

Sciences Médico-sociales

Option en Structure

Corrigé

Michèle Delomel

Inspectrice de l'Éducation nationale

Véronique Maillet

Inspectrice de l'Éducation nationale

Annie Bertin

Anne Soulabail

Professeur de lycée professionnel

Anne-Marie Klapka

Professeur de lycée professionnel

C. Murdocco

Professeur de lycée professionnel

Crédits photographiques

Page 7	ph©B. Boissennet/BSIP (reprise p. 9, 13, 15, 19, 21)	Page 99	ph©Caroline Woodham/Corbis (bas)
Page 25	ph©Masterfile (reprise p.27, 29)	Page 100	ph©Kevin Jorda/age fotostock
Page 26	ph©Tipsimages/Biosphoto	Page 101	ph©Trinette Reed/age fotostock
Page 33	ph©Eric Chrétien/Explorer (haut gauche ; reprise p. 37, 43, 45, 49, 51, 55)	Page 104	ph©Burger/Phanie
Page 33	ph©Pierre Bessard/Rea (haut droit)	Page 112	ph©Antoine Tatin/CIT'images
Page 36	ph©Vincent Dargent/CIT'images (bas)	Page 114	ph©Carolin Knabbe /age fotostock
Page 41	ph©Image Source/Corbis (reprise p. 47)	Page 116	ph©Garot/Phanie
Page 45	ph©David Gifford/SPL/Biosphoto	Page 117	ph©Zack Seckler/Corbis (reprise p.119, p.121)
Page 46	ph©Jean Michel Delage/CIT'images	Page 118	ph©Archives Toutain/Leemage
Page 53	ph©Matteis/LookatSciences (haut)	Page 119	ph©Laurent/Gluck/BSIP
Page 57	ph©Patrick Allard/Rea (bas)	Page 120	ph©Voisin/Phanie
Page 58	ph©Burger/Phanie	Page 123	ph©Burger/Phanie
Page 59	ph©Guillaume Squinazi/Gamma (haut ; reprise p. 63, 67, 69, 73, 75, 79, 83, 87, 89)	Page 124	ph©SPL/Phanie
Page 59	ph©Gibo/Iconovox (bas)	Page 126	ph©Burger/Phanie
Page 61	ph©George Doyle/Getty Images	Page 127	ph©Burger/Phanie (haut ; reprise p.129)
Page 64	ph©BL/BSIP	Page 127	ph©BL/BSIP (bas)
Page 67	©Martin Lewden (bas)	Page 128	ph©ABK/BSIP
Page 76	ph©Pierre Gleizes/Rea	Page 130	ph©Jupiterimages/Getty
Page 85	ph©Burger/Phanie (reprise p. 91)	Page 131	ph©ABK/BSIP
Page 93	ph©Frederic Maigrot/Rea	Page 133	ph©Pierre Rousseau/CIT'images (reprise p.135)
Page 95	ph©Astier/Andia.fr	Page 138	ph©Bigot/Andia.fr
Page 96	ph©John Birdsall Photography/BSIP	Page 139	ph©Rolland Quadri/KR Images Presse (reprise p. 141, 143, 147)
Page 97	ph©SPL/age fotostock (reprise p.99, p.103, p.105, p.107, p.113)	Page 147	ph©Chassenet/BSIP (bas)
Page 98	ph©Burger/Phanie	Page 151	ph©Jupiterimages/AFP (reprise p 153)
		Page 157	ph©Jean-François Monier/AFP (reprise p.159)

Couverture et maquette

Primo & Primo

Conception de la maquette

Studio Favre et Lhaik

Composition

Les PAOistes

Iconographie

Sophie Suberbère

Illustrations

Christian Didier

Correction

Maud Foutieau



“Le photocopillage, c’est l’usage abusif et collectif de la photocopie sans autorisation des auteurs et des éditeurs. Largement répandu dans les établissements d’enseignement, le photocopillage menace l’avenir du livre, car il met en danger son équilibre économique. Il prive les auteurs d’une juste rémunération. En dehors de l’usage privé du copiste, toute reproduction totale ou partielle de cet ouvrage est interdite”.

ISBN : 978-2-216-11915-8

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans autorisation de l’éditeur ou du Centre français d’exploitation du Droit de copie [20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris], est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d’une part, les reproductions strictement réservées à l’usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d’autre part, les analyses et courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d’information de l’œuvre dans laquelle elles sont incorporées (loi du 1^{er} juillet 1992 - art. 40 et 41 et Code pénal - art. 425).

© Éditions Foucher, Malakoff, 2012

Sommaire

Partie 1

La personne aux différentes étapes de la vie et les réponses institutionnelles

CHAPITRE 1 La politique de santé publique

TD 1 Les notions de démographie, de santé publique et de promotion de la santé	p. 7
TD 2 L'étude d'une population	p. 9
Mémo 1 Les notions de démographie et de santé publique	p. 11
TD 3 Les altérations de la santé	p. 13
TD 4 La santé dans le monde	p. 15
Mémo 2 Les altérations de la santé et la santé dans le monde	p. 17
TD 5 L'organisation sanitaire et sociale en France	p. 19
TD 6 La protection sociale en France	p. 21
Mémo 3 L'organisation et la protection sanitaire et sociale en France	p. 23

CHAPITRE 2 L'adolescent

TD 7 L'adolescence et la puberté	p. 25
TD 8 Les comportements et les conduites à risques	p. 27
TD 9 Les droits des mineurs	p. 29
Mémo 4 L'adolescence : caractéristiques, comportements et droits	p. 31

CHAPITRE 3 La personne âgée

TD 10 La vieillesse : caractéristiques et place dans la société	p. 33
TD 11 Le vieillissement biologique	p. 37
Mémo 5 La vieillesse et le vieillissement	p. 41
TD 12 La maladie d'Alzheimer	p. 43
TD 13 Le vieillissement cognitif et psychologique	p. 45
Mémo 6 La maladie d'Alzheimer et le vieillissement cognitif	p. 47
TD 14 L'autonomie et la dépendance	p. 49
TD 15 La politique sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées	p. 51
Mémo 7 L'autonomie, la dépendance et la politique médico-sociale	p. 53
TD 16 Les établissements et les structures d'accueil	p. 55
Mémo 8 Le choix d'une structure d'accueil	p. 57

CHAPITRE 4 La personne handicapée

TD 17 Les différents types de handicaps	p. 59
TD 18 Les attitudes face au handicap	p. 63
Mémo 9 Les comportements face au handicap	p. 65
TD 19 La législation	p. 67
TD 20 Les prestations sociales	p. 69
Mémo 10 La législation et les prestations sociales	p. 71
TD 21 Les facteurs favorisant la participation à la vie sociale	p. 73
TD 22 La législation relative à l'emploi en milieu ordinaire	p. 75
Mémo 11 Les facteurs favorisant la vie sociale et la législation relative à l'emploi en milieu ordinaire	p. 77
TD 23 Les structures de travail et d'hébergement, les établissements médico-sociaux	p. 79
TD 24 Les services spécifiques aux personnes handicapées	p. 83
Mémo 12 Les établissements et les services en faveur des personnes handicapées	p. 85
TD 25 Les modalités de scolarisation	p. 87
TD 26 L'accompagnement et les projets en milieu scolaire	p. 89
Mémo 13 Le handicap et la scolarisation	p. 91

CHAPITRE 5 La protection des personnes majeures vulnérables

TD 27 La législation et le rôle du juge des tutelles	p. 93
Mémo 14 La protection des personnes majeures vulnérables	p. 95

CHAPITRE 6 La personne malade

TD 28 La classification des maladies	p. 97
TD 29 Le vécu de la maladie et de l'hospitalisation	p. 99
Mémo 15 La classification des maladies et leur vécu	p. 103
TD 30 Les droits du malade	p. 105
TD 31 Les établissements de santé	p. 107
Mémo 16 Les droits du malade au sein des établissements de santé	p. 111
TD 32 La Sécurité sociale et l'assurance-maladie	p. 113
Mémo 17 Le système de protection sociale en matière de santé	p. 115

CHAPITRE 7 Fin de vie et mort

TD 33 Les aspects biologiques, psychologiques et culturels de la mort	p. 117
TD 34 La mort subite du nourrisson	p. 119
TD 35 La personne mourante : accompagnement et problèmes éthiques	p. 121
Mémo 18 Les différents aspects de la mort et la mort subite du nourrisson	p. 125

CHAPITRE 8 **Projet individualisé, projet de vie, projet personnalisé et d'accompagnement**

TD 36 Les différents types de projets	p. 127
TD 37 La construction et la mise en œuvre du projet	p. 129
Mémo 19 Les différents projets et leur mise en œuvre	p. 131

CHAPITRE 9 **Notions de droit**

TD 38 Le contrat de travail, la durée et les congés, le salaire	p. 133
TD 39 La formation tout au long de la vie et la convention collective	p. 135
Mémo 20 Le contrat de travail, la formation et la convention collective	p. 137

CHAPITRE 10 **La qualité**

TD 40 La certification et les organismes de référence	p. 139
TD 41 La procédure de certification	p. 141
TD 42 L'évaluation en EHPAD	p. 143
Mémo 21 La certification des établissements de santé	p. 145
TD 43 L'analyse des pratiques professionnelles et le guide des bonnes pratiques	p. 147
Mémo 22 La notion d'analyses et d'évaluation des pratiques professionnelles	p. 149

Partie 2 **La méthodologie d'intervention**

CHAPITRE 11 **Travail en équipe, gestion d'équipe et tutorat**

TD 44 Le travail en équipe	p. 151
TD 45 Le tutorat et l'accompagnement	p. 153
Mémo 23 Le travail en équipe, le tutorat et l'accompagnement	p. 155

CHAPITRE 12 **Relation personne aidante-personne aidée**

TD 46 Les acteurs et la relation fonctionnelle	p. 157
TD 47 L'accompagnement et les réactions possibles	p. 159
Mémo 24 L'accompagnement et ses acteurs	p. 161

Notions de démographie, de santé publique, promotion de la santé

Objectifs

1. Définir les termes : natalité, fécondité, morbidité, mortalité.
2. Définir le concept de santé, la notion de prévention.
3. Indiquer le rôle du service de promotion de la santé en faveur des élèves à partir d'exemples.

ACTIVITÉ 1 Les indicateurs démographiques

1.1 À l'aide des documents 1 à 3, identifier les indicateurs démographiques correspondant aux définitions ci-dessous et en déduire une définition de la démographie.

Indicateur	Définition
Taux de natalité	Nombre de naissances vivantes de l'année rapporté à la population moyenne de l'année. Il est généralement exprimé pour 1000 habitants.
Prévalence	Nombre total de cas de maladies enregistrés pour une population déterminée.
Taux de mortalité	Nombre de décès rapporté à la population totale moyenne d'une année. Généralement exprimé pour 1 000 personnes.
Fécondité	On emploie ce terme, au lieu de natalité, lorsque les naissances sont mises en relation avec l'effectif des femmes d'âge fécond.
Incidence	Nombre de nouveaux cas apparus pendant une année au sein d'une population pour la maladie étudiée.
Morbidité	Fréquence des maladies, des blessures et des incapacités dans une population donnée. Elle est précisée par les indicateurs de prévalence et d'incidence.
Démographie	Étude des évolutions de la population.

Document 1 Les indicateurs démographiques

L'étude des évolutions de la population s'appuie sur le calcul d'un certain nombre d'indicateurs standards qui permettent, notamment, d'appréhender des probabilités de survenue des événements démographiques (la naissance, le décès, le mariage).

D'après INSEE.

En 2007, 5 588 nouveaux cas de tuberculose ont été déclarés en France, soit un taux d'incidence de 8,9 nouveaux cas pour 100 000 habitants.

La prévalence du diabète a été estimée à 3,95 % en 2007, soit 2,5 millions de personnes atteintes rapportées à la population générale.

Document 2 Tableau indicateur

	2006	2007	2008 (p)	2009 (p)	2010 (p)
Naissances (m)	797	786	796	793	797
Décès	516	521	532	538	535
Excédent naturel (m)	280	265	264	255	262
Taux de natalité (t)	12,9	12,7	12,8	12,7	12,7
Taux de mortalité (t)	8,4	8,4	8,5	8,6	8,5
Taux de mort. infantile (r)	3,6	3,6	3,6	3,7	3,6

(m) milliers, (t) pour 1 000 habitants, (r) pour 1 000 naissances vivantes, (p) chiffres provisoires pour ces 3 années.

Document 3 Principales causes de morbidité

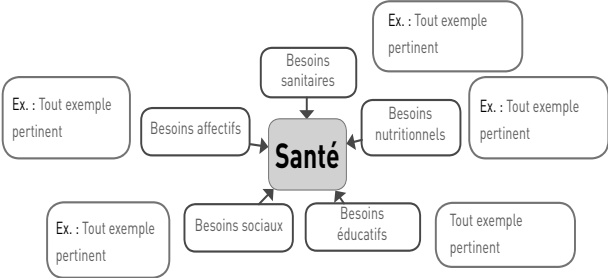
Principales causes de morbidité déclarées par sexe chez les plus de 65 ans, en % en 2008 (classées par ordre de fréquence décroissante dans la population totale).

Grands groupes de pathologies (CIM 10)	65 ans ou +			Population totale
	Hommes	Femmes	Total	
Maladies ou problèmes oculaires	84,5	92,2	88,9	58,3
Maladies concernant les os et les articulations	52,9	71,8	63,8	31,3
Maladies cardiovasculaires	74,6	73,6	74,0	29,1
Maladies endocriniennes et métaboliques	55,5	58,3	57,1	24,9
Maladies respiratoires et ORL	24,6	24,8	24,7	21,3
Causes externes, facteurs influant l'état de santé	27,7	31,7	30,0	16,1

Lecture : 74,6 % des hommes de 65 ans et plus ont une maladie cardiovasculaire. Enquête : FPS, 2008.

ACTIVITÉ 2 Concept de santé

2.1 À l'aide du document 4, compléter les encadrés du schéma en reportant les besoins à satisfaire pour être en « bonne santé » et illustrer, à partir de ses expériences et connaissances, par un exemple.



Document 4

La santé (OMS)

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS). L'individu atteint ce bien-être si ses besoins sont satisfaits et qu'il peut mettre en œuvre ses capacités physiques, intellectuelles et spirituelles. Ses besoins sont d'ordre nutritionnel, sanitaire, éducatif, social et affectif.

ACTIVITÉ 3 Notion de prévention

Après lecture du document 5

- 3.1 Relever trois niveaux de prévention et proposer un exemple d'action de prévention. (tout exemple pertinent).
- Primaire : vaccinations.
 - Secondaire : dépistage du cancer du sein (mammographie régulière, après 50 ans).
 - Tertiaire : rééducation après un accident vasculaire cérébral.

3.2 Indiquer la différence entre « prévention » et « promotion de la santé ».

La prévention intervient sur les facteurs individuels de risque alors que la promotion de la santé envisage une approche globale par une action sur l'ensemble des déterminants de santé.

Document 5

Extrait de l'introduction du rapport de la mission Flajolet

La définition de la prévention par l'OMS [...] de 1950 en distinguait traditionnellement trois types :

- La prévention primaire qui a pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les causes.
- La prévention secondaire qui vise à détecter rapidement la pathologie pour intervenir efficacement.
- La prévention tertiaire qui a pour objectif de diminuer les récidives et incapacités. [...].

Aujourd'hui, l'OMS préconise de passer de la prévention, c'est-à-dire de l'action sur les facteurs individuels de risque, à la promotion de la santé, entendue comme l'action sur les déterminants de la santé*.

* Facteurs qui influencent l'état de santé (personnels, environnementaux, organisationnels et sociaux).

ACTIVITÉ 4 Service de promotion de la santé en faveur des élèves

4.1. Relier par une flèche chaque action à la mission à laquelle elle contribue.

La mission de promotion de la santé en faveur des élèves a pour objectif de veiller à leur bien-être, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective. [...] La mission de l'école dans le domaine de la promotion de la santé s'intègre donc dans le processus éducatif. Elle vise à :

Missions	Actions
Favoriser l'équilibre et le bien-être physique, mental et social des élèves, afin de contribuer à la réalisation de leur projet personnel et professionnel.	Entretien individuel avec Aline, 17 ans, qui vient de découvrir qu'elle est enceinte, puis orientation vers le planning familial.
Détecter précocement les difficultés susceptibles d'entraver la scolarité.	Bilan de six ans, auprès des enfants de grande section de maternelle ou de CP (examen sensoriel, bucco-dentaire...).
Agir, en appui de l'équipe éducative, pour une meilleure prise en charge des élèves.	Formation des élèves de 4 ^e D au PSC1 (prévention et secours civique de niveau 1).
Accueillir et accompagner tous les élèves, leur faciliter l'accès aux soins.	Participation au groupe d'aide et d'insertion de l'établissement (lutte contre l'absentéisme et le décrochage scolaire).
Développer une dynamique d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des conduites à risque.	Organisation d'un petit-déjeuner dans le cadre d'une action sur l'hygiène alimentaire.
Contribuer à faire de l'école un lieu de vie prenant en compte les règles d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie.	Présentation à l'équipe pédagogique de Soraya, 16 ans, élève atteinte de sclérose en plaques et qui arrive dans l'établissement.

Étude d'une population

Objectif

1. Dégager les caractéristiques, à partir de données démographiques et/ou épidémiologiques, d'une population : âge, CSP, familles, état de santé...



Nadia vient d'obtenir son baccalauréat professionnel ASSP ; elle a suivi cette formation dans la ville où elle habite. Elle vient d'être recrutée pour un emploi d'assistante de responsable de secteur dans une association d'aide à domicile d'une ville voisine. Elle souhaite rechercher les différentes caractéristiques de la population de cette ville qu'elle ne connaît pas et les compare avec celles de sa commune.

ACTIVITÉ 1 Étude comparée de la population de deux communes

1.1 Rechercher les caractéristiques de deux villes de votre région sur le site de l'INSEE. Se rendre sur la page d'accueil : <http://www.insee.fr/fr/> et suivre le chemin suivant :

Base de données → Les résultats des recensements de la population → Les résultats des recensements 2008

Saisir le nom de la commune à étudier et cliquer sur [Rechercher]

Thème étudié	Graphique	Ville de	Ville de	Comparaison
Évolution de la population	POP T1M	Accroissement de la population.		Selon villes étudiées
	POP T2M	Noter un accroissement rapide ou au contraire une baisse sur une période donnée.		
	POP T3	Noter un accroissement rapide ou au contraire une baisse sur une période donnée.		
	POP T5	Étude des CSP : population plus ou moins aisée.		
Famille	FAM T1	Composition des ménages : évolution du nombre de couples sans enfants.... (à compléter avec FAM1 dans tableaux détaillés).		
	FAM T3	Évolution du nombre de familles monoparentales.		
Emploi	EMP T1	Poids du chômage. Part des CSP.		
	EMP T3			
	EMP T4			
	EMP T6	Part des salariés au regard des professions indépendantes.		
Logement	LOG T7	Part des propriétaires, poids du logement social...		
Diplômes - Formation	FOR T1	Niveau de scolarisation et poursuite d'études.		

ACTIVITÉ 2 État de santé des populations

2.1 Pour chacun des documents ci-dessous, préciser l'indicateur qu'il illustre et reporter, dans l'encadré, le numéro du type d'indicateur auquel il correspond. S'aider du document 1.

<p>Population francilienne par grands groupes d'âge INSEE. RP 1999 et RP 2008 exploitations principales.</p>		<p>Mortalité par tumeurs du côlon-rectum en Bretagne La mortalité par tumeurs du côlon-rectum a peu évolué au cours de la décennie allant de 1993 à 2002. La baisse des taux masculins et féminins est du même ordre (de 12 à 15 %), (Plan régional de santé publique – Bretagne – juin 2008).</p>	
Population par âge	N°1	Morbidité spécifique	N°4
<p>Décès annuels domiciliés, base 100 en 1990 INSEE. État civil.</p>		<p>Déclaration de « maladie chronique » selon l'âge Enquête nationale Santé 2002-2003, INSEE.</p>	
Mortalité	N°2	Morbidité	N°3

Document 1 La loi de santé publique d'avril 2004

La loi a défini des objectifs nationaux de la politique de santé. Dans le cadre de l'élaboration de la loi, une consultation nationale a permis d'identifier 100 objectifs liés à des problèmes de santé dont l'alcoolisme, le tabagisme, les accidents liés au travail, le saturnisme, les hépatites, le cancer...

Un travail a été conduit en 2004 pour définir des indicateurs directement liés aux objectifs de santé spécifiques définis, mais aussi des indicateurs transversaux permettant d'apprécier l'état de santé de la population :

1. Les indicateurs de cadrage démographique et social.
2. Les indicateurs synthétiques sur la base des données de mortalité.
3. Les indicateurs prenant en compte la morbidité.
4. Les indicateurs de contribution relative de problèmes de santé spécifiques.
5. Les indicateurs portant sur les inégalités sociales de santé.

Ces indicateurs permettent l'élaboration d'un rapport annuel sur l'état de santé des Français, décliné au niveau régional.



Notions de démographie et de santé publique

1 Démographie

1.1 La définition du terme « démographie »

Selon l'INED (Institut national d'études démographiques), la démographie est « l'étude des populations visant à connaître leur effectif, leur composition par âge, sexe, statut matrimonial, etc, et leur évolution future. Elle utilise les informations statistiques fournies par les recensements et l'État ».

1.2 Les indicateurs (source INED)

Natalité

La natalité correspond au nombre de naissances sur une période donnée. Mise en regard de la mortalité, elle participe à évaluer l'évolution naturelle d'une population.

Elle dépend du nombre de femmes dans une population et de leur fécondité.

Taux de natalité = nombre de naissances vivantes de l'année / population moyenne sur la même période.

Fécondité

C'est le nombre de naissances vivantes rapporté au nombre de femmes en âge de procréer.

L'indicateur conjoncturel de fécondité mesure la fécondité d'une année.

Morbidité

C'est le nombre de maladies, de blessures et d'incapacités dans une population donnée. L'incidence d'une maladie correspond au nombre de cas apparus pendant une année au sein d'une population, tandis que la prévalence est le nombre total de personnes malades à un moment donné.

Mortalité

C'est le nombre de décès survenus dans une population.

Taux de mortalité = nombre de décès / population totale moyenne d'une année (souvent exprimé pour 1 000 personnes).

On peut exprimer la mortalité selon la cause (mortalité par cancer), par âge (mortalité des 55 ans et plus), par sexe...

2 Concept de santé

Facteurs pouvant influencer l'état de la personne.

Facteurs ENDOGÈNES

- patrimoine génétique,
- hormonaux,
- âge,
- sexe (espérance de vie des femmes > à celle des hommes),
- passé sanitaire.

Facteurs EXOGÈNES

CADRE DE VIE

- urbanisme, habitat,
- équipements (culturels, éducatifs, sanitaires...),
- milieu et conditions de travail (bruit, chaleur...),
- pollution, nuisances de l'environnement.

MODE DE VIE

- rythmes de vie: sédentarité, détente, activités,
- rythmes de travail...
- équilibre nutritionnel,
- consommation de tabac, alcool, drogues, médicaments...

MILIEUX RELATIONNELS

- milieux:
- familial,
 - socio-affectif,
 - socio-économique,
 - socio-éducatif
 - socio-culturel,
 - socio-professionnel...

CONFORT, SALUBRITÉ, SÉCURITÉ

HYGIÈNE DE VIE, SÉCURITÉ

COMMUNICATION, SÉCURITÉ

peuvent influencer positivement ou négativement le développement et l'état de santé de la personne.

CROISSANCE, DÉVELOPPEMENT, ÉQUILIBRE, HARMONIE

TROUBLES FONCTIONNELS, TROUBLES DU COMPORTEMENT, MALADIES

3 Prévention

La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre ou la gravité des maladies ou accidents. Ces mesures peuvent cibler la survenue du risque, elle se décline alors en trois niveaux (primaire, secondaire et tertiaire) selon que l'on se situe avant, pendant ou après la maladie, l'accident ou le handicap. Il existe d'autres approches de la prévention dont celle du professeur San Marco reprise par d'autres chercheurs.

"Ciblée": sur les malades pour les aider à gérer leur traitement de façon à en améliorer le résultat (éducation thérapeutique).

"Universelle": l'ensemble de la population est concernée, quel que soit son état de santé.

"Orientée" pour éviter la survenue de la maladie dont les sujets sont menacés.



4 Service de promotion de la santé en faveur des élèves

RECTORAT		Médecin conseiller du recteur		Infirmier conseiller du recteur			
INSPECTION ACADÉMIQUE	Médecin conseiller du directeur d'académie	Infirmier conseiller du directeur d'académie	Médecin conseiller du directeur d'académie	Infirmier conseiller du directeur d'académie	Médecin conseiller du directeur d'académie	Infirmier conseiller du directeur d'académie	...
SECTEURS ÉCOLES	Médecin de secteur + infirmières de secteur	Médecin de secteur + infirmières de secteur	Médecin de secteur + infirmières de secteur	Médecin de secteur + infirmières de secteur	Médecin de secteur + infirmières de secteur	Médecin de secteur + infirmières de secteur	...
Les missions <ul style="list-style-type: none"> • Gestion des urgences individuelles (enfance en danger) et collectives • Accueil des élèves présentant une maladie évoluant sur le long cours • Dépistage précoce des troubles des apprentissages • Visites médicales en vue de l'obtention des dérogations au travail sur machines proscrites par le Code du travail pour les mineurs dans les lycées professionnels • Suivi des élèves à besoins éducatifs particuliers 							

5 Étude d'une population

L'étude d'une population permet d'en déterminer les caractéristiques pour orienter la politique de santé. Elle s'appuie sur :

- des indicateurs de cadrage démographique et social (**évolution de la population, répartition par âge, natalité, fécondité, niveau de diplôme, catégories socio-professionnelles, taux de chômage...**) ;
- des indicateurs synthétiques de mortalité (**espérance de vie, taux de mortalité, mortalité évitable**) ;
- des indicateurs synthétiques sur la morbidité déclarée (santé perçue, personnes **déclarant être limitée dans les activités**) ;
- des indicateurs relatifs aux problèmes de santé spécifiques (causes de mortalité, principales causes de morbidité...).

Les altérations de la santé

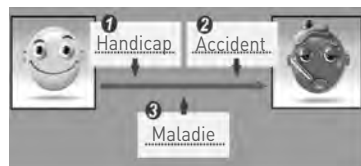
● Objectif

1. Présenter des causes d'altération de la santé et leurs caractéristiques.

ACTIVITÉ 1 Les causes d'altération de la santé

1.1 À partir des situations ci-dessous, identifier trois causes d'altération de la santé et compléter le schéma.

1. Marvin est paralégique (paralysie des membres inférieurs) depuis sa naissance. Il souffre parfois de crises douloureuses intenses.
2. Javier souffre de troubles respiratoires graves suite à l'inhalation de fumées toxiques lors d'un accident sur son lieu de travail.
3. En ce mois de janvier, l'épidémie de grippe est à son maximum. Elle n'a pas épargné Maxence.



ACTIVITÉ 2 La maladie et ses caractéristiques

2.1 Rechercher la définition des mots soulignés dans le document 1.

- Morbide : qui relève de la maladie, la caractérise ou en résulte (Larousse.fr).
- Diagnostic : identification par le médecin de la nature et de la cause de la maladie.
- Pronostic : prévision faite par le médecin sur l'évolution et l'aboutissement d'une maladie (Larousse.fr).

2.2 À l'aide du document 1, retrouver pour chacune des situations la caractéristique de la maladie évoquée.

1. Ce matin, Nader se réveille avec de la fièvre, la gorge douloureuse et le nez qui coule.	2. Suite à des années de tabagisme, Roland souffre en permanence de bronchite.	3. Forte fièvre, courbatures, grande fatigue... pas de doute c'est la grippe.	4. Après une fracture du tibia, Jean fait une radiographie de contrôle : il est en voie de guérison.
Symptôme	Chronicité	Diagnostic	Évolution
5. Une rupture d'anévrisme suite à une poussée hypertensive.	6. Il s'agit effectivement d'une tumeur de petit diamètre. Le diagnostic en a été précoce, l'évolution devrait être favorable avec le traitement que nous envisageons.	7. En examinant Mathias, le médecin évoque une pneumonie secondaire à la grippe.	
Étiologie	Pronostic	Complication	

Document 1 Qu'est-ce qu'une maladie ?

Une maladie se définit par une altération de l'état de santé correspondant à un état morbide. La cause (ou étiologie) en est le plus souvent connue. Elle se caractérise par des signes (observés par le médecin) ou symptômes (ressentis par le malade) plus ou moins spécifiques qui permettent au médecin d'en poser le diagnostic. Le pronostic de la maladie est conditionné par l'état de la personne, son âge, ses conditions de vie, son environnement. L'évolution de la maladie peut se faire vers la guérison [ou] avec des complications plus ou moins graves, impactant le pronostic [ou] vers la chronicité, c'est-à-dire qu'elle va se poursuivre sur plusieurs années avec des retentissements sur la vie quotidienne [ou] vers la mort. De nombreuses maladies sont plurifactorielles, leur survenue dépend de l'environnement, du vécu de l'individu mais aussi de son patrimoine génétique.

ACTIVITÉ 3 Le handicap

3.1 Souligner, dans le document 2, les trois éléments qui caractérisent le handicap.

3.2 Illustrer ces caractéristiques par des éléments de la situation A.

- Altération : atteinte de la moelle épinière ou paraplégie.
- Limitation d'activité : impossibilité de se déplacer.
- Restriction de participation à la vie sociale : ne peut plus travailler en service de réanimation.

3.3 Indiquer comment Antoine peut à nouveau participer à la vie sociale.

- Rééducation.
- Acquisition d'un fauteuil.
- Formation et reclassement professionnels.

3.4 Préciser l'importance des facteurs environnementaux dans la situation B.

L'aménagement de son immeuble permet à Marie-France de rentrer chez elle malgré son handicap, tandis que Annabelle, en situation de handicap de façon temporaire, ne peut rejoindre seule son logement faute d'ascenseur.

Document 2

Loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou de plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie.

Situation A

Antoine a obtenu son diplôme d'infirmier en 2002. Après avoir exercé dans différents services, il obtient le poste qu'il convoitait depuis longtemps dans le service de réanimation cardiaque. Il y travaille avec passion jusqu'à un stupide accident ; il tombe dans l'escalier en allant prendre son service. La chute a provoqué une lésion de la moelle épinière avec pour conséquence une paraplégie. Après plusieurs mois de rééducation et l'acquisition d'un fauteuil roulant, il souhaite reprendre une activité professionnelle mais il ne peut plus assurer sa mission dans le service de réanimation. On lui propose alors de rejoindre le service d'addictologie avec une formation en promotion de la santé. Il s'investit dans ce nouveau challenge et y trouve satisfaction.

Situation B

Marie-France, tétraplégique, accède à son appartement situé au 1^{er} étage grâce au monte-escalier installé dans le foyer-résidence. Annabelle, les deux jambes dans le plâtre après une mauvaise chute, ne peut pas rentrer chez elle, au cinquième sans ascenseur.

ACTIVITÉ 4 L'accident

4.1 À partir de la définition de l'accident, proposer un exemple de situation d'accident en en reprenant les caractéristiques. L'exemple doit évoquer l'arrivée brusque et imprévue, la nature de l'accident et ses conséquences sur la santé.

Document 3

L'accident

Selon l'encyclopédie Aris, l'accident est un « événement malheureux et imprévu qui survient brusquement et cause des dégâts matériels ou corporels ».

L'OMS définit l'accident comme « un événement indépendant de la volonté humaine, provoqué par une force extérieure agissant rapidement et qui se manifeste par un dommage corporel ou mental ».

4.2 En faisant appel à ses connaissances, dégager les trois principales causes d'accident en France.

Accidents de la vie quotidienne, accidents de la route, accidents du travail.



La santé dans le monde

- Objectifs
1. À partir de documents, comparer l'état de santé de populations de différents pays.

Les Statistiques sanitaires mondiales 2009 contiennent la compilation annuelle par l'OMS des données provenant de ses 193 États membres et un résumé des progrès accomplis vers les 8 objectifs du millénaire pour le développement (OMD) adoptés au sommet du Millénaire en septembre 2000.

ACTIVITÉ 1 Les indicateurs sanitaires

1.1 Repérer, dans le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde, les différents types d'indicateurs et en donner un exemple à trouver sur http://www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS09_Full.pdf.

Indicateurs sanitaires	Exemples
Mortalité et charge de morbidité	Tout exemple d'indicateur relevé dans le document.
Mortalité par cause spécifique et morbidité	
Maladies infectieuses sélectionnées	
Couverture par les services de santé	
Facteurs de risque	
Personnel de santé, infrastructures sanitaires et médicaments essentiels	
Dépenses de santé	
Iniquités en matière de santé	
Statistiques démographiques et socio-économiques	

1.2 Préciser l'indicateur qui illustre la charge de morbidité et en indiquer l'intérêt.

L'espérance de vie en bonne santé permet d'évaluer le nombre d'années qu'une personne peut vivre en bonne santé. Elle prend en compte les incapacités qui peuvent altérer la vie de la personne.

1.3 Les OMD 4, 5 et 6 sont directement liés à la santé. Pour chacun de ces objectifs, retrouver un indicateur de suivi des progrès accomplis.

OMD		Indicateur 1	2000	2007	Commentaire
4	Réduire la mortalité chez l'Enfant	Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes).	33 %	25 %	Mortalité infantile en baisse.
5	Améliorer la santé maternelle	Naissances assistées par du personnel de santé qualifié.	93 %	95 %	Amélioration globale des conditions d'accouchement.
6	Combattre le VIH / sida, le paludisme et d'autres maladies	Prévalence de la tuberculose (pour 100 000 hab.).	98 %	75 %	Baisse du nombre de cas de tuberculose sauf dans la région africaine.

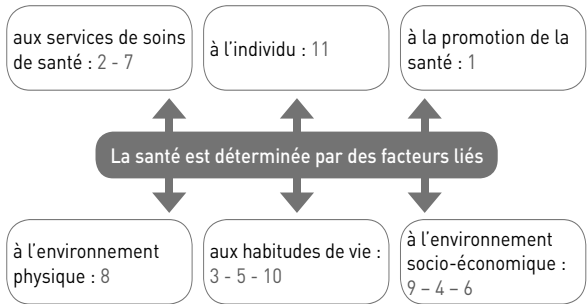
1.4 À partir des documents 1 et 2, indiquer dans les encadrés la ou les propositions correspondant aux déterminants de santé.

Document 1

Les déterminants de santé

Aujourd'hui, il est généralement reconnu que la santé des êtres humains est fortement influencée par les conditions de vie, les modes de vie et les comportements. Contrairement aux facteurs biologiques et génétiques, ces influences sont regroupées sous le terme de « déterminants de la santé ». Ces déterminants sont liés entre eux et ne peuvent pas être examinés individuellement. Ils agissent en de multiples interactions et processus qui s'influencent mutuellement.

www.quint-essenz.ch/fr/topics/1273



Document 2

« L'état de santé de la population européenne » (Extraits)

1. La situation de la vaccination est résumée dans la section sur les maladies évitables par la vaccination. Le dépistage se fait avant la naissance, pendant l'enfance et à l'âge adulte pour certains cancers.

2. Il est important aussi de s'intéresser aux services de soins de santé pour leur donner la place qui leur revient parmi les déterminants positifs de l'état de santé des populations.

3. Un régime déséquilibré a des effets sur la santé sur le long terme, comme les maladies circulatoires, les cancers et le diabète non insulino-dépendant.
4. Des effets négatifs sur la santé peuvent être imputés aux conséquences économiques, sociales et psychologiques du chômage.

5. Le tabagisme est nocif au fumeur individuel, mais aussi aux autres individus à travers le tabagisme passif.

6. La prévalence de mauvais états de santé s'accroît régulièrement à mesure que le niveau de revenus décroît.

7. Au niveau hospitalier, le nombre de personnes hospitalisées, de lits pour soins psychiatriques et pour maladies aiguës pour 1 000 habitants a diminué depuis 1970.
8. Les données disponibles suggèrent que les polluants aériens pourraient être associés au décès de 40 000 à 150 000 adultes par an.

9. Des études finlandaise et néerlandaise montrent que, plus le niveau d'éducation est élevé, plus l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé sont élevées.

10. Parmi les toxicomanes, le partage de matériel d'injection contaminé est le principal moyen de transmission du VIH et de l'hépatite.
11. Principales causes de mortalité pour différents groupes d'âge dans les pays de l'Union européenne.

Principales causes de mortalité		
Âge	Hommes	Femmes
< 1 an	Problèmes périnataux et syndrome de mort subite du nourrisson	
1-4	Accidents en véhicule à moteur	
5-9	Accidents en véhicule à moteur	
10-14	Accidents en véhicule à moteur	
15-19	Accidents en véhicule à moteur	
20-24	Accidents en véhicule à moteur	
25-29	Accidents en véhicule à moteur	
30-34	Accidents en véhicule à moteur	Suicide
35-39	Suicide	Cancer du sein
.....
75-79	Cardiopathie ischémique	
80-84	Cardiopathie ischémique	Affection vasculaire cérébrale
≥ 85	Maladies de circulation pulmonaire et autres cardiopathies	



Les altérations de la santé

La santé dans le monde

1 Les causes des altérations de la santé

Rappelons que « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Une atteinte d'un de ces trois aspects entraînera une altération de la santé. Maladie, handicap, accident peuvent en être à l'origine.



2 L'état de la santé dans le monde

2.1 Les indicateurs de santé

Pour publier ses « statistiques sanitaires mondiales », l'OMS s'appuie sur des indicateurs de santé :

- mortalité et charge de morbidité ;
- maladies infectieuses sélectionnées ;
- facteurs de risque ;
- dépenses de santé ;
- statistiques démographiques et socio-économiques.
- mortalité par cause spécifique et morbidité ;
- couverture par les services de santé ;
- personnel de santé, infrastructures sanitaires et médicaments essentiels ;
- iniquités en matière de santé ;

2.2 Les déterminants de santé

Selon l'OMS, les déterminants de santé sont les « facteurs personnels, socio-économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations ».



2.3 Les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD)

Lors du sommet du Millénaire en 2000, les chefs d'État et de gouvernements de 189 pays se sont donné pour objectifs la réduction de l'extrême pauvreté et de la mortalité infantile, la lutte contre plusieurs épidémies, dont le sida, l'accès à l'éducation, l'égalité des sexes, et l'application du développement durable. Pour cela, huit objectifs ont été définis dont trois sont particulièrement axés sur la santé.

Objectif 4 - Réduire la mortalité infantile et post-infantile	Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.
Objectif 5 - Améliorer la santé maternelle	Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle. Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015.
Objectif 6 - Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	D'ici à 2015, avoir enrayer la propagation du VIH/sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle. D'ici à 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida. D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies graves et commencer à inverser la tendance actuelle.

Le sommet de 2010 sur les OMD, à mi-chemin entre 2000 et 2015, reconnaît des progrès, notamment sur la santé de l'enfant, le sida, la tuberculose, le paludisme mais pointe également là où il y a peu d'avancées comme la santé maternelle et néonatale.

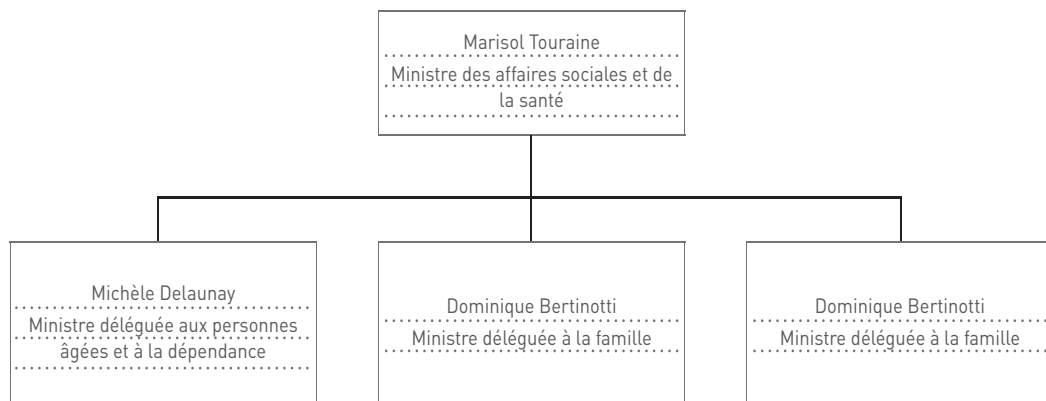
Organisation sanitaire et sociale en France

Objectifs

1. Présenter schématiquement l'organisation sanitaire et sociale au niveau de l'État et des collectivités territoriales.
2. Donner quelques exemples de compétences dans le secteur sanitaire et social pour chaque niveau.

ACTIVITÉ 1 Le niveau national de l'organisation sanitaire et sociale

1.1 À partir du site du gouvernement (<http://www.gouvernement.fr/gouvernement/composition-du-gouvernement>), compléter l'organigramme en précisant le nom des ministres (ministre et ministres délégués) en charge de la santé et des affaires sociales ainsi que leur domaine de compétence).



ACTIVITÉ 2 L'organisation sanitaire et sociale de l'État dans les territoires

2.1 Dans le document 1, souligner, en rouge, les instances relevant du niveau régional et, en vert, celles relevant du niveau départemental.

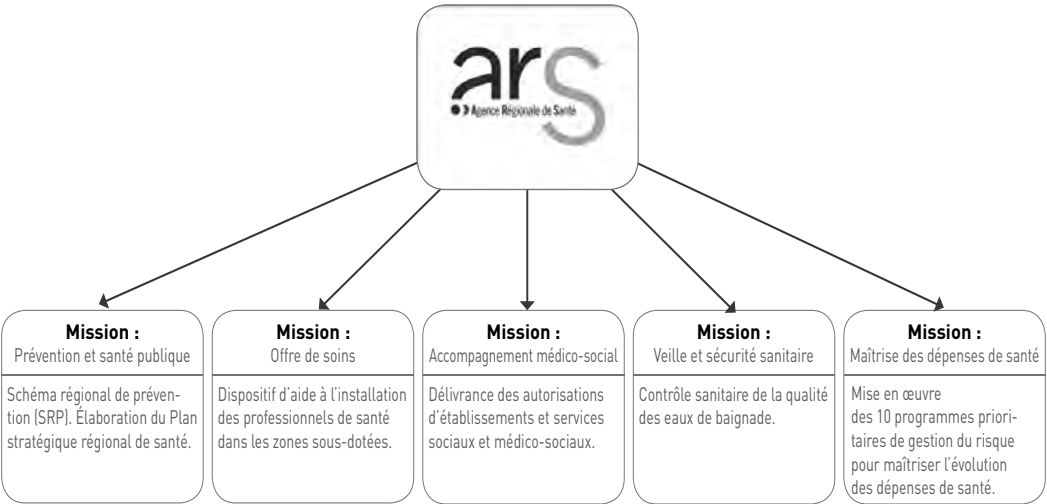
Document 1 La réforme de l'administration territoriale

Depuis le 1^{er} juillet 2010, les niveaux régional et départemental constituent ensemble l'administration territoriale de l'État. Ils exercent chacun un rôle différent mais ils dépendent l'un de l'autre et s'appuient mutuellement pour la mise en œuvre des politiques ministérielles au service des administrés et de l'intérêt général.

Il en est ainsi pour l'organisation sanitaire et sociale :

- les Agences régionales de santé sont des établissements publics chargés de mettre en œuvre la politique de santé définie par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Elles sont relayées au niveau départemental par les délégations territoriales.
- les Directions régionales de Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale sont les représentantes sur le territoire de plusieurs ministères (ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative, ministère des Sports). Elles assurent le pilotage et la coordination des politiques décidées par ces ministères et leur mise en œuvre. Au niveau départemental, il existe des Directions départementales de la protection des populations, de la cohésion sociale et du territoire placées sous la tutelle du Premier ministre ; en fonction de l'importance de la population, elles peuvent être regroupées ou non.

2.2 À partir du portail des agences régionales de santé (<http://www.ars.sante.fr>), repérer les champs d'action de l'ARS et compléter le schéma en donnant un exemple d'action pour chaque champ.



2.3 À partir du portail des Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (<http://www.drjcs.gouv.fr/>), repérer les missions des DRJCS, compléter le tableau et proposer, pour chacune, un exemple d'action, en recherchant sur un ou plusieurs sites régionaux.

Site régional : DRJCS de	
Missions	Exemple d'action mise en œuvre
Ex. : Actions sociales de la politique de la ville	Lien social et citoyenneté, en lien avec l'ACSE (Agence nationale de la cohésion sociale et de l'égalité des chances)
Protection des personnes vulnérables et accès à l'hébergement	Plan stratégique régional de santé Suivi des publics accueillis dans les dispositifs de veille sociale (outil d'observation)
Prévention et lutte contre les exclusions	Programme régional pour l'intégration des populations immigrées
Promotion de l'égalité des chances	Participation au dispositif « L'École ouverte » piloté par le rectorat
Prévention et lutte contre les discriminations	Formation des acteurs à la prévention et la lutte contre les discriminations (recensement des besoins, élaboration des commandes et suivi des formations)
Insertion sociale des personnes handicapées	Agrément des organismes de vacances adaptés pour personnes handicapées
Formation et la certification pour les professions sociales et de la santé non médicales	Résultats des examens (DEAS, DEAP, DEAMP...)

ACTIVITÉ 3 Le Plan régional de santé

3.1 Après lecture du document 2, indiquer l'intérêt d'un Plan régional de santé.

Le PRS permet à l'ARS et à ses partenaires de définir les objectifs de santé pour une période de 5 ans.

Document 2 Le Plan régional de santé

La stratégie d'une ARS est définie dans son projet régional de santé (PRS). Celui-ci est prévu par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires de juillet 2009 : « Le Projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'Agence régionale de santé dans ses domaines de compé-

tences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. » Pour les ARS, le PRS devient l'outil stratégique unifié de la politique régionale de santé, intégrant un ensemble de démarches stratégiques en faveur de la santé, défini au sens (prévention, soins hospitaliers et ambulatoires et médicosocial).

La protection sociale en France

Objectifs

1. Définir un risque social.
2. Citer les principaux risques sociaux.
3. Indiquer les principaux types de protection sociale, leurs rôles respectifs et leur financement.
4. Indiquer les principaux risques couverts par la Sécurité sociale.

ACTIVITÉ 1 Les principaux risques sociaux

1.1 Relever, dans le document 1, les deux risques représentant les prestations les plus importantes et donner une explication à ce constat.

- Risque Vieillesse et risque Maladie.

- Le vieillissement de la population et les problèmes de santé qui en découlent font augmenter les dépenses liées au versement des pensions de retraite et aux soins.

1.2 À l'aide du document 2, identifier les principaux risques sociaux en les soulignant.

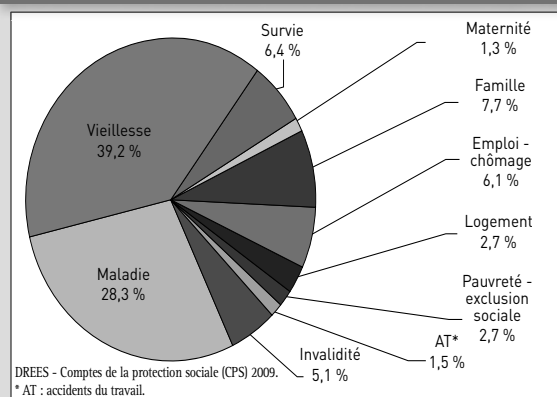
1.3 Pour chacune des situations suivantes, indiquer le risque et son impact sur les revenus de la personne.

Situation	Risque	Baisse des ressources	Hausse des dépenses
Marina est professeur des écoles. Enceinte de 6 mois, elle sera en congé maternité dans quelques semaines.	Maternité	X	
Samir et Nadia ont trois enfants, tous scolarisés.	Famille		X
Juan souffre d'une forte grippe. Son médecin lui a prescrit un arrêt de travail de huit jours et des médicaments.	Maladie	X	X
Albert, conseiller financier, vient de perdre son emploi.	Chômage	X	

1.4 À partir des activités précédentes, proposer une définition du risque social.

Événement pouvant survenir dans la vie d'un individu et ayant une influence sur ses revenus, soit en accroissant ses dépenses, soit en diminuant ses revenus.

Document 1 La ventilation des prestations de protection sociale par risques



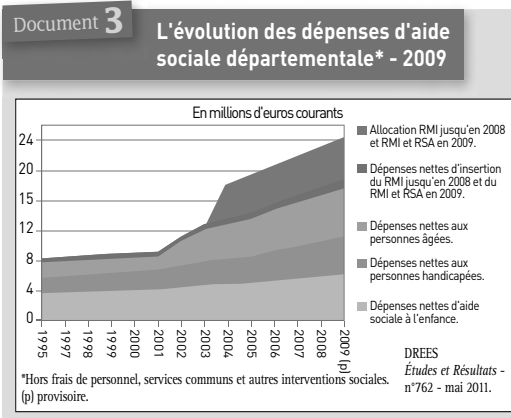
Document 2 Les risques sociaux - CPS, 2009

Les Comptes de la protection sociale visent à décrire l'ensemble des opérations contribuant à la couverture des risques sociaux auxquels les ménages sont exposés (santé, vieillesse-survie, maternité-famille, emploi, logement, pauvreté-exclusion sociale), en considérant l'ensemble des régimes ou organismes ayant pour mission d'en assurer la charge dans un cadre de solidarité sociale.

ACTIVITÉ 2 Le système de protection sociale en France

2.1 À l'aide des documents 3 à 7, compléter le tableau présentant les différents types de protection sociale.

Type de protection sociale	Rôle(s)	Financement
Aide sociale légale départementale	Prise en charge du RSA. Dépenses en faveur des personnes âgées, handicapées, de l'enfance.	- Impôts. - Certaines aides ont un caractère d'avance, elles devront donc être remboursées si la personne revient à meilleure fortune ou lors de la succession.
Aide sociale légale d'État	Aide médicale, fonctionnement des ESAT, logement et hébergement.	
Sécurité sociale	Prise en charge des risques liés aux branches maladies, familles, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse.	- Cotisations salariales et patronales assises sur les salaires, obligatoires. - CSG et CRDS.
Retraites complémentaires	Complément à la retraite de base de la Sécurité sociale.	Cotisations salariales et patronales assises sur les salaires, obligatoires.
Mutuelles	Complément total ou partiel des remboursements par la Sécurité sociale des frais de santé.	Cotisations des adhérents, adhésion volontaire.



Document 4 L'aide sociale légale

L'aide sociale légale a un caractère subsidiaire (en dernier recours) et alimentaire (répondant aux besoins nécessaires à sa vie quotidienne). Elle est encadrée par la loi et les règlements et constitue un droit pour les personnes résidant en France et satisfaisant aux conditions légales et réglementaires. Elle est financée par l'impôt.

L'aide sociale légale fait intervenir trois acteurs publics : le **département** qui dispose de la compétence de droit commun en matière d'aide sociale, l'**État** en charge d'une compétence résiduelle mais importante (notamment l'aide médicale d'Etat, le fonctionnement des établissements ou services d'aide par le travail - ESAT - et l'aide sociale en matière de logement et d'hébergement), l'**échelon communal**.

Document 5 L'organisation de la Sécurité sociale

La Sécurité sociale se compose d'un ensemble d'institutions qui ont pour fonction de protéger les individus des conséquences de divers événements ou situations, généralement qualifiés de risques sociaux. On distingue quatre branches de la Sécurité sociale prenant en charge différents risques :

- la branche maladie (maladie, maternité, invalidité, décès) ;
- la branche famille (dont handicap et logement...) ;
- la branche accidents du travail et maladies professionnelles ;
- la branche retraite (vieillesse et veuvage).

Le financement provient des cotisations salariales et patronales prélevées sur les salaires. La Contribution sociale généralisée (CSG) et la Contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) sont prélevées sur les salaires et autres revenus.

Document 6 Les retraites complémentaires

La retraite Arrco¹ ou Agirc² est complémentaire à la retraite de base versée par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole.

Autrement dit, les salariés du secteur privé cotisent pour leur retraite de base auprès de leur régime général de Sécurité sociale et pour leur retraite complémentaire auprès d'une caisse de retraite Arrco ou Agirc s'ils sont cadres.

Les règles de la retraite complémentaire reposent sur le principe de la répartition : les cotisations versées par les salariés et leurs employeurs servent à payer immédiatement les pensions aux retraités.

¹ Arrco : Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés.
² Agirc : Association générale des institutions de retraite complémentaire des cadres.

Document 7 Les mutuelles

Dans la majorité des cas, la Sécurité sociale ne couvre qu'une partie des frais engagés par l'assuré social (frais médicaux, optique, dentaire, frais d'hospitalisation...). Les complémentaires santé des mutuelles complètent partiellement ou totalement les remboursements de la Sécurité sociale. Leurs ressources proviennent de la cotisation des adhérents.



Organisation sanitaire et sociale Protection sociale en France

1 L'organisation sanitaire et sociale en France

1.1 Au niveau central

Au fil des gouvernements, les structures ministérielles évoluent aussi bien dans leur dénomination que dans leurs champs d'action. Toutefois, on retrouve toujours dans chaque gouvernement un ou des ministères en charge de la Santé et des Affaires sociales.



1.2 Au niveau régional

Depuis juillet 2010, dans le cadre de la révision générale des politiques publiques, une réorganisation des services de l'État a eu lieu. Les services locaux ont été remodelés et certains ont disparu pour réduire le nombre d'intervenants, raccourcir les délais et traiter l'intégralité d'une demande selon son sujet. Les Directions régionales sont chargées de mettre en œuvre les politiques publiques et de piloter leur adaptation aux territoires.

Les Directions régionales en charge de la santé et des affaires sociales



Au niveau départemental, les ARS se déclinent en délégation territoriale.

La Direction départementale à la cohésion sociale est une des trois directions départementales interministérielles possibles, en fonction de la taille du département et des besoins de la population.

2 La protection sociale en France

2.1 Les risques sociaux

La vie de la personne et de sa famille peut être perturbée par des événements qui auront un impact sur ses ressources, soit en diminuant ses revenus, soit en augmentant ses dépenses. On parle de « risques sociaux » dans la mesure où est mise en place une garantie collective pour pallier ces effets. Ce sont :

- le risque santé ;
- le risque maternité-famille ;
- le risque pauvreté-exclusion ;
- le risque vieillesse-survie ;
- le risque emploi-chômage ;
- le risque logement.

2.2 Le système de protection sociale en France

Le système de protection sociale est assuré par la Sécurité sociale et ses différents régimes, l'État et les collectivités locales pour l'aide sociale légale et des organismes de couverture complémentaire. La Sécurité sociale est fondée sur les principes de solidarité et de répartition. Ainsi, ce sont les salaires des actifs qui, par des prélèvements obligatoires (cotisations salariales et patronales), vont financer les prestations versées aux assurés sociaux.

La protection sociale regroupe :

- La Sécurité sociale
- Les régimes de retraites complémentaires
- L'assurance chômage
- L'aide sociale de l'État
- L'aide sociale des collectivités territoriales
- Les mutuelles
- Les institutions de prévoyance
- Les sociétés d'assurance

La Sécurité sociale comprend :

- Le régime général*
- Le régime agricole
- Le régime social des indépendants
- Les régimes spéciaux

*concerne les salariés et assimilés

Le régime général est composé de 5 branches :

- Maladie
- Retraite
- Accidents du travail-maladies professionnelles
- Famille
- Recouvrement

L'aide sociale légale

Au niveau de l'État

- Aide médicale d'État
- Fonctionnement des établissements ou services d'aide par le travail
- Aide sociale pour le logement et l'hébergement

Au niveau des collectivités territoriales

Département

- Revenu de solidarité active
- Aide sociale aux personnes âgées
- Aide sociale aux personnes handicapées
- Aide sociale à l'enfance

Commune (CCAS)

- Admission d'urgence à l'aide sociale
- Instruction des dossiers d'aide sociale



L'adolescence et la puberté

Objectifs

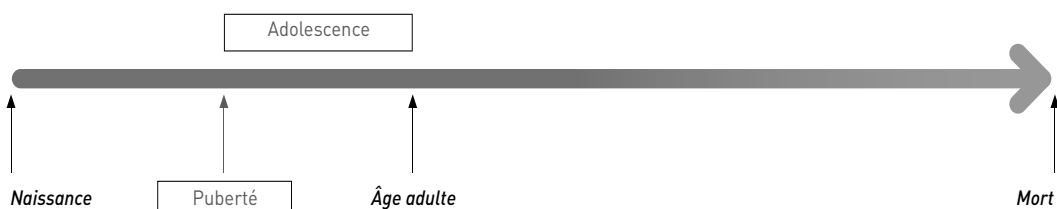
1. Différencier adolescence et puberté.
2. Présenter et justifier les principales caractéristiques de l'adolescence : transformations physiques et physiologiques, transformations psychologiques et relationnelles.

ACTIVITÉ 1 Puberté et adolescence

1.1 À l'aide du document 1, indiquer la différence entre puberté et adolescence.

La puberté marque le début de l'adolescence et se caractérise par la survenue des caractères sexuels secondaires et l'aptitude à la procréation. L'adolescence est une période qui débute à la puberté et se termine à l'âge adulte, c'est-à-dire de 11-13 ans à 18-20 ans.

1.2 Replacer sur l'échelle ci-dessous la puberté et l'adolescence.



Document 1 Qu'appelle-t-on puberté et adolescence ?

La puberté (étymologiquement : époque où apparaissent les poils pubiens) est le passage de l'enfance à l'adolescence et se traduit par la survenue des caractères sexuels secondaires et l'aptitude à la procréation. Elle survient de plus en plus tôt, de 10 à 13 ans chez la fille et de 12 à 14 ans chez le garçon.

L'adolescence est une étape importante comprise entre l'enfance et l'âge adulte, dominée par des changements, des bouleversements qui modifient l'apparence physique et interviennent fortement dans la construction de la personnalité.

ACTIVITÉ 2 Les transformations physiques et physiologiques à la puberté

2.1 En vous aidant du document 2 et de vos connaissances, préciser l'origine de l'apparition des caractères sexuels secondaires.

Ils apparaissent suite à une sécrétion des hormones sexuelles : la testostérone et les oestrogènes.

2.2 Compléter le tableau ci-dessous.

Caractères sexuels secondaires	Chez la fille	Chez le garçon
Organes génitaux et annexes	- Augmentation du volume des ovaires et de l'utérus - Pousse mammaire - Plus tard, les premières règles	- Augmentation du volume des testicules et de la taille du pénis - Les premières éjaculations
Physionomie	- Elargissement du bassin, des hanches - La taille se marque - Croissance importante	- Augmentation de la masse musculaire - Elargissement des épaules - Croissance importante mais tardive
Pilosité	- Au pubis (triangle pubien) - Aux aisselles	- Au pubis, aux aisselles - Au visage, aux membres et au torse

Document 2 La puberté et ses transformations corporelles

La puberté est due à la maturation du système nerveux central qui aboutit au fonctionnement de l'hypothalamus et de l'hypophyse. Les sécrétions hypophysaires (FSH et LH) vont stimuler la production d'hormones sexuelles, la testostérone et les œstrogènes, par les organes génitaux : les testicules et les ovaires. Il en résulte une maturation des organes génitaux avec augmentation du volume et l'apparition des caractères sexuels secondaires spécifiques à chaque sexe :

- poussée mammaire et élargissement du bassin avec une taille marquée chez la fille ;
- développement de la masse musculaire et des épaules chez le garçon ;
- apparition de la pilosité au pubis, aux aisselles et sur le visage et le corps pour les garçons ;
- accélération de la croissance chez la fille puis, plus tard, chez le garçon (jusque 20 cm en 2 ans) ;
- augmentation de l'activité des glandes sébacées, des glandes sudoripares responsables de la transpiration.

ACTIVITÉ 3 Les transformations psychologiques et relationnelles

3.1 À l'aide du document 3, compléter le tableau ci-dessous.

Les transformations s'expriment par :	Justifications
Le langage	- Largement basé sur le verlan
Le « look »	- Choix des vêtements, maquillage, bijoux et coiffure pour les filles - Tatouage et piercing
La consommation	- Vêtements de marque et à la mode du moment
Le goût du risque et de la liberté Le besoin de s'affirmer	- Liberté de se déplacer - Pratique de sports de glisse : skate, rollers...
La vie sentimentale et amoureuse	- Premier rapport sexuel et premières constructions amoureuses tâtonnantes et balbutiantes
La prise de distance avec les parents	- Ils commencent à vivre quand les parents s'endorment.
Les relations privilégiées avec les copains	- Ils doivent connaître les codes vestimentaires du moment afin de faire partie du groupe - L'adolescence est le temps des grandes amitiés
La recherche de loisirs	- En priorité la musique - Le sport, le cinéma...

Document 3 L'adolescence, un mode de vie



Les transformations psychologiques et relationnelles s'expriment de différentes façons.

Ce qui caractérise fondamentalement un adolescent en 2009 ? Son mode de vie, à commencer par son langage, largement basé sur le verlan, même dans les milieux aisés (une fille est une « meuf », verlan de « femme », y compris à Neuilly-sur-Seine). La culture adolescente contemporaine, par ailleurs, manifeste un rapport à l'espace et au temps particulier, poursuit Michel Fize*. Seule compte, aux yeux des adolescents, la liberté de se déplacer, comme le montre leur engouement

pour les pratiques de glisse, sous toutes leurs formes (skate, roller...). Et l'on pourrait presque dire qu'ils sont des « oiseaux de nuit » : ils commencent à vivre quand les autres s'endorment. Sans oublier de parler minutieusement leur corps : les vêtements, la coiffure, les bijoux, le maquillage (pour les filles), le tatouage et le piercing font l'objet de la plus grande attention. L'emprise des marques est très forte chez les collégien(ne)s, dit le même expert. À l'adolescence, la liberté vestimentaire est une liberté surveillée. Nul n'est censé ignorer

les codes du moment et celui ou celle qui ne s'y soumet pas s'exclut de son groupe d'élection. Le « look » est tout à la fois plaisir et contrainte.

Au fait, débauchées, nos chères têtes blondes ? Pas plus que leurs parents, voire leurs grands-parents. Leur libido a beau être exacerbée par la publicité, le cinéma, la télévision et l'internet, et malgré ce que suggèrent certaines plaisanteries (« Mon fils, mon petit, tu vas avoir dix ans, il faut que nous parlions de sexe. – Oui papa, qu'est-ce que tu veux savoir ? »), l'apprentissage amoureux continue d'obéir aux mêmes rythmes lents que par le passé, dit Michel Fize. L'âge du premier rapport sexuel complet n'a guère changé depuis plus de vingt ans (17,5 ans environ). En clair, l'adolescence, bien plus « fleur bleue » qu'on ne l'imagine, n'est pas « l'âge des orgies » mais le temps des grandes amitiés et des premières constructions amoureuses, tâtonnantes, balbutiantes. Tout comme celui des « rêves raisonnables » (fonder une famille, avoir des enfants, un travail intéressant, vivre en sécurité...). Les ados font le choix d'une situation stable et moralement convenable. Parmi les valeurs qu'ils citent le plus souvent, la famille, en toute logique, est littéralement plébiscitée, résume Michel Fize.

La musique est fondamentale, elle est certainement la première « nourriture » des jeunes, celle qui les relie entre eux, les rassemble. Le sport, le cinéma, les concerts... occupent aussi une très grande place.

Article du journal du CNRS.

* Sociologue au CNRS depuis vingt-cinq ans, Michel Fize est spécialiste des questions de l'adolescence, de la jeunesse et de la famille.



Les comportements et les conduites à risques

Objectifs

1. Présenter les particularités du comportement social du jeune.
2. Définir la notion de conduite à risques.
3. Analyser des données statistiques.

ACTIVITÉ 1 Les particularités du comportement social

1.1 Sur le document 1, souligner les domaines dans lesquels l'adolescent s'exprime.

1.2 Que recherche-t-il en priorité ?

L'adolescent veut se détacher de ses parents et se fondre dans un groupe pour éviter absolument l'exclusion. Il veut ressembler aux autres et, pour cela, va fréquenter les mêmes lieux de restauration rapide, va porter les mêmes vêtements et utiliser le « langage jeune branché ».

