis en œuvre.
3. 4. Politique d'action sociale du secteur associatif.
Définir le terme "association".
Analyser trois types d'action conçus par le secteur associatif français et dégager leurs intérêts spécifiques dans la lutte contre l'exclusion.

Documents joints :

- Document 1 : Schémas coupe de l'encéphale et coupe de la peau – Anatomie et physiologie humaines – Marieb – Editions De Boeck Université (1 page)
- Document 2 : Annexe à la circulaire de janvier 2007 (1 page)
- Document 3 : Texte extrait de Médecine d'urgence - JENKINS-LOSCALZO-BRAEN – Masson (1 page)
- Document 4 : La tuberculose - Institut Pasteur - Actualité, presse, documentation Mars 2004 (1 page)
- Document 5 : La tuberculose – Article de presse - Roger-Luc Chayer Le National 2006 (1 page)
- Document 6 : Textes législatifs – et document 7 : L'exclusion, Le Monde Marabout O.Mazel (1 page)
- Document 8 : article sur l'exclusion - R. GIORIA Editions FOUCHER et document 9 : Extrait du rapport d'activité du CNLE (1 page)
- Document 10 : Samu social - Croix-Rouge Française Avril 2006 et document 11 : Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions - Article 1 et titres des principaux chapitres (1 page)

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

Académie : _____ Session : _____

Concours : _____

Spécialité/option : _____ Repère de l'épreuve : _____

Intitulé de l'épreuve : _____

NOM : _____

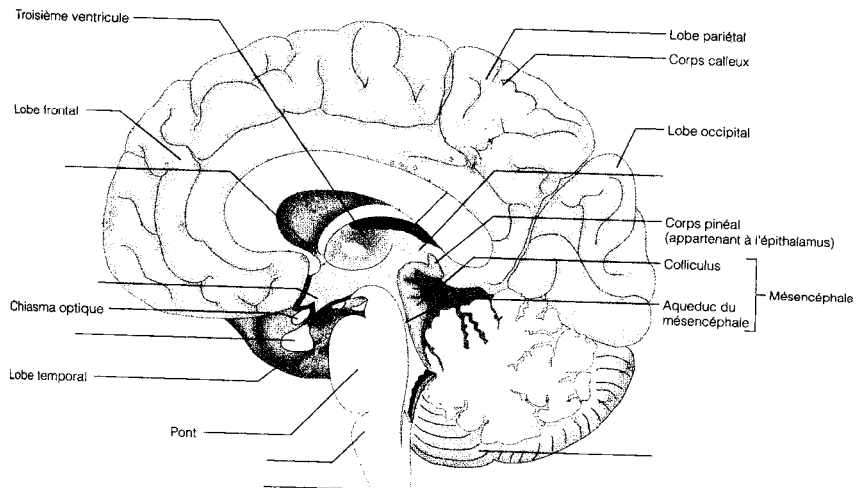
(en majuscules, suivi s'il y a lieu, du nom d'épouse)

Prénoms : _____ N° du candidat

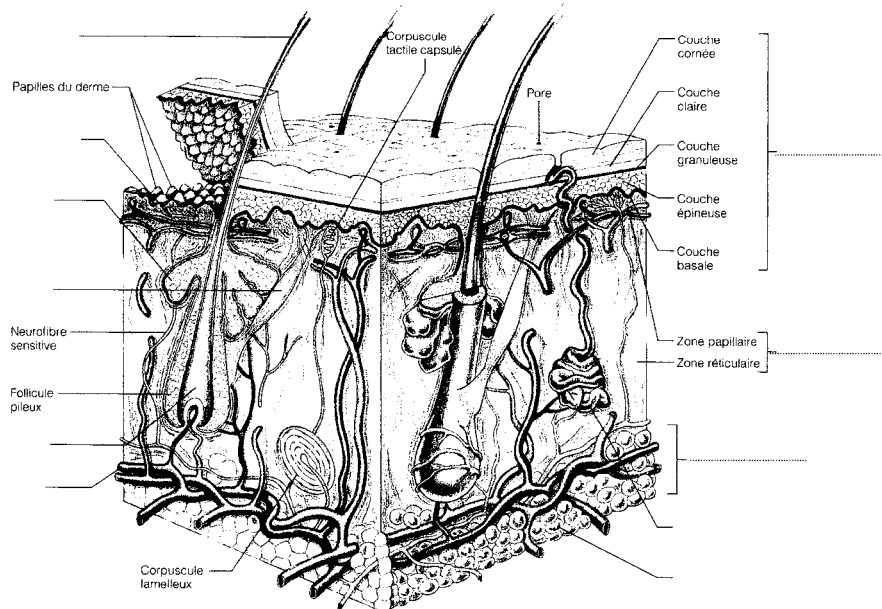
(le numéro est celui qui figure sur la convocation ou la liste d'appel)

