

Sciences et techniques sanitaires et sociales

Guide pédagogique

Des ATT et ATM par séquence

Un carnet de bord AI

1^{re} **ST2S**

Sous la direction de
K. Abbadi

P. Benchimol
I. Bouslimane
M. Aïnseba Elghoul
N. Ouali Ziane
N. Ziane

Ouverture de chapitre

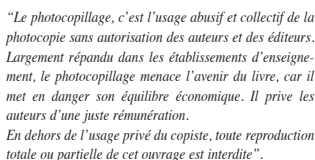
Les objectifs du programme à atteindre dans cette activité

- Un questionnement pour découvrir la problématique du chapitre

Des documents _____
accessibles, courts et
attractifs pour découvrir
les notions pas à pas
à travers
un questionnement ciblé

- Des espaces pour la réponse de l'élève, et une variété dans le type d'activités proposées (textes à rédiger, schémas à compléter)

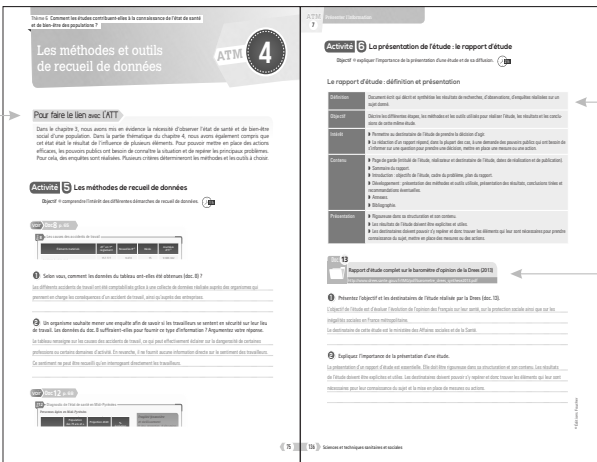
En fin de partie, une rubrique
« Je construis ma synthèse »
pour aider l'élève à faire le point sur
les notions acquises, et une rubrique
« Le jour du bac » pour se préparer
à l'épreuve



de votre ouvrage

Le cours en ATM

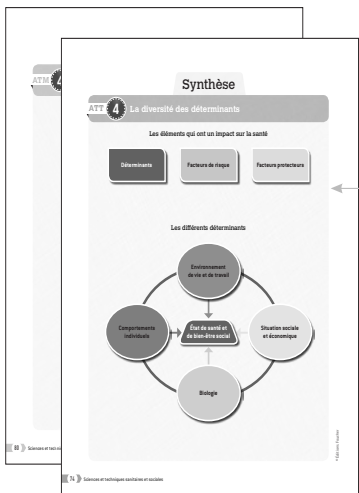
Une rubrique
« pour faire le lien avec l'ATT »
afin de créer une passerelle
entre les pôles thématiques et
méthodologique



Des apports de cours
intermédiaires pour
appliquer la méthodologie
nécessaire à l'activité

La reprise de documents
de l'ATT ou l'apport
de nouveaux documents
de travail pour mener
les activités

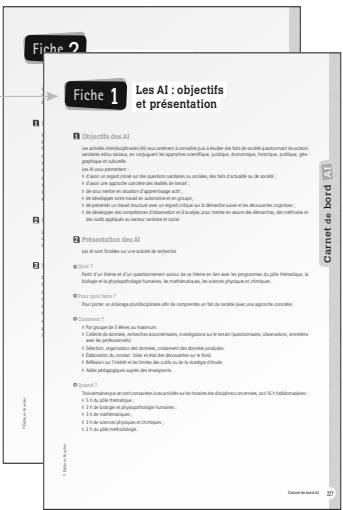
La synthèse



À la fin de chaque partie,
l'essentiel des notions
vues en ATT et ATM
sous forme de schéma

Le carnet de bord AI

Un carnet de bord AI
sous forme de fiches
pour aider l'élève à mener
ses travaux de groupe en
toute autonomie



ISBN 978-2-216-13200-3

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 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 2015

Sommaire

1

ATT De la santé des individus à la santé de la population

Thème 1 Qu'est-ce que la santé ? Qu'est-ce que le bien-être social ?

I La santé selon chaque individu	8
Activité 1 La santé individuelle, une notion plurielle	8
Activité 2 La santé individuelle, une notion relative	10
II La santé publique, une approche collective	12
Activité 3 La nécessité d'une santé publique	12
Activité 4 Un exemple de problème de santé publique ..	13
Synthèse	16

ATM Les spécificités des données et des informations à caractère sanitaire et social

Thème 5 Comment les études contribuent-elles à la connaissance de l'état de santé et de bien-être des populations ?