Document 1 Les comportements du jeune

L'acquisition progressive de l'autonomie, l'opposition aux parents, l'envie d'expérimenter, mais aussi la publicité et surtout l'importance de l'environnement socioculturel, influencent considérablement les conduites alimentaires, vestimentaires et langagières des adolescents.

La dimension sociale de l'acte alimentaire se révèle particulièrement importante à l'adolescence, entre autres choses parce que l'alimentation constitue une activité privilégiée pour faire des expériences nouvelles, affirmer son autorité et partager avec autrui, à une période qui correspond également à une extension du réseau relationnel. Leur engouement pour les lieux de restauration rapide n'est pas seulement dû au fait qu'ils apprécient tous globalement les snacks (pizzas, sandwiches, frites, etc.), mais aussi au fait que ce sont des endroits où ils peuvent se réunir.

Pour éviter l'exclusion, l'adolescent doit se fondre dans le groupe, appartenir à une tribu afin d'éviter les injures. Le jeune préfère porter les mêmes vêtements que les autres (« mieux vaut éviter d'être ringard ») pour être accepté par son entourage.

Il existe un « langage jeune branché » ! Parfois difficile à comprendre pour les non-initiés, il s'appuie sur trois grands courants : le verlan, l'anglicisme et les « tics » très tendances (« trop », « de chez », l'économie de mots...). Le langage, la façon dont on s'exprime par écrit ou par oral, c'est un peu comme la coiffure, le look ; ça reflète qui on est et qui on veut être. C'est comme une sorte de code commun ou un rite de passage. Parce qu'à l'adolescence, « être comme les autres, c'est super important ».

ACTIVITÉ 2 Le groupe et le réseau d'amis

2.1 À l'aide du document 2, expliquer pourquoi l'adolescent a besoin d'intégrer un groupe.

L'adolescent se sent incompris par ses parents, le groupe lui permet donc de s'exprimer, de confier ses soucis, ses aventures...

2.2 Comment le jeune choisit-il son groupe ?

Il recherche des jeunes qui lui ressemblent, qui aiment les mêmes choses et qui vivent de façon semblable au quotidien.

2.3 Indiquer l'impact des relations au sein du groupe.

Ces relations impactent fortement la construction sociale de l'identité de l'adolescent.

Document 2 Le besoin d'appartenance à un groupe social

L'adolescent cherche toujours, au gré de sa scolarité, des périodes de vacances et de ses loisirs, à rencontrer et à se lier d'amitié avec d'autres jeunes qui prennent une place capitale. Les relations au sein de ces groupes sociaux éphémères ont la particularité d'être émotionnellement intenses, tant dans l'amitié, l'amour, que dans la haine et les déceptions qui accompagnent les trahisons et les ruptures relationnelles. Ces épisodes impactent fortement la construction sociale de l'identité de l'adolescent. Les principaux groupes d'amis se constituent surtout à travers le partage d'un bien-être, voire d'un mieux-être dans la relation. Au cours de la période d'adolescence, où la plupart se sentent incompris par leurs parents, il est bénéfique d'être bien entouré et à l'aise pour exprimer ses idées, ses passions, ses aventures et ses ressentis. La première attractivité relationnelle est donc liée à la similitude de l'être, de ce qu'ils font, de ce qu'ils aiment, de ce qu'ils vivent au quotidien. C'est en développant les expériences relationnelles que l'adolescent fera l'apprentissage de la bonne ou de la mauvaise influence que les autres peuvent avoir dans la manière dont il évolue, pense et se comporte.

ACTIVITÉ 3 La notion de conduite à risques chez les adolescents

3.1 À partir du document 3, définir une conduite à risques. À quoi correspondent ces conduites ?

Une conduite à risques est un ensemble de comportements qui mettent en danger la santé physique ou mentale de l'adolescent, sa vie. L'adolescent recherche du plaisir ou veut soulager une souffrance intérieure.

Document 3

Qu'est-ce qu'une conduite à risques ?

Les conduites à risques sont des comportements répétés plus ou moins volontaires qui, par leur nature, risquent de mettre en danger la santé physique ou mentale ou la vie de l'adolescent, sans qu'il ne veuille véritablement se donner la mort. Ces attitudes correspondent à une recherche de plaisir et au soulagement d'une souffrance intérieure.

Les adolescents doivent apprivoiser leur nouveau corps, tester leurs limites et marquer leur indépendance. Ils veulent ainsi montrer aux adultes qu'ils ne sont plus des enfants. Une conduite à risques est parfois vécue comme un moyen de conquérir une place dans un groupe ou dans la société.

3.2 À partir du document 4, lister les principales manifestations de la souffrance chez les adolescents et souligner la plus répandue.

- suicide - perturbations du comportement alimentaire
- addictions - montée de la violence

3.3 Quelles sont les premières manifestations ?

Les premières manifestations sont les consommations excessives d'alcools : on observe des comas éthyliques chez les 12-13 ans.

3.4 Selon vous, pourquoi les perturbations d'ordre alimentaire sont-elles fréquentes chez les filles ?

De nombreuses jeunes filles ont du mal à accepter les transformations de leur corps et sont obsédées par la minceur. La société plébiscite la maigreur ; la mode vestimentaire est faite pour les minces. Soit la jeune fille ne mange plus, soit, au cours d'une crise de boulimie, elle mange à toute vitesse, n'importe quoi puis, généralement, se fait vomir.

Document 4

Les principales manifestations de la souffrance psychique

Les principales manifestations de la souffrance psychique

1 Le suicide

Chaque année, près d'un millier d'entre eux se donnent volontairement la mort, plus de 40 000 font une tentative. Les psychotropes sont responsables de 80 % de ces tentatives chez les filles.

2 Les addictions

En dix ans, la consommation de cannabis a fortement augmenté chez les jeunes. C'est le produit illicite le plus consommé : à 17 ans, un jeune sur deux dit avoir fumé au moins une fois du cannabis ; le garçon est plus concerné que la fille.
La consommation d'alcool jusqu'à la défonce "binge drinking" augmente chez les très jeunes, 28 % des 15-19 ans ont été ivres plus de 4 fois dans une année et on voit des comas éthyliques chez les 12-13 ans. Cet alcool entraîne des bagarres et des violences sexuelles.

3 Les perturbations du comportement alimentaire

Elles sont aussi en augmentation, et touchent 10 % des ados avec 1 % de formes très graves :
- l'anorexie soit vers 12-14 ans, soit vers 18-20 ans, davantage chez les filles (6 à 10 filles pour un garçon) et dans les classes sociales élevées
- la boulimie qui consiste en des pulsions incontrôlables vis-à-vis de la nourriture (5 à 7 filles pour un garçon) à certains moments.

4 Une montée de la violence

La violence sur soi ou sur les autres est aussi constatée. 5 à 10 % des jeunes reconnaissent s'être fait mal volontairement (scarifications, brûlures...) ou avoir participé à des jeux dangereux.

Parmi les 10 millions de blogs recensés, 2 à 3 % montrent des propos inquiétants, exprimant de la souffrance psychique et des idées suicidaires.



Les droits des mineurs

Objectifs

1. Énoncer les différents droits des mineurs.
2. Préciser l'intérêt des maisons de l'adolescent.

ACTIVITÉ 1 Les droits particuliers aux mineurs

1.1 À l'aide du document 1, préciser, pour chaque situation, le droit du mineur. Justifier la réponse.

Situation	Oui / Non	Justifications
Laura, 13 ans, souhaite prendre une pilule contraceptive. Le peut-elle ?	Oui	Tout mineur, sans condition d'âge, a le droit de se faire délivrer des contraceptifs.
Julien, 15 ans, conduit sans permis la moto de 125 cm ³ de son papa. En a-t-il le droit ?	Non	Il faut avoir 16 ans et le permis A1 pour conduire une moto de 125 cm ³ .
Alexandre, 13 ans et 6 mois, peut-il quitter l'école pour entrer en apprentissage junior ?	Non	Alexandre doit attendre d'avoir 14 ans.
Mlle Yasmin, 16 ans et 2 mois, peut-elle être émancipée ?	Oui	À la demande des parents par le juge des tutelles.
Aïcha, 17 ans, a-t-elle le droit de créer une association de jeunes dans son village ?	Oui	Depuis juillet 2011, tout mineur de plus de 16 ans a le droit de constituer une association.
Pierre, 12 ans, ne veut pas aller vivre chez sa mère après le divorce de ses parents. Peut-il donner son avis ?	Oui	Un jeune capable de discernement a le droit d'être entendu par un juge pour affaire le concernant.
Mathias, 15 ans, voudrait se faire embaucher chez son voisin ébéniste pour les vacances scolaires. Est-ce possible ?	Non	Mathias ne peut travailler que la moitié des vacances scolaires et pour des petits travaux.

Document 1 Les mineurs et leurs droits

La loi fixe les majorités civile, politique et pénale à dix-huit ans. Avant, l'enfant et l'adolescent sont soumis à l'autorité parentale. Il jouit de certains droits fondamentaux : droits attachés à la personnalité : à un nom, à une identité, à une nationalité, de connaître ses parents et d'être élevé par eux, à l'intégrité de son corps, de penser, de croire, de s'exprimer. Certains droits particuliers sont reconnus sans condition d'âge, ex. : se procurer des préservatifs, se faire prescrire et délivrer des contraceptifs, recourir à une IVG... Pour d'autres droits, la loi tient compte de la maturité acquise, qui accorde progressivement la jouissance de ses droits. Il a droit à : - une instruction dès 3 ans ; à 14 ans, à une formation d'apprenti junior et à un contrat d'apprentissage à partir de 15 ans ; - travailler la moitié des vacances scolaires à partir de 14 ans (pour des petits travaux) ; - conduire un cyclomoteur dès 14 ans avec le BSR, mais il doit attendre 16 ans pour une moto de 50 à 125 cm³ avec le permis A1 ; - être émancipé à 16 ans par le juge des tutelles à la demande de ses parents. Parfois, la loi ne fixe pas de condition d'âge, mais une condition de discernement (pour être entendu par un juge dans une procédure) ou d'aptitude à exprimer une volonté et à participer à la décision (pour être consulté en matière de soins médicaux et chirurgicaux) ou de maturité (pour être associé par ses parents aux décisions le concernant). La loi du 28 juillet 2011 accorde aux mineurs âgés de plus de 16 ans le droit de constituer une association.



ACTIVITÉ 2 Les maisons des adolescents

2.1 À l'aide du document 2, préciser, pour chaque situation, si la maison des adolescents peut venir en aide. Justifier la réponse.

Situation	Oui/Non	Justifications
Nadia, 15 ans, est anxieuse car elle a eu des rapports sexuels avec son copain et a déjà un retard de plus de 20 jours dans ses règles.	Oui	Nadia pourra être reçue par un médecin et même par un gynécologue.
Marina, 14 ans, bonne élève, présente de graves troubles du sommeil car elle se sent mal à l'école. Des garçons se moquent d'elle et la persécutent, et elle ne veut pas inquiéter sa maman.	Oui	Marina pourra rencontrer un psychologue à qui elle pourra se confier et à un médecin afin de retrouver le sommeil.
M. et Mme Claude sont très inquiets car leur fils Jean sort avec des copains le samedi et ils ont tendance à abuser fortement de l'alcool.	Oui	Ces maisons accueillent aussi les parents d'adolescents démunis face à leur enfant.
Hugo, 17 ans, a depuis quelques jours des douleurs importantes dans le ventre et a vomi son dernier repas. Il est inquiet.	Non	Hugo doit se rendre chez son médecin de famille qui le dirigera, si nécessaire, vers l'hôpital.
Louise, 12 ans, a déjà eu quelques flirts avec les jeunes de son quartier. Elle se pose des questions sur la sexualité qu'elle n'ose pas demander à ses parents.	Oui	Louise pourra parler de sa vie intime et trouver des réponses à ses multiples questions. Et cela restera confidentiel.
Jessy, 14 ans, se sent très mal, déprimé, car il est en situation d'échec en classe et ne sait pas du tout ce qu'il veut faire.	Oui	Jessy pourra trouver une écoute et pourra se confier, construire un projet de vie. Mais, ensuite, il lui faudra se rendre au CIO pour trouver sa voie.
Diana, 18 ans, refuse de manger depuis plusieurs semaines et ne veut plus venir à table avec ses frères. Ses parents, inquiets car elle ne se confie pas, lui conseillent de prendre un RDV à la maison des adolescents de leur ville.	Oui	La MDA prend en charge tous les troubles du comportement alimentaire, donc l'anorexie, mais si la maladie est trop importante, Diana devra être hospitalisée.

2.2 Indiquer l'intérêt de la maison des adolescents.

Les consultations sont gratuites et l'adolescent n'a pas besoin de l'autorisation de ses parents. Elles permettent une approche globale et pluridisciplinaire de la santé des jeunes, car elles réunissent en un même endroit grand nombre de compétences (professionnels) propres à la prise en charge spécifique de l'adolescent : accueil, information, prévention, prise en charge médicale et suivi. Les parents peuvent aussi s'y rendre seuls ou accompagnés de leur enfant pour y recevoir des conseils lorsqu'ils sont démunis face à ses réactions, ses attitudes.

Document 2 Les missions des maisons des adolescents

Dès 2003, le président Chirac avait souhaité l'implantation d'une maison des adolescents par département pour venir en aide aux adolescents qui souffrent.

Ce sont des structures ouvertes où les adolescents peuvent se rendre librement et gratuitement sans qu'une autorisation préalable des parents soit nécessaire. Les MDA s'adressent également aux parents d'adolescents. Elles ont pour mission de répondre à leurs besoins d'information et d'accompagnement.

Ces actions peuvent être individuelles ou collectives. Ces maisons sont facilement repérables et accessibles, bien distinctes du service hospitalier, agréables et accueillantes.

Elles ont pour vocation de mettre en œuvre les objectifs suivants :

- Apporter une réponse de santé et, plus largement, prendre soin des adolescents en leur offrant les prestations les mieux adaptées à leurs besoins et attentes.

- Fournir aux adolescents des informations, des conseils, une aide au développement d'un projet de vie.
- Favoriser l'accueil en continu de l'adolescent par des professionnels divers (médecins, psychologues, psychiatres, éducateurs, infirmières, assistantes sociales...) qui sont là pour l'écouter et le conseiller.
- Garantir la continuité et la cohérence des prises en charge.

Le premier contact, avec ou sans rendez-vous, est établi auprès de deux professionnels formés à l'écoute en vue d'évaluer la demande, le mal-être ou la nature des préoccupations qui amènent l'adolescent et/ou ses parents. Puis l'adolescent et/ou ses parents seront orientés vers un service de la MDA ou vers des structures extérieures.



L'adolescence : caractéristiques, comportements et droits

1 Définition et évolution du concept

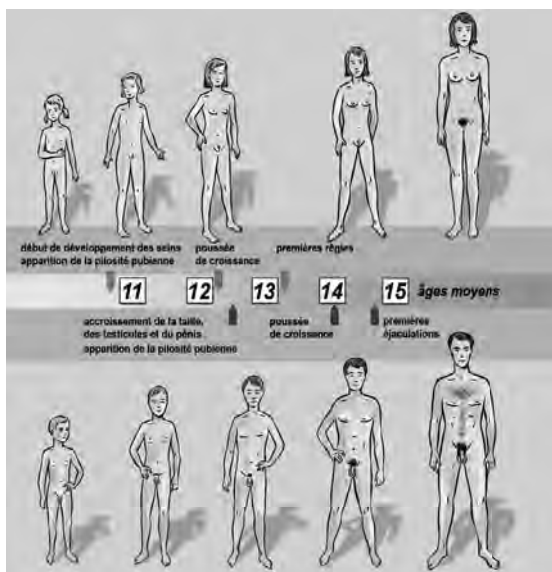
La **puberté**, étape du développement humain marquant la transition de l'enfance à l'adolescence, s'accompagne d'une **croissance rapide** et de **transformations corporelles** suite au développement des **organes génitaux**. La puberté est due en fait à la maturation du système nerveux central à l'origine du développement des gonades (grâce à l'hypophyse) et des sécrétions importantes des hormones sexuelles : la **testostérone** (par les testicules) et les **œstrogènes** (par les ovaires).

Aux transformations ci-contre s'ajoutent :

- la **mue de la voix** qui devient plus grave ;
- l'augmentation d'activité des **glandes sébacées** (sébum), surtout au niveau du visage et du dos à l'origine d'une peau luisante et de cheveux gras, de points noirs et d'acné juvénile ;
- l'augmentation de sécrétion des **glandes sudoripares**, en particulier sous les bras et la plante des pieds, responsable de la transpiration.

L'adolescent présente un décalage de ses cycles de sommeil, car le taux de **mélatonine** (hormone fabriquée la nuit qui prépare à l'endormissement) s'élève plus lentement le soir. Il a donc besoin de dormir plus le matin.

C'est aussi la période des **transformations psychologiques** : recherche d'identité, affirmation de soi, goût du risque, caractère versatile... et des **transformations relationnelles** ; le jeune a tendance à prendre de la distance avec ses parents, avec sa fratrie pour se rapprocher de ses copains qu'il privilégie.



2 Les comportements des adolescents

Vers 11-15 ans, l'adolescent commence à **rechercher des valeurs et des références en dehors du cercle familial**. Les adolescents sont fortement influencés dans leurs comportements par la mode vestimentaire, musicale et par le groupe d'amis qui prend une importance croissante avec l'âge et a, à la fois, une fonction d'accueil et d'apport d'une certaine sécurité affective.

Le jeune se laisse prendre dans l'univers de la mode parce qu'il veut se démarquer du schéma familial et du contexte social dans lequel il vit. En effet l'adulte, que l'adolescent est en train de devenir, fait de lui un être qui se cherche. Le jeune essaie aussi de se distinguer de ses parents :

- dans sa conduite alimentaire, en évitant les repas familiaux, en grignotant fréquemment dans la journée et en fréquentant les lieux de restauration rapide ;
- dans sa conduite langagière, en utilisant son propre langage (verlan, anglicisme et tics).

Les relations au sein de ces groupes assez éphémères sont intenses mais très changeantes, on passe en quelque temps d'une amitié profonde à une haine. Les groupes se font et se défont fréquemment et les ruptures sont toujours mal vécues par les jeunes. Ces épisodes influencent fortement la construction sociale de l'adolescent. Certains préfèrent cependant la solitude de leurs chambres pour écouter de la musique, téléphoner ou communiquer par la toile.

3 Les conduites à risques

La grande majorité des adolescents, 8 d'entre eux sur 10, n'éprouvent pas de difficultés particulières au cours de cette période de leur vie. Ils vivent alors intensément, dans l'enthousiasme, en acquérant la confiance en soi et en s'épanouissant dans un projet de vie personnel. Mais, pour les autres, cette période est marquée par des **souffrances**.



Les premiers signes de mal-être :

- désintérêt scolaire, absentéisme ;
- alimentation désordonnée, troubles de la santé ;
- état dépressif passager ;
- violence, petits vols ;
- attrait pour la marginalité ;
- consommation de tabac, d'alcool, de cannabis...

L'adolescence est l'âge normal des expériences et des défis, mais s'exprimer par des actions dangereuses, rechercher le danger, mettre sa vie ou sa santé en danger sont des conduites à risques, qu'il faut prendre très au sérieux.

Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, a présenté en Conseil des ministres, le 27 février 2008, une série de mesures visant à mieux protéger la santé des jeunes, principalement de 16 à 25 ans, et à répondre à leur besoin d'autonomie et de responsabilité.

- La lutte contre les pratiques addictives, prévoyant notamment la mise en cohérence de **la législation actuelle sur la vente de boissons alcoolisées aux mineurs**, en lien avec la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.
- **Des habitudes nutritionnelles plus équilibrées**, en favorisant un environnement propice.
- **La lutte contre l'anorexie**, grâce à une charte qui sera prochainement signée avec les professionnels du secteur de l'image, au renforcement de la protection des mannequins, en particulier mineurs, par la médecine du travail et l'inspection du travail, ainsi qu'une interdiction de l'apologie de l'extrême maigreur et de l'anorexie dans les médias.
- **Le repérage et la prévention de la crise suicidaire, plus particulièrement chez les jeunes homosexuels.**

Le plan Santé des jeunes repose également sur le développement de la place des activités physiques et sportives dans la vie courante des jeunes.

4 Les droits des mineurs

6 ans : droit à un enseignement public, laïque et gratuit.

12 ans : droit d'ouvrir un livret jeune et d'y déposer des sommes.

13 ans : droit de donner son consentement pour l'adoption plénière, d'être entendu par le juge aux affaires matrimoniales en cas de divorce, de droit de garde... de donner son accord en cas de changement de nom.



14 ans : droit de travailler durant la moitié des vacances scolaires, d'entrer en formation d'apprenti junior sous statut scolaire, droit de conduire un cyclomoteur (scooter, mobylette, booster) à condition de passer le brevet de sécurité routière (BSR).

15 ans : droit à un apprentissage à condition d'avoir effectué la scolarité du premier cycle.

16 ans : droit à l'ouverture d'un compte en banque, de constituer librement une association, de quitter l'école, de conduire une motocyclette de cylindrée de 50 à 125 cm³ à condition d'être titulaire du permis A1, d'acheter ou de recevoir des boissons alcoolisées de seconde catégorie (vin, bière, cidre), des cigarettes, et droit à l'émancipation.

5 La maison des adolescents

Cette maison est un lieu où, en confiance, les adolescents ou leurs parents peuvent trouver l'accueil, l'écoute, l'information, l'orientation, l'évaluation de leurs situations, la prise en charge médicale et l'accompagnement social, éducatif et juridique. Les adolescents et/ou leurs parents peuvent s'y rendre librement et sont accueillis par des professionnels. Une MDA doit être implantée dans chaque département.



La vieillesse : caractéristiques et place dans la société

Objectifs

1. Différencier les notions de vieillissement, sénescence, sénilité.
2. Caractériser les différents âges de la vieillesse.
3. Présenter la place des personnes âgées dans la société.

ACTIVITÉ 1 Notions de vieillissement, de sénescence et de sénilité

1.1 À l'aide du document 1, différencier la notion de sénescence de celle de sénilité.

La sénescence désigne le vieillissement normal de l'individu. La sénilité, c'est l'ensemble des aspects pathologiques du vieillissement.

1.2 Définir les termes suivants.



Gériatrie

Spécialité médicale qui prend en charge les personnes âgées malades.

Gérontologie

Science qui étudie le vieillissement sous plusieurs aspects : démographique, social...

Document 1 Quelques définitions liées au vieillissement

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir d'un certain âge. C'est un processus lent et inéluctable, qui touche tous les individus. Le terme de sénescence est utilisé pour désigner le vieillissement normal de l'individu.

La sénilité correspond à des troubles physiques et mentaux, donc à

des pathologies liées au vieillissement.

La science qui étudie le vieillissement sous ses différents aspects (biologiques, social, démographique...) est la gérontologie.

La gériatrie est la spécialité médicale qui prend en charge les personnes âgées malades : les médecins titulaires de cette spécialité sont des gériatres.

ACTIVITÉ 2 Les âges de la vieillesse

2.1 À l'aide du document 2, expliciter les termes de « 3^e » et « 4^e âge ».

3^e âge : ce terme désigne la période qui suit l'âge adulte, débute au moment où cessent les activités professionnelles (60/65 ans). 4^e âge : ce terme est utilisé pour désigner les personnes âgées de 75 ans ou 80 ans et, plus particulièrement, celles qui ne peuvent plus assumer seules certaines activités.

Document 2 3^e et 4^e âge

De nombreux termes ont été utilisés pour désigner les personnes âgées : les seniors, les vieillards, les aînés, les personnes dépendantes, les jeunes retraités...

Dans les années 1970, le terme de 3^e âge est très fréquemment employé : clubs du 3^e âge, université du 3^e âge... Cette période désigne alors le temps qui suit l'âge adulte, à partir du moment où cessent les activités professionnelles, donc à partir de 60/65 ans.

L'allongement régulier de l'espérance de vie, avec de plus en plus de personnes vivant au-delà de 80 ans, de personnes dépendantes, explique l'apparition, dans les années 1980, d'une nouvelle « catégorisation » : le 4^e âge. Le terme est alors utilisé pour désigner les personnes âgées de plus de 75 ans ou de 80 ans, selon les sociologues et, particulièrement, les personnes ne pouvant plus assumer certaines activités.

ACTIVITÉ 3 La démographie des personnes âgées dans la société

3.1 À l'aide des documents 3 et 4, décrire les évolutions démographiques concernant les personnes âgées.

Augmentation importante de la part des personnes âgées de plus de 60 ans dans la population générale : 19 % en 1990, 22 % en 2007. Cette augmentation va se poursuivre : les prospectives prévoient que 32 % de la population sera âgée de 60 ans ou plus à l'horizon 2060.

3.2 Énoncer les éléments qui expliquent l'augmentation du nombre des personnes âgées dans notre société.

L'augmentation de l'espérance de vie. L'avancée en âge des générations du baby-boom.

3.3 Commenter les chiffres de la dépendance.

Vieillesse n'égalise pas dépendance ; toutes les personnes âgées ne sont pas dépendantes (8 % des personnes de plus de 60 ans sont dépendantes). La prévalence de la dépendance augmente avec l'âge : 63 % des personnes âgées de plus de 95 ans sont dépendantes alors que seulement 2,7 % des personnes entre 60 et 79 ans sont dépendantes.

3.4 Analyser la courbe présentant les taux de dépendance.

La courbe met bien en évidence que la dépendance, quel que soit le sexe, augmente avec l'âge.

C'est aux environs de 80 ans que l'on peut constater une augmentation de la dépendance.

Document 3

Données démographiques

Un Français sur six a plus de 65 ans.

La population française continue de vieillir sous le double effet de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des générations nombreuses du baby-boom. [...]

Les personnes de 65 ans ou plus représentent 16,8 % de la population, proportion comparable à la moyenne de l'Europe. [...]

INSEE Première, n° 1332, janvier 2011.

En France métropolitaine, la part des personnes âgées de 60 ans ou plus est passée de 19 % en 1990 à 22 % en 2007. À l'horizon 2060, cette proportion pourrait atteindre 32 %. [...]

Études et résultats DREES n° 771, août 2011.



Document 4

Chiffres et courbes de la dépendance

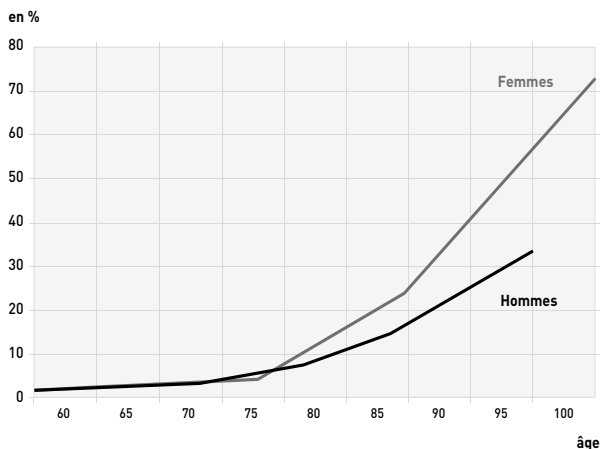
À la fin du 1^{er} trimestre 2011, 1 203 000 personnes âgées sont reconnues comme dépendantes (bénéficiant de l'APA). Mais, en réalité, le chiffre de personnes âgées dépendantes est sans doute plus important.

8 % des personnes âgées de plus de 60 ans sont dépendantes. La prévalence de la dépendance augmente avec l'âge : les personnes dépendantes représentent 2,7 % des personnes âgées de 60 à 79 ans, 11,2 % des personnes âgées de plus de 80 ans, 63 % des personnes âgées de plus de 95 ans.

DREES, n° 718, février 2010.

Selon les prévisions, le nombre de personnes âgées dépendantes, en France métropolitaine, doublerait d'ici à 2060.

Taux de dépendance par âge



INSEE. Enquête HID 1998-1999. Édition 2006

ACTIVITÉ 4 L'image et les rôles des personnes âgées dans la société

4.1 À l'aide des documents 5 et 6, expliciter l'image des personnes âgées dans la société actuelle.

L'image des personnes âgées reste négative, elle renvoie encore souvent à la notion de dépendance. La société valorise la jeunesse : beauté, action, dynamisme...

Les personnes âgées sont perçues comme non productives, peu utiles.

4.2 Préciser si cette image est identique dans tous les pays.

Dans certains pays (en Asie, en Afrique), les personnes âgées ont une place privilégiée en raison de leur savoir.

4.3 Donner un exemple de manifestation du jeunisme dans la société actuelle.

Les publicités présentent systématiquement des images de personnes jeunes, belles avec un corps parfait : les personnes âgées y sont très peu présentes.



Document 5

L'image de la vieillesse dans la société

On peut regretter qu'en France le jeunisme ambiant entrave le développement d'une image positive des personnes âgées. [...]

En Europe du Nord, par exemple, de même que dans certains pays d'Asie ou d'Afrique, les aînés sont bien moins stigmatisés que chez nous. Dans une partie de ces pays, la solidarité et les nécessités de l'apprentissage confèrent aux plus âgés une place privilégiée – même si les effets de la mondialisation et de la mobilité des personnes ont tendance à détériorer ces liens traditionnels – sans compter que les vieillards étaient d'autant plus respectés qu'ils étaient peu nombreux, ce qui est moins le cas aujourd'hui. [...]

La Nouvelle Société des seniors, Serge Guérin, essai Maichalon.

Document 6

Le vieillissement : une construction sociale marquée par une représentation négative

Le vieillissement est aujourd'hui antinomique (va à l'encontre) des valeurs attribuées par les sociétés modernes à la jeunesse, fortement valorisée et associée à certaines qualités : action, beauté, utilité dans la sphère productive [...]

Les seniors, appelés aussi 3^e âge, ni productifs, ni utiles, non dépendants, n'ont finalement pas de place entre les jeunes, la génération en pleine force de l'âge et les « vieillards » dépendants. Au mieux, l'avancée en âge est niée, voire gommée par le culte du jeunisme ou du rajeunissement ; au pire elle est dévalorisée.

Société et vieillissement, rapport du groupe 1 au gouvernement, juin 2011.

4.4 Souligner, dans le document 7, en rouge les réactions de l'entourage face au vieillissement d'un proche, en vert les réactions de l'individu face à son propre vieillissement.

Document 7

Les réactions face au vieillissement

Le vieillissement s'accompagne d'une succession de pertes, pertes pour lesquelles l'individu doit faire le deuil.

La perte de l'image de soi est une véritable blessure narcissique. L'individu doit accepter les modifications de son corps, faire le deuil de son corps « jeune ».

La perte de son rôle social lors de la cessation d'activités est pour certaines personnes difficile, surtout si elles ne réinvestissent pas le temps ainsi dégagé dans d'autres activités. Un sentiment d'inutilité peut apparaître.

Avec les années qui passent, la personne âgée voit progressivement disparaître des amis, des membres de sa famille, le sentiment de solitude s'accroît.

En vieillissant, l'individu se rapproche de son destin mortel et voit avec difficulté arriver le terme de sa vie : c'est l'heure des bilans, des regrets. Pour l'entourage familial, il est très difficile de voir vieillir l'un des siens, surtout quand le vieillissement s'accompagne de pathologies lourdes ou de dépendances. L'impossibilité de prendre en charge son parent âgé s'accompagne parfois de sentiments de culpabilité, peut engendrer des conflits familiaux.

4.5 À l'aide des documents 8 et 9, énoncer et classer les différents rôles que peuvent avoir les personnes âgées.

Au niveau familial :

- Transmission du savoir, de savoir-faire, de la mémoire familiale auprès des petits-enfants.
- Garde des petits-enfants.
- Soutien financier auprès des enfants, des petits-enfants.
- Soutien auprès des parents âgés pour la tranche d'âge des 60/65 ans.

Au sein de la société :

- Implication forte dans l'associatif à titre de bénévoles, participation à des activités (physiques...).
- Implication dans le monde politique : beaucoup de personnes ont des mandats électoraux.
- Rôle économique en raison du pouvoir d'achat de certains retraités : consommation.

Document 8

Les seniors jouent un rôle important auprès de leurs petits-enfants



Une des principales fonctions des grands-parents est la transmission. Les grands-parents transmettent des savoirs. Ils sont le relais de la mémoire familiale. Leurs souvenirs sont pour les enfants comme un récit historique. [...]

Les grands-parents transmettent aussi des savoir-faire. Les activités qu'ils pratiquent et font pratiquer à leurs petits-enfants sont des activités considérées comme intemporelles.

Dégagés du quotidien et de la charge éducative, les grands-parents prennent en charge des activités de loisirs.

L'Évolution des relations entre générations, CREDOC.

Document 9

Personnes âgées, société et famille

Outre la garde, le plus souvent occasionnelle, des petits-enfants, les personnes âgées apportent souvent un soutien financier à leurs enfants ou à leurs petits-enfants.

La tranche d'âge des 60/65 ans est également souvent engagée dans l'aide et le soutien à des parents plus âgés. Ces aidants familiaux ont un rôle économique indéniable et permettent d'accompagner la dépendance de la génération précédente.

L'implication des personnes âgées dans le secteur associatif est forte : 50 % des dirigeants du monde associatif sont des retraités. Au sein du monde associatif, les retraités peuvent aussi favoriser le lien intergénérationnel en participant à des activités variées : soutien scolaire, activités manuelles...

Ils participent également à des activités physiques.

Les seniors sont aussi présents dans la vie politique en s'investissant dans des mandats électoraux.

Ils représentent également, en raison de leur pouvoir d'achat, un potentiel pour la consommation : par exemple, certaines agences de voyage axent leur publicité sur des excursions, des voyages pour le 3^e âge.





Le vieillissement biologique

● Objectifs

1. Énoncer les modifications cellulaires et tissulaires liées au vieillissement.
2. Recenser les modifications anatomiques et physiologiques des appareils et des systèmes du corps.
3. Définir la notion de vieillissement différentiel.

ACTIVITÉ 1 Les modifications cellulaires et tissulaires liées au vieillissement

1.1 Souligner en rouge, dans le document 1, les modifications cellulaires, et en vert les modifications tissulaires.

Document 1 Les modifications cellulaires et tissulaires

Le vieillissement s'accompagne de modifications au niveau des cellules et des tissus.

La capacité de division de cellules diminue avec l'âge. Les acides nucléiques sont progressivement altérés : les mécanismes de réparation de l'ADN sont moins efficaces, la synthèse des protéines est diminuée. La morphologie des cellules est également modifiée : les cellules sont plus grandes, leurs noyaux plus étalés, le cytoplasme de certaines cellules se charge de granulations (lipofuschine) (cellules hépatiques et nerveuses, par exemple). Les tissus sont également touchés par le vieillissement. La synthèse d'élastine diminue, le collagène devient de moins bonne qualité.

ACTIVITÉ 2 Les modifications morphologiques

2.1 Énoncer, après observations des photographies, les modifications morphologiques liées au vieillissement (peau, cheveux, silhouette).

- Apparition de rides sur la peau
- Cheveux blancs, clairsemés
- Silhouette voûtée



ACTIVITÉ 3 Le vieillissement des sens

3.1 À l'aide du document 2, compléter le tableau ci-dessous.

Sens	Manifestations du vieillissement	Conséquences
Goût	Diminution des papilles linguales mais les bourgeons continuent de fonctionner.	Goût peu altéré par le vieillissement. La saveur sucrée reste la mieux perçue.
Audition	Épaississement ou amincissement du tympan. Arthrose des articulations des osselets. Altération, voire disparition des cellules ciliées. Perte des neurones de la cochlée.	Baisse de l'acuité auditive – Presbycousie. Fréquences les plus basses et les plus hautes moins bien perçues. Difficultés à suivre plusieurs conversations en même temps. Difficulté à localiser l'origine d'un son.
Vision	Opacification du cristallin. Perte de souplesse du cristallin. Sécheresse oculaire, larmoiement.	Vision floue, éblouissement. Presbytie.

Document 2 Le vieillissement des sens.

Le vieillissement des cinq sens, qui touche préférentiellement audition et vision, impose une prise en charge minimale mais indispensable, qui consiste essentiellement en un dépistage simple de la perte de ces deux fonctions. Chirurgie et appareillage permettront ensuite facilement de corriger ou de compenser l'une comme l'autre. [...]

Au niveau du goût, le nombre de papilles linguales qui portent les bourgeons du goût diminue avec l'âge, mais les bourgeons continuent à fonctionner normalement. Le goût est donc préservé, même si des quatre saveurs, salé, acide, amer, sucré, c'est cette dernière qui est la mieux perçue par le sujet âgé.

Au niveau de l'oreille moyenne, on observe un épaississement du tympan ou au contraire un amincissement associé à une atrophie du muscle tenseur. L'arthrose altère le fonctionnement des articulations entre les osselets, qu'une otospongiose va parfois bloquer, causant une surdité. [...] Le vieillissement de l'oreille interne est marqué par une disparition ou, une altération des cellules ciliées, une perte des neurones de la cochlée. [...]

Avec l'âge, l'audition est donc modifiée, les fréquences les plus basses et les plus hautes étant moins bien perçues. La perception des mots est moins bonne. Quand l'ambiance sonore est défavorable, les difficultés augmentent : difficulté à suivre plusieurs conversations en même temps, difficulté à entendre les voix graves, à comprendre les voix aiguës, difficulté à localiser l'origine d'un son. [...] La presbycousie représente la première cause de surdité après 60 ans.

Au niveau de la vision, le vieillissement touche non seulement le globe oculaire mais aussi ses annexes. Paupières (perte d'élasticité des tissus), glandes lacrymales (sécheresse oculaire ou larmoiement excessif) sont atteintes. [...] Mais c'est essentiellement dans l'œil lui-même que les effets du vieillissement seront les plus importants. Le plus connu de ces effets est l'opacification progressive du cristallin par la cataracte. La vision devient floue, légèrement assombrie, et des phénomènes d'éblouissement en lumière vive sont gênants, notamment pour la conduite de nuit. [...] Une autre altération bien connue est la presbytie qui survient vers la quarantaine, et qui représente la manifestation la plus précoce du vieillissement. Elle se traduit par une difficulté à voir de près, cette anomalie de l'accommodation est secondaire à la perte de souplesse du cristallin.

Extraits de *Connaissance de la personne âgée*, collection Doc Gérontologie, Doc Éditions.

ACTIVITÉ 4 Le vieillissement biologique des grandes fonctions

4.1 À l'aide du document 3, compléter les différents encadrés du schéma p. 39.

Document 3 Le vieillissement biologique de quelques grandes fonctions

Le vieillissement de l'appareil locomoteur se caractérise par des modifications au niveau des muscles, des os et des articulations. Les fibres musculaires diminuent en densité, ce qui a pour conséquence essentielle une diminution de la force musculaire et moins de résistance à l'effort. Les cartilages articulaires voient leur composition modifiée (moins d'eau, réduction des chondrocytes) : cette modification aboutit à un amincissement du cartilage et à une altération des propriétés mécaniques se traduisant par des douleurs articulaires, douleurs qui peuvent limiter certains mouvements.

Au niveau des os, il est constaté une diminution de la densité osseuse (ostéoporose), principalement chez la femme. Cette réduction diminue la résistance mécanique des os et explique la fréquence des fractures chez la personne âgée.

Pour l'appareil cardiovasculaire, avec l'avancée en âge, les valvules se rigidifient, les fibres du myocarde s'atrophient, le muscle cardiaque perd son élasticité et sa contractilité. Ces modifications ont pour conséquence une réduction de la vitesse circulatoire, du débit cardiaque et de la pression veineuse. Les parois des artères sont moins élastiques, cette diminution de l'élasticité explique l'augmentation de la pression artérielle avec l'âge.

Au niveau du rein, il est constaté un ralentissement fonctionnel, le nombre de néphrons diminue, la filtration glomérulaire baisse. La clearance à la créatinine est modifiée, ce qui nécessite souvent une adaptation des posologies.

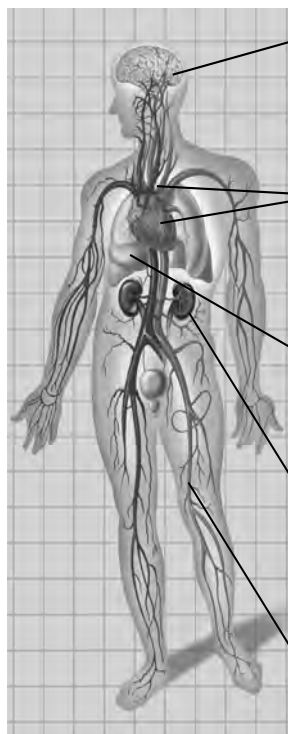
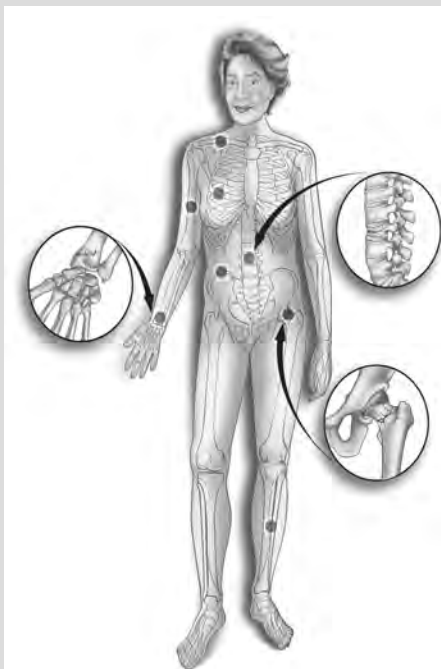
Le vieillissement des sphincters de la vessie explique l'apparition de certaines incontinences.

L'appareil respiratoire est également touché par le vieillissement : la compliance* pulmonaire diminue, le volume des muscles respiratoires est réduit, ce qui entraîne une diminution de la capacité respiratoire. Il y a aussi une diminution de la capacité de diffusion du dioxygène. Ces différentes modifications expliquent une moindre résistance aux efforts, des essoufflements.

Au niveau du système nerveux, le vieillissement se traduit par une diminution des neurones, une moindre sécrétion de certains neurotransmetteurs, une démyélinisation des fibres nerveuses avec, pour conséquence, un ralentissement de la conduction nerveuse.

La sécrétion de la mélatonine est diminuée, ce qui perturbe les rythmes circadiens et explique la déstructuration du sommeil chez la personne âgée.

* Compliance : capacité du poumon à modifier son volume en réponse à une variation de pression.



Système nerveux

- Diminution des neurones, moindre sécrétion des neurotransmetteurs, démyélinisation des fibres. → Conduction nerveuse ralentie.
- Diminution de la sécrétion de la mélatonine. → Déstructuration du sommeil.

Appareil cardiovasculaire

- Rigidification des valvules, atrophie des fibres du myocarde, perte d'élasticité et de contractilité du muscle cardiaque. → Réduction de la vitesse circulatoire, de la pression veineuse et du débit cardiaque.
- Diminution de l'élasticité des artères. → Augmentation de la pression artérielle.

Appareil respiratoire

- Diminution de la compliance respiratoire, du volume des muscles respiratoires. Diminution de la capacité respiratoire.
- Diminution de la capacité de diffusion du dioxygène. → Moindre résistance aux efforts, essoufflements.

Appareil urinaire

- Ralentissement fonctionnel, diminution du nombre de néphrons → baisse de la filtration glomérulaire.
- Vieillesse des sphincters de la vessie → apparition possible d'incontinence.

Appareil locomoteur

- Diminution de la densité osseuse. → Risque de fracture augmenté.
- Amincissement du cartilage articulaire. → Douleurs lors de certains mouvements.
- Diminution de la densité des fibres musculaires. → Moins de force musculaire, moins de résistance à l'effort.

ACTIVITÉ 5 Le vieillissement différentiel

5.1 À l'aide du document 4, définir la notion de vieillissement différentiel.

Le vieillissement est différentiel car il n'est pas identique d'une personne à l'autre et, chez une même personne, les différents organes ne vieillissent ni au même moment ni au même rythme :

- des individus d'un même âge peuvent avoir des degrés de vieillissement différents ;
- certains organes ou fonctions vieillissent plus rapidement que d'autres.

5.2 Énoncer les facteurs qui peuvent influencer le vieillissement. Proposer un autre exemple, non cité dans le document 4.

La pénibilité du travail. Les maladies (notamment certaines maladies chroniques). Une alimentation déséquilibrée (par exemple trop riche en graisse).

Autre(s) exemple(s) :

Le tabagisme, l'alcool en excès. Le manque d'accès aux soins.



Document 4 Le vieillissement différentiel

Le vieillissement est inéluctable, mais il est différentiel :

- tous les individus ne vieillissent pas de la même manière ni au même rythme (vieillissement différentiel inter-individuel) ;
- les organes ou grandes fonctions de l'organisme ne déclinent pas en même temps : les fonctions qui nécessitent souplesse et rapidité sont les premières touchées par le vieillissement alors que d'autres fonctions (par exemple le goût) sont moins perturbées (vieillissement différentiel inter-organe).

Le vieillissement est variable selon les personnes : des personnes nées à la même date peuvent avoir des modifications liées au vieillissement très différentes. On dit parfois que « telle personne vieillit bien ». De nombreux facteurs peuvent influencer la vitesse du vieillissement et générer dans certains cas un vieillissement prématuré : la pénibilité du travail (l'espérance de vie d'un ouvrier est plus faible que celle d'un cadre), les maladies, le mode de vie (par exemple une alimentation déséquilibrée, un manque d'activités physiques...).

ACTIVITÉ 6 Le bien-vieillir

6.1 À l'aide du document 5, expliquer pourquoi il est souhaitable d'adopter certains comportements pour bien vieillir. L'hérédité n'est pas le seul facteur ayant une influence sur le vieillissement, d'autres facteurs (hygiénique, alimentaire...) interviennent. En agissant sur ces facteurs, il est possible d'agir sur le processus de vieillissement.

6.2 Justifier deux clés du bien-vieillir de son choix, énoncées dans le document 5.

Continuer à entretenir son capital intellectuel (la lecture, la réalisation de jeux de mémoire, de mots croisés...)

permet de faire travailler ses capacités intellectuelles et sa mémoire, retardant ainsi leur involution.

Avoir une activité physique (gymnastique douce, faire ses courses à pieds..., marcher) permet de faire fonctionner son appareil locomoteur et de maintenir une certaine mobilité (travail des muscles, des articulations...).

Document 5 Des extraits du plan national Bien-Vieillir 2007-2009

Principe du vieillissement biologique.

Si la longévité paraît « héritable » dans une certaine mesure (20-30 %), la recherche des gènes impliqués dans les processus du vieillissement n'en est encore qu'à ses débuts, on découvre progressivement l'importance d'un certain nombre de processus physico-chimiques de signification métabolique et qui, par conséquent, dépendent de l'environnement pris au sens large du terme écologique, climatique, alimentaire, hygiénique et socio-culturel. [...]

Les clés du bien-vieillir.

Il est important à tout âge, et plus encore entre 55 et 75 ans, d'adopter des conduites favorables au bien-vieillir.

- Continuer à entretenir, voire améliorer son capital intellectuel, physique, social et psychique.
- Prévenir les maladies survenant avec l'âge en adoptant un mode de vie adapté.
- Prendre en charge précocement les maladies ou troubles qui sont susceptibles d'entraîner une incapacité.
- Avoir une activité physique ou sportive régulière.
- Adapter son alimentation selon les principes du Programme national nutrition santé (PNNS).
- Adapter son environnement physique et social.
- Conserver une vie sociale riche et les liens intergénérationnels.
- Lutter contre l'isolement.
- Valoriser les notions de projet de vie, d'estime de soi, d'adaptation au changement. [...]



Vieillesse et vieillissement

Vous savez, quand on vieillit, le pire, ce n'est pas d'être moins désirable, c'est de ne plus désirer.

L. Pauwels

Le vieillissement est un phénomène normal et inéluctable qui correspond à l'ensemble des processus biologiques et physiologiques qui modifient les fonctions de l'organisme.

1 Notions de vocabulaire

De nombreux termes sont liés aux notions de vieillesse et vieillissement

Gériatrie

Spécialité médicale qui prend en charge les personnes âgées malades

Gérontologie

Science qui étudie le vieillissement

Sénescence

Terme utilisé pour désigner le vieillissement normal

Sénilité

Correspond à des pathologies liées au vieillissement

Le terme de 3^e âge est fréquemment employé pour désigner les personnes âgées à partir de 60/65 ans. Avec l'allongement de la durée de la vie, la notion de 4^e âge est apparue dans les années 1980 : elle désigne les personnes âgées de plus de 75/80 ans et particulièrement celles qui ne peuvent plus assumer certaines activités.

2 La place des personnes âgées dans la société

2.1 Données démographiques

Depuis deux décennies, la part des personnes âgées dans la population générale augmente : 19 % en 1990, 22 % en 2007. Cette augmentation va se poursuivre, les démographes prévoient qu'à l'horizon 2060, 32 % de la population sera âgée de plus de 60 ans.

Cette augmentation est due à l'augmentation de l'espérance de vie et à l'arrivée des générations du baby-boom.

Si vieillesse ne signifie pas dépendance, il est cependant constaté une augmentation des personnes âgées dépendantes, due au fait que l'on vit de plus en plus vieux. La prévalence de la dépendance augmente avec l'âge : 63 % des personnes âgées de plus de 95 ans sont dépendantes.

2.2 Représentations de la vieillesse dans la société

Les représentations sociales ayant trait à la vieillesse sont souvent négatives, pessimistes. La société, à travers les médias, valorise l'aspect physique (il faut rester jeune à tout prix), la jeunesse, la vitesse, l'efficacité : les personnes âgées se sentent mises à l'écart.

Dans les sociétés plus traditionnelles, les personnes âgées sont considérées comme de grands sages, consultés pour toutes les décisions importantes.

2.3 Rôles des personnes âgées

Rôles de la personne âgée

Au sein de la famille

Garde des petits-enfants (transmission de savoirs, mémoire familiale...). Soutien financier aux enfants, aux petits-enfants. Prise en charge par les 60/65 ans des parents plus âgés.

Au sein de la société

Implication forte dans le secteur associatif et le monde politique. Rôle économique : pouvoir d'achat non négligeable de certains retraités.

3 Le vieillissement

Le vieillissement concerne toutes les cellules, les tissus, les organes et les grandes fonctions de l'organisme. La capacité de division des cellules diminue avec l'âge, les mécanismes de réparation de l'ADN sont moins efficaces. Au niveau des tissus, la synthèse d'élastine diminue, le collagène est de moins bonne qualité. La silhouette tend à se voûter en raison du tassement des disques intervertébraux, la taille diminue.

3.1 Le vieillissement biologique

Modifications liées au vieillissement	Conséquences
Perte d'élasticité au niveau des grosses artères Perte de la contractilité cardiaque Rigidité des valvules	Augmentation de la pression artérielle, diminution du débit cardiaque Ralentissement du rythme cardiaque
Perte d'élasticité des poumons Diminution de la capacité de diffusion du dioxygène	Diminution des performances respiratoires Essoufflements
Diminution de la densité osseuse Arthrose fréquente Usure du cartilage articulaire Diminution des fibres musculaires	Ostéoporose avec risque accru de fractures Difficultés de faire certains mouvements Diminution de la force musculaire
Diminution de la surface des villosités intestinales, de la sécrétion de certains sucs digestifs Edentation possible	Diminution de l'absorption de certains éléments : fer, calcium Digestion plus difficile, problème de mastication
Diminution progressive du nombre de néphrons, ralentissement fonctionnel Vieillesse des sphincters de la vessie	Baisse de la filtration glomérulaire Incontinence possible
Diminution du nombre des neurones, moindre sécrétion des neurotransmetteurs, démyélinisation des fibres Diminution de la sécrétion de mélatonine	Conduction nerveuse ralentie Destructuration du sommeil
Modification du tympan : épaississement ou amincissement selon les personnes Altération des cellules ciliées, arthrose des articulations des osselets	Baisse de l'acuité auditive Presbycusie Fréquences les plus basses et les plus hautes moins bien perçues
Opacification du cristallin Perte de souplesse du cristallin	Cataracte Baisse de l'acuité visuelle

Chez la femme, le vieillissement de l'appareil génital se traduit, au moment de la ménopause, par la disparition des règles. Il n'y a plus de sécrétions d'œstrogènes.

3.2 Le vieillissement différentiel

Les individus ne vieillissent pas tous de manière identique. Chez un même sujet, les organes ou fonctions ne déclinent pas à la même vitesse. Ces deux constats permettent de parler de **vieillesse différentielle**. Les modifications physiologiques se font de manière progressive, ne commencent pas au même moment pour tous les organes, se déroulent à un rythme différent pour chaque individu et dépendent de facteurs internes et externes.



La maladie d'Alzheimer

Objectifs

1. Décrire les comportements caractéristiques des malades atteints d'Alzheimer.
2. Énoncer les attitudes professionnelles adaptées face à ces comportements.

ACTIVITÉ 1 La maladie d'Alzheimer

1.1 À l'aide du document 1, proposer une définition de la maladie d'Alzheimer.

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative qui aboutit à une destruction neuronale irréversible.

Document 1 La maladie d'Alzheimer

Plus de 800 000 personnes en France sont touchées par la maladie d'Alzheimer. Les premiers symptômes, même s'il existe des formes plus précoces de la maladie, apparaissent après 65 ans, la prévalence de la maladie augmente avec l'âge.

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative entraînant des lésions neuronales progressives et irréversibles. Le dépôt, au sein du cortex cérébral, de protéines anormales est responsable d'anomalies de fonctionnement, puis de la perte de neurones.

Cette pathologie se traduit par des troubles de la mémoire et un déclin des capacités fonctionnelles et cognitives. L'évolution de la maladie se fait le plus souvent sur de nombreuses années et aboutit inéluctablement à une perte d'autonomie.

1.2 À partir des situations du document 2, relever les comportements des malades atteints d'Alzheimer en citant quelques exemples.

Troubles de la mémoire, surtout la mémoire immédiate : le malade place des objets dans des endroits inappropriés (ex. : clés dans le réfrigérateur), oublie d'arrêter un brûleur... Agressivité vis-à-vis de soi-même, de l'entourage. Déambulation sans raisons précises. Hallucinations. Cycle de sommeil perturbé avec des conséquences pour l'entourage (appel incessant du personnel la nuit). Apathie, manque d'intérêt du malade pour ce qui l'entoure, plus de motivation pour participer à des activités sociales, indifférence. Perte de l'estime de soi, refus des soins d'hygiène.



Mme Louise, 87 ans, vit encore à domicile. Depuis plusieurs mois, elle a des pertes de mémoire de plus en plus fréquentes, ce qui inquiète sa fille. Elle perd ses clés qu'elle retrouve dans le réfrigérateur, oublie d'arrêter le brûleur après cuisson d'un plat... Ce jour, après être allée à la boulangerie, trajet qu'elle connaît parfaitement, elle a été incapable de retrouver le chemin pour rentrer chez elle.

M. Jean est en maison de retraite depuis quatre ans. Depuis plusieurs mois, il déambule la journée, et de plus en plus souvent la nuit, dans les couloirs, sans raisons précises. Ce comportement trouble les autres résidents.

Mme Drouot est en EHPAD et partage sa chambre avec une personne du même âge. Depuis plusieurs semaines, elle accuse sa voisine de lui voler ses affaires et devient très agressive vis-à-vis d'elle.

M. Bernard est atteint de la maladie d'Alzheimer depuis plusieurs années. Son état s'est aggravé ces derniers mois ; il ne reconnaît plus sa

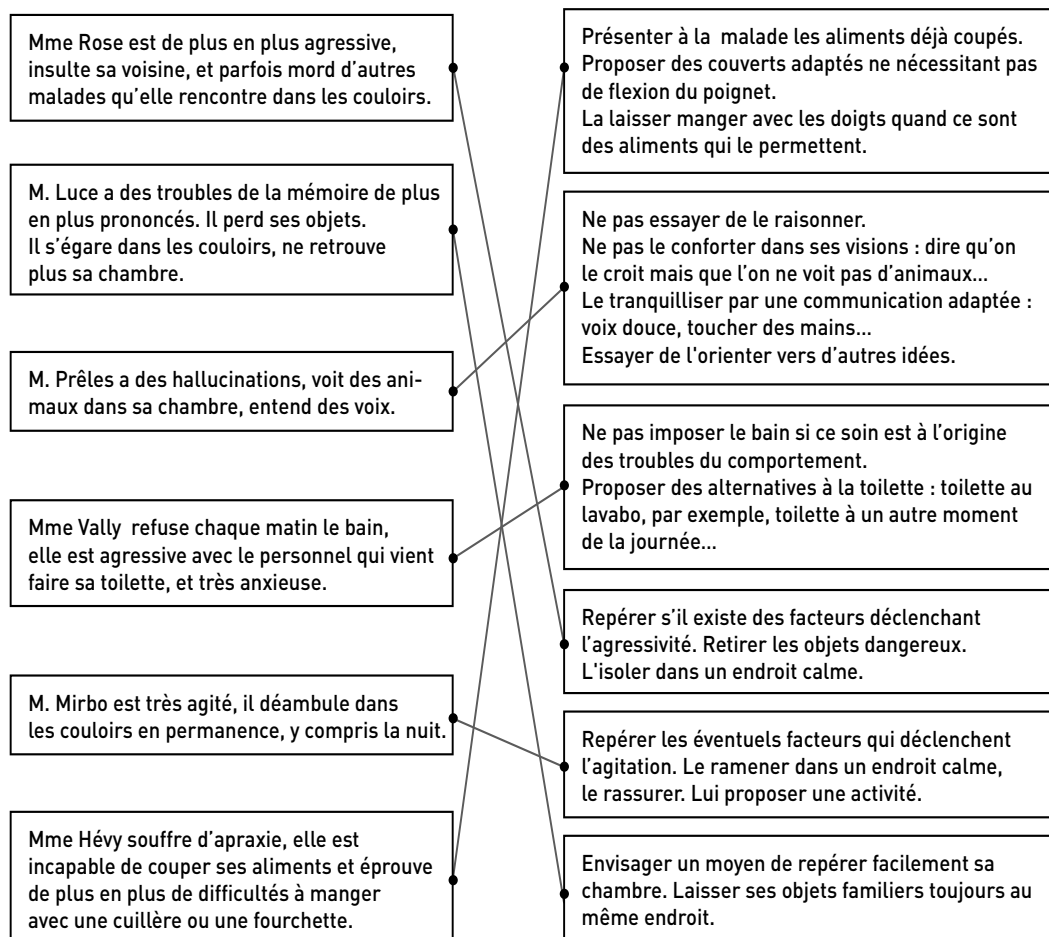
file qui lui rend visite deux fois par semaine. Il a des hallucinations, entend des voix, se sent persécuté. Son cycle de sommeil est complètement perturbé, il appelle le personnel plusieurs fois par nuit sans raison, met la télévision très fort au milieu de la nuit...

M. Auguste, résident d'une unité d'Alzheimer, refuse tous les soins d'hygiène. Chaque matin, le personnel est obligé de parlementer longuement pour pouvoir l'aider à sa toilette.

Mme Stoll, recherchant pourtant jusqu'à présent les contacts avec les autres résidents, demeure désormais enfermée dans sa chambre. Elle ne s'intéresse plus du tout à ce qui l'entoure. Même quand sa fille lui annonce qu'elle va être arrière-grand-mère pour la troisième fois, elle reste complètement indifférente à cette nouvelle. Apathique, elle ne participe plus à aucune activité de la résidence. Le personnel craint un début de dépression.

ACTIVITÉ 2 Les attitudes professionnelles adaptées

2.1 Relier les attitudes professionnelles qui semblent les plus adaptées à chaque exemple de comportement.



Viellissement cognitif et psychologique

Objectifs

1. Définir la notion de vieillissement cognitif.
2. Repérer les modifications cognitives liées à l'âge et énoncer leurs conséquences pour la personne.

ACTIVITÉ 1 Qu'est-ce que le vieillissement cognitif ?

À l'aide des documents 1 et 2

1.1 Définir la notion de vieillissement cognitif.

Le vieillissement cognitif est le vieillissement qui affecte les capacités mentales d'un individu.

1.2 Énoncer les différentes fonctions de la cognition.

Ce sont les fonctions qui permettent de traiter des informations : le langage, l'orientation spatiale, la mémoire, ..., les capacités d'attention.

Document 1 La cognition

La cognition est considérée dans son sens large comme l'ensemble des capacités mentales permettant l'acquisition et le maintien de connaissances. Elle correspond à la faculté de traiter, de transformer et d'emmagasiner des informations pour les réutiliser. D'un point de vue théorique, la cognition comprend un ensemble de fonctions qui se distinguent soit par les caractéristiques des informations à traiter (langage, orientation spatiale), soit par le type de traitement à solliciter (mémoire, attention).

Les spécialistes de la cognition s'entendent pour dire que le vieillissement s'accompagne d'une modification du fonctionnement cognitif, la plupart estimant qu'il évolue dans le sens d'un déclin [...]

INSERM Médecine - Sciences, « Vieillissement normal et cognition ».

Document 2 Le vieillissement cognitif

Si l'intégralité des facultés intellectuelles d'un sujet est affectée lors du processus naturel de vieillissement, elles ne le sont pas toutes de façon équivalente. En outre, les individus ne sont pas atteints de la même manière et au même rythme, la variabilité interindividuelle allant croissante avec l'âge et étant étroitement associée à la diversité des parcours de vie. Tout comme la sénescence a un effet sur les facultés motrices ou sensorielles, elle affecte les capacités mentales : on parle alors de « vieillissement cognitif ».

Note de veille, n° 179, juin 2010,
Centre d'analyse stratégique.



ACTIVITÉ 2 Conséquences du vieillissement sur les capacités mentales

À l'aide du document 3

2.1 Énoncer la conséquence du vieillissement sur les capacités mentales.

Les capacités mentales connaissent une dégradation, un déclin lors du vieillissement.

2.2 Compléter le tableau page 46.

	Vrai	Faux	Justification
Le vieillissement des fonctions cognitives est le même chez tous les individus.		X	Il existe des différences entre les individus.
Il y a une détérioration mnésique avec l'âge.	X		La mémoire est une fonction souvent détériorée, surtout la mémoire à court terme.
La personne âgée a des difficultés à traiter plusieurs choses en même temps.	X		L'attention dite partagée est détériorée lors du vieillissement.

Document 3 Les effets du vieillissement cognitif

Avec l'avancée en âge, l'ensemble des fonctions cérébrales supérieures connaît une dégradation, qu'il s'agisse de la perception, de l'attention, de la résolution de problèmes, de la mémoire ou du langage (qui demeure la capacité la mieux préservée). Cependant, il existe une forte hétérogénéité inter- et intra-individuelle selon les capacités considérées et leurs sous-dimensions.

Une première distinction a été opérée entre l'intelligence fluide (fonctionnement opérationnel, adaptatif, intuitif, rapide) qui décline de manière importante et l'intelligence cristallisée (développement de raisonnements à partir de ses expériences et connaissances) qui semble préservée. La majorité des études démontre également une importante détérioration mnésique avec l'âge, mais de façon variable selon le type de mémoire étudié. Il semble que la mémoire à court terme et la mémoire épisodique (événements personnels) soient plus affectées que la mémoire sémantique (connaissances générales) [...]

De la même façon, les déficits de l'attention sélective (choisir l'information pertinente) et de l'attention partagée (traiter deux choses simultanément) sont plus importants que ceux de l'attention soutenue (rester concentré longtemps).

Ainsi, plus la tâche est complexe, plus elle demande vitesse et flexibilité, plus la différence observée entre les groupes d'âge est importante, et ce dès la cinquantaine. Le ralentissement cognitif serait dû à une diminution de la vitesse de traitement des informations. [...]

Note de veille, n°179, juin 2010, Centre d'analyse stratégique.

ACTIVITÉ 3 Attitudes et activités à mettre en place pour prendre en compte le vieillissement cognitif

3.1 Justifier, au regard de ses connaissances sur le vieillissement cognitif et à l'aide de l'activité 2, les recommandations à respecter lors des activités menées avec les personnes âgées.