FI1-20

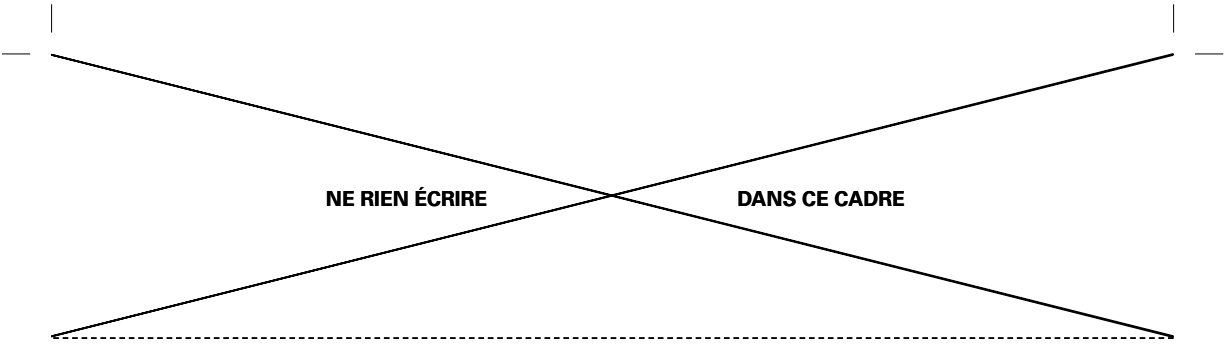
DOCUMENT 1



Coupe sagittale médiane de l'encéphale
Anatomie et physiologie humaines. Marieb
Editions De Boeck Université



Structure de la peau
Anatomie et physiologie humaines. Marieb
Editions De Boeck Université



NE RIEN ÉCRIRE

DANS CE CADRE

DOCUMENT 2

Annexe à la circulaire interministérielle DGS N° 2007-31 du 14 janvier 2007 relative à la protection de la population en cas de froid exceptionnel

IMPACT SANITAIRE D'UNE VAGUE DE FROID EXCEPTIONNEL

L'existence d'un surcroît de mortalité durant l'hiver est imputable plus aux conséquences du froid qu'à la grippe, qui représenterait seulement 2,4 % de causes de décès durant cette période.

Les décès par hypothermie sont heureusement peu nombreux. L'ivresse alcoolique et les troubles mentaux sont des facteurs reconnus de risque de l'hypothermie, en particulier la détérioration des capacités cognitives qui peut conduire la personne atteinte à sous-estimer le risque lié au froid. Mais l'essentiel de la mortalité hivernale est représenté par les accidents cardio-vasculaires, les accidents vasculaires cérébraux et les infections respiratoires.

Lorsque la température ambiante est suffisamment basse pour entraîner une diminution de la température corporelle centrale en dessous de 37°, on observe une vasoconstriction avec hypertension artérielle ; l'activité cardiaque augmente ainsi que les besoins du cœur en oxygène ; d'après les données de la littérature, une déshydratation ou une augmentation des facteurs de coagulation peuvent également augmenter la viscosité du sang et par suite entraîner une hémococoncentration. En général, les individus sains s'adaptent à la nouvelle température, mais, chez le sujet à risque, les spasmes artériels entraînés par le froid, associés à une éventuelle thrombose et à l'augmentation des besoins en oxygène, favorisent la survenue d'un infarctus du myocarde. Approximativement, la moitié de la mortalité hivernale est attribuable à la thrombose coronaire.