Activité 5 Les caractéristiques des informations sanitaires et sociales	17
Activité 6 La protection des informations sanitaires et sociales et les principaux dispositifs législatifs	20
Synthèse	24
Compléments de l'ATT 1	25

2

ATT Le bien-être social : une construction dynamique

Thème 1 Qu'est-ce que la santé ? Qu'est-ce que le bien-être social ?

I Les caractéristiques de la socialisation	30
Activité 1 La socialisation primaire	30
Activité 2 La socialisation secondaire	32
II Le rôle et l'influence de la socialisation sur le bien-être des individus	35
Activité 3 Socialisation et insertion sociale	35
Activité 4 L'influence des normes sociales	37
Synthèse	40

ATM Le recueil de données : la recherche documentaire

Thème 6 Comment les études contribuent-elles à la connaissance de l'état de santé et de bien-être des populations ?

Activité 5 La recherche documentaire	41
Activité 6 Les sources documentaires	44
Synthèse	46
Compléments de l'ATT 2	47

3

ATT La mesure de l'état de santé et de bien-être social de la population

Thème 2 Comment apprécier l'état de santé et de bien-être social ?

I La diversité des indicateurs	52
Activité 1 Les indicateurs démographiques	52
Activité 2 Les indicateurs sanitaires	53
Activité 3 Les indicateurs socioéconomiques	56
II Les niveaux de santé et de bien-être social des populations	58
Activité 4 Intérêts et relativité des indicateurs	58
Activité 5 Un état de santé globalement positif mais des inégalités de santé et de bien-être social	59
Synthèse	62

ATM La démarche d'étude à caractère sanitaire et/ou social

Thème 6 Comment les études contribuent-elles à la connaissance de l'état de santé et de bien-être des populations ?

Activité 6 La démarche d'étude	63
Activité 7 La construction de l'objet d'étude	66
Synthèse	68
Compléments de l'ATT 3	69

4

ATT La diversité des déterminants

Thème 3 Quels sont les principaux déterminants de santé ?

I La notion de déterminant	76
Activité 1 Ce qui détermine notre état de santé et de bien-être social	76
Activité 2 Déterminants et facteurs de risque	80
II Les différents types de déterminants	82
Activité 3 Un phénomène, plusieurs déterminants	82
Activité 4 Une classification des déterminants	84
Synthèse	88

ATM Les méthodes et outils de recueil de données

Thème 6 Comment les études contribuent-elles à la connaissance de l'état de santé et de bien-être des populations ?

Activité 5 Les méthodes de recueil de données	89
Activité 6 Les enquêtes quantitatives et qualitatives	90
Activité 7 Les outils de recueil de données	92
Synthèse	94
Compléments de l'ATT 4	95

ATT L'interaction entre les différents déterminants

Thème 3 Quels sont les principaux déterminants de santé ?

I L'action complexe des déterminants	102
Activité 1 Les interactions entre les déterminants	102
Activité 2 Les interactions entre les déterminants de santé et les déterminants du bien-être social	102
II L'impact des déterminants sur l'émergence d'inégalités dans une population	106
Activité 3 La place des différents déterminants dans les inégalités d'espérance de vie	106
Activité 4 L'impact de la situation sociale et financière	107
Activité 5 Le rôle des comportements dans les inégalités	109
Activité 6 L'impact de l'environnement	112
Synthèse	116

ATM Le questionnaire et l'entretien

Thème 6 Comment les études contribuent-elles à la connaissance de l'état de santé et de bien-être des populations ?

Activité 7 Le questionnaire	117
Activité 8 L'enquête par entretien	120
Synthèse	122
Compléments de l'ATT 5	123

ATT L'émergence des problèmes sociaux

Thème 4 Comment émergent les problèmes de santé et les problèmes sociaux ?

I Les problèmes sociaux aujourd'hui	158
Activité 1 La descente vers l'exclusion	158
Activité 2 L'échec scolaire : un exemple de processus d'exclusion	160
II De l'émergence des problèmes sociaux à leur reconnaissance collective	162
Activité 3 L'émergence des problèmes sociaux	162
Activité 4 La reconnaissance des problèmes sociaux par la collectivité	164
Synthèse	168

ATM Présenter l'information

Thème 8 Comment les études contribuent-elles à la connaissance de l'état de santé et de bien-être des populations ?

Activité 5 L'enquête par questionnaire (réinvestissement)	169
Activité 6 La présentation de l'étude : le rapport d'étude	170
Synthèse	172
Compléments de l'ATT 7	173

ATT Problèmes de santé, risques et crises sanitaires

Thème 4 Comment émergent les problèmes de santé et les problèmes sociaux ?