Recommandations	Justifications
Proposer des activités assez courtes (maximum 45 minutes).	L'attention et les capacités de concentration sur une durée longue sont diminuées lors du vieillissement. Des activités courtes sont donc préférables.
Mettre en place des activités ou animations permettant de stimuler la mémoire.	Les capacités mnésiques sont affectées, parfois de manière importante. La stimulation régulière de la mémoire permet d'éviter un déclin trop important.
Veiller à fixer l'attention de la personne âgée lors des activités de loisirs, de soins : ambiance calme, une seule consigne à la fois...	L'attention sélective (choisir une information) et l'attention partagée (faire plusieurs choses en même temps) sont touchées par le vieillissement cognitif. Une ambiance calme évite les « distractions » et favorise la concentration.
Faire preuve de patience si la personne réalise très lentement l'activité, ne pas faire à sa place, répéter les consignes si elles semblent ne pas avoir été comprises.	Le vieillissement cognitif se traduit par une diminution de la vitesse de traitement de l'information : il faut donc respecter le rythme de la personne et accepter qu'elle fasse ou comprenne les choses plus lentement.



Le vieillissement cognitif La maladie d'Alzheimer

1 Le vieillissement cognitif

1.1 Définition

Le vieillissement cognitif est le vieillissement qui affecte les capacités mentales : mémoire, attention, langage... Il se traduit par un déclin de ces capacités.

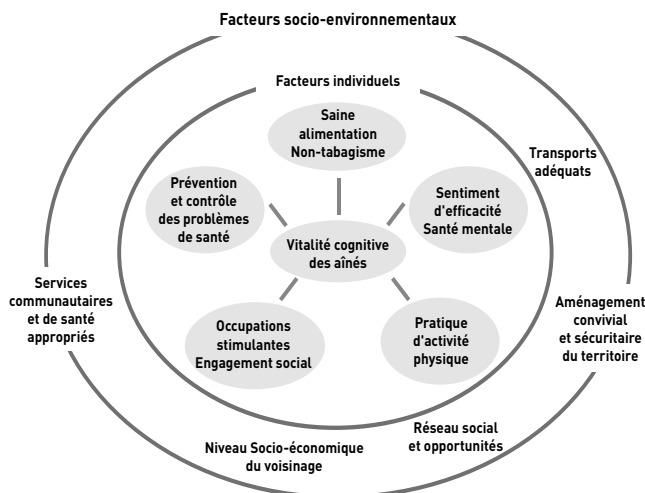
Le déclin des fonctions cognitives est associé à des changements dans le cerveau, il est plus accentué chez certaines personnes.

1.2 Conséquences du vieillissement cognitif

Les performances cognitives diminuent avec le vieillissement, mais toutes les capacités mentales ne sont pas touchées de la même manière. Ainsi, les capacités verbales restent relativement stables alors que la mémoire est assez vite touchée.



Les facteurs de promotion de la vitalité cognitive



De nombreux facteurs ont une influence sur le vieillissement cognitif ; en agissant sur certains d'entre eux, il est possible de conserver une certaine vitalité cognitive.

La Santé de l'homme, n°411 janvier-février 2011.

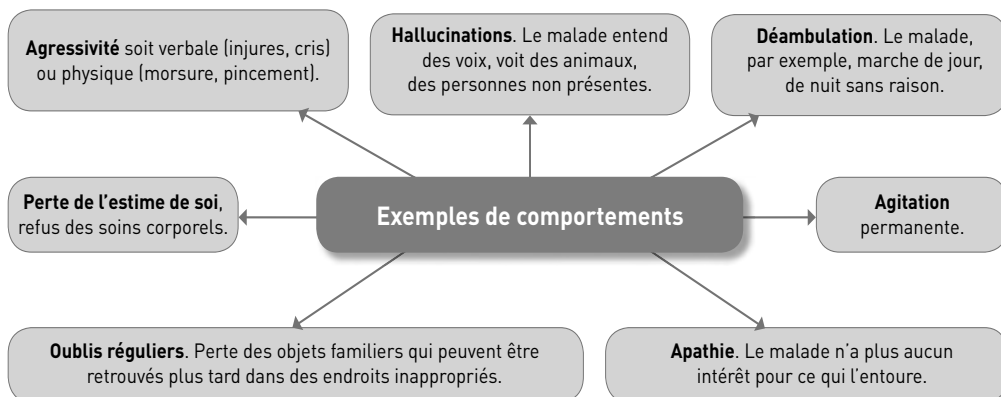
2 La maladie d'Alzheimer

2.1 Définition

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative qui entraîne la destruction irréversible des neurones. Cette démence évolue le plus souvent sur de nombreuses années et aboutit à une perte d'autonomie.

2.2 Les comportements des malades atteints de la maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer, qui débute souvent par des troubles de la mémoire, détériore progressivement les capacités mentales. Cette détérioration s'accompagne de troubles du comportement qui sont souvent difficiles à comprendre par l'entourage et par certains professionnels.



2.3 Les attitudes professionnelles adaptées face aux comportements d'un malade atteint de la maladie d'Alzheimer

Les comportements liés à la maladie d'Alzheimer peuvent être déstabilisants pour l'entourage et pour les professionnels ; ils nécessitent la mise en œuvre d'attitudes adaptées.

Les activités avec le patient doivent être réalisées dans le respect de sa dignité. Le personnel doit maintenir une communication (verbale, gestuelle) avec le malade. Cela nécessite patience, calme et maîtrise de soi.

Exemples d'attitudes professionnelles face à un patient agité ou délirant

AGITATION/OPPOSITION	
À faire	À ne pas faire
<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser le contact, le toucher, embrasser, chanter une chanson • Être rassurant, sécurisant • Essayer de discuter ou d'orienter le résident/patient vers une autre idée • Proposer une activité ou une promenade, une collation ou une boisson • Établir des routines • Repérer les moments de fatigue et d'agacement • Enlever les objets dangereux • Demander de l'aide si nécessaire (si vous êtes en institution) • Isoler le patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir des réactions brutales, agressives • Générer une ambiance anxiogène • Infantiliser • Adopter un ton supérieur/autoritaire • Tenter de raisonner le résident/patient • Solliciter de façon incessante • Utiliser des moyens de contention
IDÉES DÉLIRANTES	
À faire	À ne pas faire
<ul style="list-style-type: none"> • Indiquer au résident/patient que nous n'entendons/voyons pas ce qu'il entend/voit, mais que nous le croyons • Essayer de changer de conversation, d'orienter le résident/patient vers une autre idée • Si le trouble déclenche la peur, intervenir pour assurer la protection du résident/patient et de l'entourage • Assurer une présence régulière 	<ul style="list-style-type: none"> • Paniquer • Tenter de raisonner le résident/patient • Infantiliser, ridiculiser • Nier le délire • Entretenir une conversation sur le délire

Source extraits *La Revue du praticien*, septembre 2011, page 940

Autonomie et dépendance

Objectifs

1. Définir les notions d'autonomie et de dépendance.
2. Repérer et classer les facteurs générateurs d'une perte d'autonomie.
3. Évaluer le degré d'autonomie d'une personne à l'aide de la grille AGGIR.

ACTIVITÉ 1 Dépendance et autonomie

1.1 Dans le document 1, souligner en rouge la définition de la dépendance, en vert la définition de l'autonomie.

Document 1 Dépendance et autonomie

Si la vieillesse n'est pas synonyme de dépendance, l'allongement de la durée de vie se traduit néanmoins par une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. La prise en charge de cette dépendance reste donc un défi pour la société.

Une personne âgée est dite dépendante quand elle a besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne (repas, toilette, tâches domestiques...).

L'autonomie est la capacité et/ou le droit d'une personne à choisir elle-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir.

ACTIVITÉ 2 Les facteurs favorisant la perte d'autonomie

2.1 Relever et classer, à partir du document 2, les facteurs qui peuvent générer une perte d'autonomie.

Maladies physiques : fracture du col du fémur, problèmes d'audition, dégénérescence maculaire.

Maladies psychiques : maladie d'Alzheimer.

Causes environnementales : logement inadapté (sans ascenseur...), perte du conjoint, isolement du lieu d'habitation.

Document 2 Exemples de situations de personnes âgées en perte d'autonomie

Mme Léon, 88 ans, vit dans un appartement ancien situé au cinquième étage sans ascenseur. Très essoufflée, ayant de grandes difficultés à se déplacer depuis presque une année, elle ne peut plus sortir.

M. Lemaire s'est fracturé le col du fémur, il n'a pas réussi à récupérer complètement la marche et, trois mois après l'accident, il se déplace encore en déambulateur. Il a également besoin d'aide pour se lever ou se coucher.

Mme Denise vient de perdre son époux après 65 ans de vie commune. Elle ne sort plus de chez elle, ne veut plus voir sa famille, ses voisins. Isolée, elle ne s'alimente plus correctement et se laisse aller.

M. Bernard, âgé de 78 ans, vit dans un petit village, sans commerçant. Jusqu'à présent, il conduisait encore et allait régulièrement faire ses courses dans un bourg voisin à 10 kilomètres. Atteint de dég-

nérescence maculaire liée à l'âge à un stade avancé, le médecin lui déconseille désormais de conduire. Il ne sait pas comment il va pouvoir gérer cette nouvelle situation : les déplacements en voiture lui assuraient une certaine autonomie.

Mme Jules est en maison de retraite depuis huit ans. Ses problèmes d'audition se sont aggravés et deviennent difficiles à compenser avec un appareillage. Elle se replie sur elle-même, refuse maintenant toutes les activités communes, préférant demeurer dans sa chambre.

M. Albert, 90 ans, vit seul dans sa maison. Atteint depuis de nombreuses années de la maladie d'Alzheimer, ses enfants estiment que son maintien à domicile, même avec la venue plusieurs fois par semaine d'une auxiliaire de vie sociale, devient dangereuse : il se perd dans les rues, oublie d'éteindre les plaques électriques après cuisson...

ACTIVITÉ 3 L'évaluation du degré d'autonomie d'une personne

3.1 À l'aide des documents 3 et 4, préciser les rôles que l'aide-soignant (AS) doit assumer auprès de cette personne âgée en ce qui concerne les variables 3, 4, 5 et 7.

Variable 3 toilette : l'AS doit réaliser la toilette intime et la toilette des jambes et des pieds.

Mme Sablon pourra faire sa toilette du visage et du haut du corps avec l'aide de l'AS.

Variable 4 habillage : l'AS réalisera l'habillage de la partie basse du corps et aidera Mme Sablon pour le reste de l'habillage.

Variable 5 alimentation : l'AS doit servir Mme Sablon, puis apporter une aide partielle pour la prise du repas.

Variable 7 transferts : l'AS devra assurer les transferts (pas d'autonomie de Mme Sablon).

Document 3 Grille AGGIR

La grille AGGIR (Autonomie gérontologique et groupes iso-ressources) est un outil de mesure de l'autonomie. Cette grille permet d'évaluer les activités effectuées ou non par la personne seule et définit des groupes rassemblant des individus ayant des niveaux proches de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Cette grille comporte dix variables d'activités corporelles et mentales, dites « discriminantes » et sept variables d'activités domestique et sociale, dites « illustratives ».

Variables d'activités corporelle ou mentale	Variables d'activités domestique ou sociale
1 Cohérence (des actes et des propos)	1 Gestion (budget, biens, démarches administratives)
2 Orientation (dans le temps, les lieux)	2 Cuisine (préparation des repas, conditionnement)
3 Toilette (subdivisée en toilette du haut et du bas)	3 Ménage (travaux ménagers courants)
4 Habillage (haut, moyen et bas)	4 Transports (utiliser volontairement un moyen de transport collectif ou individuel)
5 Alimentation (servir, manger)	5 Achats (acquisition volontaire de biens)
6 Élimination urinaire et fécale	6 Suivi du traitement (respecter l'ordonnance, gérer son traitement)
7 Transferts (se lever, se coucher, s'asseoir)	7 Activités du temps libre (pratiquer volontairement, seul ou en groupe, des activités)
8 Déplacements à l'intérieur (du lieu de vie)	
9 Déplacements à l'extérieur (en dehors du lieu de vie)	
10 Alerter (utiliser un moyen de communication à distance)	

Chaque variable est évaluée selon trois modalités :

- A : fait seul spontanément, totalement, habituellement et correctement ;
- B : fait seul non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement ;
- C : ne fait pas seul, ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

À partir des réponses aux variables, un logiciel calcule des points et un score, et attribue à chaque personne un groupe iso-ressources. Il existe six groupes iso-ressources.

Groupe 1	Personnes confinées au lit ou au fauteuil et ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue des intervenants.
Groupe 2	Deux sous-groupes : – personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; – personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices.
Groupe 3	Personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. L'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.
Groupe 4	Deux sous-groupes : – personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui une fois levées peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillage. – personnes n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doivent être aidées pour les activités corporelles, y compris les repas.
Groupe 5	Personnes qui assurent seules leurs transferts et déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques.

Document 4 Grille AGGIR concernant Mme Sablon

1	cohérence	B
2	orientation	B
3	toilette haut bas	B C
4	habillage haut moyen bas	B B C
5	alimentation se servir manger	C B
6	élimination urinaire anale	C B
7	transferts	C
8	déplacements intérieurs	B
9	déplacements extérieurs	C
10	alerte	C

La politique sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées

● Objectifs

1. Énoncer et justifier les grands principes de la politique médico-sociale.
2. Développer les objectifs et conditions d'attribution des différentes aides dédiées aux personnes âgées.
3. Citer les missions d'un CLIC.

ACTIVITÉ 1 La politique médico-sociale

1.1 Expliquer pourquoi une politique médico-sociale en faveur des personnes âgées est nécessaire.

Les personnes âgées de plus de 60 ans et les personnes âgées dépendantes sont de plus en plus nombreuses, la société doit donc accompagner cette évolution par une politique médico-sociale.

1.2 Énoncer les différents moyens retenus dans le cadre de la politique médico-sociale en faveur des personnes âgées.

- Elaboration de lois : loi donnant aux départements des compétences sur l'action en faveur des personnes âgées, loi sur la prise en charge de la dépendance, loi instituant la journée de solidarité
- Création de prestations pour prendre en compte la dépendance : prestation spécifique dépendance remplacée en 2001 par l'allocation personnalisée d'autonomie.
- Plans nationaux : plan solidarité grand âge, plan Alzheimer.

1.3 Relever les différents niveaux décisionnels de cette politique médico-sociale et leurs rôles respectifs.

L'État : élabore les grandes lois et définit les grandes lignes de la politique médico-sociale au niveau national.
 Les départements : rôle clé dans la politique médico-sociale des personnes âgées. Doivent élaborer un schéma départemental gérontologique. Instruisent et financent l'APA, tarifient les établissements d'hébergement et les services pour le maintien à domicile.
 Les communes : peuvent contribuer à cette politique en mettant en place différents services à destination des personnes âgées (service de distribution des repas, service d'aide ménagère...).

Document 1 Les grandes étapes de la politique médico-sociale

L'allongement de la durée de vie a pour conséquences démographiques une augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans. En parallèle, il est aussi constaté une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, même si l'âge d'entrée dans la dépendance recule. La société doit donc mettre en œuvre une véritable politique gérontologique pour cette population.

Il faut attendre 1962, avec la publication du rapport Laroque, pour que les véritables bases d'une politique médico-sociale soit jetées.

En 1981, un secrétariat d'Etat chargé des personnes âgées est créé pour la première fois.

En 1984, les départements acquièrent une compétence générale dans la conduite et la coordination de l'action en faveur des personnes âgées.

En 1988, la première charte pour les personnes âgées dépendantes est élaborée par la Fondation nationale de gérontologie.

En 1997, le gouvernement légifère en instituant la prestation spécifique dépendance.

En 2001, une loi, met en place une allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui remplace la prestation spécifique dépendance.

En 2004, une journée solidarité est créée afin d'alimenter la contribution solidarité autonomie.

En 2005, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est créée.

À partir de 2006, plusieurs plans sont publiés par le gouvernement (plan solidarité grand âge, plan Alzheimer).

Les politiques gérontologiques relèvent de plusieurs niveaux décisionnels. L'Etat élabore les grandes lois et définit le cadre réglementaire de la politique médico-sociale en faveur des personnes âgées. Les agences régionales de la santé sont impliquées, car elles ont pour mission « de définir, financer et évaluer les actions visant à promouvoir la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie ».

Les départements ont un rôle clé dans ces politiques : instruction et financement de l'APA, tarification des établissements d'hébergement, maintien à domicile... Chaque département doit élaborer un schéma gérontologique.

Les communes peuvent aussi avoir des actions : distribution de repas, services d'aide à domicile...

ACTIVITÉ 2 Les aides et prestations aux personnes âgées

2.1 À l'aide du document 2 et d'Internet (pour les montants actualisés), compléter le tableau ci-dessous.

Prestations	Objectif	Conditions d'attribution	Montants (chiffres au 1 ^{er} décembre 2011)
Allocation de solidarité aux personnes âgées	Assurer un minimum de revenus à des personnes âgées de plus de 65 ans.	Âge : 65 ans. Résidence : résider en France de manière stable et régulière. Ressources : ne pas dépasser un plafond de ressources.	Montant maximal par mois : 742,27 €
Allocation personnalisée d'autonomie	Améliorer la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.	Âge : 60 ans. Résidence : résider en France de manière stable et régulière. Être en perte d'autonomie.	Selon le degré d'autonomie de 540,69 € à 1261,60 € par mois.

2.2 Donner deux autres exemples d'aides qui peuvent être versées aux personnes âgées.

- Aide au financement d'une aide-ménagère.
- Participation aux frais de repas.

Document 2 Quelles prestations pour les personnes âgées ?

Les personnes âgées peuvent bénéficier de différents types d'aides et de prestations sociales.

L'allocation de solidarité aux personnes âgées est destinée à assurer un minimum de revenus à des personnes âgées de plus de 65 ans. Pour bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, le demandeur doit répondre à des conditions d'âge, de ressources et de résidence (résider en France de manière stable et régulière).

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) permet d'améliorer la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Pour pouvoir en bénéficier, le demandeur doit répondre à des conditions d'âge (être âgé d'au moins 60 ans), de résidence (résider de manière stable et régulière en France), être en perte d'autonomie, celle-ci étant évaluée à l'aide la grille nationale AGGIR.

D'autres prestations sociales peuvent être versées : aides au financement d'une aide-ménagère, aide sociale à l'hébergement, participation aux frais de repas en foyers restaurants, distribution de repas à domicile...

ACTIVITÉ 3 Les services d'un CLIC

3.1 Quel est l'intérêt d'un CLIC ?

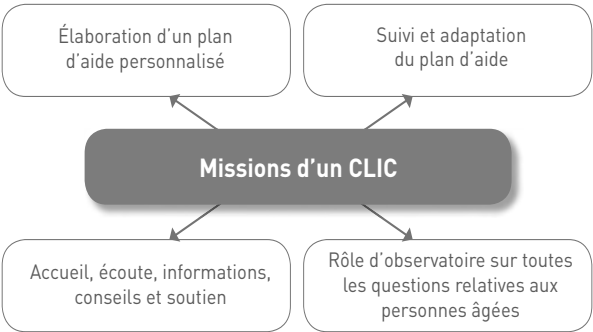
Offrir à la personne âgée et son entourage sur un même lieu géographique un ensemble de services.

Document 3 Le CLIC : toutes les réponses en un seul lieu

Le Centre local d'information et de coordination est un lieu d'accueil, de proximité et d'écoute qui met à disposition de multiples services et aides. Dans un même lieu géographique, la personne âgée ou sa famille va pouvoir trouver des informations sur les aides, les hébergements, ses droits, les services d'aide à domicile...

Brochure CLIC Métropole Nord-Ouest (extraits).

3.2 Compléter les encadrés ci-dessous.



Document 4 Les missions d'un CLIC

Le CLIC permet d'accueillir, d'écouter et d'informer, de conseiller et de soutenir les personnes de plus de 60 ans et leurs familles.

Grâce à l'évaluation des besoins de la personne âgée, le CLIC peut élaborer un plan d'aide personnalisé.

Le CLIC permet également le suivi et l'adaptation du plan d'aide dans le cadre d'une demande d'APA.

Enfin de nombreux CLIC assurent un rôle d'observatoire sur les questions relatives aux personnes âgées.

À partir de la brochure CLIC Lozère.



L'autonomie, la dépendance et la politique médico-sociale

1 La dépendance, la perte d'autonomie

1.1 Définition de la dépendance et de l'autonomie

Une personne âgée est dite dépendante quand elle ne peut plus accomplir seule les actes de la vie quotidienne : toilette, repas, activités domestiques... La dépendance peut être partielle ou totale selon le seuil de gravité atteint.

L'autonomie est la capacité d'une personne à choisir elle-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir, c'est donc la capacité à se gouverner soi-même, à prendre des décisions concernant sa propre vie. La notion d'autonomie relève donc à la fois de la capacité et de la liberté.

1.2 Les facteurs générateurs de la perte d'autonomie

La perte d'autonomie peut être brutale (ex. : suite à un accident vasculaire cérébral ou à une chute) ou progressive (ex. : aggravation de maladies chroniques comme le diabète...). Un certain nombre de facteurs peuvent favoriser et précipiter la perte d'autonomie de l'individu. L'association de plusieurs facteurs est fréquente.

Maladies physiques

Fractures
Arthrose
Maladies chroniques : diabète, insuffisance respiratoire...
Accidents vasculaires cérébraux

Environnement

Logement inadapté (sans ascenseur, sur plusieurs niveaux...)
Isolement du logement : logement en milieu rural sans possibilité de se déplacer
Isolement social : plus de famille ou amis à proximité

Maladies psychiques

Maladies d'Alzheimer
Démences séniles
Dépression

La perte d'autonomie peut être précédée de signaux d'alerte : état de faiblesse ou grande fatigue, ralentissement de l'activité physique, refus d'activités, dépression... Le personnel, notamment à domicile, doit être capable de repérer rapidement ces signes afin de prévenir l'évolution vers une perte d'autonomie.

1.3 L'évaluation de la perte d'autonomie ou du degré de dépendance

La perte d'autonomie est évaluée par une équipe médico-sociale à l'aide de la grille nationale AGGIR (Autonomie, Gérontologie, groupes Iso Ressources). Cette grille classe les personnes âgées en six Groupes Iso Ressources (GIR) : des plus dépendantes (GIR 1) à celles ayant conservé leur autonomie pour les actes de la vie quotidienne (GIR 5 et 6). L'allocation personnalisée d'autonomie est versée pour les GIR 1 à 4.



2 La politique médico-sociale

2.1 Les grands principes de la politique médico-sociale

La société doit accueillir et prendre en charge un nombre croissant de personnes âgées et de personnes âgées dépendantes, il s'agit d'un véritable enjeu.

Les bases d'une politique médico-sociale en faveur des personnes âgées sont relativement récentes, elles datent de la publication du rapport Laroque dans les années 1960 : ce rapport préconisait des mesures favorisant le maintien à domicile et l'insertion dans la vie sociale, des garanties de ressources minima pour les personnes âgées.

Depuis cette date, de nombreuses mesures sont régulièrement prises : création de l'allocation personnalisée d'autonomie, mise en place d'une journée solidarité pour alimenter la contribution solidarité, élaboration de plans quinquennaux (plan solidarité grand âge...).

2.2 Les différents acteurs de la politique médico-sociale en faveur des personnes âgées

La politique médico-sociale en faveur des personnes âgées relève d'acteurs et d'opérateurs multiples.

L'État et ses services déconcentrés

L'État définit cette politique au niveau national : élaboration de lois qui s'appliquent sur l'ensemble du territoire, créations de plans nationaux...

Les agences régionales de la santé ont dans leurs missions de « définir, financer et évaluer les actions visant à prévenir la perte d'autonomie ».

Les communes

Elles peuvent mettre en place, notamment par le biais des CCAS (centre communal d'action sociale), différents services : aide-ménagère, télé-alarme, distribution de repas à domicile.

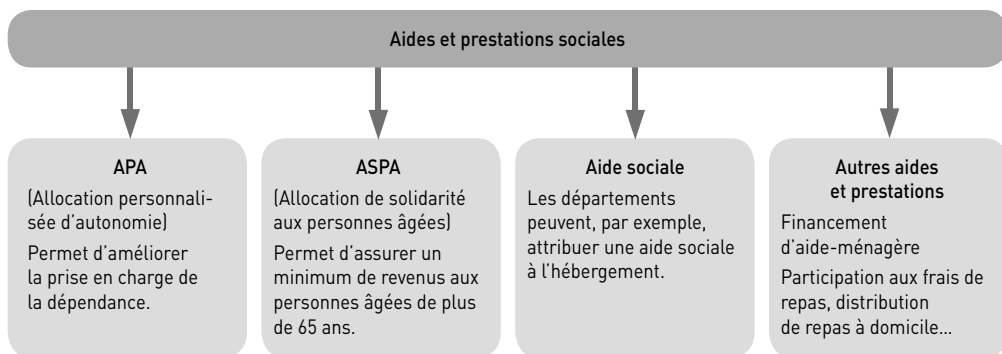
Les départements, véritable clés de voûte de cette politique

Ils la mettent en œuvre, instruisent et financent l'APA, tarifient les établissements d'hébergement, financent l'aide sociale à l'hébergement. Chaque département est doté d'un schéma gérontologique. Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), pilotés par les conseils généraux, offrent un lieu d'accueil et de coordination de proximité.

Les autres opérateurs

D'autres opérateurs privés ou associatifs participent aussi à cette politique : services d'aide à domicile, animation troisième âge...

2.3 Les prestations pour les personnes âgées



Ces aides sont attribuées sous conditions. Selon les prestations, ces conditions peuvent concerner les ressources, la résidence, l'âge, le degré d'autonomie.

Établissements et structures d'accueil

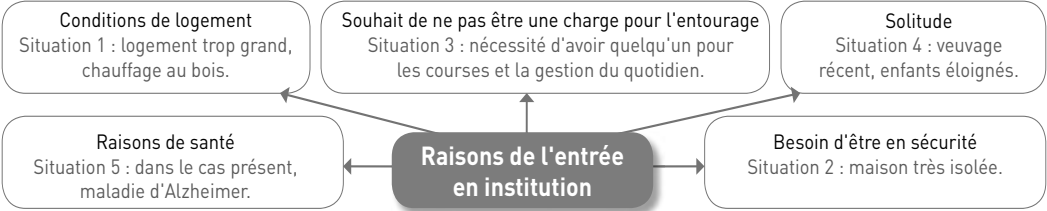


● Objectifs

- 1. Énoncer les raisons de l'entrée en institution.
- 2. Caractériser les différents hébergements pour les personnes âgées.

ACTIVITÉ 1 L'entrée en institution

1.1 Reporter correctement dans les encadrés ci-dessous les numéros des situations du document 1 et expliciter la raison d'entrée en institution.



Document 1 Les raisons de l'entrée en institution

Situation 1 - Mme Julien, 86 ans, a eu sept enfants. Elle vit dans une très grande maison sur deux étages, avec un chauffage au bois. Elle a des difficultés pour entretenir et chauffer correctement ce grand logement.

Situation 2 - M. Louis vit dans un petit pavillon en milieu rural, sa maison est située à l'écart du village, sans voisinage proche. Il a de plus en plus peur, appréhende les longues soirées d'hiver.

Situation 3 - M. et Mme Collet, tous deux âgés de 92 ans, vivent dans un appartement dans une petite ville. Ils ne peuvent plus faire leurs courses seuls, ne pouvant plus conduire. C'est leur fille aînée qui vient régulièrement faire leurs achats et qui gère leur quotidien. Ils vivent de plus en plus mal le fait d'être une surcharge de travail pour leur fille

qui a par ailleurs une activité professionnelle et doit gérer sa famille de trois enfants. Ils envisagent donc d'entrer en maison de retraite.

Situation 4 - Mme Schmidt, 78 ans, a perdu son mari il y a six mois. Malgré la visite régulière en fin de semaine de ses enfants, elle se sent très seule et voudrait bien avoir des liens sociaux, hélas, il n'existe pas dans son environnement de clubs du troisième âge. Elle vient de formuler une demande dans une maison de retraite située dans la ville voisine.

Situation 5 - M. Paul souffre de maladie d'Alzheimer depuis plusieurs années. Sa maladie a beaucoup évolué ces derniers mois, il ne peut plus rester à son domicile malgré l'intervention régulière d'une auxiliaire de vie sociale.

ACTIVITÉ 2 Les différents établissements et structures d'accueil pour personnes âgées

2.1 À l'aide du document 2, compléter le tableau ci-dessous.

Nature de l'établissement	Publics accueillis	Hébergement et services proposés
Maisons de retraite	Personnes âgées de plus de 60 ans, autonomes ou en légère dépendance.	Hébergement en chambre individuelle ou à plusieurs lits. Repas – entretien. Divers services : animations, sorties...
Logements-foyers	Personnes âgées autonomes	Logement autonome : la personne est locataire. Services collectifs (repas, animation) : usage facultatif.
Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	Personnes âgées de plus de 60 ans dépendantes.	Hébergement, restauration, entretien, aide à la vie quotidienne, soins Services divers : animation.

Unités de soins de longue durée	Personnes âgées les plus dépendantes ayant besoin de traitement	Hébergement, restauration, entretien, Soins médicaux.
Hébergement temporaire	Personnes âgées.	Hébergement, restauration, entretien. L'accueil temporaire permet de faire face à des difficultés passagères.
Accueil de jour	Personnes âgées.	Restaurations, soins, activités diverses (ludiques, rééducation...).

Document 2

L'hébergement des personnes âgées

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) regroupent l'ensemble des établissements médico-sociaux ou de santé qui accueillent des personnes âgées de façon permanente, temporaire ou en accueil de jour ou de nuit. Les maisons de retraite sont des lieux d'hébergement collectif qui assurent une prise en charge globale de la personne, incluant l'hébergement en chambre (ou en logement), les repas et divers services. Les personnes sont âgées de plus de 60 ans, sont autonomes ou en légère dépendance. Les logements-foyers sont des groupes de logements autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif. La personne âgée est locataire de son appartement, qu'elle meuble comme elle le souhaite. Ils accueillent des personnes autonomes. L'accueil de personnes en perte d'autonomie est possible pour certains d'entre eux. Les unités de soins de longue durée (USLD) sont des structures médicalisées destinées à l'accueil des personnes les plus dépendantes, nécessitant une surveillance médicale constante et des traitements.

Elles sont le plus souvent rattachées à des structures sanitaires. Depuis 2002, une nouvelle catégorie d'établissements est apparue : les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ce sont des établissements qui accueillent des personnes âgées de 60 ans ou plus, dépendantes et ayant besoin de soins. La plupart des EHPAD proposent un hébergement en chambre individuelle ou collective, un service de restauration, de blanchisserie, une aide à la vie quotidienne, des activités de loisirs, une surveillance médicale et des soins. À côté de ces modes d'hébergement, il existe d'autres modalités : - l'hébergement temporaire permet à la personne âgée ou son entourage de faire face à des difficultés passagères : absence momentanée de la famille, inadaptation du logement l'hiver, convalescence..., - l'accueil de jour, un ou plusieurs jours par semaine, permet de soulager les aidants.

Rédigé à partir de Solidarité santé, n° 18- 2011, et DREES (Etudes et résultats Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées).

2.2 Enoncer les différentes tarifications en EHPAD et préciser ce qui est à la charge du résident.

Un tarif hébergement et un tarif dépendance sont à la charge de la personne âgée. Le tarif soins est pris en charge par l'assurance-maladie et les mutuelles.

Document 3

Les tarifications en EHPAD

Trois tarifications sont appliquées pour les résidents en EHPAD :

- Un tarif hébergement, à la charge de la personne âgée, pour le financement des prestations d'hébergement, de restauration et d'entretien. La personne âgée peut, pour cette partie de tarification, percevoir l'allocation logement ou d'autres aides (aide sociale par exemple).
- Un tarif dépendance, à la charge du résident, mais qui peut être couvert par l'allocation personnalisée d'autonomie.
- Un tarif soins pris en charge par l'assurance-maladie et le cas échéant la mutuelle.

ACTIVITÉ 3 Les personnels dans les EHPAD

3. 1 Positionner les différents professionnels qui interviennent auprès de Mme Jacob dans le tableau ci-dessous.

Personnel médical	Personnel paramédical ou soignant	Personnel social et d'animation	Personnel des services généraux
Médecin	Infirmière Aide-soignant Kinésithérapeute Diététicienne	Animatrice sociale	Agent de service hospitalier Agent de buanderie

Document 4

Le quotidien de Mme Jacob en EHPAD

Mme Jacob, 88 ans, vit en EHPAD depuis deux ans. Tous les matins, un aide-soignant l'installe au fauteuil pour le petit déjeuner, puis vient l'aider à réaliser sa toilette. L'entretien des espaces communs est assuré par des agents de services hospitaliers, le linge est entretenu à la blanchisserie par des agents de buanderie. Une infirmière vient lui distribuer ses traitements médicamenteux et s'assure de leur prise, elle contrôle également les pulsations et la pression artérielle. Le médecin de l'établissement passe à sa demande pour ses renouvellements d'ordonnance. Pour les menus, une diététicienne lui demande chaque semaine de faire des choix.

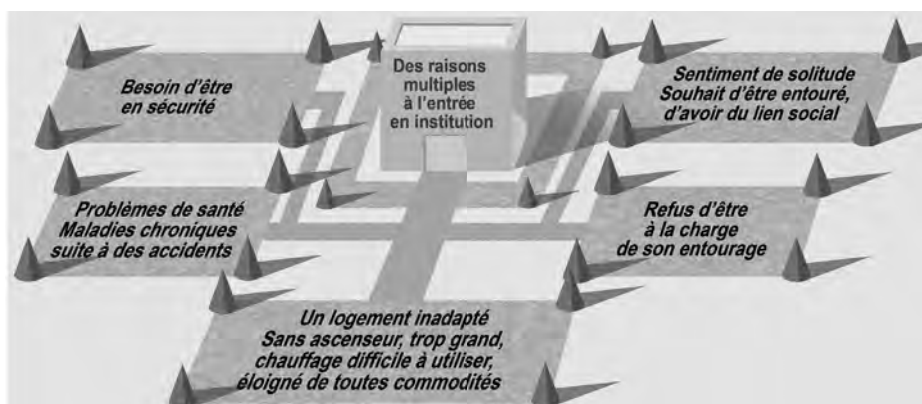
Mme Jacob bénéficie également de deux séances hebdomadaires de rééducation avec une kinésithérapeute. Certains après-midi, Mme Jacob participe à des animations mises en place par une animatrice sociale.



Le choix d'une structure d'accueil

1 L'entrée en établissement d'hébergement

Les personnes âgées entrent de plus en plus tardivement en structures d'hébergement (l'âge moyen à l'entrée est actuellement de 83 ans et 5 mois). Les hommes entrent un peu plus tôt que les femmes.



2 Les différents établissements et structures d'hébergement

Les structures d'hébergement pour personnes âgées sont des établissements médico-sociaux ou de santé qui accueillent des personnes âgées de plus de 60 ans de manière permanente ou temporaire.

Ces établissements doivent accueillir dans le **respect des droits des usagers** : respect de sa dignité, de sa vie privée, libre choix des prestations proposées, confidentialité des informations...

Lors de l'entrée en institution, il doit être remis à la personne âgée : un livret d'accueil, le règlement de fonctionnement de la structure, le contrat de séjour. Les conditions d'accès et de prise en charge varient selon le type d'établissement, ces établissements peuvent être publics ou privés.





Il existe à côté de ces structures « classiques » d'hébergement, des formules alternatives :

- **des résidences services** : souvent créées par des groupes privés, elles offrent des logements de grand standing en location ou en propriété avec des parties collectives et des animations variées ;
- **des structures d'accueil temporaire** : accueil des personnes âgées certaines périodes de l'année (par exemple les 4 mois d'hiver ou l'été, quand la famille ou l'entourage part en congés), accueil certaines journées de la semaine pour soulager les aidants, accueil entre une sortie de l'hôpital et un retour à domicile ;
- **les MARPA** : maisons d'accueil rural pour personnes âgées. Ce sont de petites unités de vie qui proposent un logement privatif et des espaces de vie collective. Elles sont souvent gérées par une maîtresse de maison, les résidents étant associés à la vie matérielle de la structure.



3 Le personnel des structures d'hébergement pour personnes âgées

Selon les structures, les personnels sont variables. Dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, le personnel peut être réparti en plusieurs catégories :

- le **personnel administratif** : équipe de direction, secrétaire, agent administratif ;
- le **personnel des services généraux** : agent de buanderie, de cuisine, jardinier... ;
- le **personnel d'encadrement** : cadre infirmier responsable d'un service ;
- le **personnel éducatif** : aide médico-psychologique, moniteur éducateur, animateur, auxiliaire de vie sociale ;
- le **personnel médical** : médecin coordonnateur, gériatre, médecin généraliste ;
- le **personnel paramédical** : infirmier, kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien, pédicure ;
- les **agents de service hospitalier**.

Les différents types de handicap

Objectifs

1. Définir la notion de handicap.
2. Énoncer les principales causes.
3. Illustrer et caractériser les principaux types de handicap.
4. Énumérer et justifier les principaux moyens de prévention existant pour certains handicaps.

ACTIVITÉ 1 La notion de handicap et les types de handicap

1.1 Dans le document 1, souligner la définition du handicap.

1.2 Illustrer par des exemples cette notion de « situations de handicap ».

Une personne en fauteuil roulant doit franchir, chaque jour, trois portes étroites et non automatiques pour se rendre à son bureau. Une personne de 30 ans s'est fracturé la jambe aux sports d'hiver et habite un appartement situé au troisième étage sans ascenseur. Une personne âgée, atteinte de dégénérescence maculaire, doit prendre sa voiture pour faire ses courses.

1.3 À l'aide des documents 2 et 3, compléter le tableau ci-dessous concernant Estelle, 3 ans.

Fonctions et organes touchés	Activités et participation
<ul style="list-style-type: none"> - Fonctions respiratoires - Fonctions de l'audition - Fonctions relationnelles et émotionnelles - Fonctions de l'attention - Fonctions locomotrices - Fonctions du langage (réception et expression) et de mémorisation 	<ul style="list-style-type: none"> - S'adonne à des jeux simples en solitaire (tire ou pousse des objets qui font du bruit). - Écoute des histoires. - Apprend, à travers des lectures faites par sa mère, en pointant les images. - Marche et monte un escalier avec de l'aide. - Acquiert quelques mots simples et leur sens. - Interagit parfois avec les autres enfants.
Facteurs environnementaux	Facteurs personnels
<ul style="list-style-type: none"> - Services de santé - Famille proche (grand-mère, cousins) - Voisins 	<ul style="list-style-type: none"> - Fréquentes infections respiratoires et des oreilles - Interventions chirurgicales à la naissance - À 24 mois a un niveau de développement d'une enfant de 17 mois - Perte d'audition bilatérale légère

Document 1 Définition du handicap

« Les réflexions récentes au niveau international nous conduisent aujourd'hui à considérer qu'il n'y a pas de personnes handicapées, mais uniquement des situations de handicap ». En d'autres termes, le handicap n'est pas une déficience individuelle ; il résulte des difficultés rencontrées par un individu en butte à un environnement mal adapté...

Extrait du site du CNRS <http://www.cnrs.fr/handicap>

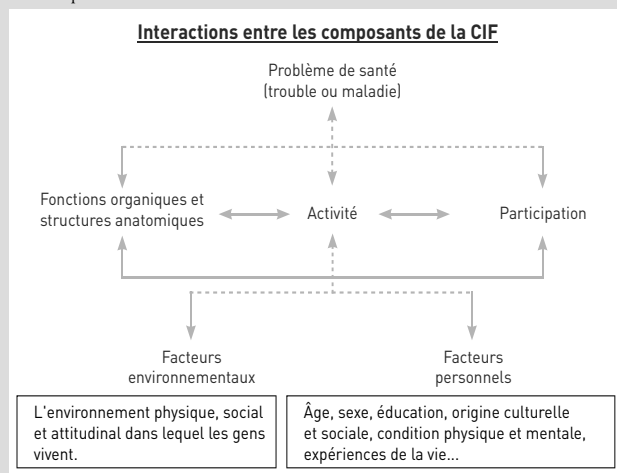
L'article 2 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 définit le handicap de la façon suivante : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou de restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou de plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »



Estelle est une fillette de 3 ans qui a des antécédents cardiaques congénitaux qui ont été corrigés par deux interventions chirurgicales au début de sa vie. Elle continue à avoir de fréquentes infections des voies respiratoires supérieures et des oreilles. Elle est suivie par des médecins. C'est une voisine qui s'en occupe la journée, pendant que sa mère travaille. Quand celle-ci travaille le week-end, Estelle reste chez sa grand-mère avec des cousins. C'est une enfant sérieuse qui passe la plupart de son temps à jouer seule à des jeux simples, avec des objets qui font du bruit en les poussant ou en les tirant, et n'a pas beaucoup d'interactions avec les autres enfants. Elle a commencé à marcher il y a seulement trois mois et n'est pas capable de monter un escalier sans que quelqu'un lui donne la main. Elle a un vocabulaire

d'environ 20 mots qui sont intelligibles comme « à moi », « encore », « cube », et un vocabulaire plus large qui n'est pas intelligible. S'asseoir sur les genoux de sa mère pour qu'elle lui lise une histoire est une de ses activités préférées. Elle pointera les images qui lui sont familières mais a des difficultés à apprendre les noms des objets sur les images. Fréquemment, quand on l'appelle par son nom, elle ne répond pas et est parfaitement distraite. Une évaluation effectuée lorsqu'elle avait 24 mois a révélé que son niveau de développement était équivalent à celui d'un enfant de 17 mois. Un retard particulier au niveau de la réception et de l'expression du langage était évident. Une évaluation auditive a révélé une perte d'audition bilatérale légère.

Cette nouvelle classification a pour originalité d'aborder l'invalidation comme une interaction entre les potentialités d'un individu et son environnement.



La CIF est constituée de deux parties.

Partie 1 : Fonctionnement et handicap

Fonctions organiques et structures anatomiques (analyse des déficiences des fonctions organiques ou des structures anatomiques).

Activité et participation. Une activité signifie l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne. Les limitations d'activité désignent les difficultés qu'une personne peut rencontrer pour mener une activité. La participation signifie le fait de prendre part à une situation de vie réelle. Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour participer à une situation réelle.

Partie 2 : Facteurs contextuels - Facteurs environnementaux ou personnels.

ACTIVITÉ 2 Les causes du handicap

2.1 À l'aide du document 4, préciser la cause de chaque handicap décrit ci-dessous.

Exemples	Causes de handicap
Magalie est atteinte de mucoviscidose depuis la naissance.	Congénital
Pierre est tétraplégique suite à un accident de moto.	Acquis
Lucas, né d'un accouchement difficile, est infirme moteur cérébral.	Congénital

Il existe plusieurs causes de handicap :

- le handicap congénital

Soit lié à l'hérédité : maladie génétique (mucoviscidose, myopathie, retard mental, daltonisme, dyslexie, autisme...) ou chromosomique (trisomie 21...).

Soit lié à la vie intra-utérine par incompatibilité sanguine ou suite à des maladies (rubéole, toxoplasmose...) ou à cause de l'alcoolisme (handicap mental, surdité, pieds bots...).

Soit lié à la naissance, anoxie due à un accouchement difficile (polyhandicap, infirme moteur cérébral, handicap mental, ophtalmie...).

- le handicap acquis soit par la maladie (hémiplégié, paralysie, troubles des sens...), soit par accident (tétraplégie, poly handicap...), soit favorisé par le vieillissement (Alzheimer, Parkinson, dégénérescence maculaire...).

ACTIVITÉ 3 Les types de handicap et leur répartition

3.1 À l'aide des documents 5 et 6, compléter le tableau ci-dessous.

Handicap et déficience	Caractéristiques	Exemples	Causes possibles
Physique motrice	Une gêne ou un empêchement dans les déplacements, la préhension d'objets et parfois la parole	- Tétraplégie - Myopathie - Parkinson	- Accident (travail, sport...) - Hérité (génétique) - Vieillesse
Mental intellectuelle	Déficience des grandes fonctions cérébrales supérieures que sont l'attention, la mémoire, le langage...	- Dyslexie - Dysphasie	- Hérité (génétique)
Polyhandicap	Déficience motrices et déficiences intellectuelles sévères ou profondes	Paralysie et troubles des sens ou de la conscience	- Accouchement difficile (anoxie) - Accident
Physique Visuelle Auditive	- Altération du champ visuel - Altération de la capacité auditive	- Cécité - Surdité	- Maladie - Vieillesse - Naissance - Accident - Hérité
Mental intellectuelle	Perturbations du degré de développement intellectuel	- Trisomie 21 - Alzheimer	- Hérité (chromosomique) - Vieillesse
Mental Psychique	Troubles du comportement et du jugement qui entraînent des difficultés à s'adapter à la vie en société.	- Autisme - Névrose	- Génétique - Facteurs environnementaux

Document 5 Les principaux types de handicap

1. Parmi les handicaps mentaux, on distingue :

- Les déficiences intellectuelles, autrefois repérées par des vocables comme « arriération mentale » ou « débilité mentale », avec, dans cette catégorie complexe, des déficiences plus spécifiques de certaines fonctions cognitives, comme celles du langage ou d'autres troubles spécifiques d'apprentissage (dyscalculie, dyspraxie, dyslexie, dysphasie, troubles de l'attention et de la mémoire...).
- Les déficiences psychiques (le terme « handicap psychique » a été reconnu en 2003) concernent les troubles du fonctionnement de l'appareil psychique et influent donc principalement sur les sphères de la vie relationnelle, de la communication, du comportement, etc.

2. Parmi les handicaps physiques, on distingue :

- Les déficiences motrices qui résultent de l'incapacité de tout ou partie du corps à se mouvoir (tétraplégie, paraplégie, hémiplegie, myopathie, perte d'un membre, Parkinson...), réduisant l'autonomie de la personne et nécessitant parfois le besoin de recourir à une aide extérieure pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne.
- Les déficiences visuelles, dont les conséquences sont très variables : du simple porteur de verres correcteurs qui, dans notre société, ne subit quasiment pas de restriction de participation du fait d'une déficience aisément compensable, à la personne aveugle.
- Les déficiences auditives, moins visibles mais plus stigmatisantes que les précédentes.
- Les déficiences de la parole (aphasie, bégaiement...).

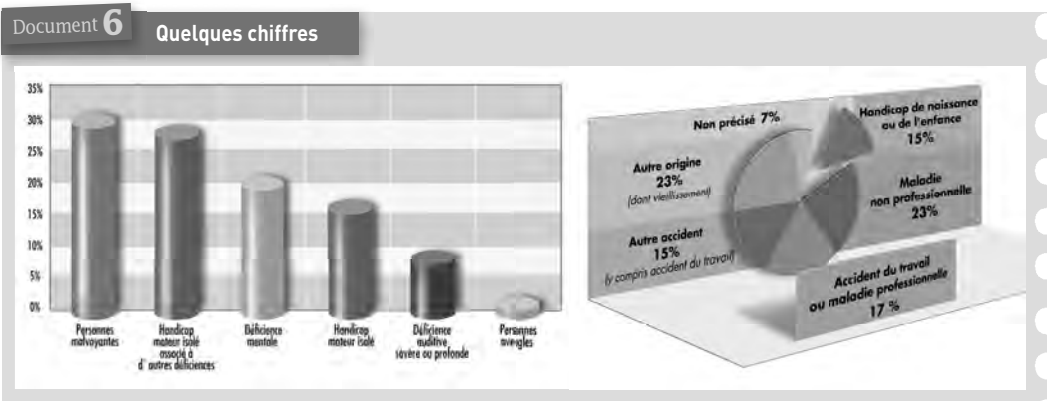
Les déficiences sont souvent associées, on parle alors de :

- polyhandicap : association de déficiences motrices et intellectuelles sévères entraînant une restriction extrême de l'autonomie ;
- plurihandicap : association de plusieurs déficiences ayant approximativement le même degré de gravité ;
- surhandicap : aggravation d'un handicap existant par les difficultés relationnelles qu'il provoque.



3.2 Commenter les chiffres du document 6, indiquer la proportion de handicaps acquis par rapport aux handicaps congénitaux et conclure.

Les handicaps les plus importants sont les handicaps physiques et, parmi ceux-ci, les handicaps visuels.
Handicaps acquis par maladies, accidents et vieillesse : 23 % + 17 % + 15 % + 23 % + 7 % soit 78 %.
Ils sont beaucoup plus nombreux que les handicaps congénitaux



ACTIVITÉ 4 Les moyens de prévention existants

4.1 Pour chaque situation, indiquer, à l'aide du document 7, les moyens de prévention adaptés.

M. et Mme Pierre souhaitent un enfant. Le frère de Mme Pierre est décédé à 16 ans d'une grave myopathie.

Avant la grossesse, ils devront solliciter un conseil génétique pour évaluer les risques.

Mathéo vient de naître à la clinique. L'accouchement s'est déroulé normalement.

Mathéo subira un dépistage de l'hypothyroïdie et de la phénylcétonurie.

Mohamed est en CP à l'école primaire de son quartier.

Il doit être à jour dans ses vaccinations et bénéficiera d'un bilan de santé.

M. Léon est passionné de bricolage et prend beaucoup de plaisir à restaurer sa maison le week-end. Or, ces activités sont à l'origine de nombreux accidents. Quels conseils lui donneriez-vous ?

De bien lire les informations et de respecter les consignes de sécurité lorsqu'il utilise des outils électriques ou autres, et d'avoir une tenue vestimentaire appropriée.

Mme Luis est enceinte pour la première fois. Elle a peur que son enfant naisse avec une malformation.

Mme Luis aura, tout au long de sa grossesse, des consultations, des échographies et des analyses biologiques qui permettront de suivre le développement de son futur bébé.

Document 7 Les moyens de prévention

Pour limiter les handicaps de l'enfant :

- Avant la conception, vaccinations de la future mère contre certaines maladies infectieuses (rubéole, hépatite B).
- Conseil génétique recommandé pour les parents ayant déjà eu un enfant handicapé, ou ayant un lien de parenté proche ou si la femme a plus de 40 ans ou si les conjoints sont porteurs d'une maladie ou d'une malformation identifiées.

Pendant la grossesse, le dépistage s'appuie sur le suivi du développement de l'embryon puis du fœtus par consultations régulières, par des échographies et des analyses biologiques. Ces examens permettent de détecter des anomalies anatomiques ou organiques ou des signes de souffrance. S'il y a des risques, on peut pratiquer une ponction du trophoblaste (tissu à l'origine du placenta), une ponction amniotique, un caryotype et des dosages biologiques. Une bonne hygiène de vie et un congé de maternité permettent aussi une grossesse dans de meilleures conditions.

Durant l'accouchement, un moniteur permet de suivre le rythme cardiaque du fœtus et une éventuelle souffrance.

Après la naissance, un dépistage systématique de l'hypothyroïdie et de la phénylcétonurie permet d'agir pour éviter un retard mental. Puis les 20 examens médicaux de l'enfant, les vaccinations et les bilans de santé à l'école et au travail pour les adultes permettent de dépister précocement tout handicap.

Pour limiter les handicaps acquis au cours du travail, des loisirs, du bricolage, il faut respecter les consignes de sécurité et les informations et adapter sa tenue vestimentaire. Une intervention rapide du SAMU et des pompiers est essentielle pour diminuer les conséquences, d'où l'importance des messages clairs et précis lors de l'appel des secours.

Les attitudes face au handicap

Objectifs

1. Analyser les réactions possibles de l'environnement, de la famille face au handicap.

ACTIVITÉ 1 Les facteurs favorisant l'inclusion de la personne handicapée

à l'aide du document 1

1.1 Dégager les deux acteurs nécessaires pour assurer une inclusion réussie.

La société, qui doit accepter les différences et mettre tout en œuvre pour faciliter la vie des personnes en situation de handicap. La personne, qui doit chercher à s'adapter aux normes sociales.

1.2 Indiquer le fondement de cette loi.

Cette loi est fondée sur les principes généraux de non-discrimination. Tout citoyen français doit bénéficier des mêmes droits, quelles que soient ses difficultés, et doit pouvoir trouver sa place dans la société.

1.3 Lister les principaux points de la loi de 2005 favorisant l'inclusion de la personne handicapée.

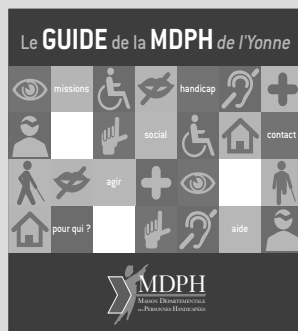
- Le droit à une scolarisation dans un établissement ordinaire avec un accompagnement et un aménagement des conditions d'examen. La prise en compte des capacités de l'enfant et l'adaptation de la pédagogie.
- Une non-discrimination à l'embauche, donc une meilleure intégration des travailleurs dans l'entreprise, par incitation, sinon par sanction.
- L'accessibilité de tous les bâtiments, logements et transports.
- L'accès au service public grâce à divers moyens de traduction ou de compréhension.
- L'accessibilité au contenu des médias.

1.4 Commenter la phrase « Rien nous concernant sans nous ».

Des représentants des différents types de handicapés doivent être présents et doivent pouvoir donner leurs avis pour toutes les décisions les concernant, afin de prendre en compte leurs difficultés.

Document 1 L'inclusion de la personne handicapée

L'inclusion est le processus par lequel une personne en situation de handicap cherche à s'adapter le plus possible aux normes sociales, et les normes sociales s'adaptent pour accepter les différences ; elle réclame la participation active de tous les citoyens. Les personnes (quelles que soient leurs difficultés) doivent pouvoir vivre en société et mener une vie normale avec une assistance efficace et efficiente. Fondé sur les principes généraux de non-discrimination, la loi de 2005 affirme que « toute personne handicapée a droit à la solidarité de la collectivité qui lui garantit l'accès aux droits fondamentaux de tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté » : possibilité de choisir son projet de vie, participation aux décisions le concernant. Le jeune handicapé a droit à un parcours scolaire continu et adapté, en milieu ordinaire au plus près de son domicile, à un accompagnement spécifique et à un aménagement des conditions d'examen. Le principe de non-discrimination à l'embauche des personnes handicapées par le biais de mesures incitatives et de sanctions renforcées est aussi avancé. La loi réaffirme l'obligation d'accessibilité, physique et fonctionnelle, de l'ensemble de l'environnement (logements, bâtiments et transports). Elle reconnaît également la langue des signes française (LSF) comme une langue à part entière. L'accès au service public pour les personnes en situation de handicap sensoriel (auditif ou visuel) doit être facilité (traduction écrite simultanée ou visuelle par exemple). L'accessibilité du contenu des médias de grande écoute devient obligatoire.



ACTIVITÉ 2 Le handicapé et sa famille

2.1 Souligner, dans le document 2, les réactions des parents à l'annonce du handicap de leur enfant. Expliquer ces attitudes négatives face à leur enfant.

Les parents se sentent coupables, porteurs d'une tare, et leur enfant devient l'échec, la honte alors qu'ils devraient en être fiers.

2.2 Indiquer les précautions que doit prendre le médecin pour annoncer aux parents le handicap de leur enfant.

Le médecin doit bien choisir le moment, l'endroit et faire très attention à la manière dont il va l'annoncer. Il doit attendre que les deux parents soient présents.

2.3 À l'aide du document 3, dégager les conséquences que peuvent avoir, pour l'enfant, les différentes réactions des parents.

Réactions possibles des parents	Conséquences
⇒ Surprotection	- Retard dans l'apprentissage de l'autonomie. - Difficultés d'intégration à la crèche, à l'école.
⇒ Repli sur soi	- Relations perturbées au sein de la fratrie et du couple. - Évolution plus lente du jeune.
⇒ Rejet	- Pas de dépistage précoce et retard dans les soins. - Pas de véritables relations affectueuses.
⇒ Acceptation	- L'enfant aura une vie meilleure.

Document 2 La découverte du handicap

L'attente d'un enfant est une période cruciale dans la vie d'un couple. Dès le début de la grossesse, toutes sortes de fantasmes émergent : quelle couleur auront ses cheveux, ses yeux ? Sera-t-il doué pour la musique comme son père ? Que fera-t-il plus tard ? Quand le médecin annonce aux parents que leur enfant est différent, cela engendre une énorme souffrance. Le choc est parfois si grand que certains refusent tout simplement d'entendre ce qui leur est dit. Ils ne veulent pas voir ce qui leur arrive. Certains nient l'identité de l'enfant, hésitent à le prendre dans leurs bras, à lui donner un nom, refusent de le voir... D'autres encore ont l'espoir d'un miracle médical ! L'annonce du handicap met la famille en crise : les parents perdent tous leurs repères face à cet enfant différent. Les parents se sentent coupables, porteurs d'une tare, en colère. L'enfant devient l'échec, la honte. Ce que l'on dit à ce moment aux deux parents et la manière dont on le dit est primordial et déterminant dans l'attitude qu'ils auront ensuite avec le bébé. Le parent doit faire un deuil de l'enfant idéal et parfait qu'il avait imaginé.



Document 3 Les réactions de la famille et leurs conséquences

L'annonce du handicap provoque un traumatisme, et les parents se sentent responsables. Leurs réactions sont alors très variables :

- Surprotection, en particulier de la mère : elle va rendre l'enfant dépendant de sa famille. L'enfant risque de prendre beaucoup plus de temps pour acquérir la socialisation, l'autonomie dont il aura besoin tout au long de sa vie. Il peut aussi profiter de cette situation et, dans ce cas, à la moindre contrariété, devenir agressif et avoir des difficultés à s'intégrer (crèche, école...).
- Isolement et repli sur soi : certains parents ont des réactions agressives envers les enfants « normaux ». Cela peut avoir des répercussions sur la vie du couple (désir ou refus d'avoir un autre enfant, séparation...), sur la fratrie, mais aussi sur le jeune qui évoluera plus lentement.
- Rejet ou déni : les parents nient le handicap et pensent que ces anomalies sont passagères. Cela ne facilite pas la mise en place précoce de dépistage, de soins et d'éducation adaptés à l'enfant ou, s'ils acceptent ces soins, ils n'établissent pas de véritables relations affectueuses.

Cependant, de nombreux parents, passé le choc, aiment leur enfant tel qu'il est et se battent pour qu'il ait une vie acceptable, la plus autonome possible. Les frères et sœurs calquent souvent leur attitude sur celle de leurs parents, mais comme le jeune handicapé occupe une place très lourde et monopolise beaucoup l'attention, ils ont parfois l'impression d'être « oubliés ». Certains se sentiront alors obligés d'être parfaits ; ce sont des enfants qui ne se plaindront jamais. Il est important également de veiller à ne pas privilégier l'enfant handicapé. Quand il se dispute avec son frère ou sa sœur, par exemple, ce n'est pas toujours un service à lui rendre que d'intervenir systématiquement en sa faveur.



Les comportements face au handicap

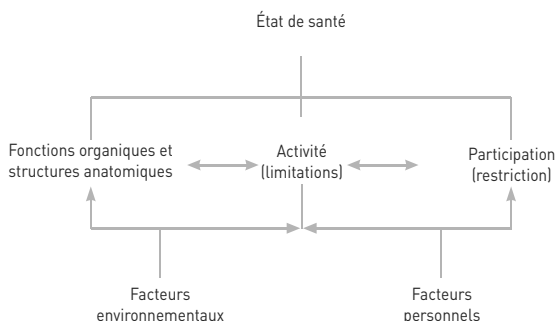
1 Les différents types de handicap

L'article 2 de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 définit le handicap de la façon suivante : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou de restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou de plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Depuis 2001, une nouvelle classification du handicap a été adoptée par l'OMS, la CIF ou classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.

La CIF se veut être une approche multidimensionnelle de la Classification du fonctionnement et du handicap. Elle analyse les situations de handicap par :

La théorie du modèle social, où une déficience crée un désavantage social, est manifestement intégrée au modèle fonctionnel de l'incapacité de la CIF¹



1. Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé.

Source : Organisation mondiale de la santé, 2001.

- les déficiences des fonctions organiques (fonctions physiologiques et psychologiques) et des structures anatomiques (les organes, les membres et leurs composantes) ;
- les limitations d'activité (difficultés que rencontre une personne à exécuter certaines tâches) ;
- la restriction de participation (problèmes qu'une personne peut rencontrer en s'impliquant dans une situation) ;
- les facteurs environnementaux (environnement physique, social, attitudinal...) ;
- les facteurs personnels.

Handicap mental

Déficiences intellectuelles	Ces déficiences induisent une diminution de la capacité à comprendre une information nouvelle ou complexe, à apprendre et à appliquer de nouvelles compétences (troubles de l'intelligence). Il s'ensuit une aptitude diminuée à faire face à toute situation (troubles du fonctionnement social). Parfois les déficiences sont plus spécifiques de certaines fonctions cognitives (le langage) ou sont des troubles spécifiques d'apprentissage (dyscalculie, dyspraxie, dyslexie, dysphasie, troubles de l'attention...).
Déficiences psychiques	Maladies de la pensée ou de la personnalité qui sont à l'origine de difficultés d'intégration sociale, de communication...

Handicap physique

Déficiences motrices	Ces déficiences peuvent toucher un membre ou l'ensemble du corps d'où une perte partielle ou totale de la motricité réduisant l'autonomie de la personne (tétraplégie, paraplégie, hémiplégie, myopathie, perte d'un membre...). Elles nécessitent parfois le besoin de recourir à une aide extérieure pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne.
Déficiences sensorielles	<ul style="list-style-type: none"> - Soit visuelles : léger déficit ou cécité totale ; - soit auditives très invalidantes : léger déficit ou surdité totale ; - soit de la parole : bégaiement, aphasie.

Le handicap peut être **congénital**, c'est-à-dire présent à la naissance :

- soit héréditaire (génétique ou chromosomique).
- soit lié à la vie intra-utérine
- soit lié à une naissance difficile.

Le handicap peut aussi être **acquis** au cours de la vie :

- soit par maladie
- soit par accident
- soit à cause de l'âge.

Les principaux moyens de prévention des handicaps sont :



- le conseil génétique et les vaccinations antirubéole et antihépatite B de la future mère ;
- les consultations prénatales, les échographies, les analyses biologiques, l'amniocentèse ;
- l'hygiène de vie et le congé de maternité ;
- la surveillance de l'accouchement ;
- les examens à la naissance et au cours de l'enfance, les vaccinations ;
- les bilans de santé à l'école et au travail ;
- les informations et dispositifs de sécurité par rapport aux accidents du travail, des loisirs ;
- la meilleure prise en charge lors d'accident ou de maladie.

2

Les attitudes face au handicap

2.1 Les facteurs favorisant l'inclusion de la personne handicapée

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a trois objectifs majeurs :

- garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie ;
- améliorer leur participation à la vie sociale ;
- placer la personne handicapée au milieu des dispositifs la concernant.

Ces objectifs vont permettre une meilleure inclusion de toute personne en situation de handicap grâce à la scolarisation en milieu ordinaire, à une incitation à l'embauche, à l'accessibilité des transports et de l'ensemble des lieux privés ou publics.

Toute personne, quelles que soit ses difficultés, doit être en mesure de vivre en société et de mener une vie normale avec le niveau d'assistance nécessaire. L'inclusion est une manière de penser et de vivre qui réclame la participation active de tous les citoyens, ce qui suppose le respect des droits humains sous tous les aspects et dans tous les secteurs.

La scolarisation en milieu ordinaire est très importante car c'est un véritable moyen de lutter contre les discriminations. Les enfants vont côtoyer dès leur plus jeune âge ces jeunes présentant des différences et jouer avec eux, ce qui changera leur regard, leurs idées. Cela favorisera une société plus tolérante à la diversité.

2.2 Les réactions possibles et comportements de la famille face au handicap

De nombreux parents se sentent responsables du handicap de naissance de leur enfant et en souffrent. Ils éprouvent un sentiment de culpabilité et sont très angoissés quant à son avenir.

Le refus du handicap : attitude qui empêche la mise en place précoce de soins et d'éducation adaptés et qui nuit souvent aux relations affectueuses. Cela est préjudiciable au bon développement de l'enfant.