Ces mêmes mécanismes (hypertension artérielle, hyperviscosité du sang et thrombose) sont à l'origine d'accidents vasculaires cérébraux.

Enfin, même si les causes en sont encore mal connues, les maladies respiratoires augmentent en hiver, ne serait-ce qu'en raison de la concentration de la population dans des espaces confinés. Il semble exister une corrélation entre la baisse des températures et la mortalité par grippe et bronchites aiguës.

Par ailleurs, d'autres pathologies telles que les otites, les gastro-entérites, les pharyngites surviennent plus fréquemment en hiver, notamment chez les nourrissons et les enfants jeunes, et certaines ont été identifiées comme pouvant être influencées par le froid : crises d'asthme, pathologies endocriniennes (hypothyroïdie et dérèglement du diabète), anémie à hématies falciformes, syndrome de Raynaud. D'autres effets sanitaires peuvent également être indirectement liés au froid (fractures, intoxications au monoxyde de carbone).

Certains médicaments peuvent contribuer à aggraver une hypothermie. L'action de certains autres peut être affectée par la vasoconstriction survenant lors de l'exposition au froid. Dans tous les cas, l'adaptation du traitement, si elle est nécessaire, ne peut résulter que d'une réévaluation d'ensemble par le médecin traitant.

(...)

DOCUMENT 3

Exposition au froid

Hypothermie

Les facteurs prédisposants sont l'âge avancé, les troubles de la conscience ou de la mobilité, l'intoxication à l'éthanol, aux barbituriques ou aux phénothiazines, les altérations endocrines (l'hypoglycémie, l'hypothyroïdie, l'insuffisance surrénalienne, l'insuffisance hypophysaire), la malnutrition, l'urémie, le sep sis profond et l'exposition au froid (en particulier en cas de grand vent, le corps inadéquatement ou insuffisamment couvert et l'immersion dans l'eau froide). L'hypothermie est classée comme légère (température rectale au dessus de 32°C), modérée (température rectale à 26°C), ou grave (température rectale inférieure à 26°C).

1- Anamnèse

L'hypothermie modérée est associée à une détérioration progressive de l'état de conscience, des arythmies auriculaires et ventriculaires comprenant la fibrillation ventriculaire, une diminution du rythme cardiaque et respiratoire, des pupilles dilatées et aréflexiques, une absence de mouvements volontaires et une perte des réflexes. L'hypothermie grave se caractérise par le coma et l'hypotension. A la température centrale de 19°C, l'EEG est plat et l'asystolie survient à la température centrale de 15°C.

2- Examen physique

Le patient est pâle, froid et ses extrémités sont rigides. L'état de conscience va de la confusion au coma en fonction du degré d'hypothermie. Il existe habituellement une déshydratation. La température du corps doit être surveillée à l'aide d'un thermomètre rectal situé à 5 cm dans l'ampoule rectale. La température oesophagienne, qui peut être contrôlée chez les patients intubés est un meilleur reflet de la température centrale mais est plus difficile à obtenir.

3- Examens diagnostiques

Les examens de laboratoire confirment la déshydratation montrant une élévation de l'hématocrite et de l'urée sanguine. La glycémie est habituellement élevée (sauf si l'hypothermie est secondaire à une hypoglycémie) et est la conséquence d'une altération de la sécrétion d'insuline, d'une entrée cellulaire réduite et d'une diminution de l'efficacité de l'insuline à basse température. On trouve typiquement une acidose qui est à la fois métabolique (par augmentation de la production de lactate et par diminution de la clairance hépatique) et respiratoire. Les gaz sanguins doivent être corrigés selon la température du patient. Typiquement, l'absence de correction montre une PaO₂ faussement élevée et un pH bas. Pour corriger le pH, il faut ajouter 0,0147 à chaque pH mesuré pour chaque degré en dessous de 37°C. L'effet de l'hypothermie sur la kaliémie et le chlore sérique est variable. Cependant les amylases sériques sont souvent élevées signant l'atteinte pancréatique. L'ECG peut montrer une tachycardie, une bradycardie, un bloc auriculo-ventriculaire, ainsi que diverses arythmies auriculaires et ventriculaires.