I L'approche individuelle des problèmes de santé et des risques sanitaires	130
Activité 1 L'approche individuelle du problème de santé	130
Activité 2 L'approche individuelle du risque sanitaire ..	131
II Problèmes de santé et risques sanitaires : la nécessité d'une reconnaissance collective	133
Activité 3 La reconnaissance d'un risque sanitaire par la collectivité	133
Activité 4 La place de l'épidémiologie dans la reconnaissance d'un risque sanitaire	137
III Des risques aux crises sanitaires	139
Activité 5 L'évolution d'un risque sanitaire vers une crise sanitaire	139
Activité 6 La perception des crises sanitaires	143
Synthèse	144

ATM L'intérêt d'une étude

Thème 6 Comment les études contribuent-elles à la connaissance de l'état de santé et de bien-être des populations ?

Activité 7 La démarche d'étude (réinvestissement)	145
Activité 8 L'intérêt d'une étude	147
Synthèse	148
Compléments de l'ATT 6	149

ATT Des droits sociaux aux risques sociaux

Thème 5 Quelle protection sociale pour garantir les individus contre les risques sociaux ?

I La protection sociale	178
Activité 1 Des droits fondamentaux aux droits sociaux	178
Activité 2 L'évolution des droits sociaux	181
II Le risque social	184
Activité 3 La définition du risque social	184
Activité 4 L'évolution des risques sociaux	185
Synthèse	188

ATM Le recueil de données : illustration de la recherche documentaire

Thème 6 Comment les études contribuent-elles à la connaissance de l'état de santé et de bien-être des populations ?

Activité 5 La recherche cyberdocumentaire (réinvestissement)	189
Compléments de l'ATT 8	191

ATT Le système de protection sociale : construction et organisation générale

Thème 5 Quelle protection sociale pour garantir les individus contre les risques sociaux ?

I La construction du système français de protection sociale	198
Activité 1 L'évolution du système de protection sociale français	198
Activité 2 Les modèles de référence de la protection sociale	201
II Les caractéristiques de la protection sociale	202
Activité 3 Les principes fondateurs de la protection sociale : l'assurance et l'assistance	202
Activité 4 Les principes de solidarité et de responsabilité	203
Activité 5 Protection individuelle et protection collective	204
III L'organisation générale du système de protection sociale	206
Activité 6 Les caractéristiques du système de la protection sociale	206
Activité 7 La Sécurité sociale dans le système de la protection sociale	208
Synthèse	211

ATM Présenter une bibliographie ou une sitographie

Thème 6 Comment les études contribuent-elles à la connaissance de l'état de santé et de bien-être des populations ?

Activité 8 L'organisation et l'intérêt d'une bibliographie	213
Activité 9 La présentation d'une bibliographie	214
Synthèse	216
Compléments de l'ATT 9	217

ATT La prise en charge du risque maladie par le régime général

Thème 5 Quelle protection sociale pour garantir les individus contre les risques sociaux ?

I L'organisation de l'assurance maladie	244
Activité 1 L'organisation administrative de l'assurance maladie	244
Activité 2 L'organisation financière de l'assurance maladie	247
II Les prestations de l'assurance maladie	250
Activité 3 Les conditions d'ouverture des droits	250
Activité 4 Les différentes prestations de l'assurance maladie	252
Activité 5 Tous couverts ?	255
Synthèse	258

ATM Les enquêtes par échantillon

Thème 6 Comment les études contribuent-elles à la connaissance de l'état de santé et de bien-être des populations ?

Activité 6 La construction d'un échantillon	259
Activité 7 Les études de cohorte	260
Synthèse	262
Compléments de l'ATT 11	263

ATT Le régime général

Thème 5 Quelle protection sociale pour garantir les individus contre les risques sociaux ?

I La place du régime général au sein des régimes de la Sécurité sociale	225
Activité 1 Le régime général : le régime dominant de la Sécurité sociale	225
Activité 2 La place grandissante du régime général	227
II L'organisation du régime général	229
Activité 3 L'organisation administrative du régime général	229
Activité 4 Le rôle du régime général en faveur du bien-être social et de la santé	230
Synthèse	234

ATM Schématiser l'information

Thème 6 Comment les études contribuent-elles à la connaissance de l'état de santé et de bien-être des populations ?

Activité 5 L'intérêt de schématiser l'information	235
Activité 6 La réalisation d'un schéma	237
Synthèse	238
Compléments de l'ATT 10	239

ATT La protection maladie complémentaire

Thème 5 Quelle protection sociale pour garantir les individus contre les risques sociaux ?