L'acceptation : les parents, avec souvent l'aide d'autres parents dans la même situation ou d'associations, parviennent à accepter l'enfant tel qu'il est. Dans ce cas, les traitements indispensables seront mis en place tôt et l'enfant pourra développer au maximum ses compétences.

Réactions possibles des parents

La surprotection : qui rend l'enfant trop dépendant de sa famille. Il sera moins autonome et aura plus de difficultés à trouver sa place dans la société.

Le repli, l'isolement : la famille se referme sur elle-même, évite tout contact avec l'extérieur. Cette réaction est néfaste pour l'enfant handicapé, les frères et sœurs et parfois même pour le couple.

Les frères et sœurs calquent, en général, leur attitude sur celle de leurs parents. Certains ont tendance à le surprotéger et faire à sa place, ce qui nuit à son développement ; d'autres au contraire éprouveront une certaine honte et le délaisseront.



La législation

Objectifs

1. Énoncer les grands principes de la législation en faveur des personnes handicapées.
2. Présenter les missions des différentes instances ou commissions

ACTIVITÉ 1 Les avancées de la loi du 11 février 2005

1.1 Souligner, dans le document 1, les principaux objectifs de cette loi, puis compléter le tableau ci-dessous.

Les grands principes	Les mesures concrètes
Faciliter les démarches des handicapés et de leurs familles	Création d'une maison départementale des personnes handicapées qui sera un lieu d'accueil pour toutes les personnes handicapées et leur famille.
Couvrir l'ensemble des besoins liés au handicap	Droit à la compensation des conséquences de son handicap. En fonction de son projet de vie, un plan de compensation est élaboré et concrétisé par une prestation.
Favoriser l'intégration scolaire	Tout enfant ou adolescent handicapé doit être inscrit dans l'école de son quartier. Suivant son projet, il pourra être accueilli dans un établissement spécialisé.
Encourager l'emploi	Pénaliser plus les entreprises qui n'emploient pas d'handicapés et, au contraire, aider celles qui embauchent des handicapés lourds.
Assurer l'accessibilité à tous	Tous les établissements, les lieux publics, les transports... ont jusqu'en 2015 pour se mettre aux normes.
Renforcer la citoyenneté	Droit de vote pour les majeurs placés sous tutelle. Sensibiliser les enfants au handicap, dans les cours d'éducation civique.

Document 1 Les innovations de la loi

La loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a été votée le 11 février 2005 (*Journal officiel* du 12/02/2005).

Accueil des personnes handicapées : la loi crée une maison départementale des personnes handicapées (MDPH) dans chaque département, sous la direction du Conseil général, lieu d'accueil des personnes handicapées et de leur famille. Chaque MDPH met en place une équipe pluridisciplinaire, et une Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Droit à la compensation des conséquences de son handicap en fonction du projet de vie de la personne, un plan de compensation est élaboré et concrétisé par la prestation de compensation qui permet de couvrir les besoins.

Scolarité : tout enfant ou tout adolescent présentant un handicap doit être inscrit dans l'école de son quartier.

Il pourra ensuite être accueilli dans un établissement spécialisé, en fonction du projet personnalisé de scolarisation. Les parents sont pleinement associés aux décisions le concernant. Aménagements pour les étudiants handicapés en poursuite d'études, en concours, etc.

Emploi : l'obligation d'emploi est de 6 %. La loi impose une sanction plus sévère pour les entreprises qui ne la respectent pas (augmentation de la contribution à l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées). Les entreprises qui emploient des personnes lourdement handicapées bénéficient d'une aide à l'emploi ou d'une modulation de leur contribution.

Accessibilité : les établissements existants recevant du public et les transports collectifs ont dix ans pour se mettre en conformité avec la loi. Celle-ci prévoit aussi la mise en accessibilité des communes et des services de communication publique. **Citoyenneté** : droit de vote des majeurs placés sous tutelle. La question du handicap sera abordée pendant les cours d'éducation civique à l'école primaire et au collège. Droit à un aidant devant les juridictions pour les personnes aphasiques, sourdes et malvoyantes et lors du passage du permis de conduire pour les personnes sourdes.



ACTIVITÉ 2 Les missions des différentes instances et commissions

2.1 À l'aide du document 2, indiquer l'instance ou la commission qui assure chacune des missions citées dans le tableau.

Les missions	Instances ou commissions
Met en place et organise le fonctionnement des équipes pluridisciplinaires.	MDPH
Évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente en fonction de son projet de vie.	Équipe pluridisciplinaire
Met en place et organise le fonctionnement de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.	MDPH
Décide de l'attribution des aides et des prestations destinées à la compensation à partir du PPC.	CDAPH
Peut proposer une réorientation scolaire de l'élève en accord avec la famille.	Équipe de suivi de scolarisation
Accueille, informe, conseille les personnes handicapées et leur famille.	MDPH
Se prononce sur les mesures propres à assurer l'insertion scolaire de l'enfant et l'oriente, si besoin, vers un établissement spécialisé qui correspond à ses besoins.	CDAPH
Élabore et propose un Plan personnalisé de compensation.	Équipe pluridisciplinaire
Définit le Plan personnalisé de scolarisation en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire.	CDAPH
Veille au suivi du Plan personnalisé de scolarisation.	Équipe de suivi de scolarisation

2.2 Donner les avantages de ces maisons départementales pour le handicapé et sa famille.

La maison départementale est actuellement (depuis la loi de février 2005) le lieu unique d'accueil des handicapés. Elle exerce à la fois une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Elle est destinée à faciliter les démarches des handicapés.

Document 2

La maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

The diagram, titled 'La MDPH Maison départementale des personnes handicapées', illustrates the MDPH as a central hub. At the center is a box labeled 'Parents'. Surrounding it are several boxes representing different entities and processes: 'Équipe pluridisciplinaire' (top left), 'CDAPH' (top right), 'En fonction du PPC' (middle right), 'École ou autre établissement' (bottom right), 'Recueil des informations Veille au suivi du PPS' (bottom center), 'Enseignant référent Équipe de suivi de la scolarisation' (bottom left), and 'Échange Informations pour PPS' (middle left). Arrows indicate the flow of information and services between these entities and the central MDPH hub.

La MDPH est un groupement d'intérêt public dont le département assure la tutelle administrative et financière. La MDPH exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Elle met en place et organise le fonctionnement de :

- l'équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de compensation et détermine le taux d'invalidité sur la base du projet de vie, puis propose un Plan personnalisé de compensation du handicap (PPC). Cette équipe réunit des professionnels, désignés par le directeur de la MDPH, ayant des compétences médicales, paramédicales, dans le domaine de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle ;
- la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH qui remplace la COTOREP et la CDES) prend les décisions relatives à l'ensemble des prestations, se prononce sur l'orientation de la personne handicapée et les mesures propres à assurer son insertion scolaire, désigne les établissements ou services correspondant aux besoins de l'enfant et définit le Plan personnalisé de scolarisation (PPS) ;
- l'équipe de suivi de scolarisation assure le suivi des décisions de la CDAPH, informe la CDAPH de toute difficulté, facilite la mise en œuvre et assure le suivi du PPS, procède à l'évaluation du PPS et peut proposer toute révision de l'orientation de l'élève (en accord avec la famille).



Les prestations sociales

Objectifs

1. Indiquer les prestations sociales en faveur de la personne handicapée.
2. Identifier le contenu d'un plan personnalisé de compensation et en repérer les différentes étapes.

ACTIVITÉ 1 Les prestations sociales en faveur de la personne handicapée

1.1 À l'aide du document 1, compléter le tableau ci-dessous.

Situations	Prestations	Justifications
Ludovic, 25 ans, né en France paraplégique (taux > 80 %), souhaite s'installer avec son amie dans un appartement à Reims. Il est à la recherche d'un emploi mais rencontre de grandes difficultés.	- AAH - PCH	- À la recherche d'un premier emploi, a plus de 20 ans, Français et réside en France. - Doit aménager son logement, se déplacer en fauteuil roulant.
Ali, 12 ans, aveugle, est scolarisé à 50 km de chez lui dans un établissement spécialisé. Interne la semaine, ses parents vont le rechercher chaque week-end.	- AEEH plus majoration	Ali a moins de 20 ans et fréquente un établissement spécialisé : frais d'internat et frais de transport chaque week-end.
Pauline, 4 ans, est infirme motrice cérébrale. Sa maman cesse son travail pour s'en occuper mais fait appel à une aide un jour par semaine. Ils ont déménagé pour un appartement dans un immeuble avec ascenseur.	- AEEH plus majoration - PCH	- Pauline a moins de 20 ans et la majoration permet de compenser l'arrêt d'activité de sa maman. - Aides techniques (fauteuil, lit, chaise spécialisés), frais de déménagement. - Aides humaines, un jour par semaine.
Roxane, 40 ans, est tétraplégique suite à un accident de voiture. Elle était cadre depuis 15 ans dans une banque.	Invalidité	Assurée sociale. Allocation pour compenser la perte de salaire.

Document 1 Les différentes prestations sociales

Allocations	Conditions d'attribution	Montant (2011)
A Allocation E d'éducation E de l'enfant H handicapé	Avoir un enfant à charge de moins de 20 ans présentant une incapacité permanente d'au moins 80 % ou compris entre 50 % et 80 % : - si l'enfant fréquente un établissement spécialisé, - s'il bénéficie d'un accompagnement social ou médico-social.	127,68 €/mois/enfant. Majoration si embauche d'une tierce personne, arrêt d'activité d'un parent. Prestation versée par les Caisses d'allocations familiales ou de MSA.
A Allocation A aux adultes H handicapés	Des ressources modestes, quelle que soit la situation familiale, et un taux d'incapacité d'au moins 80 %. Il faut avoir 20 ans et résider en France et être français ou ressortissant d'un pays membre de l'espace économique européen (EEE).	759,98 € (montant mensuel). Droit dépendant des ressources. Allocation versée par les CAF ou les MSA.
Pension d'invalidité	Assuré social ayant une capacité de travail réduite d'au moins deux-tiers suite à un accident ou à une maladie d'origine non professionnelle et justifier de 12 mois d'immatriculation à la Sécurité sociale ou avoir travaillé les mois précédents. Elle compense la perte de salaire.	Attribution après avis du contrôle médical et réglée par la Caisse primaire d'assurance-maladie. Calcul établi à partir du salaire annuel moyen.
P Prestation de C compensation H du handicap	Attribution sans condition de ressources, quelles que soient l'origine et la nature de la déficience. Montant variable qui couvre les surcoûts liés au handicap dans la vie quotidienne (aides humaines, techniques, aménagement du logement...).	Pour chaque dépense, un tarif est établi et le taux varie en fonction de ses ressources. Cette prestation est versée par le département.

ACTIVITÉ 2 Les différentes étapes à respecter lors de la demande de compensation

- 2.1 À l'aide du document 2, repérer les différentes étapes à suivre pour obtenir un Plan personnalisé de compensation.
- 1 Retrait du dossier auprès de la MDPH.
 - 2 Renseignement du dossier, rédaction du projet de vie et remise du dossier.
 - 3 Évaluation des besoins par l'équipe pluridisciplinaire selon le projet de vie et un guide d'évaluation.
 - 4 Proposition d'un Plan personnalisé de compensation pour répondre aux différents besoins : aides humaines, techniques, animalières, aménagement du logement, du véhicule, aides spécifiques.... Ce plan prend en compte aussi la scolarisation, la formation professionnelle et l'emploi.
 - 5 Examen du dossier par la CDAPH qui prend ses décisions notamment en matière d'attribution des prestations et de l'orientation si accord, versement de la PCH par le Conseil général.

2.2 Souligner les deux aspects du PPC dans le document 2.

Document 2

Les étapes à respecter lors de la demande de compensation

Maison départementale des personnes handicapées

Reférent et/ou conciliateur Équipe pluridisciplinaire Commission des droits et de l'autonomie

accueil **instruction** **décision**

« retrait du dossier » « évaluation des besoins en tenant compte du projet de vie » « établissement des droits »
« proposition du PPC » « notification/orientation »

Demande de prestation **projet de vie**

aide à l'élaboration du projet de vie **conciliation le cas échéant**

L'appréciation des besoins se fait selon un guide d'évaluation (GEVA) prenant en compte l'ensemble de la situation matérielle, familiale, sanitaire, scolaire, professionnelle et psychologique de la personne handicapée.

Le Plan personnalisé de compensation (PPC) ouvre droit à des prestations de compensation (besoins en aides humaines, techniques, animalières, aménagement du logement, du véhicule, aides spécifiques...). Un volet est consacré au projet personnalisé de scolarisation (PPS) à la formation professionnelle et à l'emploi.

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) examine le dossier et prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne handicapée. En cas d'accord, une notification est adressée à la personne handicapée et la prestation de compensation du handicap (PCH) est versée par le Conseil général.

ACTIVITÉ 3 Les prestations du Plan personnalisé de compensation

3.1 À partir de la situation décrite dans le document 3, indiquer les aménagements et les aides qui pourront être couverts par la PCH.

Les aides couvertes par la PCH	Dépenses liées au handicap de Scott
Aides humaines	- Aide pour le ménage, l'entretien de son linge.
Aides techniques	- Achat d'un fauteuil roulant.
Aménagements du logement et de la voiture	- Aménagement de la salle de bain (en particulier de la douche) et des WC rehaussés. - Aménagement des plans de travail de la cuisine. - Achat d'un lit à hauteur variable pour faciliter le coucher et le lever. - Achat d'une voiture avec conduite aménagée et apprentissage de la conduite.
Aides spécifiques	- Installation de barres d'appui dans les WC, la salle de bain. - Achat d'un bureau permettant l'installation en fauteuil roulant.

Document 3

Une situation de handicap

Scott, 21 ans, est devenu paraplégique suite à un accident de parapente. Il est étudiant à l'université de droit de sa ville. À la rentrée, il devait emménager dans le T1 que ses parents lui ont acheté dans un immeuble récent du centre-ville, un appartement situé au 4^e étage d'un immeuble de plain-pied et avec un grand ascenseur. Scott souhaite poursuivre son projet et prendre possession de son logement.

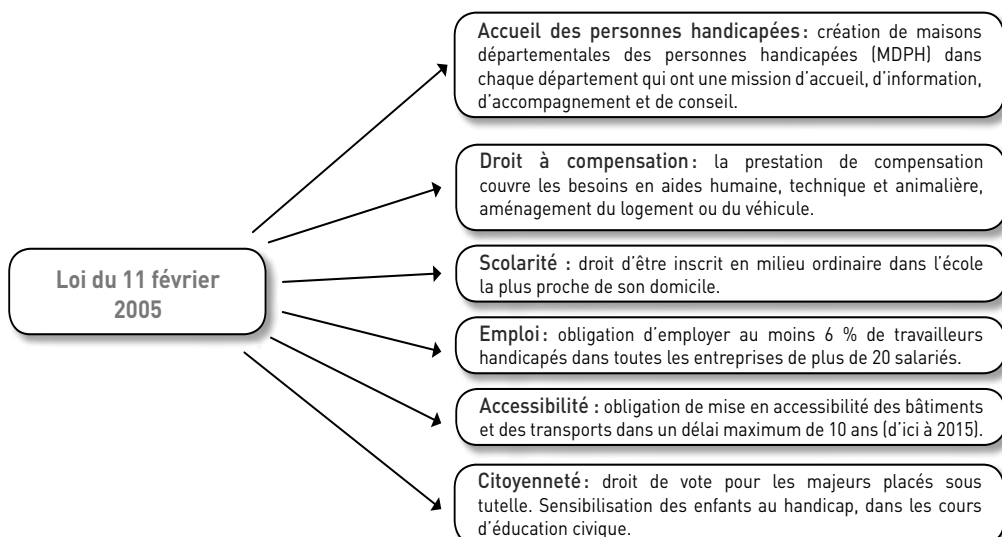


La législation et les prestations sociales

1 La législation en faveur des personnes handicapées

La loi du 11 février 2005

La loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 apporte des avancées fondamentales pour répondre aux attentes des handicapés.



L'instance fondamentale, créée par cette loi, est la **maison départementale des personnes handicapées**.



2 Les prestations sociales et la demande de compensation

2.1 Les différentes prestations

• L'**allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)** est destinée à soutenir les personnes qui assurent la charge d'un enfant de moins de 20 ans en situation de handicap.

L'AEEH n'est pas soumise à condition de ressources. Si le handicap nécessite des dépenses coûteuses ou le recours à une tierce personne, un complément d'allocation peut être accordé. Ces prestations sont versées par les Caisses d'allocations familiales (CAF) ou les MSA lorsque l'enfant est atteint d'une incapacité permanente d'au moins 80 % ou de plus de 50 % s'il doit avoir recours à un dispositif spécialisé ou un accompagnement.



• L'**allocation pour adulte handicapé (AAH)** permet de garantir un revenu minimum aux personnes handicapées.

Pour pouvoir en bénéficier, la personne handicapée doit être :

- âgée de plus de 20 ans et avoir des ressources modestes;
- atteint d'un taux d'incapacité d'au moins 80 %;
- résident de façon permanente en France et être français ou ressortissant d'un pays membre de l'EEE.

• La **prestation de compensation** est une aide personnalisée destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées.

Ces besoins doivent être inscrits dans un plan personnalisé défini par l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), sur la base du projet de vie exprimé par la personne. Cette prestation couvre les aides humaines, matérielles (aménagement du logement et du véhicule), exceptionnelles ou spécifiques animales (ex. : chien d'aveugle) à domicile ou en établissement.

2.2 Les étapes de la demande de compensation





Les facteurs favorisant la participation à la vie sociale

● Objectif

1. Présenter les facteurs favorisant la participation à la vie sociale : accessibilité, accès aux services et moyens de locomotion, accès au travail et à la formation, aux loisirs et aux vacances.

ACTIVITÉ 1 L'accessibilité de notre environnement aux handicapés

1.1 À l'aide du document 1, compléter le tableau ci-dessous.

Facteurs favorisant l'accessibilité de tous	Personnes concernées
Les télé-agrandisseurs et vidéo-loupes permettent de visualiser tous les textes, images... grossis selon le besoin et sans aucune déformation.	Personne aveugle ou malvoyante
L'ouverture automatique des portes d'entrée des immeubles.	Handicapé(e) moteur(trice)
Le clavier informatique avec mini-touches de 10 mm et des lettres à traits épais, sur lesquelles on peut exercer une faible pression (20 à 30 g).	Handicapé(e) moteur(trice)
L'ensemble de logiciels implémentés combinant l'agrandissement des caractères et la lecture vocale de l'écran.	Personne aveugle ou malvoyante
L'abaissement des trottoirs au niveau des passages pour piétons, les places de stationnement GIG-GIC, les plans inclinés.	Handicapé(e) moteur(trice)
Le texte écrit en grands caractères sur un fond contrasté ou converti en texte parlé, ou en texte Braille.	Personne aveugle ou malvoyante
Les sous-titres ou la personne s'exprimant en langue des signes française.	Personne sourde ou malentendante
L'audio-description consistant à décrire les éléments visuels d'une œuvre cinématographique pour permettre la compréhension de l'œuvre.	Personne aveugle ou malvoyante
L'information écrite pour indiquer un lieu suivie d'un pictogramme, d'un logo ou d'une photo. L'accompagnement par un(e) auxiliaire de vie scolaire.	Handicapé(e) mental(e)
Bandes de guidage au sol sur les trottoirs, dans les gares, les aéroports...	Personne aveugle ou malvoyante

Document 1 L'accessibilité de tous à tout ce qui touche à la vie sociale

En France, depuis 2006, les pouvoirs publics ont donné une définition de l'accessibilité : « L'accessibilité permet l'autonomie et la participation des personnes ayant un handicap, en réduisant, voire en supprimant, les discordances entre les capacités, les besoins et les souhaits, d'une part, et les différentes composantes physiques, organisationnelles et culturelles de leur environnement, d'autre part. L'accessibilité requiert la mise en œuvre des éléments complémentaires, nécessaires à toute personne en incapacité permanente ou temporaire pour se déplacer et accéder librement et en sécurité au cadre de vie ainsi qu'à tous les lieux, services, produits et activités. La société, en s'inscrivant dans cette démarche d'accessibilité, fait progresser également la qualité de vie de tous ses membres. »



1. La loi étend l'obligation d'accessibilité à tous les bâtiments recevant du public (aménagement de voiries, gares...).
2. La loi handicap rend obligatoire l'accessibilité des locaux d'habitation neufs, privés ou publics.
3. Le principe d'accessibilité concerne également la participation pleine et entière des personnes handicapées dans la vie de la cité : accès aux services de communication publique en ligne, à la justice, aux bureaux et techniques de vote, accessibilité des programmes de TV aux personnes sourdes et malentendantes...

ACTIVITÉ 2 L'accès à la formation et au travail

2.1 Souligner, dans le document 2, la définition de « travailleur handicapé ».

2.2 Préciser la première démarche à effectuer par la personne handicapée qui souhaite travailler.

Cette personne doit déposer un dossier à la MDPH de sa ville afin d'être reconnu « travailleur handicapé ».
Ce dossier sera étudié par la CDAPH qui lui accordera ou non ce statut.

2.3 Donner trois avantages à être reconnu comme travailleur handicapé.

- Possibilité d'avoir une mise à niveau ou une formation professionnelle.
- Obligation d'emploi à laquelle sont soumis les employeurs du secteur privé ou public.
- Si nécessaire, orientation vers une entreprise adaptée.

2.4 Indiquer l'obligation des employeurs envers les personnes handicapées.

Tous les employeurs sont tenus, par le code du travail, de rendre accessibles l'ensemble des lieux et des postes de travail à toute personne, quel que soit son handicap.

Document 2 Favoriser l'accès à la formation et à l'emploi

Favoriser l'accès des personnes handicapées au monde du travail est une condition essentielle de leur insertion sociale et de leur autonomie financière. Toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites, par suite d'une altération d'une ou de plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique, est considérée comme travailleur handicapé.

Cette qualité (RQTH : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) doit être reconnue par une administration compétente. Il faut déposer un dossier à la MDPH ; la qualité de travailleur handicapé est ensuite reconnue sur décision de la CDAPH.

Tout travailleur handicapé peut solliciter un bilan d'évaluation et d'orientation qui permettra d'identifier ses compétences et ses aptitudes. Il peut également bénéficier d'une mise à niveau susceptible de favoriser son accès direct à l'emploi ou à une formation professionnelle, de stages de préformation professionnelle ou de rééducation professionnelle, de l'obligation d'emploi à laquelle sont soumis les employeurs du secteur privé et du secteur public, de l'orientation, par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) vers une entreprise adaptée ou un établissement ou un service d'aide par le travail.

Des aides ponctuelles à la personne handicapée sont prévues au titre du soutien et du suivi de l'insertion : participation aux frais de déménagement et prise en charge de la formation au permis de conduire.

Le code du travail prévoit l'accessibilité des lieux de travail. Les personnes handicapées doivent pouvoir y circuler, les évacuer, se repérer, communiquer avec la plus grande autonomie possible. Les postes de travail doivent être adaptés ou adaptables.



ACTIVITÉ 3 L'accès aux vacances et aux loisirs

3.1 Chloé, malvoyante, peut-elle se rendre en vacances dans le centre affichant le logo du document 3 ?

Justifier la réponse.

Oui car ce centre peut accueillir les personnes présentant une déficience visuelle.

3.2 Citer quelques handisports vus à la télévision ou dans la vie courante.

Le ski, le basket-ball, l'équitation, le tennis de table, l'athlétisme, le tir à l'arc, la natation, le judo, l'escrime, le cyclisme.

Document 3 Favoriser l'accès aux loisirs et aux vacances

Créé par le ministère chargé du Tourisme pour des clientèles en situation de handicap, ce label permet une information fiable sur l'accessibilité des lieux de vacances et de loisirs.

Ce label Tourisme et Handicap offre à des personnes handicapées la possibilité de partir en vacances au bord de la mer ou à la montagne, pour faire du sport, se reposer ou visiter des sites culturels. Il apporte une garantie d'un accueil efficace et adapté aux besoins indispensables des personnes handicapées. Les responsables des centres de vacances, des musées, des salles de spectacles, des hôtels, des gîtes, des restaurants... s'engagent à effectuer les aménagements nécessaires pour accueillir dans de bonnes conditions les personnes présentant ces handicaps. Cependant, la participation des personnes handicapées à la vie sociale, culturelle, sportive, reste relativement restreinte en raison du manque d'aménagements spécifiques et de leurs faibles revenus. Des efforts ont été faits dans le domaine sportif ; le Centre national de formation handisport* a pour but d'améliorer l'encadrement des personnes handicapées dans les pratiques.

* Un handisport est un sport dont les règles ont été aménagées pour qu'il puisse être pratiqué par des personnes ayant un handicap physique ou sensoriel. De nombreuses compétitions sont organisées, en particulier aux Jeux Olympiques.





La législation relative à l'emploi en milieu ordinaire

● Objectifs

1. Présenter la législation relative à l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire.
2. Présenter les centres de rééducation professionnelle.

ACTIVITÉ 1 Analyse d'une situation

1.1 Dans le document 1, relever les raisons pour lesquelles Nicolas ne trouvait pas d'emploi.

Les employeurs avaient peur de son handicap et ne croyaient pas à sa capacité d'adaptation.

1.2 Indiquer les aides qui ont permis à Nicolas de s'intégrer dans cette entreprise.

- Accompagnement par deux interprètes et aide du chef d'atelier.

- Suivi d'une formation à la langue des signes.

- Présence d'une traductrice pour les formations et les réunions.

- Soutien des collègues qui viennent en renfort dès qu'un client l'interroge.

Document 1 Un exemple d'intégration en milieu ordinaire

Nicolas a 26 ans, il est sourd et travaille chez Norauto :

« Je cherchais un poste de mécanicien et j'avais déjà postulé dans différentes concessions strasbourgeoises, mais aucune piste n'avait abouti. Après mes études de CAP et de BEP mécanique, j'avais trouvé un travail chez un petit garagiste. À chaque fois, les entretiens se déroulaient avec mes parents et nos interlocuteurs avaient peur de mon handicap et ne croyaient pas à ma capacité d'adaptation. Mon père avait fait la connaissance de Pascal, directeur d'un centre automobile Norauto. Il lui a parlé de moi et de ma recherche d'emploi. Je suis allé à l'entretien un peu intimidé. Finalement, tout s'est bien passé et j'ai été recruté. Dès les premiers jours dans mon nouveau travail, je me suis senti à l'aise : deux interprètes m'ont accompagné et Vincent, le chef d'atelier, m'a beaucoup aidé. » Pascal a également suivi une formation à la langue des signes et fait appel à une traductrice pour les formations et les réunions. « Je m'occupe de tout ce que l'on peut faire dans un garage : entretien des véhicules, vidange, freins, etc. et je suis le seul à faire le remplacement du pare-brise suite à une formation suivie en interne. Tous les employés sont très gentils et patients avec moi, et lorsqu'un client m'interroge, un de mes collègues vient spontanément en renfort. Au début, je pense que mon handicap faisait peur à certains, mais aujourd'hui je me sens parfaitement intégré au reste de l'équipe. »

Auteur : Isabelle Malo.

ACTIVITÉ 2 La loi du 11 février 2005 et l'emploi

2.1 Dans le document 2, souligner les différentes possibilités pour une entreprise privée ou publique de répondre à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

2.2 Que se passe-t-il en cas de non-respect de la loi ?

L'entreprise doit payer une pénalité égale à 1 500 fois le SMIC horaire par personne handicapée non embauchée.

Document 2 La législation relative à l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire

La loi de 2005 impose à tous les employeurs privés ou publics d'au moins 20 salariés ou agents l'emploi de travailleurs handicapés à hauteur de 6 % de leur effectif total. Recruter, sous-traiter avec des entreprises adaptées (EA), des centres de distribution de travail à domicile et des établissements et services d'aides pour le travail, intégrer des personnes handicapées en stage de formation professionnelle, d'une durée minimum de 150 heures, appliquer un programme en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés conclu par accord d'établissement, d'entreprise ou de branche, sont les modalités pour ouvrir les portes du monde du travail aux personnes handicapées et ainsi s'acquitter de l'obligation d'emploi. La loi de 2005 a renforcé les pénalités pour les entreprises, qu'elles soient privées ou publiques, ne faisant pas face à leurs obligations. Ainsi, depuis juillet 2010, le montant des pénalités est de 400 à 1 500 fois le montant du SMIC horaire multiplié par le nombre de personnes handicapées non embauchées. Contribution à verser à l'AGEFIPH (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) ou au FIPHP (Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique).

ACTIVITÉ 3 Les centres de rééducation professionnelle

3.1 À l'aide du document 3, compléter le tableau ci-dessous.

	Centres de rééducation professionnelle
Objectifs	Aider les travailleurs handicapés à s'insérer ou à se réinsérer dans le monde du travail, soit en milieu ordinaire, soit en milieu protégé par l'acquisition d'une qualification professionnelle et d'un diplôme.
Conditions d'accueil	- Être inapte à l'exercice de sa profession et souhaiter se reconverter. - Avoir la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes. - Avoir un projet.
Personnels et rôles	- Psychologue : suivi psychologique. - Médecin, kinésithérapeute et ergothérapeute : suivi médical. - Assistant du service social : suivi social. - Éducateur technique spécialisé : aide à l'autonomie et à la formation.

à l'aide du document 4

3.2 Indiquer la raison de la reconversion d'Isabelle.

Elle ne pouvait plus exercer son métier d'aide-soignante à cause de deux hernies discales qui la rendaient inapte au travail. Elle a été licenciée, mais voulait continuer à travailler.

3.3 Nommer la structure qui lui a permis cette reconversion.

Elle a effectué sa reconversion dans un centre de rééducation professionnelle.

3.4 Citer les points forts du centre, appréciés par Isabelle.

- Un bon accueil qui tient compte du projet de la personne.
- Une formation longue et qualifiante.
- Une prise en compte de la santé et la dispense de soins.
- Une formation de qualité par des personnes compétentes et dans de bonnes conditions.
- Pas de perte d'argent car la rémunération équivalait à son salaire.

Document 3 Les centres de rééducation professionnelle (CRP)

Ces structures ont pour mission de dispenser une formation professionnelle qualifiante en acquérant de nouvelles compétences, en vue d'une insertion ou d'une réinsertion professionnelle, soit en milieu de travail ordinaire, soit en milieu protégé. Il s'agit de formations de longue durée (souvent supérieure à un an) qui débouchent sur des diplômes homologués par l'Etat. Une pédagogie et un suivi médical, social, psychologique personnalisés, un accompagnement à l'emploi des stagiaires sont assurés par une équipe pluridisciplinaire : médecin, kinésithérapeute, ergonome, ergothérapeute, psychologue, assistant du service social, éducateur technique spécialisé, etc. Le projet professionnel proposé prend en compte les potentialités et les souhaits de chaque stagiaire. Pour être admis dans ces centres, il faut être reconnu « travailleur handicapé » par la CDAPH. Le coût de la formation de même que les frais de séjour du stagiaire sont pris en charge par l'assurance-maladie et les stagiaires bénéficient des aides financières accordées aux stagiaires de la formation professionnelle.



Document 4 Témoignage d'Isabelle

En 2006, Isabelle est aide-soignante à domicile, elle aime son travail. Hélas, à 30 ans, deux hernies discales ne lui permettent plus de continuer à exercer son métier, mais elle persiste de peur de perdre son emploi. Isabelle ne voit plus d'issue lorsque son médecin traitant lui annonce la nécessité de changer d'activité professionnelle : « Je ne sais faire que ça », lui dit-elle. Son médecin traitant lui recommande une demande de reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH) par la CDAPH mais elle a peur d'être reconnue travailleur handicapé. Elle renonce donc une première fois, reprend son travail, mais les problèmes de santé demeurent et s'aggravent. Le médecin du travail la déclare inapte à son poste et c'est le licenciement. Elle décide donc d'envoyer son dossier à la CDAPH. Après sa reconnaissance de travailleur handicapé, elle ne voit rien de concret dans les propositions qui lui sont faites ; elle décide donc d'entrer en centre de rééducation professionnelle qui lui assure :

- un bon accueil, fondé sur la construction du projet de la personne ;
- du temps, 18 à 22 mois, pour effectuer une formation qualifiante pour adulte ;
- une prise en compte de la santé avec des soins sur place ;
- de bons équipements et de bons formateurs pour une formation de qualité ;
- une rémunération équivalente à son dernier salaire.



Les facteurs favorisant la vie sociale et la législation relative à l'emploi en milieu ordinaire

1 Les facteurs favorisant la participation à la vie sociale

L'accessibilité, une démarche interministérielle

L'accès « à tout pour tous », tel est le mot d'ordre, induit par la loi du 11 février 2005, sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qu'il convient de mettre en œuvre. Le cadre bâti, les transports, la voirie, l'école, l'entreprise, l'emploi, l'administration, le sport, la culture, les loisirs... tous les aspects de la vie du citoyen sont concernés.

Toute personne handicapée doit pouvoir se déplacer librement sans trop de difficultés, doit avoir accès à l'éducation, aux formations, à l'emploi, aux transports, au cadre bâti... Mais elle doit pouvoir aussi accéder à un grand nombre de loisirs et d'activités sportives. Voici les améliorations actuelles suite à la loi du 11 février 2005.



Personnes à mobilité réduite : toute personne dont la mobilité est réduite par suite d'une incapacité physique (sensorielle ou motrice), d'une déficience mentale, de l'âge, ou de toute autre cause.

Accès à l'ensemble des bâtiments et services grâce à des dispositions architecturales :

- aménagement des bâtiments et de l'espace en général ;
- ouverture automatique des portes d'entrée des immeubles ;
- ascenseur avec facilité d'accès ;
- abaissement des trottoirs au niveau des passages pour piétons, des automates, des bornes ;
- rehaussement des trottoirs au niveau de la montée des bus ;
- places de stationnement GIG-GIC ;
- plan inclinés ;
- WC pour handicapés.



Déficients mentaux : par définition, le retard mental apparaît durant la croissance (on parlera de démence pour l'adulte qui perd ses facultés mentales). C'est un symptôme aux causes multiples.

Repérage et sécurité grâce à :

- un environnement accueillant, sans perturbation et avec une qualité acoustique pour les rassurer et éviter des troubles du comportement ;
- une utilisation adaptée de la colorimétrie, de la signalétique avec logos, pictogrammes ou photos pour une meilleure compréhension des risques de circulation ;
- la possibilité d'être accompagné(e) d'une AVS.



Malvoyants : une personne malvoyante est une personne dont l'acuité visuelle du meilleur œil, après correction, est à 5 mètres inférieure ou égale à 3/10.

Guidage et repérage par divers aménagements :

- un bon éclairage et les obstacles visuellement contrastés ;
- la lecture ou l'accès aux informations : tactile (c'est le Braille) ou sonore (logiciel de transcription vocale) ;
- les télé-agrandisseurs et vidéo-loupes ;
- les logiciels implémentés combinant l'agrandissement des caractères et la lecture vocale de l'écran ;
- les bandes de guidage au sol (rugueuses, à cannelures, gravillonnées...).



Malentendants : toute personne qui a une acuité auditive déficiente.

Accès aux informations par :

- un moyen de traduction visuelle de toute information orale ou sonore : en langue des signes française (LSF), un codeur en langage parlé ou écrit, ou un sous-titrage ;
- utilisation d'outils techniques d'amplification comme la boucle magnétique ;
- signalétique adaptée.

L'accès à la formation et au travail

Les personnes reconnues « travailleurs handicapés » par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) peuvent bénéficier d'une mise à niveau, d'une formation professionnelle, de stages de préformation professionnelle ou de rééducation professionnelle pour favoriser leur accès à l'emploi en milieu ordinaire ou dans une entreprise adaptée ou un établissement ou un service d'aide par le travail.

L'AGEFIPH (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) peut verser des aides aux employeurs et aux handicapés dans le cadre de l'aide à l'insertion.



L'accès aux loisirs, aux vacances et aux sports

Ce label « Tourisme & Handicap » permet aux personnes en situation de handicap de choisir leurs vacances et leurs loisirs car il leur apporte une garantie d'accueil efficace et adapté à leurs besoins. Ce logo, apposé à l'entrée des sites, et sur tous documents, renseigne, grâce aux quatre pictogrammes, les personnes handicapées sur leur **accessibilité en fonction de leur handicap**.

La fédération handisport offre plus de 45 sports de loisirs ou de compétition, de nombreuses activités de découverte et d'initiation et regroupe 35 000 participants. Dans le cadre du sport de haut niveau, Handisport intervient également en tant que membre du Comité national olympique et sportif français.

2 La législation relative à l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire

La loi du 11 février 2005 affirme le principe de non-discrimination à l'embauche des personnes handicapées par le biais de mesures incitatives et de sanctions renforcées. Cette loi a réaffirmé l'obligation faite aux établissements privés ou publics de 20 salariés et plus d'employer des travailleurs handicapés dans la proportion de 6 % de leurs effectifs.

Pour s'en acquitter, les établissements disposent comme auparavant de cinq modalités :

- recruter des salariés handicapés ;
- sous-traiter avec des entreprises adaptées, des centres de distribution de travail à domicile et des établissements et services d'aide par le travail ;
- accueillir des personnes handicapées en stage de formation professionnelle ;
- conclure des accords de branche, d'entreprises ou d'établissement prévoyant un plan annuel en faveur des handicapés ;
- verser une contribution financière à l'AGEFIPH (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) ou au FIPHFP (Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique).

En cas de non respect des 6 %, la loi durcit les sanctions. L'employeur doit payer une pénalité égale à 1500 fois le Smic horaire multiplié par le nombre de personnes handicapées manquantes.

Les centres de rééducation professionnelle

Ce sont des établissements médico-sociaux qui ont pour mission de dispenser des formations professionnelles qualifiantes aux personnes handicapées pour leur permettre une insertion ou une réinsertion professionnelle.

Ces personnes nécessitent une pédagogie et un accompagnement médico-social personnalisés.

Ces formations durent de 10 à 30 mois et débouchent sur des diplômes homologués par l'État et peuvent être de trois types :

- des formations de pré-orientation dont l'objectif est d'aider la personne à élaborer son projet professionnel ;
- des formations préparatoires nécessaires à l'acquisition de nouvelles compétences ;
- des formations qualifiantes du CAP au niveau Bac +2.

Les activités développées dans ces centres couvrent la plupart des secteurs d'activité (assistance informatique, électronique et informatique industrielle ; automatisation ; magasinage ; horticulture ; vente ; filières paramédicales et administratives en secrétariat, comptabilité, gestion...).

La présence d'une équipe pluridisciplinaire (éducateur technique spécialisé, ergonome, médecin, psychologue, assistant du service social, ergothérapeute...) permet un suivi médical, psychologique et social de la personne selon ses besoins et ses déficiences.

Ces institutions sont financées par l'assurance-maladie et doivent être agréées. Les personnes qui suivent les formations ont un statut de stagiaires et bénéficient des aides financières accordées par l'État et la région aux stagiaires de la formation professionnelle.



Les structures de travail et d'hébergement, les établissements médico-sociaux

● Objectifs

1. Développer les différentes structures de travail des personnes handicapées.
2. Présenter les établissements médico-sociaux et les différentes structures d'hébergement.

ACTIVITÉ 1 Les établissements de travail en faveur des personnes handicapées

1.1 À l'aide du document 1, compléter le tableau ci-dessous.

Situation	Type de structure et justification	Missions de la structure
Tabora, paraplégique suite à un accident, a peur de prendre les transports en commun. La CDAPH lui a proposé d'assembler des bijoux et d'emballer des parfums de luxe à son domicile.	Centre de distribution de travail à domicile car Tabora ne peut se rendre en entreprise, elle ne veut pas prendre les transports en commun.	Procurer à Tabora, à son domicile, des travaux manuels adaptés à ses possibilités.
Dean a un BTS en électronique depuis juin mais il travaille très lentement et ne peut suivre le rythme imposé en entreprise.	Entreprise adaptée Dean est une personne à efficience réduite.	Permettre à Dean d'exercer une activité en rapport avec son diplôme et son handicap (lenteur).
Jean, en fauteuil roulant, est responsable de rayon chez Decathlon. Le sport est sa passion.	Entreprise ordinaire, non adaptée.	Accueillir des handicapés pour répondre aux obligations de la loi.
Mohamed a une capacité de travail qui ne dépasse pas le tiers de celle d'un travailleur normal. Il participe à l'ébarbage de pièces en caoutchouc.	Etablissement et service d'aide par le travail car Mohamed a une capacité de travail inférieure à un tiers de la capacité normale.	Permettre à des personnes handicapées d'exercer une activité adaptée à leurs capacités.

Document 1 Travailler ensemble

La loi du 11 février 2005 a renforcé les mesures pour favoriser l'emploi en milieu ordinaire. La CDAPH détermine la structure de travail qui convient le mieux au travailleur handicapé. Les entreprises adaptées et les centres de distribution de travail à domicile, désormais intégrés au milieu ordinaire de travail, emploient au moins 80 % des travailleurs handicapés.

Les entreprises adaptées (EA) accueillent des personnes à efficience réduite, ayant la reconnaissance de « qualité de travailleur handicapé (RQTH) » et leur permettent d'exercer une activité dans des conditions adaptées à leur handicap. L'EA propose à ces personnes de travailler dans des secteurs très divers tels que l'industrie (électronique, agro-alimentaire, imprimerie...) et les services (bureautique, espaces verts...).

Les centres de distribution de travail à domicile (CDTD) sont assimilés aux EA. Ils sont destinés aux travailleurs qui ont des difficultés à se déplacer et proposent des travaux à effectuer à domicile. Puisque les EA et les CDTD participent au milieu ordinaire de travail, les personnes handicapées qui y travaillent ont un statut de salarié de droit commun à part entière. Ils possèdent tous les droits des salariés prévus par le Code du travail et bénéficient de la Sécurité sociale et du régime d'assurance-chômage. Le travailleur reçoit un salaire fixé selon son emploi et sa qualification mais il ne peut être inférieur au Smic.

Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) sont des établissements médico-sociaux qui accueillent, sur orientation de la CDAPH, des personnes handicapées de 20 ans et plus, ayant une capacité de travail inférieure à un tiers de la normale et qui de ce fait ne peuvent momentanément ou durablement, à temps plein ou partiel, exercer une activité professionnelle ni en milieu ordinaire ni dans une EA ni pour le compte d'un CDTD.

Leur vocation est :

- économique : réaliser une activité de production ;
- médico-sociale et éducative : favoriser l'épanouissement personnel et social grâce à une équipe pluridisciplinaire : ergothérapeute, psychologue, assistant du service social, des moniteurs éducateurs ou d'ateliers et des éducateurs techniques spécialisés.

La personne accueillie en ESAT n'a pas le statut de salarié soumis au Code du travail, ne bénéficie pas d'un contrat de travail et ne peut faire l'objet d'un licenciement. Cependant, elle doit signer, avec l'ESAT, un contrat de soutien et d'aide par le travail, et bénéficie d'un droit à congés, du congé de présence parentale, de la validation des acquis de l'expérience et d'une rémunération garantie versée par l'établissement.

1.2 Citer les différences qui existent pour les travailleurs dans ces différentes structures.

Le travailleur handicapé en EA ou en CDTD a un statut de salarié. Il possède tous les droits des salariés prévus par le Code du travail et bénéficie de la sécurité sociale et du régime d'assurance-chômage. Il reçoit un salaire fixé selon son emploi et sa qualification mais ne peut être inférieur au SMIC. Alors que le travailleur en ESAT n'a pas le statut de salarié mais a signé un contrat de soutien et d'aide par le travail avec celui-ci. Il ne peut être licencié et bénéficie de congés divers comme tout salarié. Il n'a pas de véritable salaire mais une rémunération versée par l'ESAT.

ACTIVITÉ 2 Le fonctionnement de l'ESAT de la ville de V.

2.1 Comment cet ESAT répond-il aux objectifs fixés par la loi ?

Il accueille des personnes handicapées mentales, leur procure un travail, les accompagne dans la construction de leur vie professionnelle et les aide à s'épanouir dans leur vie personnelle.

2.2 Comparer les conditions de travail de ces personnes avec celles d'un salarié en milieu ordinaire.

Ces personnes ont les mêmes horaires de travail qu'un salarié, ne doivent pas s'absenter mais ils sont encadrés par des moniteurs chargés d'organiser les ateliers. Ils touchent une rémunération garantie.

2.3 Lister les activités à caractère professionnel réalisées dans cet établissement.

- Activités dans le domaine de la restauration ;
- entretien des espaces verts ;
- prestations de services.

Document 2 L'ESAT de la ville de V.

L'ESAT de la ville de V., est ouvert depuis 1980. Il accueille 105 personnes handicapées mentales de déficience moyenne et profonde, en les accompagnant dans la construction de leur vie professionnelle. Travailler permet en effet d'être autonome financièrement, d'avoir un statut social et aide donc à s'épanouir dans sa vie personnelle. Actuellement, l'ESAT emploie 17 moniteurs chargés d'organiser des ateliers de production dans les domaines de la restauration, l'entretien d'espaces verts ou la prestation de services.

Une journée avec l'équipe des espaces verts

La journée débute à 8 h 30. J.B. conduit les huit membres de son

équipe sur le lieu de travail. Les tondeuses sont sorties, et c'est le casque sur les oreilles que tout le monde se met à l'ouvrage jusqu'à midi, avec une pause de 15 minutes. Une heure est consacrée au repas pris à l'ESAT ou sur le chantier, en compagnie des moniteurs. Le travail reprend de 13 heures à 17 heures, avec une pause de 15 minutes. « J'ai peu d'absentéisme, il y a une bonne ambiance et c'est valorisant d'être reconnu pour une mission menée à bien explique J.B. Quand une personne souhaite changer d'atelier, elle motive sa demande en fonction de son projet professionnel. »

Extrait du journal L'Ardenne, mardi 01 juillet 2008

ACTIVITÉ 3 Le passage vers le milieu ordinaire de travail

3.1 Analyser la situation de Maxime décrite dans le document 3.

Maxime, travailleur handicapé dans une entreprise adaptée a obtenu un poste dans une menuiserie. Un professionnel l'a formé et grâce à cet apprentissage, il est devenu moins fragile et a pu intégrer une entreprise ordinaire avec toutes ses contraintes. Il peut ainsi s'assurer financièrement et avoir son appartement. Il s'agit d'une intégration réussie puisqu'il a un contrat à durée indéterminée.

Document 3 Témoignage de Maxime en situation de handicap psychique

J'ai 28 ans et j'ai travaillé 6 ans dans une entreprise adaptée de menuiserie générale et d'isolation thermique de l'habitat. Je me suis spécialisé dans l'isolation par l'extérieur et le changement de fenêtres en travaillant avec un professionnel. Le responsable m'a proposé de partir travailler dans la menuiserie voisine. J'étais content car ce poste correspondait tout à fait à mon projet professionnel mais j'avais un peu peur de ce changement car je devais réorganiser toute ma vie. J'ai accepté et réussi grâce à l'aide de mon encadrant et de mes nouveaux

collègues de travail. Maintenant je suis salarié dans cette entreprise depuis 2 ans.

Les débuts ont été difficiles et m'ont demandé de grands efforts car j'ai dû prendre un appartement seul, m'habituer à d'autres horaires et d'autres rythmes, changer régulièrement de chantiers. Maintenant, je suis bien organisé et j'apprécie de m'assumer totalement. J'ai des amis de travail qui ne sont pas que des handicapés avec lesquels j'ai des loisirs. Je ne regrette pas ma décision.

ACTIVITÉ 4 Les structures d'hébergement des adultes handicapés

4.1 En s'aidant du document 4, indiquer la catégorie de personnes accueillies dans ce foyer d'hébergement.
Ce foyer accueille des adultes handicapés qui travaillent la journée en milieu ordinaire ou en ESAT.

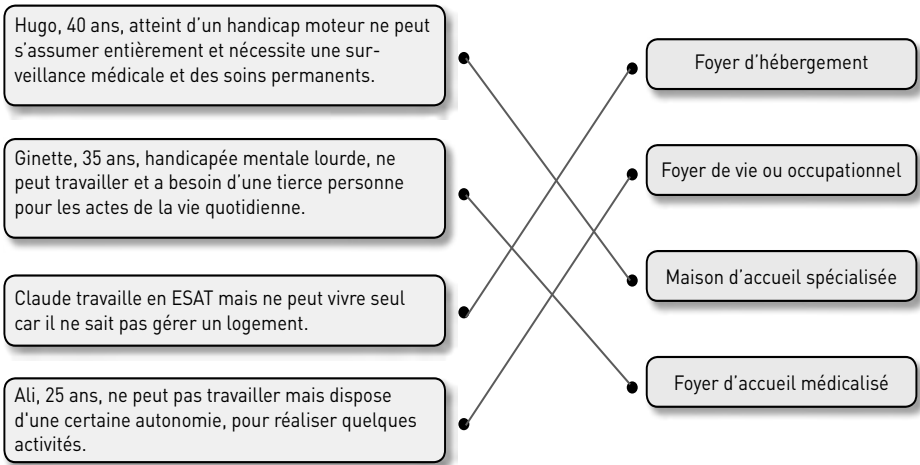
4.2 Déduire les missions d'un tel foyer, à partir des actions menées.
Hébergement, restauration et entretien du linge, préparation de repas avec l'aide du personnel, gestion d'un budget, accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, organisation de loisirs, de vacances.

4.3 Souligner dans le document 4 les différents personnels qui interviennent dans le foyer.

4.4 À partir des documents 5 et 6, compléter le tableau ci-dessous.

Structure	Type d'établissement et missions	Personnels et rôles
Foyers de vie ou occupationnels	Ces établissements médico-sociaux accueillent des adultes qui ne sont pas en mesure d'exercer une activité professionnelle, mais qui, disposent d'une certaine autonomie. Il propose des animations quotidiennes, des activités pour les occuper de façon utile, intéressante et agréable, en fonction de leur handicap ;	AMP et des auxiliaires de vie pour l'accompagnement quotidien et maîtresse de maison pour l'organisation du cadre de vie
Foyers d'accueil médicalisés	Ces établissements médico-sociaux accueillent des adultes gravement handicapés, polyhandicapés, inaptes à toute activité à caractère professionnel. Ils ont besoin de l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence et d'un suivi médical et paramédical	Infirmiers, ergothérapeute, kinésithérapeute pour les soins et la rééducation. Aides soignants, AMP pour l'hygiène et l'accompagnement dans les actes quotidiens
Maisons d'accueil spécialisées	Ces établissements médico-sociaux reçoivent des adultes atteints d'un handicap grave ne pouvant effectuer seuls les actes essentiels de la vie. Ils assurent l'hébergement, l'hygiène, les repas, une surveillance médicale, de la rééducation, des activités d'occupation et d'animation.	Moniteurs éducateurs, éducateurs spécialisés pour développer et maintenir leur autonomie

4.5 Relier chaque situation au type d'hébergement le plus approprié.



Document 4 Le foyer d'hébergement de la ville de G.

Il accueille des adultes handicapés qui exercent une activité de travail en milieu ordinaire ou dans un ESAT mais qui présentent des difficultés à assurer seules leur autonomie domiciliaire et sociale. Des chambres meublées avec salle de bains sont mises à disposition des personnes accueillies. Une équipe pluridisciplinaire est présente : assistants socio-éducatifs, moniteurs-éducateurs, maîtresse de maison, aides médico-psychologiques, veilleuses de nuit, médecin psychiatre, psychologue et psychomotricienne (à temps partiel).

Actions menées : investir sa chambre et se l'approprier, être responsable de son argent par l'apprentissage à la gestion d'un budget, travailler à l'autonomie de déplacement, vivre avec d'autres, partir en congés, s'engager dans des associations, dans le but de maintenir des acquis et d'accéder à l'autonomie domiciliaire.

Le midi : du lundi au vendredi, les repas sont pris en cafétéria ou sur les chantiers.

Le soir : les repas sont livrés ou confectionnés par les résidents avec l'aide du personnel.

Le week-end (pour quelques résidents du foyer) : les repas sont préparés sur place.

Le linge est soit pris en charge par la blanchisserie de l'ESAT soit lavé au foyer par les personnes.

Les frais sont en partie à la charge du bénéficiaire. Le surplus des frais d'hébergement est pris en charge par l'aide sociale du département.

Document 5 Les autres structures d'hébergement pour adultes handicapés

La maison d'accueil spécialisée (MAS) : établissement médico-social qui accueille des adultes atteints d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave. Leur état nécessite le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants.

Services : hébergement, repas, aide à la vie courante, activités d'occupation et d'animation et une surveillance médicale régulière par une équipe pluridisciplinaire médicale, paramédicale, éducative et sociale.

Financement : l'assurance-maladie. Une partie des frais reste à la charge du résident (hébergement et entretien).

Le foyer de vie ou foyer occupationnel : établissement médico-social accueillant des adultes n'étant pas en mesure de travailler mais disposant d'une certaine autonomie physique ou intellectuelle pour réaliser quelques activités de la vie quotidienne.

Services : des animations quotidiennes, des activités pour les occuper de façon utile, intéressante et agréable, en fonction bien sûr de leur handicap.

Trois types d'accueil : internat, semi internat ou accueil de jour.

Financement : frais couverts par l'aide sociale départementale. Participation de l'adulte handicapé en fonction de ses ressources.

Le foyer d'accueil médicalisé (FAM) : établissement médico-social accueillant des adultes lourdement handicapés et polyhandicapés. Leur dépendance les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel et rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes de la vie quotidienne ainsi qu'un suivi médical et des soins.

Financement : par la Sécurité sociale pour les soins, et par le département et le bénéficiaire pour l'hébergement et les animations.

Document 6 Les principaux personnels de ces structures

Personnels	Rôles	Structures d'exercice
Auxiliaire de vie sociale et aide médico-psychologique	Accompagnement, aide individualisée au travers des actes de la vie courante	Maison d'accueil spécialisée, foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé
Maîtresse de maison	Organisation du cadre de vie (entretien des locaux, cuisine, lingerie...). Accompagnement de l'usager dans les actes de la vie quotidienne	Maison d'accueil spécialisée, foyer d'accueil spécialisé, foyer d'hébergement et occupationnel
Conseiller en économie familiale sociale	Aide aux activités quotidiennes, conseils en alimentation, gestion de budget, entretien d'un logement	Foyer d'hébergement
Aide-soignant	Participe aux soins d'hygiène et de confort	Maison d'accueil spécialisée, foyer d'accueil médicalisé
Kinésithérapeute	Rééducation fonctionnelle et motrice	Maison d'accueil spécialisée
Ergothérapeute	Rééducation fonctionnelle et professionnelle	Maison d'accueil spécialisée
Infirmier	Dispensation de soins médicaux et participation aux soins d'hygiène	Maison d'accueil spécialisée, foyer d'accueil médicalisé
Assistant de service social	Accompagnement du handicapé. Création de liens entre l'établissement et la famille	Maison d'accueil spécialisée
Éducateur spécialisé Moniteur-éducateur	Encadrement individualisé pour développer et maintenir l'autonomie des personnes	Maison d'accueil spécialisée, foyer d'hébergement
Médecin généraliste	Suivi médical et prescription de soins	Maison et foyer d'accueil

Les services spécifiques aux personnes handicapées

● Objectif

1. Pour chaque service (éducation spécialisée et soins à domicile, accompagnement à la vie sociale, accompagnement médico-social pour adultes handicapés), expliquer les missions, le fonctionnement, les prestations proposées et leur tarification.

ACTIVITÉ 1 Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)

1.1 Après lecture du témoignage d'Evelyne et du document 2, indiquer les démarches effectuées par Evelyne pour avoir une place dans un SESSAD.

Evelyne a dû effectuer des démarches auprès de la MDPH proche et remplir un dossier. Après analyse du dossier, l'orientation a été prononcée par la CDAPH.

1.2 Souligner, dans le document 1 les points du fonctionnement appréciés par Evelyne.

1.3 Citer les prestations dont bénéficie cet adolescent.

- prestations paramédicales : kinésithérapie, ergothérapie et rééducation ;
- prestations éducatives.

1.4 Souligner dans le document 2, les trois missions d'un SESSAD, et le public concerné.

Document 1 Le témoignage d'Evelyne

Mon fils de 19 ans est atteint d'une infirmité motrice cérébrale. Il a d'abord eu un suivi en cabinet privé, seule solution proposée par le pédiatre à l'époque : 2 séances de kiné par semaine (mais il ne connaissait pas grand chose aux IMC), 2 séances chez une orthophoniste (ignorante des problèmes de l'IMC) et de la psychomotricité dans un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP). Tout cela se faisait sur son temps de loisirs, le soir, et le mercredi. Puis, nous avons eu une place dans un SESSAD, quand il a eu 9 ans. Premier avantage : ces professionnels connaissaient la pathologie des IMC. Donc tout a été plus ciblé. Deuxième avantage : coordination des professionnels (ce que l'un constate, l'autre le sait tout de suite après la réunion hebdomadaire de concertation). Mon fils n'était plus découpé en petits bouts, mais il y avait un programme global de rééducation. Il a pu ainsi bénéficier d'une vraie psychomotricité et d'ergothérapie pour les gestes de la vie quotidienne, d'une rééducation qui ne se fait que par ces structures.

Autre avantage : les intervenants venaient en partie sur le temps scolaire (pendant les cours de sport, la récréation ou après la cantine). Ils pouvaient donc donner des conseils aux enseignants (qui se sentaient épaulés), répondre à leurs interrogations et cela libérait un peu l'emploi du temps de notre fils.

Document 2 Qu'est-ce qu'un SESSAD ?

C'est un Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (Le domicile, en l'occurrence, est le lieu où l'enfant vit et où il exerce ordinairement ses activités). Le SESSAD est un service médico-social autonome ou rattaché à un établissement d'éducation spéciale qui prend en charge les jeunes jusqu'à 20 ans. La démarche d'accompagnement par le SESSAD est initiée par les parents, auprès de la MDPH et l'orientation se fait sur prescription de la CDAPH. Les parents et l'enfant qui acceptent l'accompagnement doivent être partie prenante du projet personnalisé élaboré en lien avec l'équipe.

Composé d'une équipe pluridisciplinaire (psychologues, médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, éducateurs spécialisés, psychomotriciens, orthophonistes, enseignants spécialisés, assistants du service social, aides médico-pédagogiques...), il peut intervenir au domicile familial de l'enfant ou de l'adolescent, mais aussi à la crèche, à l'école (en milieu ordinaire ou dans un dispositif d'intégration collective (CLIS, ULIS), au centre aéré ou encore dans les locaux du SESSAD. La direction du SESSAD est soit assurée par un directeur soit par le directeur de l'établissement auquel il est rattaché. Un médecin assure l'application du projet thérapeutique et rééducatif des enfants ou adolescents.

Les prestations vont s'adapter à chaque enfant selon ses besoins. Une prise en charge est assurée par les régimes d'assurance-maladie. Une allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant est versée aux familles par la caisse d'allocations familiales ou les caisses de MSA pour les personnes qui relèvent du régime agricole.

Trois missions

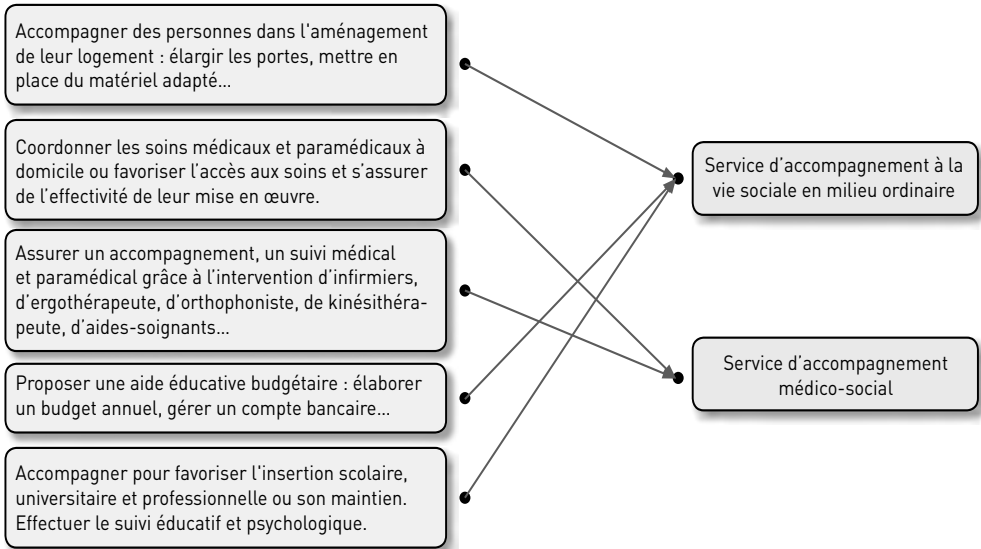
Le soutien à l'intégration scolaire et à l'acquisition de l'autonomie

Le conseil et l'accompagnement de la famille et l'entourage en général

L'aide au développement psychomoteur et aux orientations ultérieures

ACTIVITÉ 2 Les services d'accompagnement aux adultes handicapés

2.1 À l'aide du document 3, relier chaque aide au service responsable.



2.2 Préciser les financements de ces services.

- services d'accompagnement à la vie sociale : le conseil général ;
- services de soins : l'assurance maladie.

2.3 Conclure sur les missions de ces deux services.

Ces deux services d'accompagnement doivent contribuer à la réalisation du projet de vie de la personne en situation de handicap, par un accompagnement favorisant le maintien ou la restauration des différents liens afin de lui faciliter l'accès à l'ensemble des services de la collectivité.

Mais le SAMSAH propose en plus des prestations de soins ou d'accompagnement vers le soin. Il s'adresse à des personnes plus lourdement handicapées nécessitant une médicalisation et une plus grande prise en charge.

Document 3

Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
et les services d'accompagnement médico-social (SAMSAH)

Articles du code sur l'action sociale et des familles (2005)

Les services d'accompagnement, que ce soit à la vie sociale ou médico-social, offrent tous deux des prestations aux adultes handicapés (plus de 20 ans) qu'ils travaillent ou non.

Art. D. 312-155-5. Les services d'accompagnement à la vie sociale ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

Art. D. 312-155-6. Les services mentionnés à l'article D. 312-155-5 prennent en charge des personnes adultes, y compris celles ayant la qualité de travailleur handicapé, dont les déficiences et incapacités rendent nécessaires, dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager :

- a) une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence ;
- b) un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie.

Art. D. 312-155-9. Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, la réalisation des missions visées à l'article D. 312-155-5.

Art. D. 312-155-10. Les services définis à l'article D. 312-155-9 prennent en charge des personnes adultes handicapées dont les déficiences et incapacités nécessitent, en sus des interventions mentionnées à l'article D. 312-155-6, et dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager :

- a) des soins réguliers et coordonnés ;
- b) un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

L'autorisation de création est délivrée après passage en commission régionale de l'organisation sociale et médico-sociale, par le président du conseil général seul s'il s'agit d'un SAVS et conjointement avec le préfet de département s'il s'agit d'un SAMSAH. Les SAVS sont financés par le Conseil général et les dépenses des SAMSAH sont prises en charge par l'assurance-maladie pour la partie soins, la partie accompagnement est réglée par le Conseil général.



Les établissements et les services en faveur des personnes handicapées

1 Le travail en milieu protégé

L'intégration des personnes handicapées en milieu ordinaire n'est pas toujours possible. Des établissements et structures d'aide par le travail (ESAT) permettent à la personne handicapée d'exercer une activité professionnelle dans des conditions adaptées à ses possibilités et lui proposent un soutien médico-social et éducatif pour favoriser son épanouissement personnel et social.

La décision d'orienter vers ces établissements et structures d'aide par le travail est prise par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

L'entreprise adaptée (EA) permet au travailleur ayant la reconnaissance de « qualité de travailleur handicapé » d'exercer une activité dans les conditions adaptées à son handicap.

Grâce à l'accompagnement spécifique proposé, l'EA favorise la réalisation du projet professionnel en vue de la valorisation des compétences.

Le centre de distribution de travail à domicile (CDTD) est destiné au travailleur qui a des difficultés à se déplacer et propose des activités à domicile.