DOCUMENT 4

LA TUBERCULOSE

La tuberculose **tue 2 millions de personnes chaque année** dans le monde. L'épidémie de sida et l'émergence de bacilles multirésistants aux antibiotiques contribuent à aggraver l'impact de cette maladie, considérée par l'Organisation Mondiale de la Santé comme responsable d'une épidémie mondiale de plus en plus dangereuse et comme une urgence sanitaire au niveau planétaire. L'O.M.S. estime qu'entre 2000 et 2020, près d'un milliard de personnes seront nouvellement infectées et que 200 millions d'entre elles développeront la maladie, dont 35 millions mourront de tuberculose si aucune amélioration n'est apportée dans le contrôle de cette infection.

Epidémiologie

Chaque seconde, une nouvelle personne dans le monde est infectée par le bacille de Koch. Chaque année, près de 1% de la population mondiale est nouvellement infectée et environ 8 millions de personnes développent la maladie. Globalement aujourd'hui, un tiers de la population mondiale est infecté, et 22 pays totalisent à eux seuls 80% des cas mondiaux. Plus de 2 millions des cas annuels de tuberculose surviennent en Afrique sub-saharienne. Ce chiffre est en rapide augmentation, du fait de l'épidémie de sida qui touche particulièrement cette région du monde. Près de 3 millions des cas annuels de tuberculose sont recensés dans le Sud-est asiatique. Plus de 250 000 des cas annuels surviennent en Europe de l'Est. En France, on compte quelque 6 000 nouveaux cas par an et 700 décès chaque année. (...)

La maladie

Toutes les personnes infectées par le bacille de Koch ne développent pas la maladie : seules 5 à 10% d'entre elles feront une tuberculose. Le bacille peut rester dans l'organisme à l'état "dormant" pendant des années. Les personnes immunodéprimées ont plus de risque de faire une tuberculose, une fois infectées et particulièrement les malades du sida. Le virus VIH et le bacille de Koch forment en effet une association mortelle, chacun de ces deux agents infectieux aidant la progression de l'autre. La tuberculose est d'ailleurs la cause principale des décès des malades du sida : elle est responsable de la mort d'un tiers des malades du sida dans le monde et de 40% de la mortalité des malades du sida en Afrique.
(...)

Institut Pasteur Actualité, presse, documentation Mars 2004

DOCUMENT 5

TUBERCULOSE : La lente régression se poursuit en France

PARIS (AP) -- La journée mondiale de la tuberculose qui vient d'avoir lieu a permis de rappeler que si la maladie touche en priorité les pays pauvres qui comptent près de 90% des cas répertoriés dans le monde, elle n'épargne pas les pays riches. En France, la lente régression se poursuit.

Selon le Comité National contre les maladies respiratoires, 6 028 cas ont été déclarés en 2001, contre 6 674 cas en 1999. Après la remontée d'incidence enregistrée au début des années 90 qui était liée à la fois à l'altération des conditions socio-économiques et à l'épidémie de SIDA, force est de constater que la lente régression se poursuit en France, où l'on compte environ 900 morts par an.

Des disparités géographiques et sociales sont toutefois à souligner : l'Ile-de-France reste la région la plus touchée, avec une incidence trois fois supérieure à la moyenne nationale. A Paris intra-muros, l'incidence est de 46 cas déclarés pour 100 000 habitants et parmi les populations de SDF, elle culmine à 243 cas pour 100 000 habitants. Dans les autres départements d'Ile-de-France, l'incidence observée chez les populations venant de pays à forte endémie est préoccupante.

Le plus souvent, la tuberculose se manifeste par des signes peu spécifiques : toux persistante, bronchite traînante, amaigrissement inexpliqué, sueurs nocturnes, fièvre prolongée à 37,5-38,5. C'est la persistance de ces symptômes au-delà de trois semaines qui doit alerter. Plus rarement, la tuberculose se manifeste par des signes inquiétants, notamment une fièvre à 40 degrés, des crachements de sang, la présence de liquide dans le thorax.