I La nécessité d'une protection maladie complémentaire	272
Activité 1 Les acteurs de la protection maladie complémentaire	272
Activité 2 L'étude des prestations de protection maladie complémentaire	274
II Les dispositifs : une caractéristique essentielle des organismes de protection sociale complémentaire	277
Activité 3 Les dispositifs non contributifs	277
Activité 4 Les dispositifs contributifs	279
Synthèse	282

ATM Vers le projet technologique

Thème 6 Comment les études contribuent-elles à la connaissance de l'état de santé et de bien-être des populations ?

Activité 5 Le rapport d'étude (réinvestissement)	283
Activité 6 La notion de projet	284
Synthèse	286
Compléments de l'ATT 12	287

De la santé des individus à la santé de la population

ATT

1

Activité de **découverte**

Objectif • caractériser la santé telle que définie par l'OMS.



Doc 1 — La santé selon l'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. »

Préambule à la Constitution
de l'Organisation mondiale de la santé

1 À l'aide d'une recherche Internet et des doc. 1 et 2, présentez brièvement l'OMS (sigle, date de création, composition, objectifs et rôle).

OMS : Organisation mondiale de la santé.

Date de création : 7 avril 1948 (date à laquelle est célébrée chaque année la Journée mondiale de la santé).

Composition : 192 pays.

Objectifs : promouvoir et protéger la santé de tous les individus dans le monde.

Rôle : l'OMS est chargée de diriger l'action sanitaire dans le monde, de définir des programmes de recherche dans le domaine de la santé, de fixer des normes et des critères, de faire des recommandations, de fournir un soutien technique aux différents pays et de suivre et d'apprécier les tendances en matière de santé.

2 Repérez les particularités de la définition de la santé par l'OMS (doc. 1 et 2).

C'est une définition complète et multidimensionnelle car elle prend en compte le bien-être physique, mental et social de l'individu pour qualifier l'état de sa santé. Elle ne se limite pas à l'absence d'une maladie ou d'un handicap.

3 À votre avis, quels sont les intérêts possibles d'une telle définition pour l'individu ?

Une définition aussi complète et qui prend en compte toutes les dimensions (physique, mentale et sociale) de l'individu permet :

- une définition universelle, commune, et donc une référence pour tous les individus ;
- une meilleure prise en charge et un meilleur suivi par les différents professionnels ;
- une meilleure reconnaissance de la pathologie de l'individu.

Doc 2 — Le rôle de l'OMS

« Le but de l'Organisation mondiale de la santé est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. »

Constitution de l'OMS, chap. I, article 1



Opération de la cataracte réalisée gratuitement par l'ONG turque IHH en coopération avec l'OMS en Somalie.

I La santé selon chaque individu

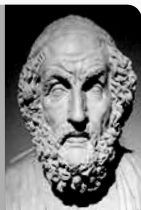
Activité 1 La santé individuelle, une notion plurielle

Objectif ► définir le concept de santé individuelle.  30 min

Doc 3 Qu'est-ce que la santé pour toi ?

« La santé, c'est un esprit sain dans un corps sain. »

Homère, poète grec
du VIII^e siècle av. J.-C.



« J'ai décidé d'être heureux parce que c'est bon pour la santé. »

Voltaire, philosophe
du siècle des Lumières



« La santé, c'est être bien dans sa peau, ne pas être seule et pouvoir sortir. »

Céline, 14 ans,
collégienne



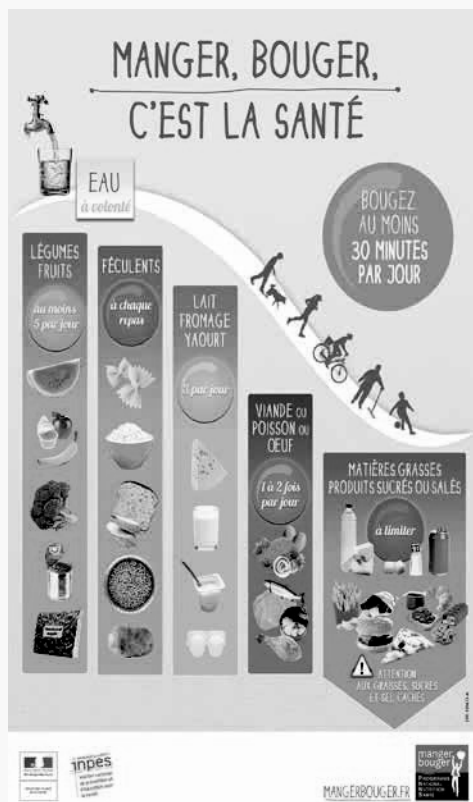
« La santé, c'est simplement ne pas être malade. Malheureusement, ce n'est pas tous les jours le cas... »