Puisque les EA et les CDTD participent au milieu ordinaire du travail, la personne handicapée qui y travaille a un statut de salarié de droit commun à part entière. Elle possède tous les droits des salariés prévus par le Code du travail et bénéficie de la Sécurité sociale et du régime d'assurance-chômage. Elle reçoit un salaire fixé selon son emploi et sa qualification mais celui-ci ne peut être inférieur au Smic. Ces structures bénéficient d'aides de l'État et doivent permettre une insertion et une promotion professionnelles. Elles peuvent servir de tremplin vers des emplois dans des entreprises non adaptées.

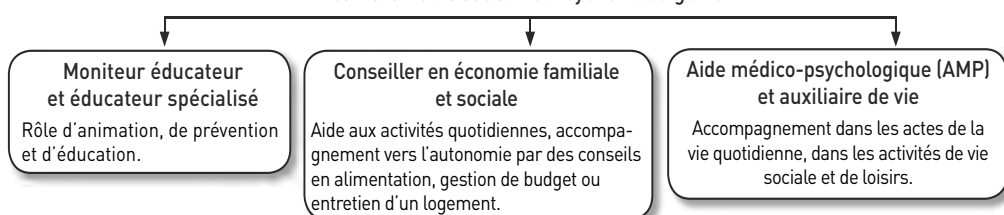
L'établissement et le service d'aide par le travail (ESAT) fournit aux personnes de plus de 20 ans, et qui ont une capacité de travail inférieure à un tiers de la capacité normale, une activité à caractère professionnel. Il offre aussi un soutien médico-social et éducatif, grâce à une équipe pluridisciplinaire (moniteur d'atelier, éducateur technique spécialisé, psychologue...) afin de favoriser l'épanouissement personnel et social.

Cette structure doit mettre en place des passerelles pour favoriser le passage en milieu ordinaire.

2 Les structures d'hébergement

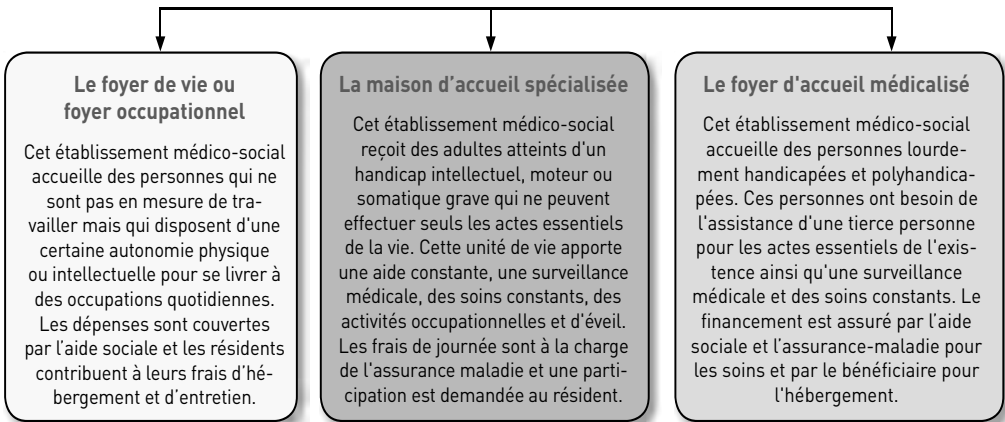
Le foyer d'hébergement est un établissement social dont le but est d'assurer l'hébergement et l'entretien des adultes handicapés, orientés par la CDAPH, qui exercent une activité soit en milieu ordinaire, soit en établissement protégé, soit en centre de rééducation professionnelle durant la journée. Il comprend, en général, deux formules d'accueil : internat de semaine et internat complet (week-end compris). Les personnes sont encadrées par des travailleurs sociaux :

Les travailleurs sociaux du foyer d'hébergement



Les frais sont en partie à la charge du bénéficiaire, en fonction de ses ressources. Le surplus des frais d'hébergement est pris en charge par l'aide sociale du département.

Les structures réservées aux personnes plus gravement handicapées, qui ne peuvent réaliser un travail productif.
L'orientation vers ces trois structures relève aussi de la CDAPH



3 Les services spécifiques aux personnes handicapées

Le service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)

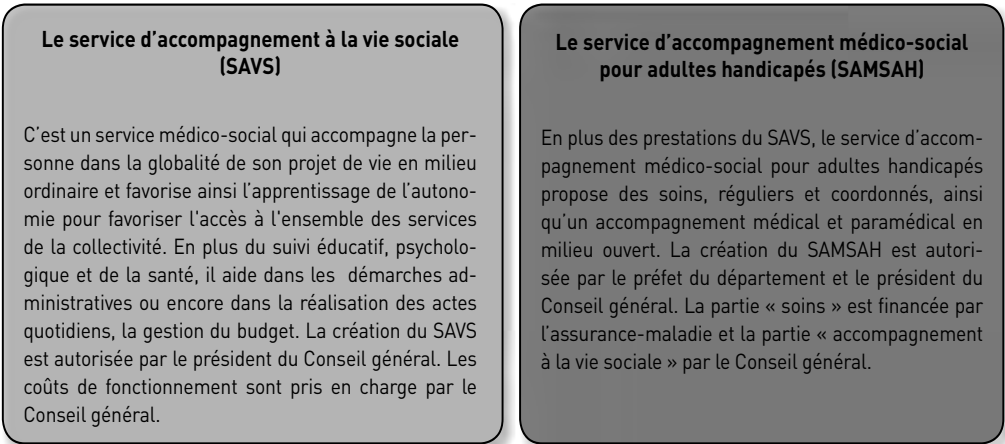
C'est un service médico-social autonome ou rattaché aux établissements d'éducation spéciale.

SESSAD	Contribue au maintien de l'enfant dans son milieu de vie habituel (crèche, domicile, école, centre de vacances...)
	Évalue les potentialités et les difficultés pour l'aider dans son développement, l'acquisition de l'autonomie, l'intégration scolaire et dans la société.
	Apporte informations, conseils, soutiens aux familles et à l'entourage.

Le SESSAD a pour objectif essentiel de permettre à un enfant, à un adolescent, de rester dans son environnement familial, scolaire et social et de développer ses potentialités.

Les services d'accompagnement aux adultes handicapés

L'accompagnement que ces structures délivrent (défini par la CDPA) peut être permanent, temporaire ou séquentiel. L'ensemble des prestations peut être réalisé en milieu ordinaire ou protégé, à domicile ou sur les lieux où s'exercent les activités sociales, scolaires ou professionnelles de la personne handicapée.





Les modalités de scolarisation

Objectifs

1. Développer les principes de la scolarisation en milieu ordinaire.
2. Caractériser les différentes modalités de scolarisation : milieu ordinaire, classes pour l'inclusion scolaire, unités localisées pour l'inclusion scolaire, unités d'enseignement médico-social et établissement de santé.

ACTIVITÉ 1 La scolarisation en milieu ordinaire

1.1 À l'aide du document 1, dégager les avancées de la loi en matière de scolarisation.

- Tout enfant ou adolescent doit être inscrit dans l'école la plus proche de son domicile qui est son établissement de référence. Un Plan personnalisé de scolarisation définit les modalités de déroulement de la scolarité.
- Il a droit à des aides financières et humaines pour l'assister.
- L'enfant pourra effectuer une partie ou l'ensemble de sa scolarité dans des structures spécialisées.

Document 1 La scolarisation et la loi de 2005

La loi du 11 février 2005 pose le principe que « tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé a droit à une scolarisation en milieu ordinaire ». Elle prône également la continuité du parcours de formation pour chaque élève. Le jeune est inscrit dans l'établissement d'enseignement le plus près de son domicile qui constitue « son établissement de référence », mais cela ne signifie pas forcément une scolarisation effective dans cette école. Un projet personnalisé de scolarisation définit les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap. L'État doit donc mettre en place les moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants et adolescents handicapés. La Commission des droits et de l'autonomie peut proposer une scolarisation vers des structures adaptées ou en établissements spécialisés.

ACTIVITÉ 2 Les structures pour l'inclusion scolaire

2.1 À l'aide du document 2, compléter le tableau ci-dessous.

Situation	Structure adaptée	Justification
Alex, 14 ans, souffre d'une déficience auditive.	ULIS	Alex est collégien et doit être accueilli dans une classe pour troubles de la fonction auditive.
Sarah, 7 ans, a une vue très faible, elle ne parvient pas à lire un livre.	CLIS	Sarah doit fréquenter l'école primaire, mais elle présente un trouble visuel important.
Jordan, 10 ans, présente une grave dyslexie.	CLIS	Jordan est en âge de fréquenter l'école primaire et souffre de troubles importants des fonctions cognitives.
Ahmed, 15 ans, myopathe, a de grosses difficultés pour écrire.	ULIS	Ahmed est un collégien qui souffre d'une maladie invalidante.
Lucas, 12 ans, souffrant de troubles multiples, reste à la maison avec sa maman qui s'occupe de lui la journée.	Cours par le Centre national d'enseignement à distance	Lucas est très handicapé et sa maman préfère s'en occuper à la maison. Il pourra suivre des cours chez lui.

Document 2 La scolarisation des élèves handicapés

Des élèves en situation de handicap peuvent être orientés, dans le cadre du projet personnalisé de scolarisation et sur proposition de la CDAPH, vers :

- Une Classe d'inclusion scolaire (CLIS) : dispositif collectif de scolarisation (12 élèves maximum) installé dans une école élémentaire ou maternelle, destiné aux enfants dont le handicap ne permet pas d'envisager une scolarisation individuelle continue dans une classe ordinaire mais qui peuvent bénéficier, dans le cadre d'une école, d'une forme ajustée de scolarisation : enfants présentant soit des troubles des fonctions cognitives ou mentales, soit auditifs, soit visuels soit moteurs. Chaque enfant accueilli bénéficie de temps de scolarisation dans une classe ordinaire de l'école.
- Une Unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS). Elle accueille 10 élèves maximum, dans un collège, un lycée général, technologique, ou professionnel, les élèves présentant soit des troubles des fonctions cognitives ou mentales, soit des troubles envahissants du développement, soit auditifs, soit visuels, soit multiples associés. L'ULIS est un dispositif permettant la mise en œuvre du Projet personnalisé de scolarisation (PPS). Chaque élève scolarisé au titre d'une ULIS bénéficie de temps de scolarisation dans une classe ordinaire de l'établissement scolaire.
- Le Centre national d'enseignement à distance (CNED) offre des formations à distance.

ACTIVITÉ 3 La scolarisation en établissements spécialisés

3.1 Citer l'instance qui décide l'orientation des enfants ou des adolescents en établissement spécialisé.

C'est la CDAPH.

3.2 Préciser le public qui peut être accueilli en IME.

Les IME accueillent les enfants et adolescents déficients intellectuels âgés de 3 à 20 ans.

3.3 Indiquer les missions d'un IME.

Ils dispensent une éducation spéciale avec une prise en charge éducative, pédagogique et thérapeutique adaptée à chacun selon ses besoins. L'IMP propose les enseignements de base. L'IMPro offre une initiation professionnelle.

3.4 Souligner en vert les établissements accueillant les handicapés moteurs et en rouge les établissements pour jeunes présentant des troubles du comportement.

Document 3 Les établissements spécialisés

Les instituts médico-éducatifs (IME) accueillent des enfants et adolescents atteints de déficiences mentales, âgés de 3 à 20 ans. Un IME regroupe un institut médico-pédagogique (IMP) pour l'accueil des 3 à 12 ans et un institut médico-professionnel (IMPro) pour l'accueil des 13 à 20 ans. Ils ont pour mission de dispenser une éducation spéciale avec une prise en charge éducative, pédagogique et thérapeutique adaptée aux besoins de chacun des jeunes accueillis. Ils proposent donc des enseignements de base dans le cadre de l'IMP et une initiation professionnelle dans le cadre de l'IMPro. La prise en charge est réalisée par une équipe pluridisciplinaire (enseignants spécialisés, éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, psychologues...) qui travaille en étroite collaboration avec les familles. Ils fonctionnent soit en externat, en demi-pension ou en internat de semaine. Chaque IME met également en place des activités à l'extérieur : activités sportives, culturelles et de loisirs.

L'enfant qui nécessite un accompagnement global a une scolarisation qui ne peut s'effectuer que dans un établissement spécialisé. L'orientation dans un établissement médico-social est proposée par la CDAPH. La prise en charge est assurée par l'assurance maladie.

Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) reçoivent les jeunes souffrant de troubles de la conduite et du comportement.

Les instituts d'éducation sensorielle pour les jeunes atteints de handicaps auditifs ou visuels.

Les instituts d'éducation motrice (IEM) pour les enfants et adolescents présentant un handicap moteur.

Les établissements pour polyhandicapés s'adressent aux enfants présentant des handicaps complexes, à la fois mentaux et sensoriels.

ACTIVITÉ 4 La scolarisation des enfants ayant des troubles de santé

4.1 Surligner, dans le document 4, les modalités de scolarisation pour les enfants présentant des troubles de santé de longue durée.

Document 4 L'assistance pédagogique à domicile

Le droit à l'éducation concerne tous les enfants, y compris les enfants atteints de troubles de santé, quelle que soit leur situation : hospitalisation dans un établissement de santé, accueil en internat dans une maison d'enfants à caractère sanitaire, soins de suite et de réadaptation, soins à domicile, convalescence... La scolarisation dans les structures ordinaires est privilégiée. Cependant, si l'état de santé ne le permet pas, un service d'assistance pédagogique à domicile (SAPAD) est mis en place dans chaque département. L'assistance pédagogique se fait sur le lieu de résidence de l'élève (domicile familial, hôpital, centre de soins...) et permet à tout élève malade ou victime d'un accident de poursuivre, pendant une absence temporaire, les apprentissages scolaires fondamentaux, avec un soutien de proximité tenant compte de son état de santé et facilitant sa réintégration. La gratuité repose sur le principe de la continuité du service public d'éducation.



L'accompagnement et les projets en milieu scolaire

● Objectifs

1. Définir l'inclusion scolaire.
2. Énoncer les activités possibles d'une personne accompagnant un jeune handicapé en milieu scolaire.
3. Justifier l'intérêt du projet personnalisé de scolarisation.
4. Montrer l'articulation entre le Plan personnalisé de compensation et le Plan personnalisé de scolarisation.

ACTIVITÉ 1 L'inclusion scolaire

1.1 En s'aidant du document 1, expliquer la différence entre « intégration » et « inclusion » scolaire.

Dans l'« intégration scolaire », c'est l'enfant qui doit s'adapter aux normes de l'école donc, en cas de différence, il ne pourra pas être scolarisé dans l'école proche de son domicile. Dans l'« inclusion scolaire », c'est l'école qui doit s'adapter à l'enfant en situation de handicap, il peut donc être inscrit dans l'école la plus proche.

Document 1 L'inclusion scolaire

Nous sommes passés d'un « processus intégratif », où l'élève doit s'adapter pour être scolarisé, à un « processus inclusif » où l'école doit adapter pour scolariser. Dans la loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (février 2005), l'objectif d'inclusion scolaire se fonde sur un système à une seule voie, où chaque élève a le droit d'être inscrit dans l'école la plus proche de son domicile, laquelle constitue son établissement scolaire de référence. Mais l'élève, dont l'état de santé ou la situation de handicap génère une fatigabilité, une lenteur, des difficultés d'apprentissage ou des besoins pédagogiques spécifiques peut être orienté vers une CLIS ou une ULIS.

ACTIVITÉ 2 Les activités de l'auxiliaire de vie scolaire

2.1 À partir du document 2, compléter le tableau ci-dessous.

Situations	Type et activités de l'auxiliaire de vie scolaire
Aïcha, 5 ans, handicapée motrice de naissance, est inscrite en maternelle à l'école de son quartier. Elle est en fauteuil roulant et a des difficultés pour écrire ou dessiner. Elle prend ses repas le midi à la cantine. Aujourd'hui, elle se rend en bus à la bibliothèque de sa ville avec les enfants de sa classe.	Aïcha a droit à une auxiliaire de vie scolaire pour l'intégration individuelle (AVS-i) qui aide : - aux déplacements et à l'installation en classe, - pour aller aux toilettes, pour les repas, - pour dessiner et peindre, - aux activités de motricité, pédagogiques.
Claude, 8 ans, présente des troubles graves du langage et de la parole. Bien qu'inscrit à l'école de son village, il se rend chaque matin dans une CLIS de la ville voisine. Ce lundi, l'enseignant a organisé une visite au Jardin des plantes.	L'AVS-co aide à l'accueil des enfants et à leur encadrement à l'école et en sorties pédagogiques (aides et soutien dans l'écriture, rappels des consignes...) et à l'animation des activités.

Document 2 L'accompagnement d'élèves en situation de handicap

L'élève en milieu ordinaire	L'élève en dispositif d'inclusion
<ol style="list-style-type: none"> 1. L'enseignant réfère à sa mission d'assurer la mise en œuvre du PPS. 2. L'auxiliaire de vie scolaire pour l'intégration individuelle (AVS-i) : - aide l'enfant à accomplir les gestes qu'il ne peut faire seul (déplacement, hygiène...) au cours de certains enseignements ; - facilite le contact avec les camarades de classe et l'encouragement. Il travaille en concertation avec l'enseignant. 	<p>En CLIS et en ULIS, l'auxiliaire de vie scolaire collectif (AVS-co) et l'aide à l'accueil et à la scolarisation des élèves handicapés (ASEH) apportent leur aide :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à l'accueil, la surveillance et l'encadrement ; - à la documentation et l'animation des activités sous la responsabilité pédagogique et en concertation avec l'enseignant ; - à l'utilisation des nouvelles technologies.

Les AVS interviennent uniquement dans le cadre scolaire et périscolaire.

ACTIVITÉ 3 Les plans personnalisés de compensation (PPC) et de scolarisation (PPS)

3.1 Après lecture du document 3, définir le PPC et le PPS.

Le PPC est la synthèse de l'ensemble des besoins et des réponses à mettre en œuvre en vue de compenser le handicap. Le PPS définit les modalités de déroulement de la scolarité et détermine les actions pédagogiques, éducatives, psychologiques, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins de l'élève.

3.2 Justifier l'intérêt du Plan personnalisé de scolarisation.

Il propose à chaque enfant ou adolescent en situation de handicap un parcours de formation adapté à son projet de vie, ses compétences et ses besoins.

Il permet l'accueil ou le maintien de l'élève en milieu scolaire ordinaire autant que possible tout en assurant un accompagnement par des professionnels médicaux et/ou socio-médicaux.

L'enseignant référent (nommé par la MDPH) et l'équipe de suivi veillent à l'organisation, au suivi et aux aménagements nécessaires.

Le PPS garantit la continuité du parcours scolaire et l'égalité des chances avec les candidats non handicapés en proposant l'aménagement des conditions d'examen.

3.3 En quoi le PPS fait-il partie intégrante du PPC ?

Le PPS comme le PPC est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de compensation de la personne handicapée en fonction de son projet de vie. Le PPS vise à répondre aux besoins de l'enfant en définissant des actions pédagogiques, sociales, éducatives, médicales et paramédicales adaptées à son handicap. À ce titre, il fait partie intégrante du PPC qui comprend toutes les mesures destinées à apporter à la personne handicapée une compensation aux limitations d'activité.

Document 3 Le PPC et le PPS

Code de l'action sociale et des familles / Art. R.146-9

Le Plan personnalisé de compensation est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire au terme d'un dialogue avec la personne handicapée relatif à son projet de vie. Il comprend des propositions de mesures de toute nature, notamment concernant des droits ou prestations mentionnées à l'article L. 241-6, destinées à apporter à la personne handicapée, au regard de son projet de vie, une compensation aux limitations d'activités ou restrictions de participation à la vie en société qu'elle rencontre du fait de son handicap.

Le plan personnalisé de compensation comporte, le cas échéant, un volet consacré à l'emploi et à la formation professionnelle ou le projet personnalisé de scolarisation mentionné à l'article L. 112-2 du Code de l'éducation.

Code de l'éducation / Art. L. 112-2

Afin que lui soit assuré un parcours de formation adapté, chaque enfant, adolescent ou adulte handicapé a droit à une évaluation de ses compétences, de ses besoins et des mesures mises en œuvre dans le cadre de ce parcours, selon une périodicité adaptée à sa situation. Cette évaluation est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire. [...] Les parents ou le représentant légal de l'enfant sont obligatoirement invités à s'exprimer à cette occasion. En fonction des résultats de l'évaluation, il est proposé à chaque enfant, adolescent ou adulte handicapé, ainsi qu'à sa famille, un parcours de formation qui fait l'objet d'un projet personnalisé de scolarisation assorti des ajustements nécessaires en favorisant, chaque fois que possible, la formation en milieu scolaire ordinaire.

Le projet personnalisé de scolarisation constitue un élément du plan de compensation [...] et définit des modalités de déroulement de la scolarité et des actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap. Le PPS peut alors préconiser des mesures d'accompagnement ou de suivi de l'enfant : intervention d'un SESSAD ou encore l'attribution d'un(e) AVS. Il peut aussi inclure des prestations d'ordre matériel (ex : l'octroi d'un ordinateur qui sera fourni par l'Éducation nationale). Ce sont les parents qui ont l'initiative du PPS et qui en adressent la demande à la MDPH. Il est proposé par l'équipe pluridisciplinaire, après l'évaluation, et validé par la CDAPH. La mise en place concrète est confiée à un enseignant référent désigné par la MDPH. Le suivi du PPS fait l'objet de mises au point régulières de la part de l'équipe de suivi de la scolarisation sous la conduite de l'enseignant référent (au minimum une fois par an). Le PPS accompagne donc l'enfant handicapé tout au long de son parcours de formation.



Handicap et scolarisation

1 Les principes de la scolarisation en milieu ordinaire

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées renforce les actions en faveur de la scolarisation des élèves handicapés. Elle affirme le droit pour chacun à une scolarisation en milieu ordinaire au plus près de son domicile, à un parcours scolaire continu et adapté.

Les parents sont étroitement associés à la décision d'orientation de leur enfant et à la définition de son **projet personnalisé de scolarisation (PPS)**.

L'enfant handicapé doit bénéficier d'actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins. Il ne sera pas obligatoirement scolarisé dans l'école située près de son domicile si son PPS rend nécessaire le recours à un dispositif adapté ou s'il est contraint d'interrompre momentanément sa scolarité en raison de son état de santé. Mais cette école restera son établissement de référence.

2 Les autres modalités de scolarisation

Afin de permettre aux élèves en situation de handicap de suivre totalement ou partiellement un cursus scolaire, ils peuvent être orientés, dans le cadre du PPS et sur proposition de la CDAPH vers un dispositif adapté dans un établissement scolaire différent de l'établissement de référence ou un établissement médico-éducatif ou de santé.

Une CLIS (classe pour l'inclusion scolaire) : dispositif collectif de l'école primaire

Public : un groupe de 12 élèves maximum présentant le même handicap (troubles des fonctions cognitives ou mentales, auditifs, visuels, moteurs).

Missions : proposer une pédagogie adaptée à leurs besoins spécifiques ainsi qu'une structure adaptée et accessible.

Une ULIS (unité localisée pour l'inclusion scolaire) : dispositif collectif du collège et du lycée

Public : cette classe regroupe des élèves (10 maximum) présentant le même handicap (troubles des fonctions cognitives ou mentales, envahissants du développement, auditifs, visuels ou multiples associés).

Mission : réaliser le PPS grâce à une scolarisation plus souple et plus diversifiée sur le plan pédagogique.

La scolarisation en établissements spécialisés

Structure :

- instituts médico-éducatifs (IME) pour déficients intellectuels de 3 à 20 ans ;
- instituts d'éducation motrice pour les jeunes handicapés moteurs ;
- instituts pour les sourds et les malentendants, les aveugles et les malvoyants ;
- instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) pour les enfants présentant des troubles du comportement malgré des capacités intellectuelles normales ou quasi ;
- établissements pour polyhandicapés.

Accueil : internat, semi-internat et externat.

Mission : prise en charge éducative, thérapeutique et pédagogique dans le cadre du PPS.

L'assistance pédagogique à domicile (APAD)

Public : élève dont la scolarité est interrompue momentanément pour raison médicale ou accidentelle ou de situation de handicap.

Mission : maintenir, dans le cadre du droit à l'éducation garanti à tous les élèves, la continuité des enseignements ainsi que le lien avec l'établissement scolaire afin de préparer le retour de l'élève en classe dans les meilleures conditions. Ces enseignements se font au domicile de l'élève.

3 L'inclusion scolaire

Depuis la loi du 11 février 2005, tout enfant handicapé est de droit un élève.

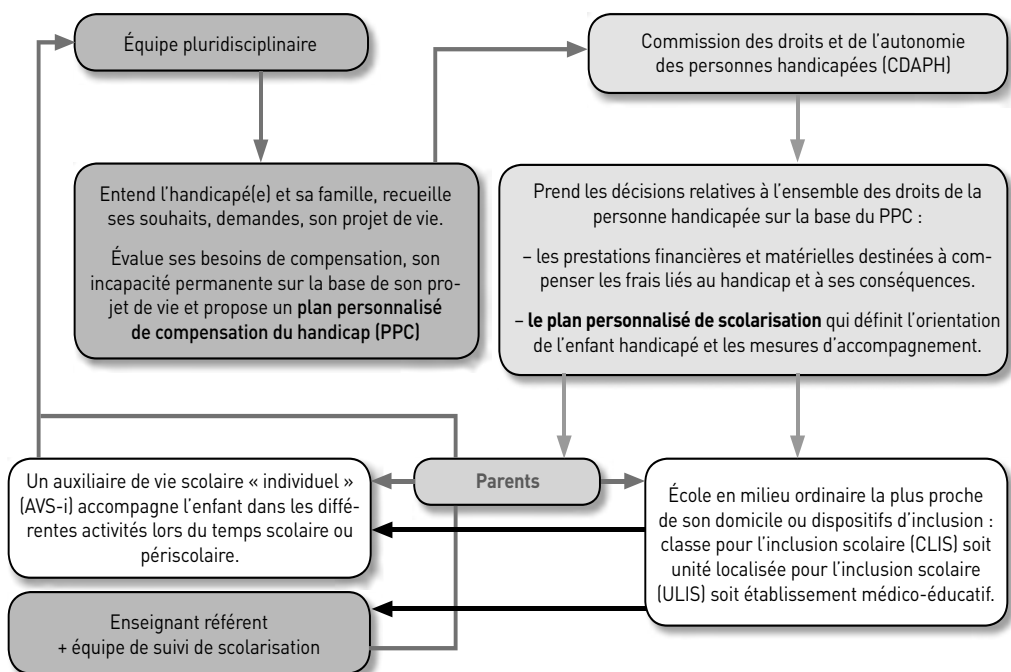
La notion d'inclusion s'oppose à la notion d'exclusion et diffère de l'intégration. Dans un esprit intégratif, l'élève doit s'adapter pour être scolarisé et est aidé dans cette perspective.

Dans un esprit inclusif, l'école doit adapter pour scolariser. C'est l'école qui promeut l'accessibilité pour s'adapter. Cette loi du 11 février 2005 fait obligation :

- d'assurer à l'élève, le plus souvent possible, une scolarisation en milieu ordinaire au plus près de son domicile ;
- d'associer étroitement les parents à la décision d'orientation de leur enfant et à toutes les étapes de la définition de son projet personnalisé de scolarisation (PPS) ;
- de garantir la continuité d'un parcours scolaire, adapté aux compétences et aux besoins de l'élève ;
- de garantir l'égalité des chances entre les candidats handicapés et les autres candidats en donnant une base légale à l'aménagement des conditions d'examen.

Être scolarisé en milieu ordinaire ne signifie pas nécessairement avoir les mêmes besoins éducatifs. Il est donc proposé à chaque enfant, adolescent ou adulte handicapé, ainsi qu'à sa famille, un parcours de formation qui fait l'objet d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS). Ce projet propose des modalités de déroulement de la scolarité coordonnées avec les mesures permettant l'accompagnement de celle-ci figurant dans le plan de compensation. Ce sont les parents qui sont à l'initiative du PPS et qui adressent la demande à la MDPH.

Maison départementale des personnes handicapées



Les conditions de la scolarisation individuelle d'un élève handicapé dans une école primaire ou dans un établissement scolaire du second degré varient selon la nature et la gravité du handicap.

La scolarisation peut se dérouler sans aucune aide particulière ou faire l'objet d'aménagements ou d'un accompagnement par un(e) auxiliaire de vie scolaire individuel(le) (AVS-i).

Les AVS-co et les aides à l'accueil et à la scolarisation des élèves handicapés (ASEH) constituent une aide attribuée à la collectivité (CLIS et ULIS).

Le plan personnalisé de scolarisation est un élément important du plan personnalisé de compensation, ce qui invite à considérer l'enfant dans sa globalité. Le PPS est l'outil de pilotage du parcours scolaire de l'enfant en situation de handicap. Il court sur la totalité de la scolarisation et fait l'objet d'un suivi au moins une fois par an. Le PPS est révisable chaque fois que la situation de l'enfant le nécessite.

La législation et le rôle du juge des tutelles

● Objectifs

1. Énoncer les principes généraux de la protection des majeurs vulnérables.
2. Préciser les compétences du juge des tutelles.
3. Énumérer les différents types de mesures et en énoncer les caractéristiques.

ACTIVITÉ 1 Les aspects législatifs

1.1 À l'aide des documents 1 et 2, énoncer le principe fondamental de la protection des personnes majeures vulnérables.

Protection assurée dans le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la
personne (la personne est considérée comme un citoyen à part entière).....

1.2 Compléter le tableau ci-dessous en précisant la cause de la protection et le type de mesure.

Personne majeure vulnérable	
Cause de la protection : Altération des facultés mentales	Cause de la protection : Difficultés sociales et économiques
Type de mesure : Protection juridique	Type de mesure : Accompagnement social

Document 1 Loi du 5 mars 2007 sur la protection des personnes majeures vulnérables

Quelques principes forts de la loi :

- Reconnaissance de la personne protégée comme un citoyen à part entière.
- Distinction entre altération des facultés physiques ou mentales et difficultés sociales et économiques avec une réponse différente, mesures de protection juridique ou systèmes d'accompagnement social.

- Priorité donnée à la famille ou à un proche pour exercer les mesures ; en cas d'impossibilité, nomination par le juge d'un mandataire.
 - Protection juridique pouvant porter aussi bien sur la personne elle-même que sur ses biens.
- La mission de protection est strictement personnelle.

ACTIVITÉ 2 Le juge de tutelles

À partir du site Internet du ministère de la Justice et des Libertés : <http://www.vos-droits.justice.gouv.fr/tutelle-curatelle-et-sauvegarde-11960/comment-protoger-une-personne-vulnérable-21966.html>.

2.1 Préciser le rôle du juge des tutelles.

Réception
de la requête

Avis du procureur
de la République

JUGE DES TUTELLES

Audition des
personnes

Jugement : décision
d'une mesure de
protection

Suivi et contrôle de la
personne désignée
pour exercer la mesure

Contrôle des effets de
la mesure sur la per-
sonne et/ou ses biens

2.2 Compléter le tableau suivant.

	Nom de la mesure/personnes concernées	Finalités de la mesure	Effets en précisant le degré de participation de la personne protégée et le rôle du mandataire	
			sur la personne	sur les biens de la personne
Mesures juridiques	Sauvegarde de justice	Mesure de protection juridique provisoire et de courte durée qui peut permettre la représentation de la personne pour accomplir certains actes précis. Nécessité d'un certificat médical.	Conservation du droit d'accomplir tous les actes de la vie civile, sauf ceux confiés au mandataire spécial, s'il a été nommé. La personne ne peut divorcer par consentement mutuel. Contestation possible (annulation ou correction) des actes contraires aux intérêts du majeur, s'ils ont été passés pendant la sauvegarde de justice.	
	Curatelle	Mesure judiciaire destinée à protéger une personne majeure qui, sans être hors d'état d'agir elle-même, a besoin d'être conseillée ou contrôlée d'une manière continue dans les actes importants de la vie civile. Nécessité d'un certificat médical.	La personne : - Décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet. - Certains actes dits "strictement personnels" - autorité parentale Le curateur : - Autorisation pour se marier, conclure un PACS, - Mesures de protection si mise en danger de la personne - Information du juge	La personne : - Actes d'administration - Rédaction d'un testament Assistance par le curateur : - Actes de disposition - Donation
	Tutelle	Mesure judiciaire destinée à protéger une personne majeure et/ou tout ou partie de son patrimoine si elle n'est plus en état de veiller sur ses propres intérêts. Un tuteur la représente dans les actes de la vie civile. Constitution éventuelle d'un conseil de famille. Nécessité d'un certificat médical.	La personne : - Décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet - Certains actes dits "strictement personnels" - Autorité parentale Le tuteur : - Mesures de protection si mise en danger de la personne par son comportement Information du juge : Le conseil de famille ou le juge : - Autorise le mariage ou la conclusion d'un PACS	La personne : - Testament avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille - Faire des donations en étant assistée ou représentée par le tuteur Le tuteur : - Actes d'administration par le conseil de famille, ou à défaut le juge : les actes de disposition (ex. : vendre un appartement).
Mandant de protection future		Mandat permettant de prévoir les mesures de protection à mettre en œuvre quand la personne (mandant) ne sera plus en mesure de veiller sur elle-même ou sur ses biens.	Peut concerner la personne elle-même ou son enfant mineur ou majeur s'il est malade ou handicapé. Peut porter sur la protection de la personne ou celle de ses biens ou les deux. Désigne une ou des personnes mandataires pour mettre en œuvre ce mandat.	
Mesures d'accompagnement des majeurs	Mesure d'accompagnement social personnalisé	<u>Mesure administrative :</u> permettant au majeur concerné de gérer à nouveau ses prestations sociales de manière autonome.		
	Mesure d'accompagnement judiciaire	<u>Mesure judiciaire :</u> perception et gestion par un mandataire de tout ou partie des prestations sociales d'une personne majeure, en vue de rétablir son autonomie dans la gestion de ses ressources.		



Protection des personnes majeures vulnérables

1 La législation

Le vieillissement de la population a provoqué une hausse importante du nombre de mesures de protection juridique. Une évolution de la protection des « majeurs incapables » s'est révélée nécessaire. C'est le sens de la **loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs**. Principaux points du texte de loi :

- Un certificat médical circonstancié doit constater l'altération des facultés du majeur.
- Un « mandat de protection future » est créé. Il s'agit de prévoir sa propre protection future ou celle de son enfant malade ou handicapé.
- Les droits de la personne sont renforcés :
 - elle est obligatoirement entendue par le juge des tutelles avant décision ;
 - elle prend les décisions concernant sa santé et son logement dans la mesure de ses possibilités. Le tuteur ou le curateur a un rôle de conseil.
- La personne chargée de la mise en œuvre de la mesure de protection rend des comptes au juge des tutelles.
- En cas de nomination de mandataires judiciaires (tuteurs ou curateurs extérieurs à la famille), ceux-ci seront soumis à des règles communes de formation, de contrôle, d'évaluation et de rémunération.
- Un dispositif d'accompagnement social est mis en place pour les personnes en difficulté socio-économique.



2 Les bénéficiaires

La loi du 5 mars 2007 distingue les mesures de protection juridique et les mesures d'accompagnement social.

Les mesures de protection juridique s'adressent à « toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté » [Art. 425 du Code civil].

Les mesures d'accompagnement social sont mises en œuvre au profit d'une personne majeure dont la gestion de ses prestations sociales n'est pas satisfaisante mettant ainsi en danger sa santé et sa sécurité.

3 Le rôle du juge des tutelles

À réception de la demande de mesure de protection, le juge des tutelles procède à l'audition de la personne concernée, à celle qui demande la mesure et à celle de son entourage. Il demande ensuite l'avis du procureur de la République puis prononce une mesure de protection.

Au cours de ce jugement, il désigne la personne qui sera chargée d'exercer la mesure de protection, ce peut être un membre de la famille ou un mandataire judiciaire.

4 Les mesures d'accompagnement social

Le juge des tutelles suit et contrôle cette personne et reçoit chaque année un compte de gestion pour les actes concernant les biens de la personne et un rapport pour les actes relatifs à la personne.

	Mesure d'accompagnement social personnalisé : mesure administrative Art. L271-1 du Code de l'action sociale et des familles	Mesure d'accompagnement judiciaire : mesure judiciaire Art. 495 du Code civil
Pour qui ?	Personne majeure qui perçoit des prestations sociales et dont la santé ou la sécurité est menacée par les difficultés du fait de sa mauvaise gestion de ses ressources ou sortant d'une mesure d'accompagnement judiciaire.	Personne ayant fait l'objet d'une mesure d'accompagnement social personnalisé sans résultats et ne faisant pas l'objet d'une autre mesure (tutelle ou curatelle).
Pour quoi ?	Permettre au majeur concerné de gérer à nouveau ses prestations sociales de manière autonome.	Mesure plus contraignante décidée par le juge pour amener la personne à retrouver son autonomie.
Par qui ?	Services sociaux départementaux.	Mandataire judiciaire nommé par le juge.
Comment ?	Aide à la gestion des ressources. Contrat d'accompagnement social personnalisé.	Perception et gestion des prestations par le mandataire judiciaire dans l'intérêt de la personne et avec son avis. Action éducative.

5 Les mesures de protection juridique

Nom de la mesure	Principe
Sauvegarde de justice avec ou sans mandat	Protection temporaire
Curatelle	Assistance et contrôle continus dans les actes de la vie civile
Tutelle	Représentation continue dans les actes de la vie civile

Ces mesures sont mises en place lorsqu'il y a altération des facultés mentales ou corporelles empêchant l'expression de la volonté de la personne.

6 Le mandat de protection future

L'établissement d'un mandat de protection future permet d'envisager son avenir pour le jour où la personne ne sera plus en capacité physique ou mentale de veiller elle-même sur sa personne ou sur ses biens en désignant un mandataire.

La personne peut rédiger ce mandat pour sa propre protection ou pour celle d'un enfant, qu'il soit mineur ou qu'il soit majeur (malade ou handicapé).

Le mandat peut viser la protection de la personne ou celle de ses biens, ou les deux.



La classification des maladies

Objectifs

1. Proposer une classification des maladies.
2. Différencier maladie chronique et maladie aiguë.
3. Définir les « troubles mentaux et du comportement ».
4. Caractériser une maladie dite « émergente ».

Samia est en PFMP dans un EHPAD. Elle a en charge Mme Noilhan et Mme Nédellec. Afin de leur assurer une prise en charge de qualité, Samia étudie le dossier médical de ces deux patientes.

ACTIVITÉ 1 Les principaux types de maladies

1.1 Dans le document 1, souligner la définition des troubles mentaux et du comportement.

1.2 Dans le document 2, souligner la définition de la maladie.

1.3 À l'aide des documents 1 à 4, proposer une classification des pathologies des deux patientes.

Classe de pathologie	Exemples de pathologie
Troubles mentaux et du comportement	Dépression, maladie d'Alzheimer
Infection	Tuberculose, angine
Lésion traumatique	Fracture du col du fémur
Maladie de l'appareil digestif	Ulcère gastrique
Maladie de la peau	Eczéma
Maladie de l'appareil locomoteur	Arthrose
Maladies de l'appareil circulatoire	Infarctus du myocarde, hypertension artérielle
Tumeur	Tumeur maligne de l'œil
Maladie de l'appareil respiratoire	Asthme

Document 1 Les troubles mentaux et du comportement

Par troubles mentaux et du comportement, on entend des affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales. Les troubles mentaux et du comportement ne sont pas de

simples variations à l'intérieur des limites de la « normalité », mais des phénomènes manifestement anormaux ou pathologiques. Pour être considérées comme telles, les anomalies doivent être permanentes ou répétées et causer une souffrance ou constituer un handicap dans un ou plusieurs domaines de la vie courante.

OMS : http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_fr.pdf

Document 2 La diversité des pathologies

Les progrès de la médecine ont favorisé la découverte de nombreuses pathologies d'étiologies* diverses. Les chercheurs ont donc cherché à classer ces altérations de la santé des êtres vivants, en vue d'établir notamment des statistiques permettant de suivre l'évolution de ces pathologies. Il est possible de les classer suivant leur étiologie ou suivant leur localisation (maladie des organes génitaux et urinaires, de l'appareil digestif, circulatoire...).

* Qui est lié au processus infectieux ou parasitaire, tumoral, traumatique...

Document 3 Extrait du dossier de Mme Noilhan

Antécédents médicaux : dépression, infection (tuberculose en 1952), fracture du col du fémur (en 2010), ulcère gastrique.

Pathologies actuelles : maladie d'Alzheimer, eczéma, arthrose.

Document 4 Extrait du dossier de Mme Nédellec

Antécédents médicaux : infarctus du myocarde (en 1990), tumeur maligne de l'œil (en 1992).

Pathologies actuelles : hypertension artérielle, asthme, angine.

ACTIVITÉ 2 La maladie chronique et aiguë

2.1 Après lecture du document 5, identifier pour chaque situation s'il s'agit d'une maladie aigüe ou chronique. Justifier vos réponses.

Situation	Type de maladie	Justification
Mme Noilhan souffre depuis 15 ans d'arthrose qui l'empêche de réaliser seule les gestes de la vie quotidienne. La maladie évolue malgré les traitements.	Chronique	Mme Noilhan souffre d'un état pathologique de nature physique depuis plus de 3 mois et qui entraîne une limitation fonctionnelle des activités et de la participation à la vie sociale.
De façon brutale, Mme Nédellec a ressenti la veille de violentes douleurs. Son médecin lui a assuré que son angine serait enrayée en quelques jours grâce au traitement.	Aiguë	Mme Nédellec souffre d'une angine, affection qui n'est pas amenée à durer si elle est traitée de façon pertinente.

Document 5 Comment définir la maladie chronique ?

- La maladie chronique se définit selon les caractéristiques suivantes :
1. Présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer.
 2. Ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle.
 3. Retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :
 - une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale ;
 - une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle ;
 - la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.



Extrait du Rapport du Haut-Conseil de la santé publique « La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique », nov. 2009.
Lien sur le site de l'INRS : <http://chronisante.inist.fr/spip.php?article223>

ACTIVITÉ 3 Les maladies émergentes

3.1 À l'aide du document 6, lister deux caractéristiques d'une maladie émergente.

Une maladie est dite émergente lorsqu'elle répond aux caractéristiques suivantes :
• Il s'agit d'une infection nouvelle.
• Celle-ci est causée par l'évolution ou la modification d'un agent pathogène existant (changement d'hôtes, de vecteur, de pathogénicité ou de souche).

3.2 Dans le document 6, souligner les exemples de maladies émergentes.

Document 6 Un extrait du Bulletin de veille sanitaire de l'Institut de veille sanitaire (INVS)

Entre le 1^{er} mai et le 7 juin 2011, plus de 2 325 infections à *Escherichia coli* producteurs de shiga-toxines (STEC), dont 642 cas de syndromes hémolytiques et urémiques et 22 décès en lien avec l'épidémie, ont été rapportées en Allemagne. Malgré toutes les investigations lancées, l'origine et la source de cette épidémie ne sont toujours pas identifiées.

La survenue de cette épidémie de STEC illustre de manière exemplaire les défis de santé publique auxquels nos sociétés sont aujourd'hui confrontées et confirme l'importance croissante des risques émergents dans le domaine de la sécurité sanitaire. Mais qu'entendons-nous au juste par risque ou maladie émergente ? [...]

Dans le domaine des maladies infectieuses, l'Office international des épizooties a proposé, en 2006, la définition suivante : les maladies émergentes sont définies comme des infections nouvelles, causées par l'évolution ou la modification d'un agent pathogène existant ; le caractère « nouveau » de la maladie se traduisant, par exemple, par un changement d'hôtes, de vecteur, de pathogénicité ou de souche. [...]

Nous avons déjà publié par le passé des numéros du BVS ou des articles qui illustraient cette problématique : la rage en Guyane (BASAG, 2005, n° 12), le Chikungunya (BASAG, 2006, n° 3), la réémergence de la syphilis aux Antilles (BASAG, 2008, n° 7), la fièvre Q en Guyane (BVS, 2009, n° 10), la mélioirose (BVS, 2011, n° 1), la maladie de Chagas en Guyane (BVS, 2011, n° 3) ou le choléra (BVS, 2011, n° 3). [...]

http://www.invs.sante.fr/publications/bvs/antilles_guyane/2011/bvs_ag_2011_05.pdf



Le vécu de la maladie et de l'hospitalisation

Objectifs

1. Indiquer les conséquences de la maladie sur la personne et son entourage.
2. Énoncer les moyens d'évaluation de la douleur et sa prise en charge.
3. Présenter et analyser les réactions du malade, de son entourage face à la maladie, à l'équipe soignante, à l'hospitalisation.
4. Présenter et justifier les besoins de l'enfant hospitalisé et citer les réponses adaptées.

ACTIVITÉ 1 Les conséquences individuelles et familiales de la maladie

1.1 À l'aide du document 1, compléter le tableau ci-dessous.

Sur le plan	Conséquences individuelles de la maladie
Physique	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacité à réaliser des activités pratiquées avant l'apparition de la maladie. - Présence d'un épuisement physique, d'une fatigue physique. - Présence de douleurs. - Nécessité de suivre des traitements médicaux parfois éprouvants dont les effets secondaires peuvent être difficiles à supporter (nausées, vomissements...). - Modification de l'apparence physique (chute des cheveux...).
Mental	<ul style="list-style-type: none"> - Présence d'une souffrance morale. - Difficulté à accepter la modification de son aspect physique.
Professionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité d'arrêt momentané ou durable de l'activité professionnelle.

1.2 À l'aide du document 1 et de ses connaissances, expliquer en quoi la maladie peut avoir des conséquences financières importantes.

La maladie, comme tout risque social, génère des dépenses liées aux traitements, mais aussi à l'achat d'équipements spécifiques. De plus, la maladie, lorsqu'elle nécessite un arrêt de travail prolongé, entraîne une diminution du pouvoir d'achat et, potentiellement, des difficultés financières réelles (incapacité à rembourser un crédit, par exemple).

Document 1 Le témoignage de Florence en rémission d'un cancer du sein

Il y a quatre ans, je me suis retrouvée anéantie par l'annonce de mon cancer. J'avais 50 ans, trois enfants et un mari qui avaient besoin de moi ainsi qu'une vie personnelle et professionnelle bien remplie. Le cancer est venu modifier notre vie.

J'ai dû cesser mes activités personnelles et professionnelles pour affronter les traitements. Toute ma vie tournait alors autour de la maladie. À cause de la fatigue et des douleurs, j'avais du mal à assumer les charges familiales quotidiennes comme le ménage ou encore les courses.

Les séances de chimiothérapie et de radiothérapie ont été difficiles à supporter, tant sur le plan physique que moral. J'étais littéralement épuisée. J'ai eu du mal à tolérer la douleur ainsi que les effets secondaires de la chimiothérapie comme les nausées, les vomissements et la chute de mes cheveux. La modification de mon apparence physique m'a beaucoup affectée.

À cela, sont venues s'ajouter des difficultés financières. Étant en arrêt maladie, nos ressources étaient moindres et nous avons donc rencontré des difficultés à rembourser nos crédits. Heureusement, mes parents nous ont beaucoup aidés. Ils ont toujours répondu présents dans les moments difficiles, ce qui n'a pas été le cas de l'ensemble de nos amis. Certains se sont éloignés.

À présent, je suis en rémission. Tout cela est derrière nous et nous avons des tas de projets en tête.



Florence avant sa dernière séance de chimiothérapie.

1.3 Souligner, dans le document 2, les émotions ressenties par les proches à l'annonce d'une maladie.

1.4 À l'aide du document 2, préciser les causes possibles de l'éloignement des proches à l'annonce d'une maladie.

Les proches peuvent fuir face à l'annonce d'une maladie grave par peur d'avoir à supporter la charge émotionnelle générée par la maladie de leur proche ou encore par peur d'avoir à supporter la nouvelle organisation fonctionnelle engendrée par la pathologie.

Document 2 Les conséquences familiales de la maladie

Il est fréquent d'observer dans la famille un bouleversement, tant au niveau émotionnel qu'au niveau fonctionnel, dans les suites du diagnostic d'une affection cancéreuse. D'une part, la famille est confrontée à l'angoisse et à la tristesse, à l'alternance de moments d'espoir et de désespoir. D'autre part, elle constitue une organisation dynamique et structurée, caractérisée par une répartition de rôles et de responsabilités. La maladie va exiger qu'elle assure différentes nouvelles fonctions : tenter de reconforter le patient, prendre part aux décisions médicales et aux soins et, parallèlement, s'efforcer d'assumer le quotidien tout en s'adaptant à une situation médicale en évolution constante.

« L'Expérience du cancer pour les familles », Nicole Delvaux De Boeck, Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 2006/1 - n° 36, accessible sur le site www.caim.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=CTF_036_101



ACTIVITÉ 2 Une des conséquences de la maladie : la douleur

2.1 Dans le document 3, souligner en bleu les différents professionnels ou structures chargés de l'évaluation et du traitement de la douleur.

2.2 Dans le document 3, souligner en rouge les moyens médicaux et non médicaux de lutte contre la douleur.

2.3 À l'aide du document 3, justifier l'intérêt de donner à un patient algique* une EVA.

L'échelle visuelle analogue est un instrument permettant au médecin de disposer d'informations précises sur l'intensité de la douleur de son patient. Ainsi, elle lui permet d'adapter au mieux le traitement antalgique.

* Algique : qui concerne la douleur.

Document 3 L'évaluation et la prise en charge de la douleur



échelle visuelle analogue (EVA)

La douleur est une des principales conséquences de la maladie. Il existe différents moyens de la traiter.

Dans un premier temps, les professionnels de santé peuvent réaliser une évaluation de la douleur notamment à l'aide d'outils choisis en fonction de l'âge mais aussi de l'état mental de la personne (échelle EVA, échelle numérique simple, l'échelle des visages, grille Doloplus...). Suivant la nature et l'intensité des douleurs, le médecin peut prescrire des médicaments antalgiques visant à soulager la douleur (ex. : paracétamol, dérivés morphiniques...). Dans la même intention, le praticien peut également proposer au patient des moyens de lutte contre la douleur non médicamenteux comme la relaxation, la psychothérapie ou encore l'hypnose.

Si la douleur ne peut être endiguée malgré différents essais thérapeutiques, le médecin pourra alors faire appel, en ambulatoire, à une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) comme le recommande la Haute-Autorité de Santé (HAS). Au sein de celle-ci, une évaluation pluriprofessionnelle ou pluridisciplinaire permet d'affiner le traitement de lutte contre la douleur.

Au sein des centres hospitaliers, le praticien pourra faire appel à une équipe mobile de lutte contre la douleur afin de l'aider à trouver une thérapeutique adaptée.

ACTIVITÉ 3 Les réactions du patient face à la maladie et à l'équipe soignante

3.1 Souligner, dans le document 4, les réactions du malade à l'annonce d'une maladie grave.

3.2 À l'aide du document 4, indiquer les raisons pour lesquelles un malade peut présenter des mécanismes de défense comme le déni.

Un malade peut utiliser des mécanismes de défense comme le déni pour préserver son intégrité morale. En effet, l'annonce d'une maladie grave entraîne une confrontation face aux difficultés à venir et à sa propre mortalité, éléments difficiles à supporter par le psychisme.

3.3 Présenter les comportements observables chez un patient et sa famille face aux soignants.

Le patient et sa famille peuvent adopter différents comportements face à l'équipe soignante en fonction de leur état psychique. La souffrance morale intense peut se manifester par des comportements d'agressivité ou encore de contestation.

Le patient peut également rester distant à l'égard des professionnels de santé et de sa famille en vue de les préserver de sa souffrance, mais aussi pour préserver son intégrité morale, mise à mal par la maladie.

Document 4 Les réactions du patient face à la maladie et à l'équipe soignante

L'annonce du diagnostic entraîne comme une espèce de sidération qui correspond à un vide émotionnel, à un sentiment d'effondrement surgissant de la conscience. Le patient se trouve brutalement plongé dans l'irreprésentable, l'innommable. L'annonce l'assujettit à une réalité incontournable : le sentiment de sa propre mortalité. L'état de choc peut se révéler différemment selon la personnalité de chacun. Cependant, il peut aussi ne pas se manifester, ce qui devra alors nous alerter. La répression des affects peut se manifester sur une courte période et des mécanismes de défense peuvent se déployer et persister comme la dénégation ou même le déni. C'est une façon de rechercher un compromis avec sa propre réalité. [...] Le déni est un mécanisme inconscient qui porte sur l'ensemble du réel. Pour le patient, l'annonce que fait le médecin est une réalité extérieure qui n'existe pas, qui n'existe pas non plus intérieurement. Par conséquent, la menace de mort n'a pas de valeur. Le déni permet au patient de préserver son intégrité. Cependant, c'est un mécanisme de défense qui rend difficile le problème de la vérité, car il conduit le patient à exclure les conséquences de la maladie hors du champ de la conscience. Le déni est un mécanisme psychique qui est à respecter totalement car c'est à partir de l'interprétation que fait le patient sur ce qu'il ressent que l'équipe médico-soignante pourra poursuivre son travail relationnel. [...]

[...] L'évitement ne se traduit pas toujours de manière inconsciente. Le patient peut admettre pleinement la réalité de sa maladie. C'est alors avec une volonté délibérée qu'il peut choisir de ne pas partager sa souffrance pour préserver sa famille, mais aussi l'équipe médico-soignante. Le patient niera son anxiété comme il évitera de parler de ses doutes. Ce choix d'attitude délibérée se traduira, dans le réel, par une mise à distance de manière à préserver son identité et son image de soi.

Le patient peut aussi traduire son vécu intime sous des formes projectives telles la révolte, l'irritation, la contestation, l'insatisfaction, les ressentiments. Cette agressivité se manifeste souvent sous la forme de plaintes ou de reproches dirigés vers les équipes soignantes et/ou la famille. Les différentes formes que peuvent prendre la projection sont à considérer comme des réactions contre l'évolution d'une maladie vécue comme destructrice de l'identité et qu'il est important de reconnaître, car elles sont l'expression voilée de la détresse et de l'angoisse.



<http://www.sante.ujf-grenoble.fr/sante/CIME/Maladiesgravespsychique.html>
Danielle Roisin, psychologue à l'Unité de concertation.

4.1 Compléter le schéma suivant, à l'aide du document 5.



Document 5

Des situations de pédiatrie

1. Dès que Zoé, 6 ans, sort de sa chambre, elle panique, s'affole car elle se sent en insécurité dans un lieu qu'elle ne connaît pas.
2. Agathe s'ennuie dans sa chambre. Elle reste muette.
3. Maxime refuse de manger. Il réclame sa maman et son doudou en pleurant.
4. Djénéba s'affole dès qu'elle voit un soignant entrer dans sa chambre. Elle devient agressive verbalement et physiquement lorsqu'on l'approche pour lui faire un soin. Elle a peur d'avoir mal.
5. Joe, de nature anxieuse, était propre. Depuis son hospitalisation, il a régressé. Il est énurétique. Comme son séjour durera deux mois, un professeur des écoles viendra lui faire cours.

4.2 À l'aide des documents 5 et 6 ainsi que des connaissances acquises lors de ses PFMP, compléter le tableau ci-dessous.

Enfant	Besoins	Justification	Réponses institutionnelles possibles
Zoé	- De se sentir en sécurité. - De découvrir le service.	L'hôpital est un lieu inconnu et stressant pour l'enfant.	Faire visiter le service à un enfant nouvellement hospitalisé.
Agathe	- De se récréer, de jouer.	L'enfant bien qu'hospitalisé, conserve son besoin de se récréer. Il en a besoin pour poursuivre son développement.	- Proposer à l'enfant des jeux dans la salle d'animation. - Présenter des camarades de jeux à l'enfant.
Maxime	- De se sentir en sécurité. - De s'alimenter. - D'avoir sa maman et son doudou à ses côtés.	L'hôpital est un lieu inconnu et stressant pour l'enfant.	- Proposer aux parents de rester avec l'enfant. - Demander aux parents de ramener le doudou de l'enfant.
Djénéba	- D'être rassurée. - De recevoir des informations concernant les soins - De bénéficier de traitements adaptés contre la douleur.	Les soins sont générateurs d'angoisses surtout lorsqu'ils sont douloureux et/ou inconnus de l'enfant.	- Présenter chaque soin avec des mots simples. - Appliquer les prescriptions médicales et les protocoles de soins en matière de lutte contre la douleur. - Rassurer l'enfant.
Joe	- D'être rassurée. - De poursuivre sa scolarité malgré son hospitalisation	L'hospitalisation génère des angoisses et entraîne une rupture avec la vie quotidienne.	- Rassurer l'enfant. - Organiser la scolarité de l'enfant à l'hôpital.

Document 6

Les difficultés rencontrées par l'enfant au cours de l'hospitalisation

L'hospitalisation entraîne une séparation physique avec sa famille, d'où un sentiment d'abandon, de punition. Elle engendre une perte de repères, une rupture avec la vie quotidienne et ses rythmes (école, activités...). Elle impose une relation contrainte avec les soignants qui se succèdent auprès de l'enfant. Elle crée des peurs et des angoisses nouvelles qu'il doit apprivoiser.

<http://www.aremig.org/enfant.htm>



La classification des maladies et leur vécu

1 La classification de la maladie

La maladie est considérée comme une altération de la santé des êtres vivants.

Du type de pathologie dépendront les retentissements individuels et familiaux, mais aussi les réactions du malade et de son entourage.

Afin de suivre la progression des différentes pathologies, les chercheurs ont besoin d'études épidémiologiques. Pour se faire, les maladies sont classées selon différents critères.

Critère de classification	Types de pathologies
1^{er} critère : La localisation de la pathologie	<ul style="list-style-type: none"> • La maladie somatique : affection entraînant une altération d'une fonction de l'organisme. <i>Ex. : les maladies de l'appareil locomoteur, de l'appareil digestif...</i> • Les troubles mentaux et du comportement : affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales. <i>Ex. : la maladie d'Alzheimer, la schizophrénie.</i>
2^e critère : Le processus d'apparition	<ul style="list-style-type: none"> • La maladie liée à un processus infectieux. <i>Ex. : la tuberculose, la lèpre.</i> • La maladie liée à un processus tumoral. <i>Ex. : le cancer du sein.</i> • La maladie liée à un processus traumatique. <i>Ex. : les entorses, les fractures.</i>
3^e critère : La durée d'évolution de la maladie	<ul style="list-style-type: none"> • La maladie aiguë : pathologie d'apparition brutale et d'une durée limitée (de quelques jours à quelques semaines). <i>Ex. : les otites, les rhinites.</i> • La maladie chronique : état pathologique, appelé à durer, ayant une ancienneté minimale de trois mois et un retentissement sur la vie quotidienne. <i>Ex. : le cancer, le diabète.</i>
4^e critère : Le caractère nouveau de la maladie ou de sa progression	<ul style="list-style-type: none"> • Les pathologies « connues » et dont l'évolution reste stable. • Les pathologies émergentes : infections nouvelles, causées par l'évolution ou la modification d'un agent pathogène existant. <i>Ex. : le chikungunya, la réémergence de la syphilis aux Antilles.</i>

2 Les conséquences individuelles et familiales de la maladie

Conséquences	Pour le patient	Pour son entourage
Physiques	<ul style="list-style-type: none"> - Présence de douleurs et d'un épuisement physique. - Incapacité à réaliser certains gestes ou activités de la vie quotidienne. 	Présence d'une fatigue physique liée à la réorganisation familiale engendrée par la maladie.

Mentales	Présence d'une souffrance morale pouvant être liée au pronostic de la maladie et aux conséquences de la pathologie (perte des cheveux, isolement social...).	Présence d'une souffrance morale.
Professionnelles	Nécessité d'arrêt momentané ou durable de l'activité professionnelle.	Possibilité nécessaire de réduire son temps de travail.
Financières	Apparition possible de difficultés financières liées à la baisse des ressources du ménage.	
Sociales	Phénomène d'isolement social possible en fonction du pronostic de la maladie ou, au contraire, effet de rapprochement de l'entourage.	

La douleur est une des conséquences de la maladie. Pour endiguer le phénomène douloureux, le médecin peut proposer au malade d'évaluer sa douleur à l'aide d'un outil comme l'**échelle d'évaluation visuelle** de la douleur (**EVA**). Ainsi, le professionnel dispose d'informations précieuses pour adapter au mieux le traitement antalgique. Il pourra proposer une prise en charge combinant des traitements médicamenteux et non médicamenteux.

Si la thérapeutique n'est pas efficace, le professionnel pourra alors faire appel à une **structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC)** en ambulatoire ou à une **équipe mobile de lutte contre la douleur, dans le cas où le patient est hospitalisé**.

3 Les réactions du patient et de son entourage face à la maladie

3.1 Les réactions à l'annonce de la maladie

Les réactions du patient et de son entourage à l'annonce d'une maladie sont variées et dépendent en grande partie du pronostic de la pathologie.

Dans le cas d'une maladie grave, l'annonce entraîne fréquemment un état de choc, de sidération. L'angoisse prédomine également. Des mécanismes de défense tels que le déni peuvent être observés. Ces phénomènes inconscients permettent de préserver l'intégrité morale de la personne confrontée à un phénomène douloureux, difficilement supportable par le psychisme.

3.2. Les réactions face aux soignants

Les réactions du patient et de son entourage face aux soignants dépendent en grande partie de leur **état physique et psychique**, mais aussi de la **qualité des rapports** entretenus avec l'équipe soignante.

Des phénomènes d'agressivité verbale et même physique, des contestations peuvent apparaître. Ils témoignent d'une grande **souffrance**.

Il est également possible de rencontrer des patients distants à l'égard des professionnels de santé. Par ce biais, ceux-ci tentent de préserver leur intégrité morale.

3.3. Les réactions face à l'hospitalisation

L'hospitalisation entraîne une **rupture avec la vie quotidienne et ses rythmes**, une perte de repères, un isolement social et familial, mais aussi une relation contrainte avec l'équipe soignante. De plus, elle nécessite de la part du patient une **adaptation à un nouveau milieu de vie alors inconnu**. L'hospitalisation peut donc être **anxiogène**. C'est pourquoi une admission programmée et préparée par l'équipe soignante sera mieux vécue. Le patient aura eu le temps pour donner du sens à son séjour.

L'hospitalisation d'un enfant devra être particulièrement préparée car elle peut générer une souffrance morale intense et notamment une **angoisse d'abandon** qui se manifeste par des phénomènes de mutisme, de régression ou encore de prostration.

4 Les besoins de l'enfant hospitalisé

Besoins de l'enfant

L'enfant hospitalisé a besoin de :

- bénéficier de soins de qualité ;
- se sentir en sécurité et d'être rassuré ;
- avoir ses parents et son doudou à ses côtés ;
- se recréer ;
- poursuivre sa scolarité.



Réponses institutionnelles

- Proposer à l'enfant de visiter le service.
- Faciliter la présence des parents aux côtés de l'enfant.
- Présenter chaque soin à l'enfant et utiliser des traitements de lutte contre la douleur prescrits.
- Proposer à l'enfant des activités dans la salle d'animation et de rencontrer des camarades de jeux.
- Organiser la scolarité de l'enfant à l'hôpital si le séjour est amené à durer.



Les droits du malade

● Objectif

1. À partir de la charte de la personne hospitalisée et de la législation en vigueur, énoncer les droits du malade.

ACTIVITÉ 1 L'humanisation des établissements de santé

1.1 Présenter succinctement l'évolution de la place et du rôle de l'utilisateur dans le système de santé.

La médiatisation de l'information médicale, l'émergence du VIH ainsi que l'instauration de lois reconnaissant aux patients des droits ont fait évoluer de façon considérable le rôle et la place du malade. En effet, le patient est passé d'un statut d'« objet de soins », terme renvoyant à sa passivité dans la relation soignant/soigné, à un statut d'« acteur de sa prise en charge », terme renvoyant à son côté actif. A présent, le patient occupe une place centrale dans le système de soins car il est en droit de participer aux décisions qui concernent sa propre santé mais aussi la politique de santé.

1.2 Définir le concept de « démocratie sanitaire ».

La notion de démocratie sanitaire instituée par la loi du 4 mars 2002 renvoie au fait que les usagers deviennent acteurs de leur prise en charge et participent aux décisions de santé publique.