Parfois, la tuberculose ne s'accompagne d'aucun de ces signes et c'est la radiographie des poumons qui montrera des opacités pulmonaires anormales. Le diagnostic formel repose sur la découverte de bacilles tuberculeux soit à l'examen de crachats, soit à l'examen des sécrétions aspirées dans les bronches lors d'une fibroscopie bronchique.

La tuberculose est une affection qui, lorsqu'elle n'est pas traitée précocement, est contagieuse avec une morbidité lourde voire une mortalité. On estime qu'une personne atteinte d'une tuberculose active non traitée peut contaminer chaque année entre dix et quinze personnes lorsqu'elle émet, lors de la toux ou des éternuements, de grandes quantités de bacilles. La tuberculose est une maladie curable : on en guérit si l'on est soigné dès les premiers symptômes et que l'on poursuit le traitement jusqu'à complète guérison.

Le traitement dure le plus souvent six mois. Actuellement, le régime de base pour le traitement de toutes les formes de tuberculose consiste en une phase intensive de deux mois associant trois antituberculeux, suivie d'une phase de consolidation de quatre mois associant deux antituberculeux.

Roger-Luc Chayer LE NATIONAL 2006

DOCUMENT 6

TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES

Lutte contre la tuberculose

(Livre III – Titre 1^{er} du Code de la santé publique) Chapitre premier- prophylaxie

Art.L.215 (L.n°94-43 du 18 janvier 1994 art.1^{er}-IV).-La vaccination par le vaccin antituberculeux B.C.G. est obligatoire, sauf contre-indications médicales reconnues, à des âges déterminés et en fonction des milieux de vie ou des risques que font encourir certaines activités.

Les personnes titulaires de l'autorité parentale ou qui ont la charge de la tutelle de mineurs sont tenues personnellement à l'exécution de cette obligation.

Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Décret n° 96-775 du 5 septembre 1996 relatif à la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat)

Chapitre premier : prophylaxie

Art.R 215-1- Sont soumis à la vaccination obligatoire par le vaccin antituberculeux BCG :

- Les enfants de moins de 6 ans accueillis dans les établissements, services et centres mentionnés à l'article L.180, dans les écoles maternelles, chez les assistantes maternelles, dans les pouponnières et maisons d'enfants à caractère sanitaire relevant de l'article L.199, dans les établissements mentionnés aux 1°,2°,3° de l'article 3 susmentionné de la loi n°756535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

- Les enfants de plus de 6 ans, les adolescents et les jeunes adultes qui fréquentent les établissements d'enseignement du 1^{er} et du 2nd degré, les établissements mentionnés aux 1°,2°,3°,4° de l'article 3 susmentionné de la loi n°75-535 du 30 juin 1975.

- Les étudiants en médecine, en chirurgie dentaire et en pharmacie ainsi que les élèves sages-femmes et les personnes qui sont inscrites dans les écoles et établissements préparant aux professions de caractère sanitaire et social (...).

Art.R. 215-2 – Sont également soumis à la vaccination obligatoire par le vaccin antituberculeux BCG :

- Les personnes qui exercent une activité professionnelle dans les établissements ou les services mentionnés au 1° de l'article R. 215-1 ainsi que les assistantes maternelles

- Les personnes qui exercent une activité professionnelle dans les laboratoires d'analyses de biologie médicales

- Les personnels des établissements pénitentiaires, des services de probation et des établissements ou services de la protection judiciaire de la jeunesse

- Le personnel soignant des établissements, services ou structures énumérées ci-après ainsi que les personnes qui, au sein de ces établissements, services ou structures sont susceptibles d'avoir des contacts répétés avec des malades tuberculeux (...).