1.3 Souligner la loi ayant instauré le principe de « démocratie sanitaire ».

Document 1 L'historique des droits du malade depuis 1945

Après la Seconde Guerre mondiale : du « malade assisté » au « malade objet de soins »

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, on assiste à la naissance du mouvement d'humanisation des hôpitaux, lesquels passent alors d'une fonction asilaire d'accueil des plus pauvres à une mission de soins, offerte à tous. Pour autant, le malade n'est encore trop souvent qu'un « objet » de soins.

Le décret et la charte de 1974 : du malade « objet de soins » au malade « sujet de soins »

Avec la parution du décret n° 74-27 du 14 janvier 1974, relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux, d'une part, et de la charte du malade hospitalisé, d'autre part, une étape décisive est franchie dans la reconnaissance des droits et des devoirs des personnes malades et, à travers ces droits, dans la reconnaissance du nécessaire respect de leur dignité et de leur personnalité.

À partir de 1974 : évolution de la notion des droits des personnes dans la sphère de la santé

À partir de cette date on assiste à une évolution qui se manifeste, d'une part, au travers de nombreux textes, chartes, codes, rapports, décisions jurisprudentielles (tant en droit interne qu'en droit international) et, d'autre part, au niveau sociétal.

Les prémices de cette évolution sociale coïncident avec le brusque développement de la médiatisation de l'information médicale et les premiers cas de sida (virus de l'immunodéficience acquise VIH) en France. L'émergence brutale de la maladie, son caractère inéluctable, le jeune âge de la population touchée, composée pour partie de personnes engagées dans la lutte contre les discriminations, ont sûrement été des facteurs décisifs dans ce bouleversement des comportements : les certitudes des médecins se trouvaient ébranlées tandis que, pour la première fois, des malades revendiquaient, dans un renversement inédit des rôles de transmission du savoir médical, le droit de participer à la décision concernant leur traitement.

Très vite, la revendication s'est élargie à la sphère collective, notamment à l'occasion des autres catastrophes sanitaires (amiante, maladie de Creutzfeldt-Jakob, sang contaminé...) qui, montrant les difficultés rencontrées par les autorités publiques pour les prévenir ou les maîtriser, ont déclenché des prises de conscience militantes, manifestant le souhait que la parole de l'« usager » soit prise en compte dans le cadre des décisions de santé publique.

La loi du 4 mars 2002 : les fondements d'une démocratie sanitaire [...]

Ainsi, la loi pose-t-elle les fondements d'une véritable démocratie sanitaire, comme l'atteste l'intitulé de son titre II, en affirmant les droits de l'utilisateur qui contribuent à le rendre à la fois acteur de la prise en charge de sa propre santé et acteur des décisions de santé publique.

<http://www.sante.gouv.fr/l-historique-depuis-1945,8148.html>

ACTIVITÉ 2 Les droits de la personne hospitalisée

Rechercher sur le site internet « sante.gouv.fr », la charte de la personne hospitalisée.

2.1 Identifier le document remis au patient dès son admission auquel doit être annexée cette charte et justifier de son utilité.

La charte de la personne hospitalisée doit être annexée au livret d'accueil afin d'informer l'usager de ses droits. ...

2.2 À l'aide de la charte, compléter le tableau ci-dessous.

Situation du centre hospitalier	Respect de la charte		Justification
	Vrai	Faux	
Mme Hervier est hospitalisée dans l'établissement de santé qu'elle souhaitait.	X		Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge.
Mme Pô ressent des douleurs. Aucun traitement antalgique ne lui a été ni proposé ni prescrit.		X	Tout établissement doit se doter des moyens propres à organiser la prise en charge de la douleur des personnes qu'il accueille.
M. You veut regagner son domicile 3 jours après l'intervention chirurgicale. Son chirurgien le lui refuse.		X	La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement.
Mme Félix refuse de subir une transfusion sanguine.	X		Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement.
Mme Félix, de confession musulmane, doit pouvoir bénéficier de repas respectant les principes de sa religion.	X		Dans les établissements de santé publics, toute personne doit pouvoir être mise en mesure de participer à l'exercice de son culte.

ACTIVITÉ 3 Les droits des enfants hospitalisés

Rechercher, à l'aide du site internet « sparadrap.org », dans la rubrique « droits », les droits des enfants figurant dans la charte européenne de l'enfant hospitalisé.

3.1 À l'aide de la liste des droits, compléter le tableau ci-dessous.

Situation du centre hospitalier	Respect de la charte		Justification
	Vrai	Faux	
La maman de Samia souhaite rester auprès de sa fille 24h/24. Le pédiatre refuse sa présence.		X	Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quels que soient son âge ou son état.
Le pédiatre informe les parents de Jordan qu'il peut regagner son domicile car l'hospitalisation n'est pas nécessaire.	X		L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.
Faute de place en pédiatrie, Julie, âgée de 6 ans, sera hospitalisée dans un service pour adultes.		X	Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes.
La puéricultrice donne à Kimy, âgée de 7 ans, des informations sur sa maladie en utilisant des mots simples.	X		Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension [...].
Le pédiatre décide de prescrire à Mathieu un traitement par voie orale plutôt qu'un traitement injectable.	X		On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.



Les établissements de santé

Objectifs

1. Présenter les différents établissements de santé en fonction de leur statut.
2. Situer, à partir de l'organigramme du pôle d'activités, les liens hiérarchiques et fonctionnels des différents personnels.
3. Énoncer les grands principes de la législation en vigueur sur les missions de service public et les centres hospitaliers.

ACTIVITÉ 1 L'organisation du système de santé en France

1.1 Souligner, dans le document 1, les objectifs de la loi HPST.

1.2 À l'aide du document 1, compléter le tableau ci-dessous.

Acteurs de l'offre de soin de premier recours	Missions
Les médecins généralistes de ville. Les services de santé (maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé, pôles de santé, réseaux de santé).	Assurer les soins de premier recours sur la base de la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Orienter les patients, si besoin, vers des soins de second recours.

Document 1 Les niveaux de recours aux soins

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » a été adoptée le 23 juin 2009 par l'Assemblée nationale et le 24 juin 2009 par le Sénat. Elle est parue au *Journal officiel* le 22 juillet 2009.

Cette loi a pour objectif de réorganiser le système de soins afin de le rendre efficient et donc d'offrir des soins de qualité accessibles à tous. Cette nouvelle organisation devrait également permettre de fluidifier le parcours de soins mais aussi de désengorger les services d'urgence.

Pour ce faire, un parcours de soins coordonné se déclinant en 2 niveaux de recours aux soins a été instauré.

Les soins de premier recours seront assurés par les médecins généralistes de ville. Ils devront dispenser les soins nécessaires au patient et l'orienter, si besoin, vers des soins de second recours. Ceux-ci seront assurés par les médecins spécialistes libéraux ou les établissements de santé tels que les centres hospitaliers.

Les soins de premier recours seront organisés sur la base de la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Afin de répondre à l'ensemble des besoins de la population en matière de santé, la loi encourage la création de maisons de santé pluriprofessionnelles, de centres de santé, de pôles de santé ou encore de réseaux de santé, au sein desquels les médecins généralistes pourront exercer.

HÔPITAL
PATIENTS
SANTÉ
TERRITOIRES

1.3 À l'aide du document 2, lister trois types d'établissements de santé dispensant des soins de second recours.

Les établissements de santé dispensant de soins de second recours sont :

- les établissements publics de santé ;
- les établissements de santé privés à but lucratif ;
- les établissements privés d'intérêts collectifs (EPIC).

1.4 Préciser la structure ayant autorité sur ces établissements de santé.

Ces établissements sont placés sous l'autorité de l'Agence régionale de santé (ARS).

1.5 Dans le document 2, souligner en rouge les formes de coopération entre établissements préconisées par la loi HPST.

1.6 Dans le document 2, souligner en vert les missions générales de l'ensemble des établissements de santé.

Au sein du système hospitalier français coexistent 3 types d'établissements, ayant pour mission d'assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes, de participer à la coordination des soins entre les établissements de santé, la médecine de ville et le secteur médico-social, de mise en œuvre de la politique de santé publique et de garantir la sécurité sanitaire et d'assurer la délivrance des soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile.

Parmi eux, on distingue :

- les établissements publics de santé, personnes morales de droit public. Depuis la loi HPST, le statut des établissements publics de santé a été simplifié avec la création d'une catégorie unique d'établissement : le centre hospitalier, qui peut-être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou encore national ;
- les établissements de santé privés à but lucratif (cliniques), personnes morales de droit privé ;
- les établissements de santé privés d'intérêts collectifs (EPIC), gérés par des personnes morales de droit privé à but non lucratif comme des mutuelles, des associations ou encore des fondations.

La collaboration entre ces structures est fortement préconisée par la loi. Ainsi, différents établissements publics de santé peuvent être amenés à former des Communautés hospitalières de territoire. Les établissements publics et privés de santé peuvent également collaborer sur la base du volontariat en créant des Groupeements de coopération sanitaire (GCS). Peuvent être associés à ces derniers, les structures de ville comme les maisons de santé, centres de santé..., les professionnels médicaux libéraux, mais aussi les acteurs du secteur médico-social.

Les établissements de santé, quel que soit leur statut, sont placés sous l'autorité de l'Agence régionale de santé.

ACTIVITÉ 2 Les missions de service public des établissements de santé

2.1 Souligner, dans le document 3, les missions de service public.

2.2 Préciser les établissements pouvant assurer des missions de service public.

Tout établissement public de santé doit assurer des missions de service public. En outre, les établissements de santé privés à but lucratif ou d'intérêts collectifs peuvent assurer certaines missions de service public, en fonction des besoins de la population dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS).

La loi liste les missions de service public pouvant être assurées par les établissements de santé en fonction des besoins de la population, dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS).

Il s'agit notamment de la permanence des soins (PDS), de la prise en charge des soins palliatifs, de l'enseignement universitaire et postuniversitaire, de la recherche, du développement professionnel continu des professionnels de santé médicaux et non médicaux, des actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination, de l'aide médicale urgente, de la lutte contre l'exclusion sociale, des actions de santé publique, de la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement, des soins dispensés aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier.

Par ailleurs, la loi HPST innove en prévoyant la possibilité de confier aux établissements de santé privés une ou plusieurs missions de service public, cela dans le cadre d'un contrat signé entre le directeur général de l'ARS (Agence régionale de santé) et l'établissement.

À titre d'exemple, un établissement de santé chargé de missions de service public, quel que soit son statut, pourra être tenu de garantir à tout patient l'égal accès à des soins de qualité, l'accueil et la prise en charge de la personne 24 heures sur 24 ou son orientation vers un autre établissement. Mais aussi, garantir la possibilité d'être pris en charge aux tarifs fixés par les pouvoirs publics ou aux tarifs des honoraires.

Extrait de la plaquette HPST : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf

ACTIVITÉ 3 L'organisation d'un centre hospitalier

3.1 Après lecture du document 4, définir un pôle d'activités.

Un pôle d'activités est un regroupement de services ou de secteurs ayant des activités communes ou complémentaires.

3.2 Souligner, dans le document 4, les contrats passés par le directeur d'établissement.

Le directeur d'établissement et le directeur général de l'ARS déterminent, au maximum tous les 5 ans, les orientations stratégiques du centre hospitalier en fonction du projet régional de santé, décliné notamment sous la forme d'un schéma régional d'organisation des soins (SROS). Un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est alors signé entre ces deux partenaires dans lequel figurent l'ensemble des objectifs chiffrés que s'engage à remplir la structure, notamment en termes d'activités et d'équipements lourds.

Au sein des établissements de santé, les services, les unités fonctionnelles ou les secteurs ayant des activités communes ou complémentaires ont été regroupés, par pôle, dans une logique d'efficience. Le directeur d'établissement doit donc conclure avec chaque chef de pôle un contrat de pôle. Ce dernier doit, comme le CPOM, contenir des objectifs quantifiés notamment en matière d'activités.

3.3 Compléter le schéma ci-dessous, à l'aide des mots en gras du document 5.

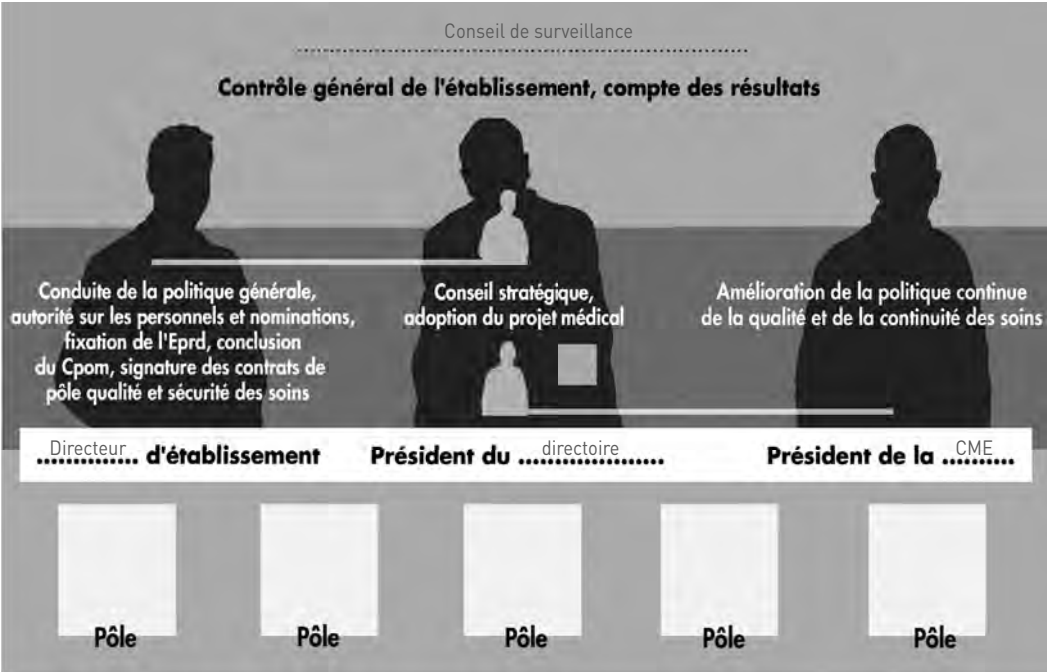


Schéma fortement inspiré : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_Hpst_07-09-09.pdf de page 10

3.4 Souligner, dans le document 5, les commissions présentes dans un centre hospitalier.

Document 5

La nouvelle gouvernance hospitalière

La loi HPST a modifié en profondeur l'organisation interne des établissements de santé.

Le **directeur d'établissement** est chargé de conduire la politique générale de l'établissement. Il est doté de nombreux pouvoirs en matière de décision et de nomination comme celui de déterminer le programme d'investissement, de fixer l'état des prévisions de recettes et de dépenses, d'arrêter l'organisation interne de l'établissement ou encore de signer les contrats de pôle d'activités. Il soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement.

Un **conseil de surveillance** contrôle de façon permanente la gestion de l'établissement de santé. Il délibère également sur le projet d'établissement ou encore sur le compte financier et l'affectation des résultats.

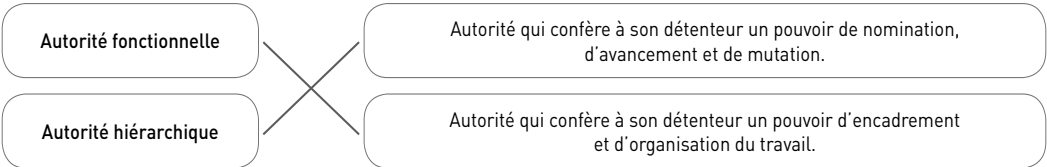
Un **directoire** approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement. Il conseille également le directeur dans la gestion de l'établissement.

Différentes commissions peuvent être consultées par le directoire. Parmi celles-ci figurent :

- la **Commission médicale d'établissement (CME)**. Elle est consultée notamment lors de la préparation du projet médical d'établissement et du projet d'établissement. Elle contribue donc à l'amélioration de la politique continue de la qualité et de la sécurité des soins ;
- la **Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUOPC)** ;
- le **Comité technique d'établissement (CTE)** ;
- la **Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)** ;
- le **Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)**.

ACTIVITÉ 4 L'organisation d'un pôle

4.1 Après lecture du document 6, relier chaque terme à sa définition.



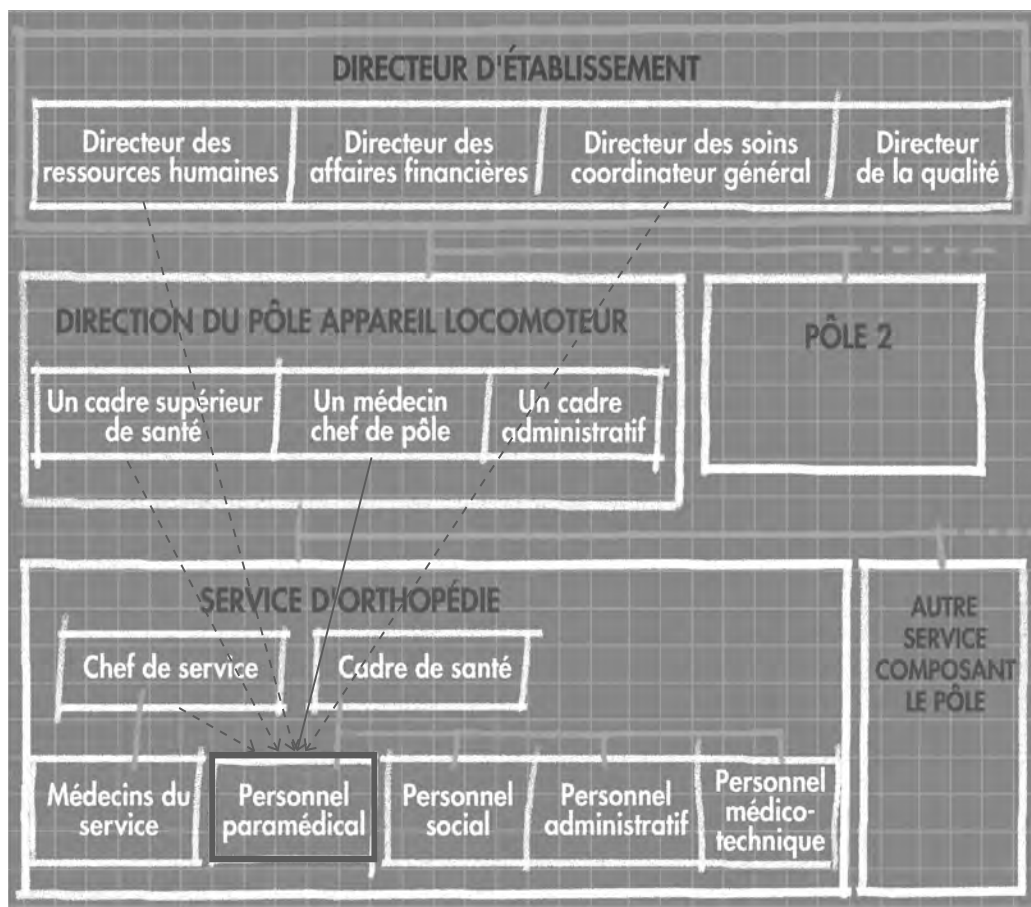
L'autorité fonctionnelle consiste en l'attribution d'un pouvoir d'encadrement et d'organisation du travail. Elle se distingue de l'autorité hiérarchique qui confère le pouvoir de nomination, d'avancement et de mutation.

Extrait du rapport Fourcade, page 14 : http://www.senat.fr/fileadmin/Fichiers/Images/evnement/loi_hpst/rapport_evaluation.pdf

Saphia est aide-soignante dans le pôle Appareil locomoteur.

4.2 Encadrer en noir le cartouche de l'organigramme dans lequel se situe Saphia.

4.3 Après lecture du document 7, flécher en rouge les personnes ayant une autorité hiérarchique sur Saphia et, en vert, ceux ayant une autorité fonctionnelle sur elle.



La réorganisation de la gouvernance des établissements de santé a nécessité une restructuration du positionnement et des rôles des acteurs du pôle. Depuis la loi HPST, le rôle du directeur d'établissement s'est vu élargi. Il reste à présent le principal détenteur de l'autorité hiérarchique au sein de la structure. Afin de remplir au mieux ses missions, il peut être amené à déléguer son autorité à des membres de l'équipe de direction comme le directeur des ressources humaines, le directeur qualité, le directeur des affaires financières ou encore au directeur des soins coordonnateur général. Ce dernier peut ensuite assurer ses missions de responsable de la mise en œuvre de la politique des soins par le biais des cadres de santé.

La DRH exerce également une autorité hiérarchique sur les acteurs du pôle à l'exception des médecins.

Le directeur des soins, coordonnateur général dispose d'une autorité hiérarchique sur les cadres supérieurs de santé, les cadres des services et sur les agents paramédicaux.

Le chef de pôle dispose quant à lui d'une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des professionnels des pôles (personnel médical, paramédical, administratif, social et médico-technique).



Les droits du malade au sein des établissements de santé

1 Les droits des malades

Au sortir de la Seconde Guerre mondiale, le patient n'était encore qu'un « objet de soins » et jouissait alors de peu de droits. À présent, le malade occupe une place centrale au sein du système de santé grâce aux droits qui lui sont reconnus et ce, notamment, par la **loi du 4 mars 2002**.

Cette dernière introduit la notion de **démocratie sanitaire** qui confère au malade le droit de participer aux décisions qui concernent sa santé mais aussi d'être consulté pour améliorer l'organisation et la qualité du système de santé.

La **charte de la personne hospitalisée** et la **charte européenne de l'enfant hospitalisé** rassemblent les droits reconnus par les textes législatifs en vigueur.

Exemples de droits figurant dans la charte de la personne hospitalisée

- Le droit de choisir librement l'établissement de santé qui le prendra en charge.
- Le droit de bénéficier d'une prise en charge de la douleur.
- Le droit de donner son consentement libre et éclairé pour tout acte médical et hospitalisation.
- Le droit de quitter à tout moment l'établissement de santé (sauf exceptions prévues par la loi).

Exemples de droits figurant dans la charte européenne de l'enfant hospitalisé

- Le droit d'être hospitalisé dans un service réservé aux enfants.
- Le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quels que soient son âge ou son état.
- Le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à son âge et à sa compréhension, afin de participer aux décisions le concernant.
- Le droit d'être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

2 Le parcours de soins proposé aux malades

Pour continuer à assurer des soins de qualité accessibles à tout malade, la **loi Hôpital Santé Patient Territoire (HPST)** préconise de développer les soins de premier recours.

Soins de 1^{er} recours

Soins réalisés par les médecins en cabinet de ville, en maison de santé ou en centre de santé.

Si besoin

Soins de 2nd recours

Soins dispensés par les médecins spécialistes et par les établissements hospitaliers.

3 Les établissements de santé dispensant des soins de second recours

Au sein du système hospitalier français co-existent trois types d'établissements :

Les établissements publics de santé personnes morales de droit public.

Ex. : le centre hospitalier communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou encore national.

Les établissements de santé privés à but lucratif personnes morales de droit privé.

Ex. : les cliniques.

Les établissements de santé privés d'intérêts collectifs personnes morales de droit privé à but non lucratif.

Ex. : cliniques mutualistes.

Les établissements publics de santé peuvent collaborer entre eux en formant des **Communautés hospitalières de territoire (CHT)** ou construire des partenariats avec des établissements de santé privés en créant des **Groupe de coopération sanitaire (GCS)**.

Les établissements de santé, quel que soit leur statut, sont placés sous l'autorité de l'**Agence régionale de santé (ARS)**. Cette dernière leur accorde une autorisation d'activités en fonction du **projet régional de santé**.

MISSIONS GÉNÉRALES

- Assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.
- Participer à la coordination des soins entre les établissements de santé, la médecine de ville et le secteur médico-social, de mise en œuvre de la politique de santé publique.
- Garantir la sécurité sanitaire.
- Assurer la délivrance des soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile.

MISSIONS SPÉCIFIQUES : LES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

Quelques exemples de missions :

- Assurer la permanence des soins (PDS).
- Assurer la prise en charge des soins palliatifs, de l'enseignement universitaire et postuniversitaire, de la recherche, du développement professionnel continu des professionnels de santé médicaux et non médicaux.
- Assurer des actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination.

Depuis la loi HPST, les établissements de santé privés peuvent être contraints par l'ARS à remplir des missions de service public en fonction des besoins de la population.

Tout établissement remplissant une mission de service public sera tenu de garantir à tout patient l'égal accès à des soins de qualité, l'accueil et la prise en charge de la personne 24 heures sur 24 ou son orientation vers un autre établissement. Il doit également garantir la possibilité d'être pris en charge aux tarifs fixés par les pouvoirs publics ou aux tarifs des honoraires.



4 Le centre hospitalier

4.1 Les instances décisionnelles d'un centre hospitalier

Instance	Rôles
Le Conseil de surveillance	Assurer le contrôle général de l'établissement, effectuer le compte des résultats et délibérer sur le projet d'établissement.
Le directeur d'établissement	Conduire la politique générale, exercer son autorité sur les personnels et les nommer, assurer la fixation de l'État des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), conclure le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'ARS, signer les contrats de pôle avec les chefs de pôle.
Le directoire	Assurer le conseil stratégique, adopter le projet médical, approuver et préparer le projet d'établissement.

Les instances décisionnelles sont amenées à solliciter l'avis de différentes commissions consultatives. Parmi elles, on retrouve la Commission médicale d'établissement (CME), la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), le Comité technique d'établissement (CTE), la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) et le Comité d'hygiène et de santé.

4.2 Les pôles d'activités

Un pôle d'activités est un regroupement de services ou de secteurs ayant des activités communes ou complémentaires. La direction du pôle est assurée par un chef de pôle, médecin, assisté d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre administratif. Leur objectif est de veiller au respect du contrat de pôle.

Au sein du pôle, le médecin détient une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des agents du pôle. Le cadre infirmier supérieur délègue au cadre de santé des services son autorité hiérarchique sur l'ensemble des professionnels paramédicaux.

La Sécurité sociale et l'assurance-maladie

Objectifs

1. Enoncer différentes prestations servies dans le cadre de l'assurance maladie.
2. Pour un cas simple, indiquer le droit aux prestations.

À l'aide du site de l'assurance-maladie www.ameli.fr, dans la partie réservée aux assurés sociaux, rechercher les informations demandées. Vous pourrez vous faire aider par Amélie, la conseillère virtuelle.

ACTIVITÉ 1 Le système de protection sociale français en matière de santé

1.1 Dans le document 1, souligner en vert l'objectif de l'assurance-maladie.

1.2 Dans le document 1, souligner en rouge les deux organismes de protection complémentaire présentés.

1.3 À l'aide du site Internet, rechercher les définitions des termes suivants :

- « Ticket modérateur » : le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'assurance-maladie. Il est pris en charge par la complémentaire santé (mutuelle ou assurance).
- « Forfait hospitalier » : le forfait hospitalier est la part restant à l'assuré social après remboursement des frais d'hospitalisation par l'assurance-maladie. Il est pris en charge par la complémentaire santé (mutuelle ou assurance).

Document 1 La prise en charge du risque santé

Le régime général de la Sécurité sociale comprend une branche maladie que l'on nomme l'assurance-maladie. Celle-ci vise à protéger les individus des conséquences financières des risques maladie, maternité, invalidité et décès. Elle vise à offrir une couverture maladie de base, permettant à chacun de se faire soigner selon ses besoins, quels que soient son âge et son niveau de ressources.

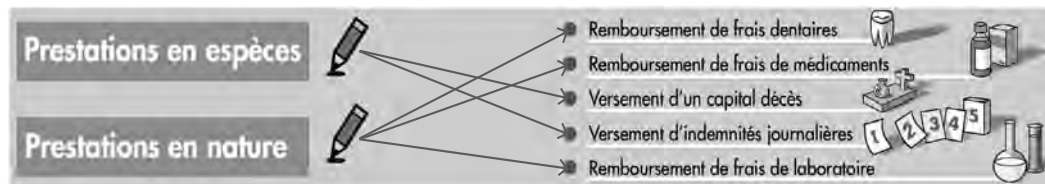
Des organismes de protection complémentaire viennent ensuite compléter la prise en charge de l'assurance-maladie. Parmi eux, on retrouve :

- les mutuelles, groupements de droit privé à but non lucratif, réglementées par le code de la mutualité ;
- les assurances, groupements de droit privé à but lucratif, réglementées par le code des assurances.

L'adhésion à ces complémentaires santé reste facultative mais vivement conseillée dans la mesure où elles prennent en charge notamment le ticket modérateur, ou encore le forfait hospitalier.

ACTIVITÉ 2 Les types de prestations sociales de l'assurance-maladie

2.1 À l'aide du document 2, relier les exemples de prestations au type de prestation qui convient.



Document 2 Les prestations sociales de l'assurance-maladie

L'assurance-maladie propose des prestations en espèces et en nature. Les prestations en espèces sont des versements visant à compenser la perte de revenus due à un arrêt de travail ou à un décès. Les prestations en nature représentent le remboursement total ou partiel de soins ou de médicaments.

ACTIVITÉ 3 Étude de cas

M. et Mme Maurice forment un couple marié. Ils ont deux enfants, Lise âgée de 6 ans et Virgile âgé de 8 ans.
M. Maurice exerce une activité salariée, déclarée, à temps complet depuis plus de 12 ans. Il est affilié à l'assurance-maladie. Il perçoit 2 000 € de salaire mensuel.
Son épouse est femme au foyer depuis la naissance de leurs deux enfants.
Le couple est de nationalité française. Ils attendent leur troisième enfant pour le mois de décembre. La mère de M. Maurice est en fin de vie.



3.1 À l'aide du site internet de l'assurance-maladie (ameli.fr), compléter le tableau suivant.

3.2 Souligner dans le tableau les prestations accordées par l'assurance-maladie.

Affirmation	Oui	Non	Justification
M. Maurice est un assuré social.	Oui		Il est salarié à temps complet depuis 12 ans et est affilié à la Sécurité sociale.
M. Maurice peut prétendre au <u>remboursement de ses soins de maladie</u> (remboursement de médicaments, de consultations médicales...).	Oui		Il peut bénéficier de cette prestation car il est assuré social.
M. Maurice a le droit de percevoir <u>des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail</u> de moins de 6 mois.	Oui		Il peut bénéficier de cette prestation car il est assuré social.
Mme Maurice peut bénéficier de la couverture sociale de son mari en tant qu'ayant droit.	Oui		Elle est l'épouse légitime de l'assuré social. De plus, elle n'exerce pas d'activité salariée et ne bénéficie pas elle-même d'un régime obligatoire de Sécurité sociale à un autre titre.
Les enfants de M. Maurice seront ayants droit de leur père.	Oui		Les enfants ont moins de 16 ans et leur père est assuré social.
Mme Maurice a le droit de percevoir <u>des indemnités journalières au titre du congé de maternité</u> .		Non	Les ayants droit ne peuvent bénéficier du congé maternité. Il est réservé aux assurés sociaux.
Mme Maurice a le droit de bénéficier du <u>congé parental d'éducation</u> .		Non	Ce congé est réservé aux assurés sociaux ayant au minimum un enfant âgé de moins de 3 ans.
Mme Maurice peut bénéficier de <u>la CMU de base</u> .		Non	Elle est déjà couverte par un régime de Sécurité sociale au titre d'ayant droit.
M. et Mme Maurice peuvent bénéficier de <u>la CMU complémentaire</u> .		Non	Leurs revenus dépassent le plafond de ressources.
M. et Mme Maurice ne peuvent bénéficier de <u>l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé</u> .		Non	Leurs revenus dépassent le plafond de ressources.
Mme Maurice peut bénéficier de <u>l'aide médicale d'État</u> .		Non	Elle est couverte par un régime de Sécurité sociale au titre d'ayant droit. De plus, l'AME est réservée aux ressortissants en situation irrégulière sur le territoire français.
M. Maurice peut bénéficier de <u>la pension d'invalidité</u> s'il souhaite cesser de travailler pour s'occuper de sa mère en fin de vie.		Non	Cette prestation est réservée aux personnes victimes d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle dont la capacité de travail ou de revenus est réduite d'au moins deux tiers.
M. Maurice peut bénéficier d' <u>un congé de solidarité familiale</u> pour assister sa mère en fin de vie.	Oui		Il est assuré social.
M. Maurice percevra <u>un capital décès</u> au moment du décès de sa mère.		Non	M. Maurice n'est ni le conjoint survivant ni l'ayant droit de sa mère.



Le système de protection sociale en matière de santé

1 Le système de protection sociale français en matière de santé

Comme tout risque social, la maladie, la grossesse, l'invalidité ou encore le décès génèrent des frais liés au suivi et aux traitements médicaux, et/ou une perte potentielle de revenus. C'est pourquoi, le système de protection sociale français dispose de plusieurs organismes.



L'assurance-maladie protège les individus des conséquences financières des risques maladie, maternité, invalidité et décès. C'est une protection sociale obligatoire. Pour bénéficier de l'assurance-maladie, il faut avoir l'un des deux statuts suivants :

- **Le statut d'assuré social** : personne affiliée à la Sécurité sociale et justifiant d'une durée suffisante d'activité.
- **Le statut d'ayant droit** : personne bénéficiant de la protection sociale d'un membre de sa famille, assuré social. Ce statut est attribué au conjoint, au concubin, au partenaire lié par un PACS, aux enfants, aux ascendants, aux descendants, alliés et collatéraux ou cohabitant à charge, si ces derniers ne sont pas assurés sociaux.



1.2 Les organismes de protection complémentaire

Parmi les organismes de protection complémentaire, on retrouve les **mutuelles**, groupements de droit privé à but non lucratif, et les **assurances**, groupements de droit privé à but lucratif.

L'adhésion à une complémentaire santé reste facultative mais elle est vivement conseillée car elle complète la couverture de base de l'assurance-maladie. Elle prend donc en charge :

- le **ticket modérateur** qui est la partie des dépenses de santé restant à la charge de l'assuré social, après le remboursement de l'assurance-maladie ;
- le **forfait hospitalier** qui est la part restant à l'assuré social, après remboursement des frais d'hospitalisation, par l'assurance-maladie.

2 Les prestations de l'assurance-maladie

2.1 La couverture maladie universelle (CMU)

La **CMU** de base garantit le remboursement des soins de santé aux personnes qui ne sont pas bénéficiaires d'un régime d'assurance-maladie soit au titre d'assuré social, soit au titre d'ayant droit. Elle ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance-maladie.

La CMU de base est attribuée sous condition de ressources et de résidence. Il faut, en effet, résider en France de façon stable et régulière depuis plus de 3 mois pour en bénéficier.

La CMU complémentaire (CMUC) vient, comme une mutuelle ou une assurance, compléter la prise en charge de la CMU de base. Elle est également attribuée sous condition de ressources et de résidence.



2.2 L'aide médicale d'État (AME)

L'**AME** permet aux personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française et résidant en France depuis plus de 3 mois de bénéficier d'une prise en charge à 100 % dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale, des soins médicaux et hospitaliers liés à une maladie ou à une grossesse. L'AME est attribuée sous condition de ressources et de résidence.

2.3 Le détail des principales prestations de l'assurance-maladie

Prestation octroyée	Présentation	Bénéficiaire
Le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt maladie	Prestation en espèces visant à compenser la perte de salaire en cas d'incapacité temporaire de travail.	L'assuré social
Le remboursement des frais médicaux (tiers-payant)	Prestation en nature visant à compenser les dépenses liées à l'achat de produits médicaux et à la réalisation de soins.	L'assuré social, ses ayants droit et les bénéficiaires de la CMU et de l'AME
La pension d'invalidité	Prestation en espèces visant à compenser une perte de salaire qui résulte de la réduction de la capacité de travail d'origine non professionnelle.	L'assuré social
Le congé maternité	Prestation en espèces visant à compenser la perte de salaire en cas d'incapacité temporaire de travail liée à une maternité.	L'assuré social
Le congé paternité	Prestation en espèces visant à permettre au père d'un nouveau-né de rester auprès de sa famille pendant une durée de onze jours.	L'assuré social
Le congé parental d'éducation	Prestation en espèces accordée à l'occasion de la naissance de son enfant ou de l'adoption d'un enfant de moins de 16 ans.	L'assuré social
Le congé de solidarité familiale	Prestation en espèces accordée pour assister un proche souffrant d'une pathologie mettant en jeu son pronostic vital ou étant en phase avancée d'une affection grave et incurable.	L'assuré social
Le capital décès	Prestation en espèces versée en cas du décès d'un assuré social à son ou à ses ayants droit afin de compenser l'impact financier du décès.	L'ayant droit de l'assuré social décédé

Les aspects biologiques, psychologiques et culturels de la mort

● Objectifs

1. Donner une définition biologique de la mort.
2. Présenter l'approche de la mort dans différentes cultures.
3. Présenter les réactions possibles de l'entourage face à la mort et décrire les différentes étapes du deuil.



ACTIVITÉ 1 La mort biologique individuelle

1.1 À l'aide du document 1, définir la mort biologique.

La mort biologique est l'arrêt complet et irréversible des fonctions essentielles interrompues du fait de l'altération des organes vitaux : cerveau, cœur, poumon.

Document 1 Comment définir la mort biologique ?

La mort biologique, ou disparition de l'individu vivant, consiste dans l'arrêt complet, définitif, c'est-à-dire irréversible, des fonctions vitales, notamment au niveau du triangle cerveau-cœur-poumon.

Si le cœur s'interrompt, le cerveau ne fonctionne plus du fait du manque d'oxygène. Sans la direction du tronc cérébral, la respiration est suspendue. L'arrêt respiratoire initial entraîne également l'inactivité du cerveau.

Louis Vincent Thomas, *La Mort*.

ACTIVITÉ 2 La ritualisation autour de la mort dans différentes cultures

2.1 Souligner, dans le document 2, quatre éléments du rite animiste qui diffèrent des rites des pays européens.

Document 2 L'attitude de l'entourage

Dans la culture traditionnelle africaine, la mort jalonne les différentes étapes de la vie. Chaque initiation est en effet une mort (on quitte l'étape précédente) suivie d'une naissance (on entre dans une nouvelle étape).

Pour l'animiste, la mort est triste mais n'est pas une fin en soi ; elle est un commencement, un voyage vers le monde des Ancêtres, d'où le mort continuera de veiller sur ses descendants et de les protéger :

« La personne a accompli sa mission ici-bas ; elle rejoint donc le monde des Ancêtres d'où elle est venue. »

« Chaque fois que quelqu'un meurt, cette personne renaît dans le monde des Ancêtres. Et toute naissance ici-bas est une mort dans le monde des Ancêtres. »

Il est très important que la famille, les proches du mourant soient présents, disponibles, pour recevoir les derniers enseignements du mourant. Ces transmissions de savoirs se font parfois oralement, mais plus souvent sans parole, par codes, interprétés dans les silences, les regards, les respirations...

En effet, celui qui part devient supérieur, et son entourage lui mani-

feste son respect par son silence. Les messages sont alors reçus par le corps, par l'être tout entier, et déchiffrés à l'aide d'enseignements traditionnels.

« Moments tragiques pendant lesquels la parole cède la place aux codes. On écoute dans le silence, on écoute avec son corps, avec tout son être, tout se dit sans discours. Ces codes qui font l'objet d'enseignements traditionnels servent de moyen de communication entre celui qui part et ceux qui restent. La parole n'étant à ce moment-là que bruit qui nuit aux messages des codes... et peut dévoiler l'immaturité des successeurs. »

Les proches doivent lui assurer qu'il peut partir en paix, le rassurer de la bonne continuité des œuvres entreprises qui ne seront pas gâchées. Il est important que le mourant ne soit pas révolté au moment de son départ. Il entreprend un voyage vers l'au-delà. Pour y être bien accueilli, il faut qu'il parte avec un bon souvenir du monde visible. Ainsi, il pourra continuer à aider les siens ; il sera un ancêtre favorable.

La famille reste auprès du mort, afin que soient dits les récits, faits les sacrifices.

G. Malandrino, *Les Rites autour de la mort*.

2.2 À l'aide du document 3, comparer l'importance des rites funéraires entre hier et aujourd'hui. Quelles conséquences en déduisez-vous ?

Si le XIX^e siècle recommande fortement le noir alors que, jusque-là, les couleurs variaient selon les régions, le XX^e siècle s'inscrit dans un changement profond des rites funéraires passant des obsèques religieuses pour un grand nombre à l'enterrement laïque et à l'incinération sans rituel. Les obsèques religieuses aujourd'hui en France sont en diminution et concernent l'ensemble des religions du pays. Hier, la collectivité accompagnait le défunt et sa famille, elle montrait, dans un rite funéraire riche, l'endeuillé et ses émotions. Aujourd'hui, le rite actuel semble plus intériorisé, moins apparent.

Document 3 **Entre hier et aujourd'hui : les rites funéraires**

L'importance des rites funéraire en France est évidente, la prise en charge religieuse de la part des obsèques est cependant en diminution. La très légère augmentation du taux des enterrements laïques, mais principalement les incinérations sans rituel, sont sans doute à l'origine de ce changement. La population française s'inscrit dans quatre grandes religions majoritaires, et il n'est pas certain que la diminution des obsèques religieuses concerne uniquement les catholiques. Cependant, si l'on regarde un siècle en arrière, on constate l'extraordinaire richesse des rites locaux et régionaux en France. Prenons simplement les coutumes vestimentaires. [...] Que conseille le magasin spécialisé de l'époque ? Voici les préceptes du magasin tels qu'ils figuraient sur une carte lettre entre 1875 et 1880 :

« Le deuil est un culte ; l'exactitude un devoir.

Les grands deuils se partagent en trois temps : la laine noire, la laine et soie ou soie noire, et le petit deuil en fantaisie grisaille, violet, lilas, gris perle, et blanc et noir, etc.

L'usage exige que les pères et mères portent le deuil de leurs enfants. [...] Dans les deuils ordinaires, les dames peuvent porter les diamants.

Le deuil des domestiques est obligatoire.



M.-F. Bacqué, *Les Nouveaux Rites funéraires*.

2.3 Relever, dans le document 4, les éléments qui modifient en profondeur les rites entourant la mort.

La vie urbaine, par son rythme orienté vers la production de biens et de services, modifie le rapport au temps consacré au mort ; elle laisse peu de place au rite funéraire.

Document 4 **Le rythme de la vie citadine**

Nous savons que le thème de la ritualisation autour de la mort s'étiole sous le rouleau compresseur des exigences de la vie urbaine. Car la ville correspond à un type de civilisation qui ne ménage pas plus de place aux morts que le temps pour s'occuper d'eux. Le rythme de la vie citadine contraint à des horaires qui obéissent aux impératifs de la production ou de la gestion des biens et des services des vivants.

L.-V. Thomas, *Rites de la mort pour la paix des vivants*.

ACTIVITÉ 3 **Les étapes du mourir**

3.1 À l'aide du document 5, lister les différentes étapes établies par le médecin Kübler-Ross.

La dénegation, la colère, le marchandage, la dépression, l'acceptation.

Document 5 **Se préparer à mourir**

C'est par son livre *Les Derniers Instants de la vie* qu'Elisabeth Kübler-Ross se fait connaître. Elle décrit cinq étapes du mourir. La dénegation : c'est le refus, le déni de la maladie, le refus est accompagné d'un repli sur soi empêchant le malade d'être accablé. La colère : le malade se pose la question du pourquoi moi ? C'est le temps où les anciennes frustrations jamais guéries refont surface. À ce stade, il est fréquent que l'agressivité se traduise envers le personnel soignant, les proches. Le marchandage : le malade accepte sa maladie mais demande un sursis pour accomplir telle fête de famille. La dépression : le malade réalise vraiment la gravité de son état. L'acceptation, c'est la phase d'apaisement, le moment où le patient se met en ordre avec lui-même et ses proches. Les phases s'entrecroisent, elles constituent un canevas qui permet de suivre le cheminement psychologique du patient.

D'après E. Kübler-Ross.

La mort subite du nourrisson

● Objectifs

1. Définir la mort subite du nourrisson.
2. Indiquer les facteurs favorisants et les moyens de prévention.

ACTIVITÉ 1 La mort subite du nourrisson

1.1 À l'aide du document 1, définir les notions de mort subite du nourrisson (MSN) et de mort inattendue du nourrisson (MIN).

- La mort inattendue du nourrisson est un concept large défini en 2000 par Flemming. Il décrit tout décès survenu brutalement chez un nourrisson que rien, dans ses antécédents, ne laissait prévoir.

- En 2003, Beckwith définit la mort subite du nourrisson comme étant la mort d'un enfant de moins d'un an, et normalement au-delà de la période périnatale, qui reste inexpliquée après une investigation approfondie comportant une autopsie complète, l'analyse des circonstances de la mort et de l'histoire clinique antérieure.

Document 1 L'évolution du concept de « mort du nourrisson »

Dès le XIX^e siècle, les médecins légistes se sont intéressés à la mort subite du nourrisson (MSN) du fait de sa fréquence et de ses caractères stéréotypés. En 2003, Beckwith la définissait comme « la mort [...] d'un enfant de moins d'un an, et normalement au-delà de la période périnatale, restant inexpliquée par une investigation approfondie comportant une autopsie complète, l'analyse des circonstances de la mort et de l'histoire clinique antérieure ». En 2000, le concept plus large de mort inattendue du nourrisson (MIN) a été défini par Flemming comme « tout décès survenu brutalement chez un nourrisson que rien dans ses antécédents ne laissait prévoir ». En 2005, en France, le taux de décès par MIN était de 31,9/100 000 naissances vivantes (troisième cause de mortalité infantile).

C. Saint-Stéban, *Pédiatrie au quotidien*, 2010.



ACTIVITÉ 2 Les facteurs de risque de la mort inattendue du nourrisson

2.1 À l'aide du document 2, relever les facteurs de risque qui favorisent la mort inattendue du nourrisson.

- Le rôle néfaste du couchage sur le ventre.
- Les accidents de literie ou le mécanisme d'étouffement.

2.2 Énoncer les conséquences de la position ventrale.

L'augmentation du sommeil profond et du seuil d'éveil, la diminution de la capacité de stimulation.

La plus grande difficulté de surveiller un enfant qui dort sur le ventre que sur le dos.

Document 2 Les facteurs favorisant la mort du nourrisson

La sensibilisation progressive de la communauté médicale au rôle néfaste du couchage sur le ventre puis les campagnes nationales en faveur du coucher sur le dos des nourrissons ont entraîné, comme dans les autres pays développés, une chute du taux des morts subites du nourrisson et de la mortalité post-natale. Depuis longtemps, on sait que certaines morts inattendues sont en fait des accidents de literie où le mécanisme d'étouffement est évident. Le rôle délétère* de la position ventrale est désormais mieux compris et plusieurs hypothèses peuvent l'expliquer : augmentation du sommeil profond et du seuil d'éveil, diminution de la capacité de stimulation. De plus, il est moins aisé de surveiller un enfant dormant sur le ventre que sur le dos.

C. Saint-Stéban, *Pédiatrie au quotidien*, 2010.

* Délétère : qui attaque, détruit la santé, qui met la vie en danger.

2.3 À l'aide du document 3, présenter les éléments diffusés par les campagnes de prévention contre la mort inattendue du nourrisson (MIN).

Les campagnes de prévention mettent l'accent sur l'environnement et la sécurité du sommeil, le couchage de l'enfant sur le dos, la réduction du tabagisme et la sensibilisation à l'allaitement maternel ; autant de recommandations pour lutter contre les MIN.

Document 3 Pour la prévention des MIN

[...] Un grand nombre des MIN observées dans notre enquête aurait pu être évité par un environnement de sommeil plus sûr. Les campagnes menées dans le monde ont montré leur efficacité, essentiellement sur le couchage sur le dos, peu ou pas sur la réduction du tabagisme pendant la grossesse ou l'augmentation de l'allaitement maternel [...]. Des recommandations officielles sur le couchage des enfants devraient figurer sur le site du ministère chargé de la Santé et/ou de la HAS, accessibles sur Internet, comme c'est le cas aux États-Unis, au Canada, au Royaume-Uni. Ce serait un bon moyen pour lutter contre l'utilisation des objets de puériculture qui présentent un danger.

Enquête nationale 2007-2009, Institut de veille sanitaire (INVS).

ACTIVITÉ 3 La sécurité avant tout

3.1 À l'aide du document 4, citer les objets de puériculture sur lesquels l'attention des adultes doit se porter.

Les professionnels de santé et de la puériculture recommandent, pour la sécurité de l'enfant de 0 à 6 mois, un lit adapté, sans couverture ni couette, ni oreiller, ni objet mou, et sans peluche.

3.2 Analyser et décrire l'image du nourrisson dans son lit.

Le nourrisson est couché en sécurité, en position dorsale, sans objet mou ni peluche.

3.3 Mentionner les explications fournies sur le couchage du nourrisson.

Le nourrisson est couché dans un lit adapté à son âge, sur un matelas ferme, sans couette.

Document 4 Recommandations relatives au couchage de l'enfant

Les professionnels de santé, de la petite enfance et de la puériculture se renouvellent, ainsi que les générations de parents, et il serait utile de réitérer régulièrement les campagnes de prévention. Celles-ci devraient insister sur la sécurité que représente, jusqu'à l'âge de 6 mois, le couchage sur le dos, peu couvert, dans un lit adapté (notamment le matelas), seul, dans la chambre des parents pas trop chauffée, sans couverture ni couette, ni oreiller, ni objet mou dans le lit, pour tous les sommeils et dès la naissance. Les messages du carnet de santé pourraient être actualisés. En particulier, n'y figurent pas actuellement de recommandations concernant le partage du lit [...], le sommeil dans un lit d'adulte, un canapé ou un fauteuil, les peluches ou tout autre objet mou, les matelas de taille insuffisante par rapport au lit (ou surajouté) et, enfin, le fait que cela concerne tous les sommeils, de la naissance à 6 mois.

Enquête nationale 2007-2009, INVS.



La personne mourante : accompagnement et problèmes éthiques

Objectifs

1. Énoncer et justifier les droits de la personne en fin de vie.
2. Définir acharnement thérapeutique, euthanasie et suicide assisté, en les situant par rapport à la législation.

ACTIVITÉ 1 Les droits de la personne en fin de vie

1.1 À l'aide du document 1, énoncer et justifier les droits de la personne en fin de vie depuis la loi du 22 avril 2005.

- Loi du 22 avril 2005 : le patient en fin de vie a le droit de se voir dispenser des traitements antidouleurs, même s'il en résulte une mort plus rapide.
- Toute personne en phase terminale peut décider de limiter ou d'arrêter les traitements.
- L'arrêt ou la limitation du traitement ne peuvent être décidés que dans le cadre d'une procédure collégiale et après consultation d'un proche ou d'une "personne de confiance" préalablement désignée par le malade.
- Les directives anticipées formulées par le malade doivent être prises en compte.
- En votant la loi du 22 avril 2005 « Droits des malades et fin de vie », les parlementaires ont exclu toute dépénalisation de l'euthanasie mais ont consacré un "un droit au laisser mourir". Cette loi renforce le droit d'une personne de demander qu'on arrête un traitement qui la maintient en vie, alors qu'elle souhaite mourir.

Document 1 La loi du 22 avril 2005 : « Droits des malades et fin de vie »

Sans légaliser l'euthanasie, la loi du 22 avril 2005 indique que les traitements ne doivent pas être poursuivis par une « obstination déraisonnable* » et fait l'obligation de dispenser des soins palliatifs. Des traitements antidouleurs efficaces peuvent être administrés en fin de vie, même s'il en résulte une mort plus rapide. Toute personne en phase terminale peut décider de limiter ou d'arrêter les traitements.

Si le malade est inconscient, l'arrêt ou la limitation du traitement ne peuvent être décidés que dans le cadre d'une procédure collégiale et après consultation d'un proche ou d'une « personne de confiance » préalablement désignée par le malade. Le statut de la personne de confiance est renforcé et son avis prévaut sur tout autre avis non médical.

Il doit également être tenu compte des directives anticipées formulées par le malade (à condition qu'elles aient été formulées moins de 3 ans avant la perte de conscience).

vie-publique.fr

* Anciennement nommée « acharnement thérapeutique »

ACTIVITÉ 2 Les limitations et arrêts du traitement

2.1 À l'aide du document 2, définir l'acharnement thérapeutique.

L'acharnement thérapeutique ou l'obstination déraisonnable consiste, dans le cadre de la fin de vie, à ne pas envisager la limitation ou l'arrêt de certains traitements.

Document 2 L'acharnement thérapeutique

Le texte de loi se veut un savant équilibre entre le refus de l'acharnement thérapeutique* et le refus de l'euthanasie. La loi Leonetti affirme le droit pour chaque patient de ne pas subir d'obstination déraisonnable et le devoir pour les professionnels de santé de ne pas en faire subir à leurs patients. Éviter une situation d'obstination déraisonnable revient, dans la plupart des cas, à envisager une limitation ou un arrêt de certains traitements. Lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement est envisagé, il convient, pour se situer dans le cadre de la loi d'avril 2005, de répondre à deux questions : le patient est-il en état d'exprimer sa volonté ? Le patient est-il dans une phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, ou en situation de maintien artificiel de la vie grâce à un traitement dont l'arrêt risquerait d'y mettre un terme ?

Fiche thématique du CISS, n° 21, « Droit des malades et de la fin de vie », 2011.

* L'acharnement thérapeutique ou l'obstination déraisonnable consiste, dans le cadre de la fin de vie, au maintien artificiel en vie d'une personne dont l'état physiologique est particulièrement dégradé et pour laquelle aucun espoir d'amélioration n'est envisagé.

ACTIVITÉ 3 Les soins palliatifs

3.1 À l'aide des documents 3 et 4, définir la notion de soins palliatifs.

Les soins palliatifs sont des soins non de guérison, mais de confort prodigués aux patients atteints de maladie grave ou mortelle. Sans agir sur la cause, ils sont associés aux autres traitements et visent à soulager la souffrance physique, sociale ou spirituelle tant du malade que de ses proches.

Document 3 Décembre 2008 : un tournant pour la culture palliative

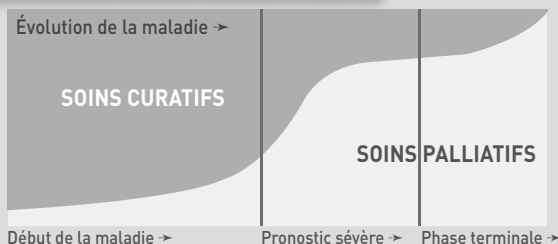
C'est suite à une affaire largement médiatisée, l'« affaire Chantal Sébire¹ », qu'une mission parlementaire a été confiée en mars 2008 au député Leonetti par le Premier ministre. Cette mission avait pour but de mesurer la méconnaissance des textes et de proposer d'y remédier, ainsi qu'éventuellement de pallier les insuffisances de la législation. Elle a montré que la loi était en effet très mal connue et, par conséquent, peu ou mal appliquée. Jean Leonetti a remis son rapport en décembre 2008, en mettant l'accent sur l'importance de développer la culture palliative et de faire connaître la loi sans estimer nécessaire de la faire évoluer. Il est important de permettre une large diffusion

des recommandations de bonnes pratiques auprès des professionnels de santé afin que la loi ne soit pas mal appliquée. Le risque, en effet, serait que des praticiens ne retiennent que la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements en oubliant les procédures à respecter et le nécessaire accompagnement de ces décisions par des soins de confort prodigués au patient.

Fiche thématique du CISS, n° 21, « Droit des malades et de la fin de vie », 2011.

¹ Chantal Sébire, atteinte d'une tumeur très rare des sinus et de la cloison nasale, demandait une aide active à mourir. Elle a mené une action en justice dans ce sens qui n'a pas abouti. Elle est finalement décédée chez elle après avoir absorbé une dose mortelle de barbiturique.

Document 4 L'évolution des soins tout au long de la maladie



3.2 À l'aide du document 5, énoncer les objectifs des services de soins palliatifs et leurs rôles auprès de la personne en fin de vie.

Les soins palliatifs cherchent à donner à la personne malade, dans le respect de ses droits, une place centrale dans les décisions qui la concernent. La démarche des soins palliatifs qui ne concerne pas que la fin de vie, tend à préserver la qualité de vie des patients et leur famille.

Document 5 Les soins palliatifs

L'objectif des soins palliatifs n'est pas de guérir, mais de préserver la qualité de vie des patients et leur famille face aux symptômes et aux conséquences d'une maladie grave et potentiellement mortelle. La définition du terme « palliatif » donné par *Le Petit Robert* précise : « qui atténue les symptômes d'une maladie sans agir sur sa cause ». Il s'agit de soulager les douleurs physiques ainsi que tous les autres symptômes sources de souffrance ou d'inconfort tels que les vomissements, les essoufflements, la confusion mentale, etc., mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale ou spirituelle du malade et de ses proches.

Les soins palliatifs ne concernent pas seulement les derniers jours de la vie. On peut y recourir tôt dans la maladie, pour aider à mieux la vivre et anticiper les difficultés qui pourraient survenir. Ils sont donc associés aux autres traitements, comme la chimiothérapie, la dialyse, etc.

Les soins palliatifs cherchent à donner à la personne malade, dans le respect de ses droits, une place centrale dans les décisions qui la concernent. Ils accordent également une attention toute particulière à la famille et aux proches. La démarche des soins palliatifs vise ainsi à sauvegarder la dignité de la personne et à éviter les traitements et examens médicaux déraisonnables. Ces soins peuvent se mettre en place à domicile, en institution ou à l'hôpital, quels que soient l'âge de la personne et la maladie concernée.

ACTIVITÉ 4 L'accompagnement : problèmes éthiques

4.1 Relever, dans le document 6, les avancées éthiques qui s'imposent au corps médical par la loi Leonetti.

- Devoir de soulager le patient même si cela doit altérer son état.
- Permettre au patient de retrouver sa dignité.

Document 6

Le temps de l'accompagnement

Selon C. Tournigand, praticien hospitalier en oncologie à Saint-Antoine à Paris, la majorité des praticiens hospitaliers estiment que la loi Leonetti leur permet d'accompagner dignement leurs patients jusqu'à la mort.

La loi n'a pas transformé nos pratiques mais les a clarifiées. Elle a fait avancer les choses sur le devoir de soulager le patient, même si cela doit altérer son état, remarque Christophe Tournigand. On utilise beaucoup plus simplement l'Hypnovel, un anxiolytique de la classe des benzodiazépines, pour apaiser les situations très douloureuses, ce qui aboutit à les plonger dans le coma.

Quant aux demandes claires d'euthanasie active, les hospitaliers affirment n'y être quasiment jamais confrontés. Des patients qui disent : *J'en ai marre, je voudrais que ça se termine docteur*, c'est plus fréquent. Mais il ne faut pas aller trop vite. Cette phrase ne signifie pas forcément qu'ils veulent en finir, met en garde le Dr Tournigand. À l'Institut de cancérologie Gustave-Roussy, à Villejuif (Val-de-Marne), une équipe de psycho-oncologues forme les infirmières et les médecins à interpréter ces demandes qui sont rarement des demandes d'euthanasie, assure Sarah Dauchy, psycho-oncologue. « Il faut chercher à savoir si cette demande vient du patient, et non de la famille ou des soignants qui n'en peuvent plus, détaille-t-elle. Est-ce que le patient n'est pas confus, comme c'est souvent le cas en fin de vie ? La demande n'est-elle pas liée à une souffrance physique ou à une angoisse que l'on peut calmer ? Il ne s'agit pas de juger, mais il faut permettre au patient de retrouver

sa dignité et avoir le même raisonnement qu'avec un jeune. Pourquoi lorsqu'un adolescent formule cela, on parle d'idée suicidaire et, dans le cas d'un vieux, c'est une demande d'euthanasie ?

Une des difficultés du débat provient de l'absence de données épidémiologiques fiables. Pour essayer d'y voir plus clair, l'Observatoire de la fin de vie devrait prochainement publier une étude sur la réalité des pratiques euthanasiques et des prises en charge en fin de vie menée avec l'Institut national d'études démographiques.

Enlreine CAZI, Le Monde, 8 sept. 2011.



4.2 Relever, dans le document 7, l'attitude de la personne de confiance.

La personne de confiance : après avoir pris conscience des conditions extrêmes de sa fille, la mère a pu, en dehors de toute douleur, accepter les propositions médicales et accompagner sa fille. La confiance réciproque a permis à la jeune femme de partir dans la dignité.

Document 7

Le rôle de la personne de confiance

La patiente avait une trentaine d'années, je la suivais pour une tumeur au petit bassin. Elle avait été traitée en chimiothérapie, à plusieurs reprises, avec succès, mais la maladie a fini par envahir les vaisseaux. On a décidé de ne pas relancer de chimiothérapie. Elle a été admise en soins palliatifs. La morphine la soulageait bien, jusqu'au jour où elle a fait une chute qui a déplacé la tumeur. C'était des cris de douleur extrême. « Achevez-moi », disait-elle. La morphine, même

à forte dose, n'y faisait rien. La douleur était telle qu'il ne restait plus que l'Hypnovel. Le temps de la ramasser, on a appelé sa mère pour lui expliquer ce qu'on allait proposer. Elle a bien compris, elle ne voulait pas voir souffrir sa fille. L'Hypnovel posé, l'état de conscience de la jeune femme a diminué, mais elle n'avait plus mal. Sa mère était à ses côtés, elle l'a accompagnée. Sa fille est morte deux jours plus tard.

Le Monde, 8 sept. 2011.

ACTIVITÉ 5 Le suicide assisté

5.1 Pourquoi et comment la tentation du suicide assisté apparaît-elle dans le document 8 ?

À une époque où les dépenses de santé sont envisagées avec restriction, les personnes fragiles et âgées peuvent être perçues comme une charge pour la société. Les proches, dans ce contexte, pourraient être tentés d'avoir recours à l'incitation au suicide assisté comme il se pratique en Suisse.

5.2 Expliquer pourquoi le législateur s'oppose au suicide assisté ?

En France, le législateur a rejeté la légalisation du suicide assisté parce que le malade ferait appel à une tierce personne pour qu'elle lui fournisse les moyens et la guide dans son geste définitif. Participant à cet acte, il endosserait une responsabilité certaine.

Document 8 Protéger et entourer les plus faibles plutôt que faciliter leur disparition

Une proposition de loi légalisant l'euthanasie a été rejetée par le Sénat, le 25 janvier. Dans sa dimension individuelle, cette proposition de loi se fonde sur la revendication d'une liberté inaliénable de pouvoir librement choisir sa mort. Mais cela soulève immédiatement un problème : si le suicide est une liberté, le suicide assisté suppose de *facto* le recours à un tiers, légalement commis.

Or, à ce moment ultime de la fin de vie, la liberté de choisir n'est plus celle de la vie habituelle. Elle reflète plutôt l'aspiration à ne pas être abandonné à une médecine indifférente ou activiste. Elle traduit le désir d'être accompagné dans sa faiblesse et sa désespérance. Vouloir mourir avec le plus de sérénité possible sans devenir un corps souffrant au-delà du possible, qui peut s'y opposer ? Toutefois, l'approche de la mort bouleverse les anticipations. L'ultime souhait est le plus souvent de vivre, même si l'on y était *in abstracto* hostile.

Une directive anticipée peut être ressentie comme une épée de Damoclès, le dernier moment venu. Au pied de la détresse, un désir de

« vivre malgré tout » peut survenir, quels que soient notre âge et notre état. Va-t-on opposer à ce sursaut humain la « dignité de vouloir en finir » ? Autoriser le suicide assisté ne serait pas non plus sans conséquence sur notre organisation sociale. Le vieillissement de la population, la nécessité de répondre à la dépendance des personnes âgées, sont devenus des réalités qui exigent la mise en œuvre de politiques sociales fondées sur la solidarité.

Or, faire le choix du suicide assisté, c'est s'engager dans une voie dont les plus fragiles, les plus âgés risquent inmanquablement d'être les victimes. Si la personne en fin de vie juge qu'elle constitue une charge pour la collectivité et pour ses proches, ceux-ci ne seront-ils pas tentés de l'inciter au suicide assisté ? Ce risque de dérive d'une euthanasie devenue variable d'ajustement des dépenses de santé n'est pas une vue de l'esprit.

P. Mazeaud (Conseil national d'éthique), *Le Monde*, 28 janv. 2011.



ACTIVITÉ 6 L'euthanasie

6.1 Expliquer la différence entre le suicide assisté et l'euthanasie.

Si les deux actes sont contraires à la loi française, l'euthanasie est un acte accompli par une personne autre que le malade qui vise à mettre fin volontairement à la vie du malade. Tandis que le suicide assisté est un acte par lequel le malade est l'acteur de son geste décisif ; il peut être assisté d'une personne ou d'un médecin.

Document 9 Le non-respect de la loi

Soupçonné d'un neuvième cas d'euthanasie, le Dr Bonnemaïson a été suspendu.

L'enquête de l'lgas, rendue publique le vendredi 18 novembre, a mis au jour un neuvième cas suspect dans l'« affaire Bonnemaïson », du nom de l'urgentiste de Bayonne soupçonné d'avoir abrégé la vie de plusieurs patients âgés.

Au vu de ces conclusions, le ministère de la Santé a prononcé la suspension immédiate du médecin.

La Croix, 18 nov. 2011.



Les différents aspects de la mort et la mort subite du nourrisson

1 Aspects biologiques, psychologiques et culturels de la mort.

1.1 Définition biologique et individuelle de la mort

La mort biologique, c'est l'arrêt irréversible des fonctions essentielles du fait de l'altération des organes vitaux. Si le cœur s'interrompt, le cerveau ne fonctionne plus du fait de la carence en oxygène. Sans la direction du tronc cérébral, la respiration est suspendue. L'arrêt respiratoire initial entraîne également l'inactivité du cerveau. Quand celui-ci est défaillant, on assiste à la cessation quasi immédiate de la respiration.

Dans les cinquante premières années du ^{xx}e siècle, les rites de mort pratiqués dans le monde rural s'accompagnent de pratiques et de croyances variant d'une région à l'autre. Mais son déroulement résulte de l'église catholique et des constructions populaires (Doyon, rites de mort dans la Beauce).

Aujourd'hui, **le rite de mort** se trouve profondément modifié par l'introduction de l'incinération. Malgré des grandes disparités dans le temps et dans l'espace, les conduites funéraires répondent à trois fonctions universelles. La fonction du rite de mort est d'assurer le devenir corporel et spirituel du défunt, la deuxième fonction consiste à prendre en charge les vivants et à leur procurer une forme d'apaisement, enfin la troisième fonction sert à redynamiser le lien social.

S. Chevalier, *La Mise en scène de la mort aujourd'hui*.

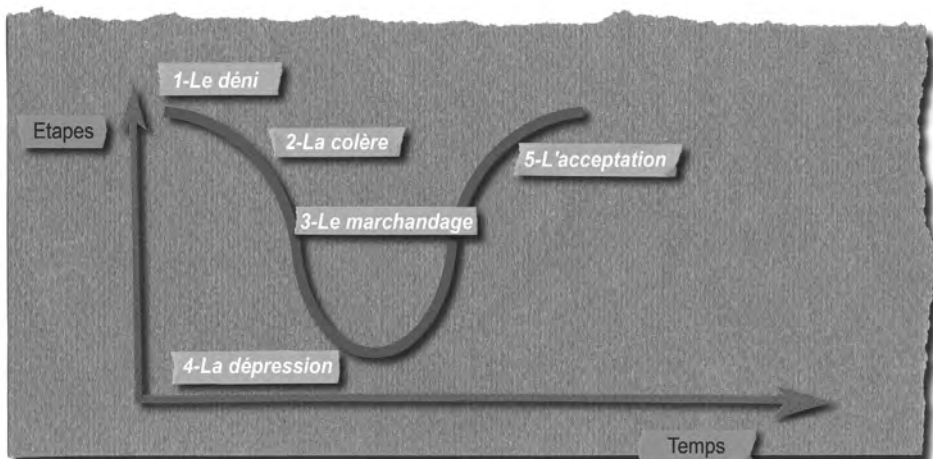
Aucune société n'accepte la mort, d'où le recours au rituel, car le rite est un mécanisme de défense et sa finalité profonde est de sécuriser et d'apaiser les angoisses. Aucune société n'abandonne ses morts sans précautions rituelles.

P. Baudry, *La Mise en scène de l'invisible*.

Le deuil est la perte d'un être cher, d'un animal aimé, d'un objet ou d'une situation fortement investie auquel on est attaché. Le deuil représente aussi le cheminement que connaît la personne exposée à cette perte jusqu'à ce qu'elle réapprenne à vivre en l'absence de l'être aimé.

Le deuil est un processus universel auquel chaque être humain se voit un jour ou l'autre confronté.

Elisabeth Kübler-Ross a décrit les cinq étapes du mourir, étapes qui s'appliquent à cette situation qu'est le deuil.



2 La mort du nourrisson

La **mort inattendue du nourrisson (MIN)** est un concept défini en 2000. Il décrit tout décès survenu brutalement chez le nourrisson que rien, dans ses antécédents, ne laissait prévoir.

En 2003, le concept de **mort subite du nourrisson (MSN)** définit la mort d'un enfant de moins d'un an, et normalement au-delà de la période périnatale, qui reste inexpliquée par des examens approfondis et une autopsie.



La faculté de médecine de Strasbourg a mis en évidence le rôle du nerf vague, qui régule normalement les battements du cœur. Une simple prise de sang permettrait de dépister tout dysfonctionnement d'autant que des médicaments existent.

Les chercheurs ont mis en évidence le rôle du **nerf vague**, qui régule les battements du cœur. En comparant des cœurs de bébés décédés de mort subite et ceux décédés de mort traumatique, ils ont observé, sur les premiers, une augmentation importante des récepteurs spécifiques à l'acétylcholine, la substance produite par le nerf vague qui assure la transmission de l'influx nerveux. En clair, la mort subite du nourrisson serait due au nerf vague qui ne remplit plus correctement sa mission de ralentir le rythme cardiaque. Une fois cette cause posée, le remède semble tout simple : « l'originalité et l'intérêt majeur des travaux

strasbourgeois résident dans la perspective d'un diagnostic précoce des risques encourus par le nouveau-né, grâce à l'examen d'un simple échantillon sanguin et d'un traitement préventif, puisque les médicaments existent », explique le professeur Pascal Bousquet, directeur du laboratoire de neurobiologie et pharmacologie cardiovasculaire. Une simple prise de sang et des médicaments suffiraient donc à éviter 400 décès par an... La mort subite touche un bébé sur 2 000, en moyenne, en France.

3 Les causes favorisant la mort du nourrisson

Un quart des décès expliqués sont liés à un problème de couchage. Parmi les 72 décès expliqués, un quart (n=18) était dû à une **asphyxie liée au couchage et/ou à la literie**, et aurait donc pu être évité : enfants coincés entre le matelas trop petit pour le lit et le bord du lit en toile (souvent un lit d'appoint), enfants asphyxiés le nez dans le matelas, en couchage ventral sur support mou (couverture, oreillers, matelas d'adulte) ou enfouis sous une couverture ou couette.

Causes des décès expliqués (n=72)

Causes	% N
Accidents de literie (lit et/ou matelas inadapté)	11,1 (8)
Asphyxie de partage du lit, de couchage ventral ou retournement	13,9 (10)
Infections respiratoires	25,0 (18)
Autres infections dont méningites, péricardite, septicémie...	11,1 (8)
Maladies métaboliques, dont cardiomyopathie, diabète	12,5 (9)
Affections digestives dont déshydratation par gastroentérite	8,3 (6)
Inhalation massive de lait	16,7 (12)
Maltraitance (hématome sous dural)	1,4 (1)

[...] Cette enquête montre qu'un nombre important de décès pourraient être évités chaque année si les nourrissons étaient couchés dans un environnement adapté. Il est urgent de renouveler les campagnes en faveur d'un couchage sécurisé des enfants, pour tous les sommeils et jusqu'à l'âge de 6 mois, car elles n'ont pas été renouvelées depuis les années 1990. Les recommandations devraient être accessibles sur les sites internet des autorités de santé, d'autant qu'elles s'adressent à un public de jeunes parents, utilisateurs de ce média.

INVS, enquête publiée en mars 2011.



Les différents types de projets

Objectifs

1. Énoncer les différents types de projets en précisant leur contexte réglementaire.
2. Caractériser chacun de ces projets.
3. Préciser les différents acteurs impliqués dans un projet.

ACTIVITÉ 1 Les différents types de projets et leur contexte réglementaire

1.1 À l'aide du document 1, compléter le tableau ci-dessous.

Projet	Caractéristiques
Projet d'accueil et d'accompagnement	Imposé aux services sociaux et médico-sociaux pour chaque personne accueillie.
Projet personnalisé d'accompagnement	Obligatoire en institut thérapeutique, éducatif et pédagogique. Fixe les objectifs individualisés de l'accompagnement de chaque enfant.
Projet individualisé d'accompagnement	Prévu dans les services d'accompagnement à la vie sociale et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés. Il prend en compte le projet de vie et comporte des éléments définis par la législation (évaluation des besoins, aide à mettre en place...).
Projet individualisé d'aide et d'accompagnement	Mis en place dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile, il permet de déterminer les prestations à fournir après une évaluation globale des besoins de la personne.
Projet de vie	Permet de formaliser les souhaits de la personne en prenant en compte son activité, sa santé, son mode de vie et ses relations.
Projet personnalisé de scolarisation	Définit les modalités de déroulement de la scolarité et les actions à mettre en place pour répondre aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap.

Document 1 Quelques exemples de projets

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale garantit aux usagers accueillis en structures ou services sociaux ou médico-sociaux des droits et une prise en charge et un accompagnement individualisés de qualité. Cette loi impose un projet d'accueil et d'accompagnement à tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux mais ne précise cependant pas le contenu de ce projet qui est complémentaire du contrat de séjour. Cependant, les appellations de ce projet vont varier en fonction des structures ou services concernés.

La charte des droits et libertés de la personne accueillie, dans son article 2, confirme ce droit : « La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions ».

En institut thérapeutique, éducatif et pédagogique, un projet personnalisé d'accompagnement, adapté à la situation et à l'évolution de chaque personne accueillie, doit être élaboré (Code de l'action sociale et des familles). Ce projet, qui comporte une composante thérapeutique, éducative et pédagogique, doit proposer des modalités d'accompagnement diversifiées et évolutives et déterminer les étapes de la prise en charge.

Dans les services d'accompagnement à la vie sociale et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, un projet individualisé d'accompagnement est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire. Ce projet prend en compte le projet de vie de la personne, son contenu est déterminé par la législation (Code de l'action sociale et des familles) : évaluation des besoins, identification de l'aide à mettre en place, suivi des actions des différents intervenants, modalités d'accompagnement...

Dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile, un projet individualisé d'aide et d'accompagnement est élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne. Les prestations fournies s'inscrivent dans ce projet. Les auxiliaires de vie sociale contribuent à ce projet.



La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoit également trois autres modalités de plans ou projets :

- le projet de vie, qui permet de formaliser avec la personne ses souhaits, est souvent articulé autour de quatre domaines : la santé, le mode de vie, les relations et l'activité. La réalisation du projet de vie, par un accompagnement adapté, doit favoriser le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et faciliter leur accès ;
- le plan personnalisé de compensation recense les besoins de compensation en lien avec le projet de vie de la personne. Il contient l'ensemble des éléments qui permettent la compensation du handicap et peut contenir des recommandations concernant des prestations, des orientations en établissement ou services, des préconisations ou conseils ;
- le projet personnalisé de scolarisation définit les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap.

« Les droits des usagers en structure sociales et médico-sociales » paru en complément des *Actualités sociales hebdomadaires*, n° 2737, du 16 décembre 2011

1.2 Énoncer les différents contextes réglementaires qui imposent l'élaboration de projets individualisés, personnalisés.

- Des lois : loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Des articles inscrits dans le Code de l'action sociale et des familles.
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie.

ACTIVITÉ 2 Les intérêts des projets et les acteurs impliqués

2.1 À l'aide du document 2, relever et classer les intérêts d'un projet personnalisé.

Intérêts pour la personne accueillie : respect de ses droits, personnalisation des prestations qu'on lui fournit (elles doivent obligatoirement répondre à ses besoins), le dialogue avec les professionnels est facilité.

Intérêts pour les professionnels : favorise la coordination entre les différentes actions, permet une meilleure connaissance de la personne accueillie, facilite le travail en équipe et le dialogue avec l'utilisateur ou sa famille.

Le projet permet une évaluation régulière et objective de l'évolution des besoins.

Intérêt pour l'établissement : contribution à la démarche qualité.

2.2 Préciser les différents acteurs impliqués dans la construction et la mise en œuvre d'un projet personnalisé.

- La personne accueillie.
- Sa famille ou son entourage.
- Les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire.
- D'autres professionnels ou partenaires : médecin traitant...

La mise en place d'un projet personnalisé ou individualisé présente des intérêts tant pour le bénéficiaire que pour l'équipe professionnelle et la structure d'accueil.

Un tel projet est garant du respect des droits de l'utilisateur, de ses besoins, de ses attentes et fait de la personne un citoyen à part entière. Il permet de personnaliser les prestations fournies à la personne accueillie, d'adapter les différentes actions aux spécificités de chaque usager. Le projet permet aussi une évaluation constante des besoins, de l'évolution de ceux-ci. C'est également un objet de dialogue entre l'utilisateur, son entourage et le personnel.

Outre ces aspects, le projet personnalisé ou individualisé instaure une réelle coordination entre les différents membres de l'équipe professionnelle et favorise de fait le travail en équipe pluridisciplinaire. C'est un véritable outil au service du professionnel pour les différentes tâches à mener qui permet une meilleure connaissance de l'utilisateur.

Pour l'établissement, ces projets contribuent à la démarche qualité. L'élaboration et la mise en œuvre de projet personnalisé nécessitent l'implication de plusieurs personnes. L'utilisateur doit être acteur de son projet : sa participation n'est pas une obligation mais un droit. Il est le mieux à même de faire part de ses attentes, de ses habitudes de vie et de ses besoins. La famille ou l'entourage seront également sollicités surtout quand la personne n'est pas dans la possibilité de faire part elle-même de ses besoins. Lorsqu'il s'agit d'un mineur, les parents ou le représentant légal doivent être étroitement associés.

Les professionnels qui travaillent au contact de la personne accueillie seront aussi partie prenante de la construction de ce projet. Ils apporteront des informations complémentaires quant aux besoins de l'utilisateur. La notion de professionnels doit s'entendre au sens large et dépasser parfois le cadre strict de la structure d'accueil (ex. : association du médecin traitant).



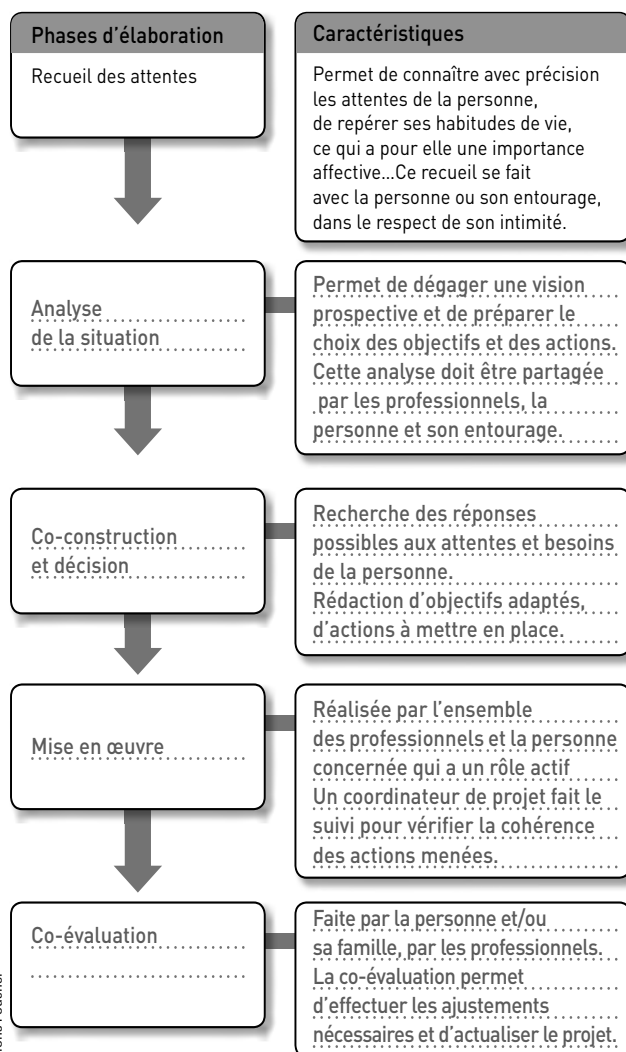
La construction et la mise en œuvre du projet

Objectifs

1. Caractériser les différentes étapes d'élaboration d'un projet personnalisé.
2. Citer des exemples de freins à la mise en place d'un projet.

ACTIVITÉ 1 L'élaboration d'un projet personnalisé

1.1 À l'aide du document 1, compléter le schéma ci-dessous.



Document 1 Les phases d'élaboration

Le recueil des attentes de la personne est une phase essentielle à la construction d'un projet personnalisé. Une relation de confiance doit être établie entre les professionnels, l'utilisateur et son entourage. Les équipes doivent être attentives pour repérer les habitudes de vie des personnes, ce qui a du sens pour elles ou une importance affective. L'expression de la personne doit être facilitée : choix du moment des entretiens, organisation de l'espace, nombre de participants limités... Ce recueil des attentes doit se faire dans le respect de l'intimité de la personne.

L'étude de la situation doit permettre, à partir du recueil des attentes, d'aboutir à une analyse partagée. Cette phase doit permettre de dégager une vision prospective et aider les parties prenantes à préparer le choix des réponses possibles, des objectifs et des modalités des actions.

La phase de co-construction du projet et de décision doit permettre de faire émerger des propositions nouvelles, de rechercher toutes les réponses possibles pour être au plus près de l'attente de la personne. Des objectifs adaptés à la situation de l'utilisateur, concrets, sont alors retenus conjointement.

La mise en œuvre du projet relève de l'ensemble des professionnels et de la personne concernée. Le rôle actif de l'utilisateur dans cette mise en œuvre doit être encouragé.

Pour garantir l'efficacité de cette mise en œuvre, il est souhaitable qu'un professionnel soit désigné coordinateur de projet, il sera alors l'interlocuteur privilégié des parties prenantes. Ce suivi permet de vérifier l'avancée des objectifs et la cohérence des actions proposées. La co-évaluation du projet personnalisé fait partie intégrante de la démarche. Cette co-évaluation est menée par la personne elle-même et/ou sa famille, les professionnels concernés. Les résultats de la co-évaluation permettent d'élaborer de nouveaux objectifs, de modifier les actions proposées, d'effectuer des ajustements et d'actualiser le projet. Le projet personnalisé est évalué au moins une fois par an.

Document rédigé à partir du fascicule « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Les attentes de la personne et le projet personnalisé », ANESM, décembre 2008.

1.2 À partir des documents 2 et 3, lister les intérêts de formaliser par écrit les projets personnalisés.

Le document écrit laisse une trace du cheminement et des décisions prises. Il facilite le suivi du projet personnalisé : on peut se référer aux objectifs, aux actions envisagées... Il rend plus aisée l'évaluation.

1.3 Énoncer les règles à respecter lors de la rédaction d'un projet individualisé ou personnalisé.

Respecter la personne : ne pas écrire des éléments (ex. : attentes, analyses) que la personne ne souhaiterait pas, choisir des termes qui ne sont pas blessants, utiliser un langage compréhensible, éviter l'injonction.

Fournir à la personne ou à son entourage une version papier avec des caractères suffisamment gros (corps 12 ou 14 minimum).

Réserver une partie du document pour que la personne ou les familles puissent apporter des commentaires.

Document 2

La rédaction du projet personnalisé

La loi ne précise pas si la formalisation du projet doit être écrite. Seuls les objectifs et les prestations adaptées à la personne figurent obligatoirement dans le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge.

Mais rédiger l'ensemble du projet permet de produire un document qui fait trace du cheminement et des décisions prises, facilite le suivi puis l'évaluation du projet personnalisé.

Si la personne ne souhaite en aucune manière que ses attentes et analyses soient écrites, ce souhait sera respecté et mentionné dans le document. Écrire dans le respect des personnes : il est recommandé aux professionnels de prendre garde au choix des mots. Ceux-ci valoriseront la dynamique et ne seront pas blessants, notamment dans l'analyse de la situation ou dans la formalisation des objectifs.

Ne pas transformer le projet en injonction : les professionnels éviteront un style trop administratif, ou un vocabulaire trop technique, ou encore de transformer les objectifs en injonction.

Extrait du fascicule « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Les attentes de la personne et le projet personnalisé », ANESM, décembre 2008.

Document 3

Les recommandations pour formaliser le projet personnalisé

- Écrire les points principaux résultant des différents entretiens et réunions.
- Réserver une partie du document aux commentaires et avis de la personne et/ou des familles.
- S'assurer que le document est disponible pour l'ensemble des professionnels concernés.
- Prévoir un exemplaire destiné à la personne sous format papier, avec une police graphique en large version (minimum 12 ou 14).

Extrait du fascicule « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Qualité de vie en EHPAD (volet 1) », ANESM, février 2011.

ACTIVITÉ 2 Les freins à la mise en œuvre d'un projet personnalisé

2.1 Souligner, dans le document 4, les différents freins rencontrés dans la mise en place d'un projet personnalisé.

Document 4

Les projets d'accueil et d'accompagnement en EHPAD

Notre établissement met en place, depuis plus de 10 ans, un projet d'accueil et d'accompagnement pour chaque résident, d'ailleurs appelé « projet personnalisé » par nos équipes.

Au début, cela s'est traduit par quelques réticences pour certains professionnels qui estimaient que la démarche prenait beaucoup trop de temps en réunions de synthèse, réunions d'équipe et entretiens. Ils estimaient qu'ils n'étaient pas formés à une telle démarche surtout pour le recueil des attentes et besoins et la formalisation du document. Des journées de formation ont pallié cet aspect.

La relation triangulaire personne accompagnée/famille/professionnels est parfois délicate : il faut éviter les jugements de valeur, certains professionnels appréhendent la place importante que peut prendre la famille, ils craignent de perdre de leur autonomie dans leur activité professionnelle. Ils doivent accepter ce partenariat et se remettre en cause.

Le recueil des besoins ou attentes des usagers est difficile quand les relations avec la personne sont perturbées par des pathologies : par exemple lorsque l'usager est atteint de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé et que l'entourage est très éloigné.

Il faut parfois trouver des compromis entre les besoins et les attentes de l'usager et les contraintes de la structure d'accueil : il n'est pas toujours possible de proposer toutes les prestations dans le respect des habitudes de la personne, par exemple, les horaires des repas ne peuvent être individualisés.

Cependant, avec le recul, la mise en œuvre de projets personnalisés est entrée dans nos habitudes, les personnes accueillies et les familles y sont attachées, les professionnels y reconnaissent un véritable intérêt dans leur travail de chaque jour. Ces projets sont partie intégrante de la qualité des prestations de notre établissement.





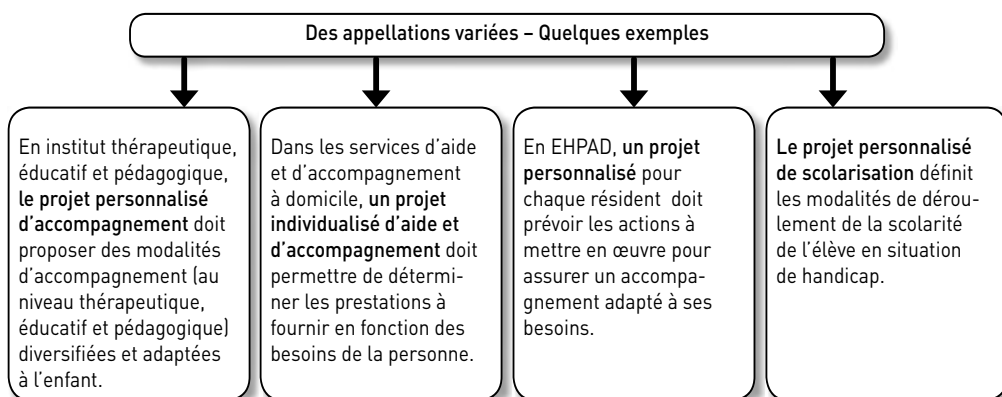
Les différents types de projet et leur mise en œuvre

1 Les différents projets

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a imposé à tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux l'élaboration d'un projet d'accueil et d'accompagnement pour chaque personne accueillie.

Ce projet a pour principal objectif de garantir à l'usager une prise en charge et un accompagnement individualisés. Dans les faits, selon les structures et les services, les appellations de ce projet sont multiples.

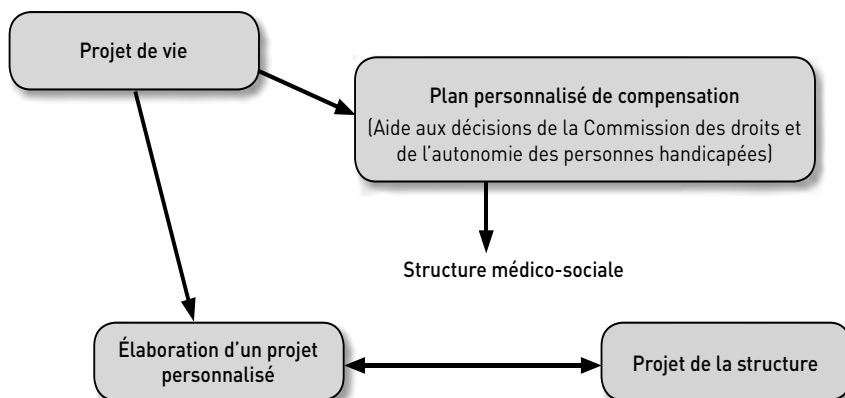
La loi de février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoit également des projets.



Le projet de vie, demandé dans la loi de février 2005 pour les personnes handicapées, recouvre une notion plus large : il permet de formaliser les souhaits de la personne en prenant en compte quatre domaines : sa santé, son mode de vie (lieu de vie...), ses relations (famille, entourage), son activité (professionnelle, projet de scolarisation...).

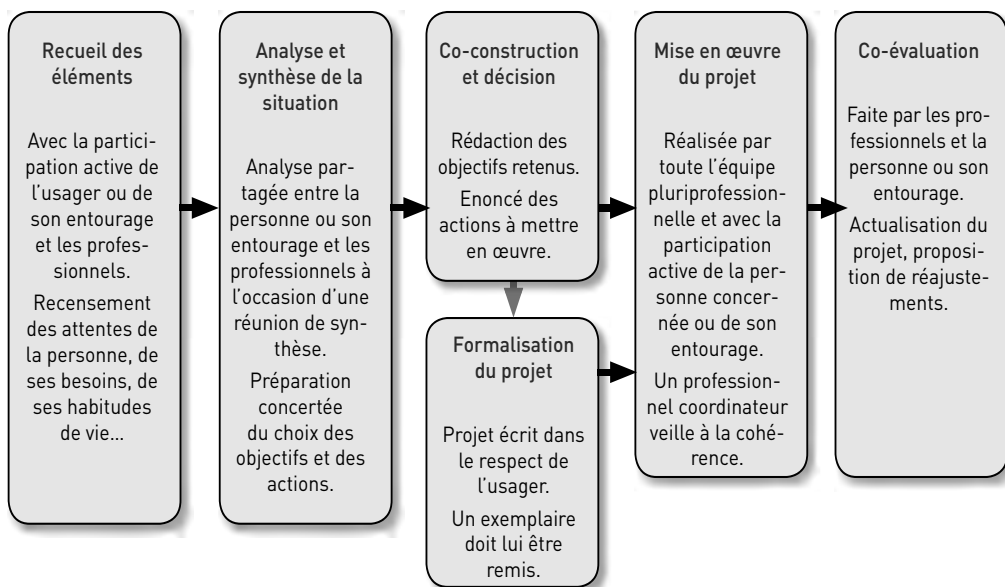
Ces projets s'articulent toujours avec les projets du service ou de l'établissement.

Exemple d'articulation de différents projets pour une personne handicapée vivant en structure



2 L'élaboration d'un projet personnalisé ou individualisé

Quel que soit le nom du projet, son élaboration et sa mise en œuvre passent par des étapes incontournables



Les parties prenantes dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet sont :

- la personne accueillie : sa participation est un droit, on ne peut pas l'obliger si elle ne le souhaite pas ;
- sa famille ou son entourage : surtout si la personne n'est pas en mesure de participer ;
- l'équipe pluriprofessionnelle ;
- d'éventuels partenaires extérieurs à la structure (ex. : médecin traitant...).

Tous ces projets ont un réel intérêt dans l'individualisation de la prise en charge et constituent une démarche dynamique d'accompagnement adapté à l'utilisateur. Ils sont un véritable support relationnel et favorisent le travail en équipe.

3 Les freins à l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet personnalisé ou individualisé

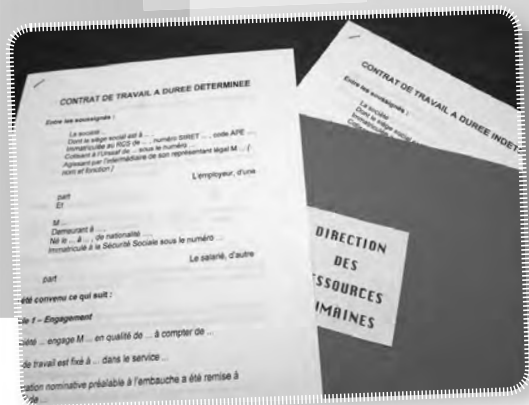
Certains éléments peuvent freiner l'élaboration et la mise en œuvre des projets personnalisés.

La relation triangulaire personne accueillie/famille ou entourage/professionnels est parfois délicate. Les professionnels peuvent être réticents à partager certaines décisions avec la personne ou son entourage, la famille peut ne pas comprendre que l'on ne puisse pas accéder à toutes ses demandes.

Il est nécessaire, dans certaines situations, de trouver des compromis entre les besoins et les attentes de la personne et ce que la structure ou l'établissement d'accueil peut réellement mettre en place : certains choix peuvent générer un sentiment de frustration.

Le recueil des besoins et attentes de l'utilisateur n'est pas toujours aisé quand la personne, en raison de pathologies, n'est pas en mesure de s'exprimer et qu'elle n'a pas de famille ou d'entourage proche.

Certaines équipes estiment par ailleurs que la démarche prend beaucoup de temps.



Le contrat de travail, la durée et les congés, le salaire

Objectifs

1. Identifier les éléments d'un contrat.
2. Citer les différentes formes de rupture et présenter les modalités de licenciement et de son indemnisation.
3. Énoncer la durée du travail, les différents types de congés et les modalités de fixation et de paiement des salaires.

ACTIVITÉ 1 Le contrat de travail

1.1 Surligner les éléments d'un contrat de travail à domicile à partir du document 1.

Document 1 Le contrat de travail d'Antonio

Entre les soussignés : L'association ADMR (L'association du service à domicile) de ... représentée par ... agissant en qualité de présidente et Monsieur Antonio B. né le 14 avril 1978 à Lille, de nationalité française.

Article 1 : Le salarié est engagé en qualité d'auxiliaire de vie à compter du 01 juin 2009

Article 2 : Cet engagement deviendra définitif à l'issue d'une période d'essai d'un mois, soit 30 jours calendaires.

Article 3 : Le salarié exercera ses fonctions chez les personnes qui lui seront désignées par l'association et dans le secteur géographique de l'association.

Article 4 : Le salarié bénéficie d'un congé annuel payé conformément aux dispositions en vigueur, soit 30 jours ouvrés par an. [...]

Article 5 : La durée mensuelle de travail du salarié est de 100 heures. La durée mensuelle de travail effectif pourra varier [...] entre 66,5 et 133,5 heures [...] à condition que sur un an, la durée mensuelle n'excède pas en

moyenne la durée mensuelle stipulée au contrat.

En contrepartie de son activité, le salarié percevra une rémunération de 296 points (valeur du point : 5,302 €).

Article 5 bis : Les horaires de travail sont précisés aux salariés lors de la notification du planning d'intervention. Dans le but d'assurer la continuité des activités à domicile, le salarié peut être amené à travailler les dimanches et jours fériés...

Article 9 : Le présent contrat est à durée indéterminée. Il pourra y être mis fin par écrit par l'une ou l'autre des parties en observant un préavis de ... prévu par la convention collective, sauf en cas de faute grave ou lourde.

Article 10 : Le salarié s'engage à suivre les formations organisées par l'employeur.

Article 12 : [...] Le salarié est tenu à la discrétion professionnelle et de ne pas divulguer tout ce dont il aura eu connaissance au cours de son travail.

1.2 En s'aidant du document 2, indiquer la forme de rupture dans les cas suivants.

Nouara renonce à son poste de maîtresse de maison car elle suit son mari qui est muté à Nice	Démision
Adèle perd son emploi d'auxiliaire de vie car elle a volé des bijoux au domicile d'une personne.	Licenciement pour faute grave
Abel, aide-soignant dans une maison de retraite, perd son emploi suite à une restructuration.	Licenciement économique
Mon employeur m'a déclassé sans m'en parler, me confie peu de tâches et a baissé mon salaire.	Résolution judiciaire
Le directeur a fait part à Claudine, responsable d'hébergement, de mettre fin à son contrat de travail et elle ne s'y est pas opposée.	Rupture conventionnelle

Document 2 Les formes de rupture du contrat de travail

La démission est l'acte par lequel le salarié met un terme au contrat de travail, celui-ci est libre de démissionner à tout moment, à la condition de respecter un délai de préavis.

Le licenciement est la résiliation du contrat de travail à l'initiative de l'employeur. Deux types de licenciement : inhérent à la personne du salarié ou pour motif personnel (pour cause réelle et sérieuse, faute grave ou lourde) ou économique (pour difficultés économiques, restructuration, réorganisation, cessation d'activité...).

La loi de modernisation du marché du travail du 25 juin 2008 a ins-

tauré un nouveau mode de rupture du contrat de travail : la rupture conventionnelle, procédure qui permet à l'employeur et au salarié de convenir d'un commun accord des conditions de la rupture du contrat de travail. Elle ne peut être imposée par l'une ou l'autre partie et résulte d'une convention signée par l'employeur et le salarié, qui atteste de leur consentement mutuel.

La résolution judiciaire du contrat de travail est un mode de rupture du contrat de travail exercé par les juges au motif de l'inexécution, par l'une des parties au contrat, de ses obligations.

1.3 À l'aide du document 3, donner les étapes importantes dans la procédure de licenciement d'Abel et souligner les indemnités que ce salarié est en droit de toucher.

- 1ère étape : Abel doit être convoqué à un premier entretien préalable
- 2ème étape : Puis Abel sera convoqué à un entretien par lettre recommandée avec accusé de réception
- 3ème étape : Cinq jours après réception de la lettre, Abel sera entretenu
- 4ème étape : Il recevra la notification du licenciement par lettre recommandée avec accusé de réception

Document 3

Les modalités de licenciement et son indemnisation

La procédure de licenciement comprend 3 étapes mais l'employeur doit d'abord s'entretenir avec le salarié.

La convocation à l'entretien
Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou en main propre contre décharge. La lettre doit informer le salarié des raisons de son licenciement.

L'entretien
L'employeur expose les motifs du licenciement. Il ne peut avoir lieu avant 5 jours ouvrables après réception de la lettre.

La notification
Envoi en recommandé (1 ou 2 jours après l'entretien) avec accusé de réception. Elle doit impérativement contenir l'énoncé des motifs

L'employeur doit en informer le Directeur Départemental du Travail et de l'Emploi dans les 8 jours suivant la lettre de licenciement. Tout licenciement oblige à indemnisation : L'indemnité de licenciement ne peut être inférieure à 1/5ème de mois de salaire par année d'ancienneté, plus 2/15ème de mois par année au-delà de 10 ans d'ancienneté ; l'indemnité de préavis (si non respect) et l'indemnité compensatrice de congés payés et d'ancienneté.

ACTIVITÉ 2 La durée du travail et les congés

- 2.1 À l'aide des documents 1 à 4, indiquer la durée annuelle et les durées mensuelles possibles d'Antonio.
Durée annuelle = 100 x12=1200h et les durées mensuelles peuvent varier 66,5 h à 133,5 h
- 2.2 Indiquer le type de congés dont peut bénéficier chacune de ces personnes et la durée.
Florent, aide soignant à l'hôpital, souhaite prendre un congé pour s'occuper de ses enfants.
Congé parental d'éducation d'une durée maximum d'un an avec prolongation possible jusqu'aux trois ans de l'enfant
- Maélise, aide-soignante à domicile, et Marin, commercial, souhaitent se marier.
Congé pour événements familiaux. Maélise aura droit à un congé de 5 jours alors que Marin n'aura que 4 jours.

Document 4

La durée du travail et les congés

La durée légale du travail est fixée à 35 heures par semaine mais le travail à domicile est souvent à temps partiel.
Les différents congés sont :

Code du travail article L. 3142-1	Convention collective des salariés de l'ADMR
- congés payés : 30 jours	5 jours ouvrés
- mariage : 4 jours	4 jours ouvrés
- naissance ou adoption d'un enfant : 3 jours	5 jours ouvrés
- décès d'un enfant ou du conjoint : 2 jours	Parents : 3 jours ouvrés, beau-parent : 2 jours
- décès d'un père, d'une mère, d'un beau-parent : 2 jours	Ce congé ne devra pas dépasser trois ans.
- parental d'éducation : durée initiale d'un an maximum, mais prolongation possible (2 fois) jusqu'à la date des 3 ans	

Les congés spéciaux : de formation, de maternité ou d'adoption, de paternité, pour enfant ou conjoint malade, maladie, jours fériés.

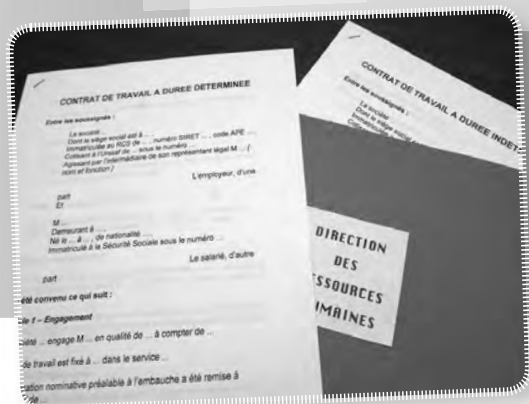
ACTIVITÉ 3 Le salaire

- 3.1 Souligner dans le document 5 les deux points importants pour le calcul du salaire.
- 3.2 En s'aidant des documents 1 et 5, calculer le salaire mensuel brut d'Antonio.
296 x 5.302 = 1569,39 euros pour 151.6h donc 1042,09 euros pour 100 heures

Document 5

Les modes de calcul du salaire

L'élément principal de la rémunération d'un agent de la fonction publique hospitalière est constitué du traitement indiciaire qui est calculé en fonction du grade et de l'échelon. L'indice obtenu est multiplié par la valeur du point d'indice du grade et de l'échelon. L'indice obtenu est multiplié par la valeur du point d'indice (au 1er janvier 2012 : 4,6303€). Les grilles de rémunération des salariés à domicile sont négociées au sein de la convention collective de la branche. Un nombre de points est attribué en fonction du grade et de l'ancienneté et la valeur du point est révisée régulièrement (au 1er janvier 2012 : 5,302€).



La formation tout au long de la vie et la convention collective

Objectifs

1. Repérer les différents dispositifs existants et préciser leurs objectifs et les principales conditions de leur mise en œuvre
2. À partir de conventions collectives du secteur professionnel, énoncer leurs rôles et leurs effets.

ACTIVITÉ 1 Les différents dispositifs de formation tout au long de la vie

1.1 Après lecture des documents 1 et 2, compléter le tableau ci-dessous.

Situations	Type et dispositif de formation
Aurélié est assistante en soins et santé en maison de retraite depuis 3 ans. Son responsable lui demande de suivre une formation sur la maladie d'Alzheimer.	Formation demandée par le directeur qui fait partie du plan de formation de l'entreprise. Aurélié est en mission professionnelle et sera rémunérée par son entreprise.
Rachida, AMP depuis 4 ans dans un centre pour handicapés mentaux, demande à suivre un stage de 2 jours pour stimuler la mémoire des personnes désorientées.	Formation demandée par la salariée qui nécessite l'accord de son employeur. Il s'agit du droit individuel à la formation qui est de 20h par an, donc elle remplit les conditions.
Tatiana, titulaire du bac Pro ASSP et aide-soignante depuis 2 ans, s'occupe de personnes âgées et handicapées. Elle souhaiterait devenir maîtresse de maison.	Tatiana peut demander un bilan des compétences afin de définir son nouveau projet professionnel. Action permise dans le plan de formation de l'entreprise.
Claude, aide-soignant depuis 3 ans en maison de retraite, souhaite devenir assistant de soins en gérontologie au sein d'un SSIAD.	Claude a droit à un congé individuel de formation pour suivre à son initiative une formation afin de changer d'emploi. (formation de 140 h).
Arthur est auxiliaire de vie sociale depuis 7 ans en maison de retraite et souhaiterait accéder à la fonction d'aide-soignant.	Arthur peut faire reconnaître son expérience par une VAE afin d'obtenir le diplôme d'aide-soignante. Ceci dans le plan de formation de l'entreprise.

Document 1 Les actions de formation à l'initiative de l'employeur (le plan de formation de l'entreprise)

Quelles que soient les entreprises, les salariés peuvent suivre, au cours de leur vie professionnelle, des actions de formation professionnelle continue. Le départ en formation peut s'effectuer dans le cadre du plan de formation de l'entreprise.

- | | | |
|--|---|--|
| <p>1. Des actions de formation en fonction de l'intérêt de l'entreprise et de ses objectifs, mises en place suite à un recensement des besoins et une consultation des représentants du personnel. Le salarié en mission professionnelle est rémunéré par l'entreprise.</p> | <p>2. L'accès au bilan de compétences vous permet de faire le point sur les acquis, les aptitudes et motivations et de définir un nouveau projet professionnel. Votre consentement est nécessaire.</p> | <p>3. La validation des acquis de l'expérience (VAE) est la reconnaissance de l'expérience professionnelle, sociale et/ou bénévole (au moins trois ans) pour l'acquisition d'un titre ou d'un diplôme à finalité professionnelle. Cette expérience est validée par un jury.</p> |
|--|---|--|

Document 2 Les actions de formation à l'initiative du salarié

Des actions nécessitant l'accord de l'employeur

Le droit individuel à la formation (DIF) a pour objectif de permettre à tout salarié en CDI, ayant au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise, de bénéficier de formations professionnelles rémunérées ou indemnisées et suivies pendant ou en dehors du temps de travail (20h/an cumulables sur 6 ans.)

**Mesures
nécessitant
l'autorisation
d'absence de
l'employeur**

Le congé individuel de formation (CIF). Le salarié peut, durant un an maximum, au cours de sa vie professionnelle, suivre à son initiative et à titre individuel, des formations ou préparer et passer un examen afin d'accéder à une qualification supérieure, changer d'emploi... Pour cela il doit justifier d'une ancienneté de 24 mois consécutifs ou non en tant que salarié dont 12 mois dans l'entreprise. Pendant le congé, le bénéficiaire reste salarié de son entreprise et le financement du congé est assuré à 80 % par des organismes paritaires agréés par l'État.

ACTIVITÉ 2 La convention collective

2.1 À l'aide du document 3, indiquer les avantages pour Karine de travailler à domicile.

Karine est assistante de soins en gériatrie au SSIAD de Nancy.

Karine bénéficiera d'une augmentation de rémunération ou d'un repos compensateur pour travail du dimanche ou jour férié. Elle aura un régime complémentaire santé qui lui facilitera l'accès aux soins. Après 5 ans d'ancienneté, elle profitera de congés supplémentaires.

2.2 En déduire les rôles d'une convention collective.

La convention collective complète et améliore les dispositions du code du travail. Elle met en place des avantages qui n'y sont pas prévus, tels qu'un régime de prévoyance, ou des congés supplémentaires. Dans les domaines où le Code du travail ne fixe pas de règles impératives comme le travail du dimanche, elle organise des règles particulières au secteur d'activité.

2.3 À qui s'adresse cette convention collective ?

L'application du texte est obligatoire par tous les employeurs, et concerne tous les salariés entrants dans son champ professionnel et territorial sans considération d'appartenance aux organisations signataires ou adhérentes. Elle doit donc s'appliquer à tous les salariés du domicile.

Ses dispositions s'appliquent désormais à l'ensemble des structures de la branche de l'aide à domicile. La convention unique de branche va permettre à l'ensemble des salariés d'accéder à de nouveaux droits, à un dispositif de professionnalisation renforcé et à une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie privée.

Articles du Code du travail

Article L.3121-34 La durée quotidienne du travail effectif par salarié ne peut excéder dix heures, sauf dérogations accordées dans des conditions déterminées par décret.

Article L.3122-39 Les travailleurs de nuit bénéficient de contreparties au titre des périodes de nuit pendant lesquelles ils sont employés sous forme de repos compensateur et, le cas échéant, sous forme de compensation salariale.

Article L.3131-1 Tout salarié bénéficie d'un repos quotidien d'une durée minimale de onze heures consécutives.

Contrairement à une idée largement répandue, la loi ne prévoit aucune majoration de salaire le dimanche. La loi ne prévoit pas non plus de système basé sur le volontariat.

L'employeur n'est pas dans l'obligation d'offrir une couverture de prévoyance complémentaire à ses salariés.

Le Code du travail n'accorde pas de congés supplémentaires en fonction de l'ancienneté du salarié. Les dispositions du Code du travail se limitent à fixer le nombre de congés payés à 30 jours ouvrables par année.

La convention collective nationale de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile

Article 5.1.3. La durée journalière du travail ne peut dépasser 10 heures. Le repos de nuit ne peut être inférieur à 11 heures. Les nécessités du service [...], justifient les variations de l'horaire journalier de travail. Les temps d'organisation, de coordination et de soutien mis en place par les employeurs (réunions de service...) sont désormais intégrés dans le temps de travail effectif. Les travailleurs de nuit ont une contrepartie en repos de 5 % des heures travaillées pendant la plage nocturne.

Article 5.1.2 Travail du dimanche et des jours fériés. Les salariés bénéficient de 2 jours de repos par semaine, en principe consécutifs, sauf besoins impérieux du service. Une majoration de la rémunération du travail du dimanche, avec la possibilité de créer des équipes dédiées au travail de fin de semaine, sur la base du volontariat des salariés. Les heures travaillées le dimanche ou un jour férié donnent lieu soit à une majoration de salaire soit à un repos compensateur.

La mise en place d'un régime de complémentaire santé obligatoire, facilitant l'accès aux soins pour les salariés.

Les salariés bénéficient de congés d'ancienneté (pour 5 ans d'ancienneté, un jour ouvré supplémentaire).



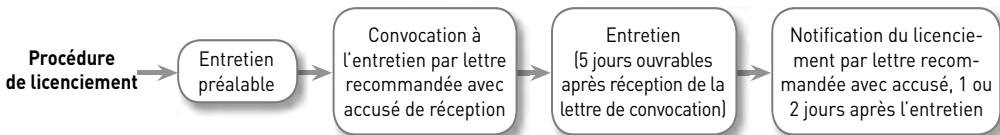
Le contrat de travail, la formation et la convention collective

1 Le contrat de travail, la durée du travail, les congés, le salaire

1.1 Le contrat de travail

Le contrat de travail est un type de contrat par lequel une personne (employé) s'engage à effectuer un travail pour une autre (employeur) moyennant une rémunération. Il est rédigé par écrit, signé librement par les deux parties et crée des droits et des obligations réciproques pour chacune des parties. Il contient les éléments suivants : l'identité des parties, la date du début et la durée de la période d'essai, la qualification professionnelle et la fonction occupée par le salarié, la rémunération, la durée du travail et les horaires, le repos hebdomadaire et les congés payés, la durée du préavis, la convention collective, la nature du contrat... On distingue :

Le contrat à durée déterminée	Contrat limité dans le temps, qui cesse à la date ou à échéance prévues à l'embauche, mais ne peut en principe être rompu avant.
Le contrat à durée indéterminée	Ne prévoit pas la date à laquelle il prend fin et peut être rompu à tout moment par le salarié (démission) ou par l'employeur (licenciement), ou d'un commun accord entre les deux parties (rupture conventionnelle).



L'indemnité minimale de licenciement ne peut être inférieure à 1/5^e de salaire mensuel de référence par année d'ancienneté, auquel s'ajoutent 2/15^e de salaire mensuel par année au-delà de 10 ans d'ancienneté. À laquelle s'ajoutent l'indemnité compensatrice de congés payés et l'indemnité de préavis en cas de non-respect.

1.2 La durée du travail

Fixée à 35 heures hebdomadaires pour tous les salariés de jour (32 h 30 pour ceux de nuit), la durée légale du travail effectif est une durée de référence. La plupart des employés à domicile ont des contrats à temps partiel. Pour assurer la continuité des soins à domicile ou en établissement, des contraintes temporelles s'imposent comme le travail le dimanche, des jours fériés... En cas de travail continu, la durée quotidienne ne peut excéder 9 heures.

1.4 Le salaire

Le salaire du personnel de la fonction publique hospitalière est calculé à partir d'une base indiciaire qui tient compte du diplôme, de l'emploi et de l'ancienneté (**coefficient indiciaire x valeur du point fixée régulièrement**).

Le salaire des employés à domicile tient compte de la qualification et de l'ancienneté mais ne peut être inférieur ni au SMIC horaire, ni aux minimaux prévus dans la convention collective (**nombre de points x valeur d'un point**).

D'autres emplois comme celui de maîtresse de maison, reconnu depuis 2003 dans la convention collective des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées (convention du 15/03/66), font l'objet de négociations au sein de la convention. Les salaires sont versés une fois par mois par chèque ou par virement bancaire ou postal.

1.3 Les congés

Les différents types de congés :

- **Congés payés** à raison de 2,5 jours ouvrables par mois de travail effectué.
- **Congés tenant à la vie familiale** : congé pour événements familiaux, maternité, parental d'éducation, pour enfant malade, d'adoption, de naissance, de paternité.
- **Congés pour besoins personnels** : congé pour création d'entreprise, sabbatique, de formation professionnelle, sans solde...

SALARIE

2 La formation tout au long de la vie dans le secteur sanitaire et social et la convention collective

Quelles que soient les entreprises, les salariés peuvent suivre, au cours de leur vie professionnelle, des actions de formation professionnelle continue.

L'employeur peut proposer **dans le cadre du plan de formation de l'entreprise** :

- des actions d'adaptation au poste de travail ou liées à l'évolution ou au maintien dans l'emploi (ex. accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, lutte contre les infections nosocomiales...);
- des actions de développement des compétences des salariés.

• **Les actions nécessitant le consentement préalable du salarié.**

Le bilan de compétences	La validation des acquis de l'expérience (VAE)
<ul style="list-style-type: none"> - Avoir cinq années d'ancienneté dont 12 mois au sein de l'entreprise. - Le demander ou donner son consentement. <p>Il permet d'analyser ses compétences et aptitudes professionnelles et personnelles, ses motivations dans le cadre d'un projet.</p>	<p>C'est une mesure qui permet à toute personne, quels que soient son âge, son niveau d'étude ou son statut, de faire valider les acquis de son expérience pour obtenir une certification professionnelle. Trois ans d'expérience en rapport avec le contenu de la certification visée sont nécessaires (ex. : aide-soignant, auxiliaire de vie sociale, aide médico-psychologique, auxiliaire de puériculture...).</p>

Les actions de formation à l'initiative du salarié

• **Le congé individuel de formation (ou CIF)** est un congé d'un an maximum qui permet à tout travailleur (ayant une ancienneté de 24 mois consécutifs ou non en tant que salarié dont 12 mois dans l'entreprise) de suivre durant un an maximum au cours de sa vie professionnelle, à son initiative et à titre individuel, des actions de formation qui peuvent lui permettre :

- de changer d'activité ou de profession (ex. : Ambulancier(e) → Aide-Soignante) ;
- d'acquérir une nouvelle qualification ou une qualification supérieure (ex. : Agent hospitalier de stérilisation - infirmier → infirmier anesthésiste) ;
- de perfectionner et élargir ses compétences.

Pendant ce congé, le contrat de travail n'est pas rompu mais suspendu.

La formation est rémunérée par des organismes paritaires agréés par l'État (Fongecif, Opacif...).

• **Le droit individuel à la formation (ou DIF)** est un capital d'heures, déterminant des droits à formation, dont tout salarié en CDI ayant au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise peut disposer à son initiative, mais avec l'accord de son employeur. Il peut permettre d'acquérir des compétences utiles dans un autre emploi ou dans une évolution de carrière, d'adapter ses compétences aux évolutions de son métier, de préparer l'obtention d'un diplôme ou d'une certification, (ex. : formation en hygiène en milieu hospitalier- gestion d'une équipe en milieu hospitalier).



3 La convention collective

C'est un accord écrit issu d'une négociation entre :

- d'une part, les syndicats de salariés ;
- et, d'autre part, les organisations patronales.

Son rôle est de compléter et d'adapter les dispositions existantes du Code du travail et d'organiser des règles particulières (conditions d'emploi et de travail des salariés, salaires minimaux, congés, régimes de prévoyance...) au secteur d'activités ou à l'entreprise. Les conventions ne peuvent être moins favorables aux salariés que le Code du travail. On peut donc dire que la convention collective est une sorte de « Code du travail amélioré » propre à un secteur d'activités. Une convention collective comprend en général un texte de base et des avenants, accords ou annexes, résultant de modifications périodiques.

L'extension résulte d'une décision du ministre du Travail qui a pour effet de rendre une convention collective de branche obligatoire pour toutes les entreprises entrant dans son champ d'application (ex. : La convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement des soins et services à domicile appliquée depuis le 1^{er} janvier 2012).

La certification et les organismes de référence

● Objectifs

1. Définir et énoncer les principes et les objectifs de la certification dans le secteur sanitaire et médico-social.
2. Citer les organismes de référence (HAS, ANESM, FHP, FHF) et préciser deux missions pour chacun.

ACTIVITÉ 1 La certification

1.1 Après lecture du document 1, donner une définition du mot « certification ».

Certification : procédure externe à l'établissement qui vise à s'assurer que les établissements mettent en place un système d'amélioration de la qualité (démarche qualité) selon des critères précis.

Document 1 La certification en établissement de santé

L'article L. 6113-3 du Code de la santé publique : afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée « certification ». Cette procédure, conduite par la Haute-Autorité de Santé (HAS), vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou de plusieurs services, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services.

La procédure de certification vise à s'assurer que les établissements déploient en leur sein un système d'amélioration de la qualité de la sécurité des soins et qu'il répond aux critères définis dans le manuel de certification élaboré par la HAS.

Extrait du site : ars.fr

1.2 À l'aide du document 2, compléter le tableau ci-dessous en mentionnant au moins deux principes.

Principes de la certification	Objectifs de la certification
<ul style="list-style-type: none"> - Délivrer une information accessible et claire à destination des usagers. - Créer des conditions d'un intérêt à agir pour les professionnels de santé. - Assurer son rôle dans la régulation des établissements de santé par la qualité. 	<p>La certification vise à améliorer la qualité des soins fournis par les établissements de santé (hôpitaux, cliniques) et à mettre à disposition du public une information sur la qualité des prestations délivrées par ces établissements.</p>

1.3 Préciser la source du document 2.

Le document 2 a pour source la Haute-Autorité de Santé (HAS).

Document 2 L'historique de la certification

La procédure de certification s'adapte en permanence aux exigences en matière de qualité et de sécurité des soins. La première procédure d'accréditation date de juin 1999. Elle visait à promouvoir la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé.

Les différentes thématiques appréciées sont : la politique et la qualité du management, les ressources humaines, les fonctions hôtelières et logistiques, l'organisation de la qualité et de la gestion des risques, la qualité et la sécurité de l'environnement, le système d'information, la prise en charge du patient.





Un de ses axes prioritaires porte sur l'évaluation des pratiques professionnelles [...].

La certification doit : délivrer une information accessible et claire à destination des usagers ; renforcer sa place en tant qu'outil de management interne aux établissements ; créer des conditions d'un intérêt à agir pour les professionnels de santé ; assurer son rôle dans la régulation des établissements de santé par la qualité.

[...] Le dispositif de certification vise à améliorer la qualité des soins fournis par les établissements de santé et à mettre à disposition du public une information sur la qualité des prestations délivrées.

Extrait du site internet de la Haute-Autorité de Santé (HAS)

1.1 À l'aide du document 3, citer deux missions des organismes cités en les rapportant dans le tableau ci-dessous.

Organisme	Deux missions
 HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	<ul style="list-style-type: none">- Améliorer la qualité du système de santé.- Promouvoir les bonnes pratiques.
 Agence Nationale d'Évaluation Sociale et Médico-sociale	<ul style="list-style-type: none">- Dynamiser une culture de l'évaluation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.- Contribuer au développement des bonnes pratiques professionnelles.
 FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE	<ul style="list-style-type: none">- Informer, conseiller et assister ses adhérents en matière économique, juridique et sociale.- Représenter les cliniques et hôpitaux privés auprès des tutelles.
 FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE	<ul style="list-style-type: none">- Défendre les valeurs qui fondent le service public hospitalier.- Faire des analyses sur les grands dossiers de l'actualité hospitalière.

Document 3 Quelques exemples d'organismes de référence

La Haute-Autorité de Santé est une autorité publique indépendante à caractère scientifique, créée en 2004 afin de contribuer au maintien d'un système de santé solidaire et au renforcement de la qualité des soins, au bénéfice des patients. Elle agit pour améliorer la qualité du système de santé afin d'assurer à tous un accès durable et équitable à des soins aussi efficaces, sûrs et efficaces que possible. De plus, elle vise à promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des usagers et participe également à l'amélioration de la qualité de l'information médicale.

Créée en 2007, l'ANESM est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la loi du 2 janvier 2002.

Une des principales missions de l'ANESM est sans aucun doute de dynamiser une culture de l'évaluation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Il est indéniable que l'un de ses objectifs est de contribuer à tendre vers une harmonisation des pratiques dans le secteur social et médico-social. L'ANESM contribue au développement des bonnes pratiques professionnelles, par exemple, la bientraitance vis-à-vis des résidents des établissements. Enfin, l'ANESM a la compétence d'habiller les organismes extérieurs pour l'évaluation externe.

Regroupant 1 100 établissements, la FHP représente les cliniques et hôpitaux privés de France. Organisée en syndicats régionaux et en syndicats de spécialités, la FHP est l'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics sur les grands thèmes qui engagent l'avenir du système de santé.

La FHP assume un double rôle :

- elle informe, conseille et assiste ses adhérents en matière économique, juridique et sociale ;
- elle représente les cliniques et hôpitaux privés auprès des tutelles, du ministère et des syndicats de salariés de la branche.

Créée en 1924, la FHF réunit plus de 1 000 établissements publics de santé et autant de structures médico-sociales, soit la quasi-totalité des établissements du secteur public. Elle a pour rôles de défendre les valeurs qui fondent le service public hospitalier, d'informer et de conseiller les professionnels à travers différents supports de communication et fait des analyses sur les grands dossiers de l'actualité hospitalière.



La procédure de certification

● Objectifs

1. Présenter les missions de la HAS dans le processus de certification.
2. Énoncer les étapes de cette procédure.

ACTIVITÉ 1 Les missions de la HAS dans le processus de la certification

1.1 Cocher les bonnes réponses.

Dans le cadre de la certification, l'HAS :

- ☒ Évalue les pratiques professionnelles des soignants.
- ☐ Délivre une information qui n'est pas accessible aux usagers.
- ☒ Contribue à améliorer la qualité des soins au sein des établissements de santé.
- ☒ Améliore l'information médicale.
- ☒ Veille à répondre aux attentes des usagers.
- ☐ Établit un rapport transmis à l'assurance-maladie.



ACTIVITÉ 2 Les étapes de la procédure de certification

2.1 Replacer correctement, dans chaque bulle du document 1, l'étape de la procédure de certification correspondante (voir liste ci-dessous) de 1 à 4, selon leur ordre chronologique.

- L'entrée dans la procédure de certification.
- L'auto-évaluation de l'établissement de santé.
- La visite de certification.
- La conclusion de la procédure de certification et le rapport de certification.

2.2 Définir le terme « auto-évaluation ».

Les professionnels de l'établissement effectuent eux-mêmes leur propre évaluation.

Document 1 Comment se déroule la procédure de certification ?

3. La visite de certification :

Elle est conduite par des experts-visiteurs, des professionnels de santé formés à leur mission par la HAS.

La finalité est d'objectiver le niveau de qualité atteint et l'existence d'une dynamique d'amélioration.

1. L'entrée dans la procédure de certification :

L'établissement adresse à la HAS les informations permettant de définir le périmètre de sa démarche et de planifier sa visite.

4. La conclusion de la procédure de certification et le rapport de certification :

Un rapport est établi par les experts-visiteurs à l'issue de la visite.

Un plan d'actions, une visite de suivi sur certaines thématiques seront à mettre en place dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

À l'issue de la procédure, le rapport est transmis à l'établissement de santé, à l'ARS compétente et consultable sur le site Internet de la HAS.

2. L'auto-évaluation de l'établissement de santé :

Étape essentielle de la procédure de certification. Les professionnels de l'établissement effectuent leur propre évaluation de la qualité sur la base d'un référentiel et définissent les plans d'actions à mettre en œuvre.


ACTIVITÉ 3 L'auto-évaluation

3.1 Le document 2 présente des situations vécues quotidiennement au sein d'une structure lors d'une auto-évaluation, à vous de donner un élément correctif pour chacune d'elles.

Document 2


Situations quotidiennes en structure

1. Domaine de l'hygiène




« Le linge souillé est mélangé avec le linge ordinairement sale. »

2. Domaine des repas




« 10 jours à manger des repas horribles ! Ouf, je rentre enfin. »

3. Le patient/L'usager




« Il faut toujours qu'elle me coiffe à sa manière ! »

4. Accueil téléphonique



« C'est mon premier jour, je ne sais pas quoi répondre. »

5. Prise en charge du patient

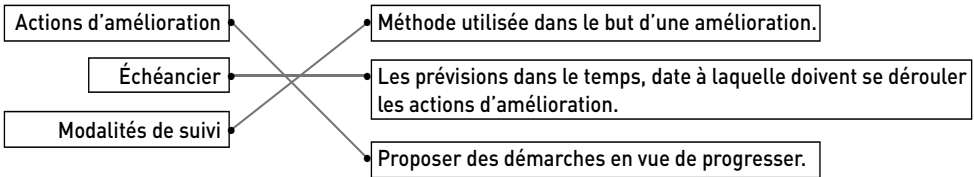


« J'ai tellement mal... »

« Comment puis-je l'aider ? »

- 1. Différenciation entre le linge propre et souillé (sacs de couleur) au moment du ramassage. Dans la machine à laver, lavage en sac hydrosoluble pour le linge contaminé ou souillé.
- 2. À chaque départ d'un patient, faire remplir un questionnaire de satisfaction pour évaluer les prestations.
- 3. Prendre en considération l'attente de la personne.
- 4. Former le personnel (compétences).
- 5. Travailler en se référant aux protocoles existants (ici le Protocole de la douleur).

3.2 Quand l'auto-évaluation est achevée, que des solutions d'amélioration (éléments correctifs) ont été trouvées, la structure doit mettre en place un « plan d'actions ». Voici les éléments qui composent un plan d'actions, relier chacun d'eux à la définition qui lui convient.



L'évaluation en EHPAD

Objectifs

1. Définir la notion d'évaluation et ses objectifs.
2. Citer les items retenus par la législation pour l'évaluation en structures sociales et médico-sociales.
3. Expliquer brièvement les modalités de la démarche d'évaluation en distinguant les notions d'évaluations interne et externe.
4. Énoncer l'intérêt de l'évaluation pour faire évoluer les pratiques professionnelles.

ACTIVITÉ 1 La notion d'évaluation et ses objectifs

1.1 À l'aide du document 1, définir la notion d'« évaluation ».

L'évaluation au sein d'une structure sociale ou médico-sociale est un jugement de valeur, une mesure entre une situation de départ et une situation finale.