DOCUMENT 7

L'exclusion

(...) pour l'Union Européenne « l'exclusion peut être analysée en termes de dénégation ou de non respect des droits sociaux ... Ces derniers étant caractérisés comme le droit qui existe généralement dans les pays de la Communauté à une certaine qualité de vie minimale, ainsi que celui de participer aux principales institutions sociales et professionnelles..., droits parfois, mais pas toujours, exprimés en termes juridiques». Cette vision n'est pas éloignée de celle formulée récemment par René Lenoir pour qui l'exclusion est « le phénomène nouveau de rupture du lien social et la difficulté d'accès à des droits sociaux élémentaires pour un certain nombre de personnes ». Dans cette éventualité, l'exclusion est « un processus où se cumulent dans le temps les ruptures avec des formes essentielles du lien social : travail, habitat, famille-couple, participation au mode de vie dominant. On peut repérer des degrés parmi les populations concernées par ce processus, qui n'est pas uniforme dans chaque cas, qui n'est pas de même rythme, de même durée et qui, pour certains, peuvent s'inverser ». Peut-on en conclure, pour autant, que l'exclusion concerne tous ceux qui sont écartés (tenus à l'écart ou mis à l'écart) de situations types : emploi stable sur CDI à plein temps, logement confortable, niveau de formation correct, accès aux soins, vie familiale équilibrée... ?

L'opposition entre l'exclusion et la non exclusion n'est pas aussi tranchée. Certaines situations peuvent être analysées non comme des moments de rupture du lien social, mais comme des moments de parcours d'insertion.

Tournez la page S.V.P.

DOCUMENT 8

L'exclusion se réfère à l'impossibilité d'échapper à la pauvreté.

La pauvreté absolue se réfère au concept de « minimum vital », statique par rapport à l'évolution de la société, évalué en fonction de la satisfaction des besoins vitaux : nourriture, logement, soins.

La nouvelle pauvreté survient soudainement : elle peut être due à la naissance d'un enfant pour une femme seule, d'un enfant supplémentaire dans une famille nombreuse, à un accident de santé, au chômage, à un divorce...

Les « nouveaux pauvres » sont donc souvent des « français moyens » qui pour l'une ou l'autre de ces raisons basculent dans une situation de précarité qui se dégrade ensuite rapidement. Notre société a engendré ces 20 dernières années des besoins nouveaux, des modèles de consommation, des normes d'existence et de comportement dont l'exclusion est douloureusement ressentie par les personnes qui vivent cette « nouvelle pauvreté », au départ discrète et dissimulée : car rien n'y a préparé ceux qui la subissent.

Le quart-monde est constitué d'une population qui vit une pauvreté chronique, un groupe social qui se caractérise par la transmission familiale et culturelle de la pauvreté, à la fois destin et héritage. Les familles du quart-monde sont en France caractérisées par une grande précarité économique, sociale et culturelle, entraînant souvent une incapacité à accéder à des conditions de logement, de ressources et de soins corrects.

*Préparation aux concours des établissements de formation
du secteur sanitaire et social R. GIORIA Editions FOUCHER*

DOCUMENT 9

*Extrait du rapport d'activité du Conseil National de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale (CNLE) - Juin
1999 - Décembre 2000*

Fonctionnement du CNLE

Créé dans le cadre de la Loi n° 88-1088 du 1^{er} décembre 1988 modifiée (relative au revenu minimum d'insertion), le Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale (CNLE) a vu ses attributions renforcées par la Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la prévention et à la lutte contre les exclusions.

Lieu d'échange et de dialogue entre les pouvoirs publics et les acteurs engagés dans la lutte contre les exclusions, le Conseil a conformément aux dispositions du Décret n° 99-216 du 22 mars 1999, pour rôle :

- de conseiller le gouvernement pour toutes les questions de portée générale qui concernent la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale,
- d'assurer une concertation entre les pouvoirs publics et les associations, organisations et personnalités qualifiées qui agissent dans le domaine de la pauvreté et de l'exclusion sociale,
- de donner un avis, à la demande du Premier Ministre ou à celle des membres du Gouvernement dans les domaines qui relèvent de leur compétence, sur les textes de loi ou de règlement relatifs à la lutte contre les exclusions,
- de faire, de sa propre initiative, des propositions sur les problèmes posés par la pauvreté et l'exclusion.

Le Conseil compte, outre son Président désigné par le Premier Ministre, 38 membres dont : les Ministres les plus directement concernés par la lutte contre les exclusions, des élus, des représentants des associations et organismes qui interviennent dans la lutte contre les exclusions, des personnalités qualifiées, des représentants des autres conseils et comités concernés par la pauvreté et l'exclusion.

Le Conseil s'est donné comme objectif central de faire vivre les lois sur l'insertion pour mieux faire reculer l'exclusion.

Il a constitué 12 groupes de travail sur les thèmes suivants : retour à l'emploi, création d'activités d'insertion, emploi et publics en grande difficulté, partenariat, la rue, revenus d'activité et revenus de solidarité, la question des cumuls des revenus et de l'incitation à la reprise de d'activité, suivi de la mise en place de la Couverture Maladie Universelle, formation des travailleurs sociaux, accès au logement, insertion des jeunes, création de micro entreprises, prison-exclusion. (...)

Le CNLE préconise le renforcement de la coordination des aides d'urgence et des partenariats (condition de l'efficacité des politiques de lutte contre l'exclusion sociale), une plus grande association des personnes concernées à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de ces politiques, l'évolution de la formation et de la qualification des professionnels.

DOCUMENT 10

Le SAMU social, dispositif mobile, pivot de l'action sociale d'urgence

« Pour lutter contre l'exclusion, contre l'isolement, il est indispensable d'aller à la rencontre des personnes et donc, de placer les SAMU sociaux au cœur des réseaux d'intervention et de coordination » (le délégué aux politiques sociales de la Croix-Rouge)

La loi du 29 juillet 1998 a prévu plusieurs volets relatifs aux publics relevant de l'urgence sociale.

Premier volet : la mise en place d'un dispositif de veille sociale dans chaque département reposant à la fois sur le 115 et une instance de coordination regroupant les acteurs publics et associatifs. Ce dispositif est conçu pour fonctionner 24h/24, 365 jours sur 365.

Deuxième volet : l'hébergement d'urgence n'excluant aucun type d'hébergement (CHU, appartement en ALT, hôtels sociaux) et visant la reconnaissance des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) pour lesquels 1690 places nouvelles ont été créées en 3 ans.

Site de la Croix-Rouge Française Avril 2006

DOCUMENT 11

LOI n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

Article 1 et titres des principaux chapitres

Article 1er

La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation.

La présente loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance.

L'Etat, les collectivités territoriales, les établissements publics dont les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, les organismes de sécurité sociale ainsi que les institutions sociales et médico-sociales participent à la mise en oeuvre de ces principes.

Ils poursuivent une politique destinée à connaître, à prévenir et à supprimer toutes les situations pouvant engendrer des exclusions.

Ils prennent les dispositions nécessaires pour informer chacun de la nature et de l'étendue de ses droits et pour l'aider, éventuellement par un accompagnement personnalisé, à accomplir les démarches administratives ou sociales nécessaires à leur mise en oeuvre dans les délais les plus rapides.

Les entreprises, les organisations professionnelles ou interprofessionnelles, les organisations syndicales de salariés représentatives, les organismes de prévoyance, les groupements régis par le code de la mutualité, les associations qui oeuvrent notamment dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, les citoyens ainsi que l'ensemble des acteurs de l'économie solidaire et de l'économie sociale concourent à la réalisation de ces objectifs.

En ce qui concerne la lutte contre l'exclusion des Français établis hors de France, les ministères compétents apportent leur concours au ministère des affaires étrangères.

(...)

TITRE Ier DE L'ACCES AUX DROITS

Chapitre Ier Accès à l'emploi

(...)

TITRE II DE LA PREVENTION DES EXCLUSIONS

Chapitre Ier Procédure de traitement des situations de surendettement

(...)

Chapitre III Mesures relatives au maintien dans le logement

Section 1 Prévention des expulsions

(...)

TITRE III DES INSTITUTIONS SOCIALES

Article 150

Dans l'avant-dernier alinéa de l'article 138 du code de la famille et de l'aide sociale, après les mots : « doivent figurer », sont insérés les mots : « un représentant des associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre les exclusions, ».

Article 151

I. - L'article 29 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 précitée est ainsi rédigé :

« Art. 29. - Les établissements publics ou privés dispensant des formations sociales, initiales, permanentes et supérieures contribuent à la qualification et à la promotion des professionnels et des personnels salariés et non salariés engagés dans la lutte contre l'exclusion, la prévention et la réparation des handicaps ou inadaptations, la promotion du développement social. Ils participent au service public de la formation.