1.2 Expliquer la finalité de l'évaluation en citant au moins deux exemples.

Son but est d'améliorer le ou les service(s) rendu(s) à l'usager, de faire évoluer les pratiques professionnelles, le management, la qualité, le fonctionnement de la structure...

1.3 Lister les outils utilisés par les structures ou services médico-sociaux pour réaliser l'évaluation.

Il existe 7 outils : le livret d'accueil, la charte des droits et libertés, le contrat de séjour, le médiateur, le règlement de fonctionnement, le projet d'établissement et le CVS.

1.4 Identifier les types d'évaluation qui doivent être effectués et préciser leur périodicité.

Une évaluation interne par l'établissement (auto-évaluation) doit être effectuée tous les 5 ans, une évaluation externe par un organisme extérieur tous les 7 ans.

1.5 Souligner, dans le document 1, la ou les phrase(s) qui démontrent que l'évaluation fait évoluer les pratiques professionnelles.

Document 1 L'obligation d'évaluation – Loi du 2 janvier 2002

1. L'évaluation

L'évaluation permet de constater si le travail mené au sein d'une structure par exemple est efficace. Elle est un jugement de valeur dans le but d'améliorer les services rendus à l'usager, les pratiques professionnelles, le fonctionnement de la structure, le management, la qualité... ce qui implique de définir des critères, des indicateurs qui permettront à l'établissement de mesurer l'écart entre la situation de l'existant (situation de départ) et les améliorations obtenues (situation finale).

Le constat des écarts doit conduire à des actions correctives afin d'améliorer ou de modifier le processus engagé. La mise en œuvre des actions correctives s'inscrit dans la démarche qualité.

2. L'évaluation pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux

L'évaluation interne doit être menée tous les 5 ans par l'établissement ou le service lui-même.

L'évaluation externe est obligatoire tous les 7 ans par un organisme habilité.

3. Les outils, base de travail dans le processus d'évaluation

- Le livret d'accueil qui donne des informations à l'usager sur l'établissement.

- La charte des droits et libertés qui énonce les principes fondamentaux rattachés à tout être humain.

- Le contrat de séjour qui définit les objectifs de la prise en charge, détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.

- Le médiateur : l'usager ou son représentant légal peut faire appel à lui afin de l'aider à faire valoir ses droits.

- Le règlement de fonctionnement de l'établissement, qui définit les droits de l'usager et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service.

- Le projet d'établissement définit les objectifs, les prestations ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement de la structure ou service.

- Le conseil de vie sociale (CVS) qui donne son avis et fait des propositions sur toutes questions intéressant le fonctionnement de l'établissement.

En conclusion l'évaluation n'est pas simplement une mesure, elle doit faire partie intégrante de la démarche qualité afin que tout le personnel de la structure ou du service s'investisse.

ACTIVITÉ 2 La certification en EHPAD

2.1 À l'aide du document 2, préciser si la certification en EHPAD est obligatoire. Justifier la réponse.
Le processus de certification est uniquement conseillé pour les structures médico-sociales.

2.2 Quelles évaluations doivent avoir lieu en EHPAD ?
Une auto-évaluation et une évaluation externe.

Document 2

La certification en EHPAD : pour promouvoir la démarche continue de la qualité

DÉROULEMENT DU PROCESSUS

- 1) Démarche d'engagement de l'EHPAD, constitution des groupes de travail.
- 2) Auto-évaluation initiale faite par l'EHPAD.
- 3) Programmation sur 5 ans des objectifs « qualité » (mises en place de plans d'actions).
- 4) Négociations et signature de la convention tripartite avec les organismes de tutelles (Conseil général, assurance-maladie).
- 5) Mise en œuvre de la convention et poursuite de la démarche qualité.
- 6) Auto-évaluation annuelle pour évaluer la qualité des prestations et son fonctionnement. Envoi du rapport final tous les 5 ans aux organismes des tutelles.
- 7) Évaluation externe pratiquée tous les 7 ans par des organismes habilités, afin de mesurer si les objectifs fixés par l'EHPAD sont atteints. Le constat des écarts conduit à des actions correctives.
- 8) Certification possible par des organismes agréés.

Remarque : le processus de certification est uniquement conseillé pour les structures médico-sociales.

ACTIVITÉ 3 L'évaluation interne et externe

3.1 À l'aide du document 3, compléter le tableau ci-dessous.

Affirmation	Oui/Non	Justifications
Les champs des évaluations internes et externes ne sont pas les mêmes.	Non	Ils portent sur la même chose afin de pouvoir assurer une complémentarité, un meilleur suivi des améliorations.
Un établissement peut s'adresser à n'importe quel organisme de sa région pour procéder à une évaluation externe.	Non	L'organisme doit avoir été habilité par l'ANESM.
Un rapport d'évaluation est envoyé au conseil général, ou à l'ARS uniquement dans le cadre d'une évaluation externe.	Non	Le rapport est obligatoire pour les 2 types d'évaluation.
L'évaluation interne a lieu tous les 5 ans.	Non	C'est le rapport qui doit être envoyé tous les 5 ans aux autorités. L'évaluation est une démarche continue.
Les établissements doivent procéder à 2 évaluations externes.	Oui	

Document 3

Deux types d'évaluation

Portant sur les activités et la qualité des prestations des établissements, l'évaluation externe porte de manière privilégiée sur la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées par les établissements et services au regard, d'une part, des missions imparties et, d'autre part, des besoins et attentes des populations accueillies.

Les champs des évaluations externe et interne sont les mêmes afin d'assurer la complémentarité des analyses portées sur un même établissement, pouvoir apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu.

Pour réaliser leur évaluation externe, les établissements doivent choisir des organismes habilités possédant des qualifications et des compétences déterminées par le décret n°2007-975 du 15 mai 2007. Seuls les organismes habilités par l'ANESM peuvent procéder à l'évaluation externe des établissements.

Tout comme pour l'évaluation interne, un rapport doit être envoyé aux autorités de tarification et de contrôle (conseils généraux, ARS...), ainsi qu'à l'ANESM. L'évaluation interne repose sur une démarche continue. Les résultats de l'évaluation interne sont transmis tous les 5 ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Enfin, les établissements sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci. La première au plus tard 7 ans après la date de l'autorisation et la seconde, au plus tard deux ans avant son renouvellement.



La certification des établissements de santé

1 La certification, principes et objectifs

La **certification** est une procédure qui permet de certifier la qualité des produits et des services.

Principes de la certification	Objectifs
<ul style="list-style-type: none"> - Délivrer une information accessible et claire à destination des usagers. - Créer des conditions d'un intérêt à agir pour les professionnels de santé. - Assurer son rôle dans la régulation des établissements de santé par la qualité. 	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la qualité des soins fournis par les établissements de santé (hôpitaux, cliniques). - Mettre à disposition du public une information sur la qualité des prestations délivrées par ces établissements.

2 La certification des établissements

La certification est une procédure d'évaluation externe (par un organisme extérieur) des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels désignés par la Haute-Autorité de Santé (HAS).

Cette procédure, porte sur :

- le niveau des prestations et soins délivrés aux patients ;
- la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre par les établissements.

Un établissement ou service médico-social peut entrer dans une démarche de certification mais ce n'est pas une obligation.

L'obligation se situe au niveau de l'évaluation qui fait partie de la démarche qualité.

3 Les missions de la HAS et de l'ANESM

Haute-Autorité de Santé (HAS)	Agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)
Promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des usagers.	Accompagner les établissements et les services sociaux et médico-sociaux dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la loi du 2 janvier 2002.
Améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé et en médecine de ville.	Élaborer des procédures, références et recommandations sur les pratiques professionnelles.
Évaluer scientifiquement l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels et proposer ou non leur remboursement par l'assurance-maladie.	Élaborer des procédures, références et recommandations sur l'évaluation.
Informers les professionnels de santé et le grand public et améliorer la qualité de l'information médicale.	

1. L'entrée dans la procédure de certification

La HAS engage l'établissement dans la procédure de certification.

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2. L'auto-évaluation de l'établissement de santé

(Etape essentielle de la procédure de certification)

L'établissement effectue une auto-évaluation de la qualité sur la base d'un référentiel et définit les plans d'actions à mettre en oeuvre (auto-correction).

3. La visite de certification

Elle est conduite par des professionnels de santé formés à leur mission par la HAS. La finalité est d'apprécier le niveau de qualité atteint et l'existence d'une dynamique d'amélioration.

4. La conclusion de la procédure de certification et le rapport de certification

Un rapport est établi par les professionnels de la HAS. Des « non-certifications » peuvent être prononcées à l'issue de cette première visite.

L'établissement met en place un plan d'action puis la HAS fait une visite de suivi.

À l'issue de la procédure un rapport est transmis à l'établissement de santé, à l'ARS et mis en ligne sur le site de la HAS.

ars
● Agence Régionale de Santé

L'analyse des pratiques professionnelles et le guide de bonnes pratiques

Objectifs

1. Définir le terme de bonnes pratiques et donner des exemples.
2. Préciser les objectifs et intérêts des guides de bonnes pratiques.
3. À partir de cas concrets, expliciter les principes d'élaboration des grilles d'auto-évaluation.

ACTIVITÉ 1 Les « bonnes pratiques » et leurs objectifs

1.1 Souligner, dans le document 1, les objectifs des guides de bonnes pratiques.

Document 1 Bonnes pratiques ou recommandations professionnelles



Le service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS ou de l'ANESM a pour mission de : produire des recommandations et des outils favorisant, au quotidien, la pratique des professionnels de santé.

La HAS définit les bonnes pratiques comme des propositions développées selon une méthode explicite pour :

« aider le praticien à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données, pour un patient donné ».

Ces recommandations ne sont pas des « recettes miracles » à appliquer, mais plutôt des comportements, des attitudes à adopter en milieu professionnel face à une situation donnée. Les guides de bonnes pratiques décrivent donc les méthodes de soins les plus adéquates à adopter face au patient, à l'usager, pour atteindre une prise en charge la plus idéale qui soit.

1.2 Observer les photos ou les situations dans le tableau ci-dessous et, selon l'exemple, expliquer en quoi elles sont représentatives ou non de « bonnes pratiques » professionnelles.

Situations	Justifications
Nathalie, la nouvelle aide-soignante, rentre dans la chambre de Mme Martin sans frapper.	Outre un manque de politesse, c'est un non-respect de l'intimité de Mme Martin.
	La jeune femme est bienveillante sur l'apparence de la vieille dame (prendre soin).
Il est 7 h 30, Éva, l'ASH, apporte le petit-déjeuner dans la chambre de M. Dupuis, qui est un grand dormeur. Éva le secoue pour le réveiller et lui signaler qu'elle lui apporte son plateau.	Si M. Dupuis dort encore, Éva doit respecter son rythme de sommeil et revenir un peu plus tard le servir (respect du rythme de vie).
	Se laver régulièrement les mains (respect de l'hygiène).
Ce matin, Mme Hélias, 88 ans, contrairement à son habitude, présente des difficultés pour s'habiller. Devant cette situation, l'aide-soignante lui indique sur un ton très directif : « C'est moi qui vais vous habiller aujourd'hui ! »	Non-respect du rythme de Mme Hélias qui sait s'habiller même si ce matin elle est plus lente (l'aide-soignante ne privilégie pas son autonomie).
Depuis le décès de Mme B., l'équipe soignante rencontre des difficultés pour surmonter cette perte. Le cadre du service décide de mettre en place un groupe de parole.	Privilégier le dialogue, l'échange entre les membres du personnel, afin de mieux surmonter les difficultés rencontrées.

ACTIVITÉ 2 L'intérêt des guides de bonnes pratiques

2.1 Souligner en bleu les intérêts des guides de bonnes pratiques dans les différents témoignages du document 2.

Document 2

Témoignages



Delphine, infirmière : « En lisant le guide des bonnes pratiques de l'ANESM sur la bientraitance, je me suis aperçue que j'étais maltraitante sans le vouloir. Depuis, je me suis remise en question sur ma manière de faire. »



Maxime, aide-soignant : « Depuis que je fais partie du groupe Amélioration de la qualité, je peux partager mes idées, mes difficultés avec mes collègues en toute confiance. »



Martine, cadre infirmier : « L'avantage de travailler la qualité, c'est de savoir qui fait quoi, de repérer les dysfonctionnements, de trouver des solutions pour améliorer notre travail. »



Marie, aide-soignante : « Parler régulièrement de mes pratiques professionnelles avec mes collègues m'a permis de réaliser que certaines choses ont évolué en 20 ans, et j'ai pris conscience que je devais changer ma manière de travailler si je voulais prendre correctement en charge les résidents. »



Léa, ergothérapeute : « Je travaille ici depuis 8 ans et, grâce au travail que l'on a mené, je peux dire que les mentalités ont évolué : certains de mes collègues ont en effet réalisé que privilégier l'autonomie des résidents signifie aussi moins de travail pour eux puisque la plupart des résidents marchent encore ! »

ACTIVITÉ 3 Les principes d'élaboration des grilles d'auto-évaluation

3.1 Souligner, dans le document 3, les éléments sur lesquels seront bâties les grilles d'évaluation, puis expliquer comment sont élaborées ces grilles par les établissements.

Pour établir une grille d'évaluation, l'ANESM travaille d'abord sur l'établissement de recommandations puis, en se fondant sur le travail mené, elle peut établir des grilles. Les grilles élaborées par les structures reposent sur le fruit du travail que l'ANESM mène lors de l'élaboration de recommandations.

Document 3

Comment l'ANESM élabore une recommandation ?

Une analyse critique de la littérature disponible sur le thème à traiter est réalisée. À ce titre, les différentes sciences humaines et sociales sont explorées (sociologie, psychologie, anthropologie, sciences de l'éducation, philosophie...), mais également le droit, la médecine...

• Une analyse documentaire approfondie

L'exploitation approfondie et régulière des documents par l'équipe projet est développée tout au long de l'élaboration de la recommandation et permet d'affiner et de délimiter les recherches.

Des sites internet ressources sont également consultés pour compléter la recherche :

- sites gouvernementaux nationaux et internationaux ;
- sites de sociétés savantes ;
- sites universitaires.

La consultation de ces différents sites permet de trouver des documents, d'éventuels contacts pour les entretiens. Les apports des professionnels et des usagers sont également pris en compte.

• Une étude qualitative systématique

Elle est conduite par l'équipe projet sur une sélection de sites validée par la direction de l'Agence. L'objet est de recueillir directement des pratiques et des données de terrain en vue d'alimenter les travaux du groupe de travail. Différentes méthodes sont utilisées : visite et entretien sur site, enquête par questionnaire... Cette étude qualitative est un élément clé pour recueillir les points de vue des professionnels et des usagers et repérer les pratiques existantes, parfois innovantes.

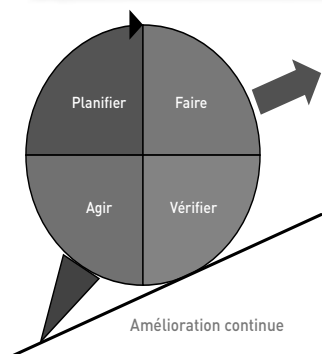
Au final les grilles d'auto-évaluation reprennent l'ensemble des références, critères et éléments d'appréciation. Quand une structure élabore une grille, elle se fonde sur les recommandations éditées par l'ANESM.

D'après le site internet de l'ANESM.



Notion d'analyses et d'évaluation des pratiques professionnelles en EHPAD

1 L'évaluation et la qualité



L'évaluation est un jugement de valeur, une mesure entre une situation de départ et une situation finale.

La qualité est la conformité d'un produit, d'un service... On peut définir la notion de qualité en EHPAD par le fait **qu'il s'agisse d'accompagner au mieux la personne âgée en répondant à ses besoins, dans le respect de ses droits et dans un cadre de vie satisfaisant.**

Le modèle d'amélioration continue de la qualité le plus souvent utilisé dans le secteur médico-social est celui de W. E. Deming, appelé la « **roue de Deming** » (la roue symbolise l'action de progresser). Pour éviter de « **revenir en arrière** », on représente une cale sous la roue, qui l'empêche de redescendre et qui est le symbole d'un capital au niveau de l'expérience.

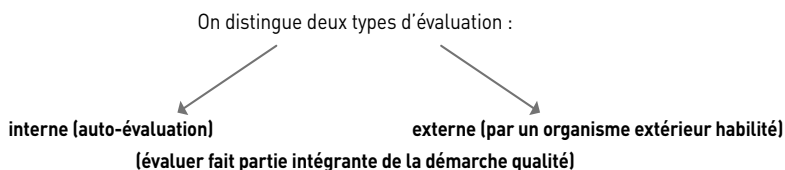
La méthode comporte **4 étapes**, chacune entraînant l'autre, elle vise à établir un cercle « vertueux ». Sa mise en place doit permettre d'améliorer sans cesse la qualité de prise en charge d'un service...

Étapes	Objectifs
PLANIFIER	Préparer ce que l'on va mettre en œuvre. Pour démarrer cette étape, on peut se poser 7 questions qui permettent d'analyser le besoin ou le problème, qu'on appelle le « QQOQCP » [qui, quoi, où, quand, comment, pourquoi ?].
FAIRE	Réaliser, mettre en œuvre. C'est l'étape de construction, de développement, de réalisation.
VÉRIFIER	Cette étape permet de contrôler que la solution mise en place résout bien le problème rencontré, par le biais d'indicateurs [outil de mesures].
AGIR	Ajustements, réactions consécutives aux actions. Étape déterminante qui permet de corriger et d'améliorer la solution mise en place.

2 Les principes de l'évaluation

Selon la loi, les établissements « procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles, validées ou élaborées par l'ANESM ». Les résultats de l'évaluation doivent être communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Selon l'ANESM, l'évaluation contribue à **adapter les réponses aux besoins des personnes accompagnées et à prévenir les risques liés à leur vulnérabilité.**

L'évaluation est un processus d'**apprentissage quotidien** qui permet de : - se questionner sur les pratiques et de les réajuster si nécessaire ; - parler des difficultés rencontrées ; - créer des conditions pour faire évoluer les compétences collectives afin de répondre le mieux possible aux attentes des usagers ; - faire évoluer les pratiques professionnelles, de « professionnaliser » les interventions ; - accompagner au mieux le changement.



3 Les 7 items de la loi 2002-2

La loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale a défini des orientations et **énonce 7 items** :

- Accueil
- Conseil de vie sociale
- Contrat de séjour
- Personne qualifiée (médiateur, conciliateur)
- Règlement de fonctionnement
- Projet d'établissement
- Charte des droits et libertés des personnes accueillies

Ces items reposent sur l'évaluation et la démarche qualité. Un établissement ne doit pas seulement être conforme à la loi (par exemple éditer un livret d'accueil uniquement parce que la loi l'y oblige), il doit mesurer l'importance de cet outil. La conformité est le minimum à remplir par un établissement mais ce n'est pas la qualité. Évaluer consiste à voir si la conformité est présente et si une qualité de « services » se développe. **Tout le personnel d'une structure doit s'impliquer dans cette démarche qualité, accepter et apprendre à remettre en question ses méthodes de travail pour évoluer.**

4 Les objectifs de l'évaluation

L'évaluation est un outil qui permet d'améliorer la qualité par la mise en place d'actions **correctives** comme, par exemple, une amélioration des connaissances par la formation, une modification de l'organisation...

Pratiquer l'auto-évaluation permet de créer des conditions favorables pour communiquer et faire changer, évoluer les compétences, les pratiques collectives, afin qu'elles soient en adéquation avec les besoins et les attentes des résidents, comme le stipule la loi 2002-2.

L'évaluation permet aussi de :

- identifier des pratiques inappropriées, de rectifier celles-ci afin de les faire évoluer ;
- sauvegarder, à terme, la « professionnalisation » [se doter de compétences professionnelles adaptées aux besoins de son environnement] si, parallèlement, le personnel est formé de manière régulière ;
- mettre des mots sur les situations, sur les difficultés du personnel au quotidien et pouvoir ainsi réajuster leurs pratiques ;
- c'est aussi un moyen de revoir le sens des actions, des missions et de valoriser les réalisations du personnel et, ainsi, d'améliorer la qualité de prise en charge des résidents.

5 Les bonnes pratiques professionnelles

Les recommandations de bonnes pratiques sont définies, selon la HAS, comme des « propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Le dictionnaire Larousse propose : « action à adopter une certaine conduite... »

Évaluer ses « pratiques » signifie : • **Dire ce que l'on fait.** • **Faire ce que l'on dit.** • **Vérifier ce que l'on a fait.** • **S'améliorer.**

Aujourd'hui, les « bonnes pratiques » en EHPAD font particulièrement référence au travail mené par l'ANESM qui a déjà fait paraître bon nombre de recommandations (Guide des bonnes pratiques) sur différents thèmes : la qualité de vie en EHPAD, la bientraitance, l'accompagnement d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer...

Aussi, pour évaluer les pratiques au sein d'un établissement, on élabore des grilles d'auto-évaluation qui reposent sur les critères des recommandations éditées par l'ANESM (structure de type EHPAD) ou par la HAS (structure hospitalière).

Exemple d'une grille d'auto-évaluation sur la gestion du linge

A 1 PRÉVOIR	Critères d'évaluation	A 2 Mettre en œuvre	Critères d'évaluation
Le circuit du linge est défini	Exemple : un ascenseur est réservé pour descendre le linge. Différenciation entre le linge propre et souillé (sacs de couleur).	La gestion du linge assure le respect des règles d'hygiène	Exemple : port des gants pour le linge sale. Lavage en sac hydrosoluble pour le linge contaminé ou souillé.
Constats	Aucun circuit n'est déterminé pour descendre le linge souillé. Pas de sac de couleur.	Constats	Pas de procédure pour le lavage du linge contaminé ou souillé.

Exemple de plan d'actions

Actions d'amélioration	Échéancier	Modalités de suivi
Achat de sacs de couleurs	Au plus tard fin du semestre.	Choix du matériel par la responsable hébergement, validation du cadre de santé, puis commande effectuée par le cadre de santé.

Le travail en équipe

Objectifs

1. Indiquer les missions et la place des professionnels d'une équipe.
2. Justifier les intérêts d'un travail en équipe et le caractériser.
3. Développer les différents outils de communication utilisés dans une équipe de travail.

ACTIVITÉ 1 L'équipe soignante

1.1 À partir du tableau ci-dessous, reconstituer les paires professionnel/rôles (chiffre/lettre).

1	C	2	F	3	A	4	G	5	J	6	B	7	I	8	E	9	D	10	H
1	Médecins	A	Réalisation des soins et mise en application des traitements prescrits par les médecins – Surveillance de l'évolution de l'état de santé – Conseils																
2	Cadres de santé	B	Soins de rééducation sur prescription médicale																
3	Infirmiers	C	Établissement du diagnostic – Prescription des soins et examens nécessaires à l'état de santé – Suivi médical																
4	Aides-soignants/Auxiliaires de puériculture	D	Relais entre l'équipe médicale du service et le médecin traitant																
5	Brancardiers	E	Prise en charge des difficultés administratives, professionnelles ou familiales des patients																
6	Masseurs kinésithérapeutes et professionnels de rééducation	F	Gestion et organisation des soins infirmiers du service – Supervision des équipes – Liaison avec les services administratifs – Animation de l'équipe soignante – Coordination des différents intervenants – Communication avec les patients et leur famille																
7	Manipulateurs en électroradiologie médicale et laborantins	G	Réalisation des soins en collaboration et sous contrôle des infirmiers – Aide à la réalisation des actes de la vie quotidienne (repas, toilette, déplacements) – Entretien de l'environnement																
8	Assistantes sociales	H	Entretien des locaux et distribution des repas																
9	Secrétaires médicales	I	Réalisation des examens prescrits par l'équipe médicale pour aider au diagnostic																
10	Agents des services hospitaliers	J	Aide au déplacement du patient dans l'établissement (radiologie, bloc opératoire...)																

1.2 Dans le document 1, repérer de manière différente les personnels médicaux, soignants ou de service.

1.3 En s'aidant de l'activité 1.1, indiquer quel personnel détient un lien hiérarchique dans cette équipe et préciser avec quels agents.

La cadre de santé entretient des liens hiérarchiques avec l'infirmière, l'aide-soignante et les auxiliaires de puériculture.....

Document 1 Le service de maternité de la clinique X

Le service de la maternité est dirigé par une cadre de santé.

Une infirmière et une aide-soignante assurent les soins aux mamans tandis que deux auxiliaires de puériculture s'occupent des nouveau-nés (toilette, allaitement, surveillance). Le médecin pédiatre passe tous les matins dans le service pour examiner les petits nouveaux ou les bébés qui présentent des problèmes de santé, et effectuer les visites de sortie. Les visites des accouchées sont réalisées par un gynécologue obstétricien.

Quatre agents de service assurent l'entretien des locaux et la distribution des repas.

Les auxiliaires de puériculture sont amenés à assister la sage-femme de garde lors des accouchements, au bloc opératoire. Un médecin anesthésiste complète l'équipe.

Document 2 Lien fonctionnel, lien hiérarchique

Le lien fonctionnel est le rapport qui existe entre deux ou plusieurs personnes qui travaillent ensemble, selon leurs compétences, pour assurer un même objectif.

Le lien hiérarchique dans les relations exige le rapport de subalterne et d'autorité de l'un par rapport à l'autre.

ACTIVITÉ 2 Le travail en équipe

2.1 À partir du document 3, indiquer le but commun de l'équipe soignante de la maternité (document 1).
Assurer hygiène, confort et état de santé satisfaisant aux femmes accouchées et à leur nouveau-né.

2.2 Préciser deux actions de l'auxiliaire de puériculture pour concourir à ce but commun.
Tout exemple pertinent.

2.3 À l'aide du document 4, énoncer les intérêts du travail en équipe.
- Mutualisation des compétences
- Continuité de la prise en charge, même si une personne est absente
- Facilitation des tâches quand elles peuvent être effectuées à plusieurs

Document 3 Qu'est-ce qu'une équipe de travail en milieu de soins ?

Une équipe est un ensemble de personnes travaillant ensemble et dont le « chef d'équipe » est le cadre de santé. Liées par des interrelations, ces personnes ont conscience de poursuivre un but commun. Ce travail suppose un investissement collectif, mais aussi une répartition des tâches entre les membres et la convergence de leurs efforts.

Document 4 Le travail en équipe, une nécessité moderne

De nos jours, cette répartition du travail est devenue nécessaire en raison de la complexité des protocoles et techniques et de celle de l'organisation du travail infirmier. Afin d'assurer la qualité de soins complexes par des soignants qui n'ont pas tous la même expérience, afin d'offrir aux malades une stabilité d'interventions dans un système où la mouvance du personnel est courante, que ce soit par maladie, pour les congés, [...] ou toute autre forme d'absentéisme, une équipe peut amortir l'impact de la difficulté. Elle permet malgré tout un équilibre et une certaine constance dans les soins. [...] L'équipe permet donc de mieux assumer le travail qu'une répartition individuelle parce qu'on peut faire plus facilement à plusieurs ce que l'on aurait de la difficulté à effectuer seul. Sans compter que les forces et les faiblesses des uns sur le plan des connaissances et de l'expérience, viennent compenser celles des autres.

Margot Phaneuf, spécialiste en sciences infirmières

2.4 Relier les situations proposées à la condition correspondante du document 5.

Situation 1

Adèle ne se sent pas bien ce matin ; ces collègues vont effectuer ses deux dernières toilettes.

Situation 2

Compte tenu de l'absence de Marina, je ne suis pas d'accord avec l'organisation des soins proposée.

Situation 3

La collègue n'a jamais utilisé de lève-personne, je vais l'aider pour mobiliser le patient.

Document 5

Les conditions du travail d'équipe

Une communication interpersonnelle bilatérale facile dans toutes les directions et non pas seulement selon le réseau constitué en vue de la tâche :

- l'expression possible des désaccords et des tensions ; [...]
- l'entraide en cas de difficultés d'un des membres ;
- la volonté de suppléance d'un membre défaillant ;
- la connaissance à priori des aptitudes, réactions, initiatives de tous les autres par chacun [...].

Le travail en équipe, Robert Muchielli, Ed. ESF, 2003

ACTIVITÉ 3 Les outils de communication

3.1 À partir de l'expérience en milieu professionnel, citer trois outils de communication qui facilitent le travail en équipe.
- Dossier de transmission (écrit ou informatisé)
- diagramme de soins
- Réunion d'équipe
- transmissions ciblées
- Projet d'établissement ou projet de service

Le tutorat et l'accompagnement

Objectifs

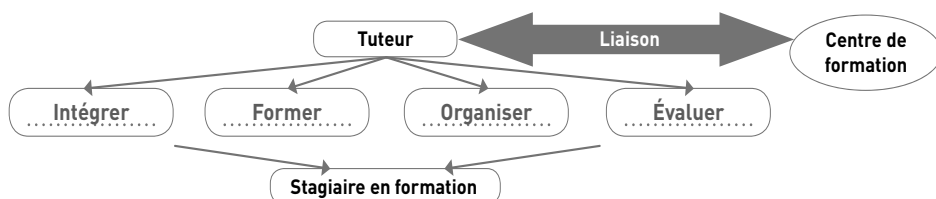
1. Énoncer les rôles du tuteur auprès du stagiaire.
2. Indiquer les documents nécessaires au suivi et à l'évaluation du stagiaire.
3. Définir la notion de bénévolat.
4. Préciser les positionnements possibles d'un bénévole au sein d'un service ou d'une structure.

ACTIVITÉ 1 Le tutorat des stagiaires

1.1 Proposer une définition du tutorat.

Le tutorat est une relation entre une personne en situation d'apprentissage et un professionnel qui va la former en lui transmettant ses savoirs et savoir-faire dans son milieu professionnel.

1.2 Indiquer les rôles du tuteur auprès du stagiaire en complétant le schéma suivant.



1.3 Relever les outils à disposition du tuteur et préciser leur(s) objectif(s), en complétant le tableau ci-dessous.

Outils	Objectifs
Référentiel du diplôme	Prendre en compte le contenu de la formation pour concevoir le plan de formation
Document de liaison	Organiser les activités en fonction des acquis et des compétences à acquérir Assurer le suivi centre de formation/entreprise
Contrat ou convention	Définir les conditions de mise en œuvre du stage
Grille d'évaluation	Préciser les compétences et critères à évaluer pour l'évaluation

Document 1 Le tuteur et ses missions

Le tuteur est un professionnel exerçant dans le métier auquel le stagiaire se prépare. Sa fonction principale est précisément de former, en d'autres termes de transmettre ses savoir-faire. Afin de concevoir le plan de formation du stagiaire, il doit préparer son arrivée en prenant connaissance :

- du référentiel du diplôme ou du métier préparé ;
- de la convention de stage, document administratif et juridique qui a pour objectif d'encadrer les modalités exactes de déroulement du stage et les obligations respectives de chacun.

Au cours de la période de formation ou du stage dans le service ou la structure, le tuteur a pour mission d'accueillir et faciliter l'intégration du stagiaire, d'organiser et suivre son travail, de l'informer et le former, de l'évaluer, de veiller au respect de son emploi du temps. Il assure également la liaison avec les personnels du service qui participent à l'acquisition, par le jeune, de compétences professionnelles ou l'initient aux différentes activités professionnelles. Un document de liaison à caractère pédagogique peut être remis au tuteur afin de lui préciser les acquis du stagiaire, les compétences professionnelles à acquérir et les activités à réaliser au cours de la période de formation considérée.

Selon la nature du stage, l'évaluation peut avoir une finalité formative ou certificative, c'est-à-dire qu'elle sera prise en compte pour l'obtention du diplôme. Des documents supports (grille, questionnaire, guide d'entretien...) sont remis au tuteur pour l'informer des compétences que le stagiaire devra acquérir au cours de sa période de formation. Des évaluations intermédiaires permettent de repérer les éventuelles difficultés et d'adapter le plan de formation.

ACTIVITÉ 2 Le bénévolat

2.1 Définir le bénévolat.

Le bénévolat est le fait de mener des activités au profit des autres sans être rémunéré.

2.2 Indiquer la motivation des bénévoles à agir.

Se sentir utile pour les autres.

2.3 Après lecture des documents 3, 4 et 5, indiquer l'objet de chacune des associations.

VEMH 94 : accompagner les malades ou personnes âgées isolées.

ASP : accompagner les malades en fin de vie.

2.4 Justifier la nécessaire collaboration avec l'équipe soignante évoquée par chacune des associations.

Le bénévole n'est pas un professionnel du soin et son action s'inscrit en complément de celle du personnel et non à la place. Leur action est complémentaire.

2.5 Indiquer les compétences attendues du bénévole.

Non-jugement, respect de la confidentialité et capacité à écouter.

Document 2 Le bénévolat associatif

Plus de 14 millions de bénévoles œuvrent aujourd'hui dans le paysage associatif français. Se sentir utile et faire quelque chose pour autrui est le moteur de ces bénévoles qui s'impliquent dans des domaines d'activité aussi divers que le sport, la culture ou les loisirs, l'humanitaire, la santé ou l'action sociale, la défense des droits ou encore l'éducation.

On peut définir les bénévoles comme des personnes qui consacrent une partie de leur temps, sans être rémunérées, aux activités de l'association.

www.associations.gouv.fr

Document 3 Des bénévoles pour qui ?

Pour la personne en fin de vie, pour la famille (l'entourage) de cette même personne, pour l'équipe soignante car sans les bénévoles, les équipes même dans l'USP* ne pourraient pas accompagner de manière satisfaisante (et inversement les bénévoles ne pourraient pas accompagner si les soignants ne s'occupaient pas d'abord de soulager les symptômes, notamment la douleur, qui aliènent et enferment le patient dans un monde d'incommunicabilité).

* unité de soins palliatifs

Gérontologie et société N°108, Mars 2004

Document 4 L'association VEMH 94

Les actions

Nos actions sont adaptées à chaque établissement, en fonction des besoins des malades et en collaboration étroite avec la direction et le personnel soignant.

Les objectifs

- visiter en toute convivialité et discrétion les services des hôpitaux qui nous sont ouverts.
- visiter, c'est être à l'écoute du malade pour que l'échange rompe la solitude, dissipe l'anxiété et redonne espoir.

Nous intervenons aussi avec des goûters dans certains services.

Auprès des personnes âgées dans les maisons de retraite et établissements de soins, nous organisons en complément aux visites des animations musicales, des lotos, des ateliers et des spectacles permettant à nos aînés isolés de partager un moment de détente qui leur redonne le sourire.

Document 5 L'association ASP

Quand le malade arrive en fin de vie, il entrevoit la séparation finale avec souvent, un sentiment d'angoisse et de grande solitude intérieure.

Qui pourra être là auprès de lui et de ses proches en ces instants, les écouter de longs moments exprimer leur peine, voire leur agressivité dans la souffrance trop lourde à porter ? Le médecin, les soignants, l'équipe paramédicale, tous à un moment ou un autre se pencheront vers eux, rempliront cette mission d'écoute fraternelle, mais en priorité, il leur incombe d'accomplir des tâches spécifiques.

Ce sera donc à l'accompagnant bénévole, par sa disponibilité, à les relayer dans la présence et dans l'écoute.

L'accompagnant bénévole n'est pas un visiteur ni un ami, ou un parent, celui qu'on désirerait épargner.

Il est simplement le témoin, le tiers solidaire. Restant dans l'anonymat en ce qui concerne sa situation familiale ou professionnelle, il se présente simplement par son prénom.

Pour un partenariat efficace avec l'équipe soignante, l'accompagnant bénévole apprend lors des formations et des groupes de parole, le non-jugement, la confidentialité et l'écoute.



Le travail en équipe, le tutorat, l'accompagnement

1 Le travail en équipe

1.1 Définition

Une équipe peut être définie comme un groupe de personnes en interaction ayant une visée commune, ce qui implique une répartition des tâches et la convergence des efforts de chacun de ses membres.

Placée sous l'autorité du chef de pôle et collaborant étroitement avec l'équipe médicale, l'équipe soignante regroupe différentes catégories de personnels paramédicaux et de service :

- le cadre supérieur de santé, collaborateur du chef de service, coordonne l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers. Il peut être assisté de cadres de santé ;
- les infirmières ou infirmiers dispensent les soins et les traitements prescrits par le médecin. Ils exercent aussi une surveillance constante et ont un rôle d'éducation à la santé ;
- les aides soignant(e)s accompagnent les infirmières lors des soins. Ils répondent aux besoins essentiels (repas, toilette, confort) et entretiennent l'environnement proche du malade ;
- les agents des services hospitaliers s'occupent de l'hygiène des locaux et de la distribution des repas ;
- les manipulateurs en électroradiologie médicale et les techniciens de laboratoire participent directement à l'élaboration du diagnostic en réalisant les examens prescrits par l'équipe médicale ;
- les diététiciens, les masseurs kinésithérapeutes et les autres professionnels de rééducation peuvent intervenir sur prescription médicale ;
- les psychologues interviennent, sur prescription médicale, pour aider le patient dans l'approche de la maladie ou des difficultés qu'elle engendre ;
- la secrétaire médicale est l'interlocutrice qui assure le relais entre l'équipe médicale du service hospitalier et le médecin traitant ;
- les brancardiers accompagnent le malade dans ses déplacements au sein de l'établissement.

Le cadre de santé a un lien hiérarchique avec les autres personnels soignants tandis que l'équipe médicale a un lien fonctionnel avec l'équipe soignante.

1.2 Travailler en équipe

Le travail en équipe est un mode de répartition des tâches et des responsabilités partagées entre plusieurs personnes où chaque membre tient un rôle particulier.

Supériorité du travail d'équipe

La présence d'autres personnes incite généralement à l'effort, il y a un effet d'entraînement.

Les échanges dans le groupe permettent la comparaison, la confrontation et l'évolution des idées et des méthodes. L'efficacité de la critique positive est aidante.

La résolution de problème est supérieure dans un groupe.

Plusieurs têtes valent mieux qu'une, la pression du groupe fait que chacun donne le meilleur de lui-même.

La collaboration permet à tous les individus de fonctionner malgré certaines limites.

Le statut égalitaire de tous et les décisions prises de manière démocratique sont cause de bonne entente.

Le travail d'équipe auprès des malades : ressource ou souffrance, Margot Phaneuf PhD

1.3 Les outils de communication pour le travail d'équipe

Les transmissions sont les supports de la communication en équipe. Elles peuvent être de forme variée :

- les transmissions ciblées ;
- les diagrammes de soins, complémentaires de la transmission ciblée ;
- les feuilles de surveillance (prise des constantes) ;
- les transmissions traditionnelles.

2 Le tutorat

Le tutorat est une relation entre deux personnes dans une situation formative : un professionnel et une personne en apprentissage d'un métier dans son environnement.



Pour assurer sa mission, le tuteur, choisi pour ses compétences professionnelles, relationnelles et pédagogiques, doit :

- préparer l'arrivée du stagiaire ;
- accueillir la personne ;
- assurer le suivi ;
- mesurer les acquis, mesurer les progrès, évaluer pour la certification ;
- entretenir les relations avec le centre de formation.

3 Le bénévolat

« Est bénévole toute personne qui s'engage librement pour mener une action non salariée en direction d'autrui, en dehors de son temps professionnel et familial. »

Définition du Conseil économique, social et environnemental (février 1993)

En milieu sanitaire et social, l'action des associations de bénévoles vise surtout à accompagner les personnes en difficulté isolées et les personnes en fin de vie.

L'action des personnels soignants et des bénévoles sont complémentaires, l'action de l'un nourrissant celle de l'autre.

Le bénévole doit être capable de prise de recul, de non-jugement, d'écoute, de discrétion.

Les acteurs et la relation fonctionnelle

Objectifs

1. À partir d'exemples, identifier les acteurs en présence (personne aidée, famille, service d'aide à domicile, intervenants à domicile).
2. Différencier la relation fonctionnelle du lien hiérarchique.

ACTIVITÉ 1 L'identification des acteurs en présence

1.1 En s'aidant du document 1, identifier les acteurs et leur qualification dans chacune des situations suivantes.

Situation	Les différents acteurs
Anaïs ou Clément, aides-soignants à l'association ADAPAH, effectue la toilette d'Armand, 75 ans, chaque jour à son domicile. La gestion de la maison est assurée par son épouse.	Personne aidée : <u>Armand</u> Aidants familiaux : <u>épouse</u> Intervenants professionnels : <u>aides soignantes d'une association</u>
Victorine, 70 ans, présente un début de DMLA. Sa fille l'emmène en courses chaque lundi, sa voisine lui apporte le pain en venant boire le café. Elle bénéficie également d'une aide aux repas, au ménage et à la toilette par une auxiliaire de vie sociale indépendante, de connaissance.	Personne aidée : <u>Victorine</u> Aidants familiaux : <u>sa fille, sa voisine</u> Intervenants professionnels : <u>une auxiliaire de vie indépendante</u>
Abel, 55 ans, paralysé suite à un accident, a recours à des aides pour la toilette, les courses, les repas et le ménage auprès du service d'aide à domicile et pour certaines démarches administratives.	Personne aidée : <u>Abel</u> Aidants familiaux : <u>aucun</u> Intervenants professionnels : <u>auxiliaire de vie ou employée à domicile et aide soignante</u>
Claude, maçon, et Lucie, mère au foyer, sont surendettés et en fin de mois ils sont obligés d'aller à La Croix-Rouge pour nourrir la famille. Leurs deux enfants, de 7 et 9 ans, fréquentent irrégulièrement l'école. Une aide à la gestion du budget et aux devoirs des enfants a été mise en place.	Personne aidée : <u>Claude, Lucie et ses enfants</u> Aidants familiaux : <u>aucun</u> Intervenants professionnels : <u>technicienne de l'orientation sociale et auxiliaire de vie</u>

1.2 Relever cinq raisons qui expliquent le nombre important et croissant « d'aidants familiaux » en France (plus de 4 millions à temps plein ou partiel).

- vieillesse de la population ;
- manque de place en institution ; coût élevé des placements ou des aides ;
- augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies invalidantes et chroniques ;
- désir de vivre à son domicile le plus longtemps possible.

Document 1 Les différents aidants

L'évolution démographique, le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes (maladie d'Alzheimer ou de Parkinson), les contraintes économiques, le manque de places en institution, le choix de rester vivre chez soi, sont autant de points qui donnent une place prépondérante aux « aidants naturels ou familiaux ». L'aidant naturel peut être un membre de la famille, un ami, un conjoint, un enfant, un parent ou encore une personne choisie dans son entourage. Il vient en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à une personne âgée dépendante ou à un enfant ou à un adulte en situation de handicap, pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou une surveillance régulière.

Son activité d'aidant s'exerce le plus souvent au domicile du proche aidé ou à son propre domicile. L'aidant familial peut assurer des fonctions multiples auprès de son proche, qu'il s'agisse des activités liées aux soins d'hygiène, à l'alimentation, aux déplacements, aux activités ménagères, à l'organisation des soins, à la gestion administrative, au soutien psychologique, à la scolarité... mais il doit conserver sa place au sein de ce binôme. Cette aide est souvent complétée par des aidants professionnels : agents à domicile, auxiliaires de vie, aides médico-psychologiques, aides soignant(e)s, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, médecins, travailleurs sociaux...

ACTIVITÉ 2 La place des aidants

2.1 À l'aide du document 2 et des témoignages ci-dessous, indiquer la place de l'aidant familial et professionnel.

Le rôle de l'aidant familial doit être surtout un soutien affectif et psychologique, de la disponibilité, de la compagnie pour la personne aidée et il doit conserver sa place dans sa famille.

Le professionnel est présent pour assurer toutes les tâches techniques : soins de nursing, confort, surveillance médicale... ce qui libère l'aidant familial. Les professionnels ont reçu une formation, ont des techniques pour s'occuper des personnes dépendantes et ils travaillent dans la majorité des cas avec conscience.

2.2 Qualifier les relations entre les différentes personnes aidantes ?

Des relations fonctionnelles entre les différents professionnels qui permettent le travail en groupe et la transmission des informations. L'intervention de différents professionnels qualifiés, suivant les besoins de chaque personne aidée, permet une prise en charge de tous ses besoins : des relations familiales permettant un soutien moral par l'aidant familial. Ces relations entre aidants professionnels et familiaux exigent des capacités relationnelles et des compétences techniques.

1. Témoignage d'Émilie, femme d'Emmanuel, atteint par la maladie de Charcot.

Médecins, infirmier(e)s, aides soignant(e)s se relaient auprès d'Emmanuel. On se retrouve quand il a déjeuné, quand il est prêt pour commencer une nouvelle journée, lavé, rasé, parfumé. Chaque matin, pendant qu'une auxiliaire s'occupe de Manu, je peux prendre du temps avec Louis, notre petit garçon de 3 ans. C'est important pour l'équilibre de tous et l'unité familiale. Pour moi, c'est aussi beaucoup moins de fatigue et donc plus de disponibilité aussi bien pour Manu que pour Louis.

2. Témoignage d'Arthur (31 ans)

J'ai retrouvé ma mère dans la maison après une rupture d'anévrisme. Infirmier(e)s, aides soignant(e)s et auxiliaires de vie la prennent en charge chaque jour. Tout seul, je ne pourrais pas gérer la situation. Je me vois mal faire la toilette à ma maman. Et je crois que ce n'est pas le rôle d'un enfant. Je ne suis pas fait pour ça. Sans cette aide extérieure, je ne sais pas comment on ferait, mon père et moi. Ça me libère de beaucoup de choses et j'ai l'esprit tranquille.

3. Témoignage de Mme B. qui garde chez elle sa mère atteinte de la maladie d'Alzheimer

Suite à la maladie de maman, j'ai des contacts avec l'infirmière coordinatrice du service de soins à domicile. Des AS et des auxiliaires de vie viennent chez moi s'occuper de maman. Elles sont attentives, ont l'œil exercé et me signalent d'éventuels petits problèmes que je n'aurais pas vus (des rougeurs, des escarres...). On sent qu'elles sont formées et qu'elles ont une vraie conscience professionnelle. Ce sont des sentinelles qui veillent au confort de maman ! Je suis en confiance. Leur présence apporte du bien-être à maman, même si elle ne leur parle pas, même si elle ne les reconnaît pas. Elles sont là. Elle est accompagnée par des personnes posées, calmes, patientes qui sont toutes à elle. Ça crée un climat serein. Pour moi, c'est beaucoup de tranquillité. Je peux partir sans arrière-pensée, sans soucis.

Document 2 Quelle place pour l'aidant familial et le professionnel ?

Devenir une « personne aidée » ne se choisit pas. C'est une réalité qui s'impose et à laquelle il faut se soumettre. Devenir un « aidant proche » se choisit rarement. L'aidant proche et l'aidé sont confrontés à une réalité qu'ils subissent et perçoivent différemment, qui les lie et conditionnent leur vie respective mais l'aidant familial doit conserver sa place au sein de ce binôme (fille, épouse, mère...). Il doit trouver une posture de présence et de distance pour ne pas être absorbé par son rôle. Plus il sera disponible dans une proximité relationnelle, plus il aidera longtemps et dans une relation de bonne qualité. Ce qui n'est pas possible s'il s'acharne à donner tous les soins 24 heures sur 24 dans tous les registres. Et paradoxalement, alors qu'il se bat quotidiennement pour maintenir une relation d'humanité, il se déshumanise.

D'où la nécessité de faire appel à une équipe pluridisciplinaire de professionnels de l'aide à domicile (auxiliaire de vie, aide-soignante, aide ménagère...) pour les actes de santé et de soins qui permet d'appréhender la situation de la personne aidée sous divers aspects (social, médical...) afin d'optimiser la prise en charge. À chaque type d'intervention correspond un personnel avec une qualification spécifique qui allie capacités relationnelles et compétences techniques. Pour que cette relation à trois, entre l'aidé, le professionnel et l'aidant soit saine et équilibrée, il faut que chacun trouve parfaitement sa place et respecte l'autre.

Document 3 La relation fonctionnelle et le lien hiérarchique

La relation fonctionnelle est une relation professionnelle entre deux ou plusieurs employés qui détermine des relations d'échange, de complémentarité, de partage des tâches et qui permet le travail en groupe. Elle est basée sur des relations de compétence.

Le lien hiérarchique est une relation de subalterne et de pouvoir permettant la transmission des ordres.

L'accompagnement et les réactions possibles

● Objectifs

1. Définir la notion d'accompagnement.
2. Repérer les réactions de défense et l'adaptation possible de la personne aidée, de la personne aidante.

ACTIVITÉ 1 La notion d'accompagnement

1.1 En s'aidant du document 1, définir l'accompagnement.

Accompagner, c'est être auprès des personnes « fragilisées, vulnérables » pour les soutenir, en prendre soin, faire avec, les aider à développer leurs projets en fonction de leur capacité propre d'autonomie pour améliorer leur vie, c'est à dire apporter des réponses concrètes à leurs besoins.

1.2 Caractériser l'accompagnement dans chacun des exemples suivants.

Situation	Objectifs
Hugo, 10 ans, est handicapé mental léger de naissance. Il vit chez ses parents et bénéficie d'un accompagnement par un Sessad, afin de l'aider dans son développement psychomoteur et permettre son inclusion.	Pour Hugo, il s'agit de préparer son avenir en l'aidant dans son développement psychomoteur, dans son parcours scolaire pour permettre une inclusion réussie dans la société.
Micheline, 85 ans, a un cancer généralisé. Elle demande à terminer sa vie tranquillement à son domicile. Elle reçoit des soins palliatifs pour soulager sa souffrance physique, des soins d'hygiène et de confort pour sa dignité, un soutien psychologique et moral. La famille et ses proches sont aussi aidés.	Accompagner Micheline a pour but d'apaiser sa souffrance physique, morale et de l'aider à terminer sa vie comme elle le souhaite, dans les meilleures conditions possibles.
Ali, âgé de 35 ans, a eu de multiples fractures suite à un accident de la circulation. Après un séjour de plusieurs semaines en centre de rééducation, il souffre encore de son genou et de son épaule droite mais il doit envisager le retour à son domicile. Celui-ci n'est possible qu'avec : – des aides matérielles : installation de rampes à l'escalier, de son lit au rez-de-chaussée au début ; – des aides humaines : médecin, aide-soignante pour la toilette, kinésithérapeute, ergothérapeute... ; – des aides de service : portage de repas, aides ménagères.	Ali doit être aidé, car il a perdu momentanément, une partie de son autonomie. Cet accompagnement lui permet de sortir du milieu de soins et de réapprendre à vivre seul à son domicile, de se prendre en charge.

Document 1 L'accompagnement

Nous avons trop l'habitude d'opposer deux mondes : celui des personnes réputées autonomes et celui des personnes dépendantes. La philosophie du « care » dénonce cette catégorisation et la remet en cause : en fait, nous sommes, tous, à la fois autonomes et dépendants.

La vulnérabilité est un trait commun de la condition humaine. Un individu peut être fragilisé sur un point et parfaitement autonome sur d'autres plans. Le « care » part de ce double constat.

Le mot « care » se traduit par soin, sollicitude, dévouement, attention à autrui et se définit par « apporter une réponse concrète aux besoins des autres » sans porter atteinte aux libertés et aux droits d'autrui.

Prendre soin de l'autre, l'accompagner, ne signifie donc pas de faire pour et à la place des personnes mais d'être présent avec lui. À chacun de choisir son chemin, de construire son projet, d'être auteur de sa vie mais étant soutenu par d'autres.

Parmi les acteurs concernés par le « care », on trouve les aidants familiaux et professionnels.

Nous devons construire une société incluant la vulnérabilité potentielle de l'ensemble des individus et qui pense le social en fonction des besoins et des réponses permettant d'améliorer la vie de chacun.

ACTIVITÉ 2 Les réactions de défense et l'adaptation possible de la personne aidée, de la personne aidante

2.1 Dans chaque situation, analyser les réactions de la personne aidée et de la personne aidante.



Suite à un accident de moto, Xavier 36 ans est tétraplégique. Il vit avec son épouse Lucie et son fils de 8 ans. Depuis son retour à la maison, Lucie l'aide à la toilette, l'emmène en rééducation chaque jour et effectue les démarches administratives. Xavier, l'époux doux, serviable et attentionné avec ses proches, ne leur parle plus sauf pour les insulter, les critiquer et même les violenter parfois.

Analyse de la réaction de Xavier :

Xavier est agressif et même violent car il n'accepte pas son handicap, sa dépendance vis-à-vis de son épouse ni l'image d'un père « diminué » qu'il donne à son fils.



Lucienne âgée de 76 ans, a un début de maladie d'Alzheimer. Elle vit seule, sa fille a demandé, contre son avis, une aide pour la toilette et pour les repas. Elle ne veut pas manger car « l'auxiliaire ne sait pas cuisiner » dit-elle. Si celle-ci l'oblige, elle renverse son assiette.

Analyse de la réaction de Lucienne :

Lucienne n'accepte pas l'aide qui a été demandée par sa fille alors qu'elle n'était pas d'accord. Nous sommes en présence d'un rejet (refus) de l'aide.

Attitude à adopter par l'aidante :

L'aidante doit lui expliquer calmement qu'elle ne peut plus cuisiner et lui préparer ses plats préférés pour créer un lien de confiance et se faire accepter.



Icham est né au Maroc. Il est devenu myopathe vers 5 ans, lors de son arrivée en France il ne marche plus et depuis il est en fauteuil roulant. Sa maman se culpabilise, le surveille, va sans cesse au-devant de ses besoins. Il n'est pas scolarisé car sa mère a peur que les enfants le bousculent et se moquent de lui. De ce fait il n'a qu'un seul copain, son voisin de palier. Icham passe ses journées devant la télévision. Il devient secret, s'enferme et ne parle plus.

Icham : Il veut faire comprendre à sa mère qu'il ne supporte plus sa surprotection.

Il revendique la liberté et demande à avoir une vie sociale comme les autres enfants de son âge.



La mère d'Icham : Elle se sent responsable du handicap de son fils et veut aller au-devant de ses besoins pour lui faciliter la vie. Elle veut le protéger d'une société peu adaptée aux personnes handicapées afin de favoriser son inclusion scolaire et améliorer sa vie sociale.



Léa, auxiliaire de vie sociale, intervient chez Mme Bouhki quatre fois par semaine pour l'aide aux courses, à la toilette et aux différentes tâches ménagères. Mme Bouhki est devenue méchante en vieillissant. Léa est arrivée intentionnée, douce en cherchant à connaître ses habitudes de vie, mais elle s'est fait insulter, accuser de vol et même griffer lors de la toilette. Léa a discuté longuement avec Mme Bouhki, lui a demandé pourquoi elle agissait ainsi, a expliqué que cette aide, lui évitait un placement en structure mais que si son attitude ne changeait pas elle ne viendrait plus. Depuis Mme Bouhki est agréable, lui offre le café, la complimente, lui raconte sa vie, se décharge sur elle pour ses démarches et est déçue lorsqu'une remplaçante se présente.

Première réaction de Mme Bouhki : Elle se montre désagréable et agressive.

Attitude adoptée par Léa : Elle discute, lui demande des explications et lui montre qu'elle a besoin d'aide pour continuer à vivre chez elle.

Deuxième réaction de Mme Bouhki : Elle comprend que Léa lui est indispensable pour éviter un placement en structure. Le rejet du début se transforme en acceptation de l'aide mais aussi en un besoin, une demande.

Document 2 La relation d'aide

La relation d'aide est une relation d'accompagnement dans le parcours de vie, qui suppose patience, écoute attentive, soutien actif, empathie et qui vise à permettre à l'aidé de trouver, de maintenir ou de retrouver une autonomie et une compétence dans le domaine qui est l'objet de sa demande. La relation d'aide consiste en une interaction particulière entre deux personnes, chacune contribuant personnellement à la recherche et à la satisfaction d'un besoin d'aide présent chez l'aidé. C'est un soin relationnel.

Pour qu'une aide soit réussie, l'aidant doit créer un lien de confiance, écouter et dialoguer, observer, et identifier précisément les besoins d'aide, amener la personne à reconnaître et à accepter ses besoins (cela nécessite souvent de combattre les résistances par la confrontation en mettant la personne face à elle-même), faire preuve de souplesse, respecter ses habitudes de vie et s'adapter à chacun, soutenir la personne dans cette aide.



L'accompagnement et ses acteurs

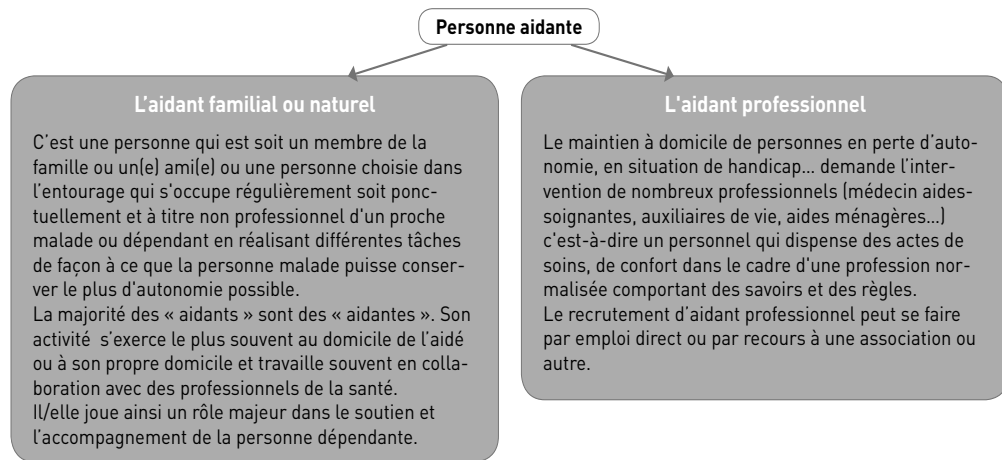
1 Les différents acteurs dans la relation d'aide

La relation d'aide est l'action d'apporter un soutien à quelqu'un. La relation d'aide repose sur certaines valeurs : le respect, le non-jugement et la mise en confiance. Les acteurs sont d'une part la personne aidée et d'autre part les aidants.

Personne aidée : on appelle « aidé » la personne en perte d'autonomie physique ou psychique, qui nécessite l'aide, généralement quotidienne, d'une personne. La majorité des personnes aidées sont des personnes âgées qui perdent progressivement une part de leur autonomie personnelle pour accomplir les gestes de la vie courante. Mais ce sont aussi des personnes en situation de handicap (adultes ou enfants), des personnes accidentées ou gravement malades (cancer, Alzheimer, Sida...) ou des familles. Ces personnes ont besoin d'une assistance ponctuelle ou permanente pour améliorer le confort de leur existence.

Personne aidante : personne qui assure les soins d'hygiène et de confort, l'accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, les démarches administratives, la coordination, la vigilance, les activités domestiques... sans oublier le soutien moral et affectif. La relation d'aide est la capacité que peut avoir un aidant à amener toutes les personnes en difficultés à mobiliser leurs ressources pour mieux vivre une situation, c'est un soin relationnel. Les personnes aidantes leur permettent ainsi de se maintenir plus longtemps dans leur milieu de vie habituel, de préserver leur autonomie et d'éviter la rupture des liens sociaux.

L'aide à la personne se caractérise par son aspect social. Elle peut être réalisée par des personnes proches (famille, voisinage) ou par des professionnels.



Dans la plupart des cas « on ne choisit pas d'être aidant, on le devient », ce qui explique souvent les relations difficiles entre professionnel, aidant(e) familial et aidé(e) :

- soit l'aidant familial n'accepte pas de déléguer et de ce fait l'aidant professionnel n'arrive pas à prendre sa place ;
- soit la personne aidée n'accepte pas l'aidant professionnel ;
- soit l'aidant professionnel ne respecte pas ou ne comprend pas le rôle de l'aidant familial.

Compte tenu du vieillissement de la population, du manque de places en institution, du coût élevé des placements ou des aides, de l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies invalidantes et chroniques, du désir de vivre à son domicile le plus longtemps possible, le nombre d'aidants familiaux est en progression constante. Il est donc indispensable de former chacun afin qu'une meilleure articulation et compréhension des rôles des aidants familiaux et intervenants professionnels se mette en place pour permettre une qualité supérieure de l'accompagnement de toutes les personnes qui nécessitent une aide.

2 La notion d'accompagnement

Au cours de sa vie, chaque personne peut se retrouver fragilisée ou dépendante des autres (enfants, malades, personnes en situation de handicap, senior...) et doit être accompagnée pour satisfaire ses besoins.

Accompagner signifie que l'on ne peut pas agir et décider à la place de quelqu'un : que, sur certains registres de la vie, on ne peut contraindre, qu'il faut « aller avec ».

Le « care » est une pratique du soin et de l'accompagnement des personnes fragilisées sur le plan physique, moral ou économique. Ce mot anglais signifie « s'occuper de, faire attention, prendre soin, se soucier de » et peut aussi être traduit par « soins, sollicitude, attention soutenue (à la fois soucieuse et affectueuse) ». Cette pratique consiste à constater les besoins d'autrui, les évaluer et apporter une réponse concrète et efficace pour pourvoir à ses besoins.

Un véritable accompagnement nécessite de réelles compétences :

- d'attention portée à l'autre, d'empathie, de disponibilité et de responsabilité ;
- de dialogue, de synthèse pour la construction d'un projet de vie avec la personne ;
- des capacités d'observation et de restitution (la transmission à d'autres professionnels) et de travail en équipe avec des professionnels de différents domaines.

Il ne s'agit plus « de faire pour » et « à la place des personnes » mais « de faire avec ». La personne aidée ne doit pas être assistée mais accompagnée pour répondre à ses besoins. À chacun de choisir son chemin, de construire son projet, d'être auteur de sa vie, mais en étant soutenu par d'autres.

La notion d'accompagnement prend alors le sens de partage et d'échange, d'implication et d'engagement réciproque entre les aidants et les aidés.

L'accompagnement peut permettre :

L'inclusion des jeunes en situation de handicap par une socialisation précoce et une préparation à sa vie d'adulte, professionnelle notamment.

Le soulagement de la douleur, d'apaiser la souffrance psychique, de sauvegarder la dignité de la personne en fin de vie et de soutenir son entourage.

Le retour à domicile des personnes hospitalisées en apportant des aides matérielles, humaines...

3 Les réactions de la personne aidée et de la personne aidante

Il est difficile d'accepter d'être moins autonome et d'avoir besoin de l'aide d'une autre personne pour plusieurs activités. Une relation de dépendance et d'aide est délicate à gérer des deux côtés, pour l'aidant comme pour l'aidé(e). Elle demande des efforts aux deux parties pour se comprendre et respecter les contraintes de chacun.

La personne en difficulté refuse, en général, le recours à des aides extérieures. Il va falloir bien identifier ses besoins, l'amener à les reconnaître et à les accepter. La réticence de la personne aidée n'est pas toujours exprimée verbalement. Elle peut se traduire par des comportements, des gestes, des attitudes et des pleurs.

Il en résulte différents comportements de la personne aidée :

- l'agressivité, qui est une réaction normale lorsqu'une personne (âgée, aidée) rencontre divers obstacles à la satisfaction de ses attentes ;
- le rejet en particulier si l'aide lui a été imposée par l'entourage contre son avis ;
- l'acceptation avec petit à petit un climat de confiance qui s'installe. L'aidant devient vite indispensable.

La personne n'est pas toujours capable de formuler clairement ses besoins, surtout si le handicap est récent. Difficile alors pour l'aidant d'intervenir, il doit faire preuve de patience, d'écoute, de dialogue, d'observation et d'empathie pour établir une relation de confiance mais ne jamais répondre par l'agressivité.

L'aidant doit éviter la surprotection qui nuit au maintien des capacités ou du développement, mais aussi l'infantilisation des personnes âgées ou handicapées. Une relation d'aide est efficace grâce aux attitudes de la personne aidante et grâce à la perception qu'a la personne aidée de cette relation.

Pour réussir une relation d'aide, il faut instaurer un climat de confiance, une bonne communication et montrer de la considération ; accepter l'autre tel qu'il est sans l'évaluer ou le juger.

L'attitude la plus adaptée est une attitude de coopération où chacun participe selon ses possibilités.

Notes

Notes

Notes

Les PAOistes

Éditions Foucher - Malakoff - AOÛT 2012 - 01 - RG - DL / DC

Imprimé en France par Jouve - 53100 Mayenne - N° 0000000