Tariq, 51 ans,
ouvrier en bâtiment



« La santé, c'est lorsque j'avais 20 ans et que je pouvais danser la salsa. »

Michèle, 78 ans,
retraîtée



Campagne de l'INPES

Doc 4 L'équipement sportif idéal

Des élus, des responsables de services des sports, des sportifs de haut niveau ou amateurs, des citoyens ont répondu à la question suivante : « Pour vous, quel est l'équipement sportif idéal ? »

Stéphane Delpeyrat-Vincent

Vice-président chargé du sport, de la jeunesse et de la vie associative au conseil régional d'Aquitaine

« Pour définir l'équipement sportif idéal, un mot me vient à l'esprit : harmonie. Une harmonie entre sportifs et spectateurs et un endroit qui vit en harmonie avec son environnement.

Cet espace se doit d'être un lieu de rencontre et de partage animant la vie de la cité. Les pratiquants doivent se retrouver dans une enceinte où le confort pour tous, la sécurité de tous, l'accessibilité à tous sont garantis pour un véritable service public. De plus, la question du coût de l'équipement ne peut pas être éludée avec un impératif de parfaite maîtrise de sa construction et de son exploitation. Les retombées économiques et sociales d'une installation sportive seront d'autant plus importantes [que] son coût [sera] raisonnable.

Enfin, l'équipement idéal est nécessairement un équipement de haute qualité environnementale. Une parfaite intégration urbaine, une desserte par des modes de transport doux

et des transports en commun, une consommation d'énergie réduite, des déchets triés et recyclés, des matériaux naturels comme le bois pour la construction de l'édifice sont autant d'obligations pour aujourd'hui et de nécessités pour demain. » [...]

Guide de programmation des équipements sportifs d'Aquitaine,
www.adcs.cnrs.fr



Le sport libre-service et gratuit dans les parcs : entretenir sa santé à sa manière.

Doc 5 Définitions de la santé

Si l'on se limite aux indicateurs de santé, ces derniers peuvent être classés en trois catégories.

Le modèle **subjectif** regroupe les indicateurs d'état de santé perçus, les symptômes et les échelles de qualité de vie.

Selon le modèle **médical ou biologique**, l'état de santé peut être évalué par les maladies diagnostiquées ou déclarées et par des anomalies de l'examen clinique, physiologique ou psychiatrique. Dans ce cas, un mauvais état de

santé correspond à la non-conformité à une norme physiologique ou psychique.

Enfin, selon le modèle **fonctionnel et social**, l'état de santé est évalué par des indicateurs de limitations fonctionnelles ou de restrictions d'activité. Un mauvais état de santé est alors défini comme l'incapacité à assurer un rôle social et à réaliser des tâches normales. Ainsi, ces indicateurs permettent l'approche de différentes dimensions de l'état de santé, médicale, fonctionnelle ou de qualité de vie. [...]

M. Devaux, F. Jusot, C. Sermet et S. Tubeu,

« Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé »,
RFAS n° 1, 2008

1 À partir des **doc. 3 et 4** et de vos connaissances, citez les différents éléments mis en avant par chaque individu dans sa propre définition de la santé.

Les différents éléments mis en avant par chaque individu sont l'état d'esprit de la personne, le bien-être, le bonheur, les relations sociales, la condition physique et mentale.

2 Identifiez les facteurs qui permettent de définir la santé selon chaque individu (**doc. 3 et 4**).

Plusieurs facteurs permettent de définir la santé selon chaque individu : ses conditions de vie, son sexe, son âge, sa profession, ses comportements, sa culture, sa personnalité, ses activités ou son absence d'activités.

3 Expliquez en quoi l'on peut dire que la sensation de santé est subjective (doc. 5).

La sensation de bonne santé est différente selon les individus car elle est propre à chacun. Chaque individu a sa propre conception, la ressent à sa façon, et a donc sa propre définition. En effet, l'état de santé varie selon les individus, en fonction de la satisfaction de leurs besoins fondamentaux, leurs conditions de vie mais aussi en fonction de leur qualité de vie. La santé est par conséquent difficilement mesurable. On peut donc qualifier la notion de santé de « notion subjective ».

Activité 2 La santé individuelle, une notion relative

Objectif ► illustrer la relativité de la notion de santé individuelle.



Doc 6 La médecine dans l'Antiquité

Dans l'histoire le terme de santé apparaît vers l'an 1000 av. J.-C. Il dérive du vieil anglais *hoelth* signifiant « être en sécurité » ou « globalité du corps ». [...]

La médecine était alors complètement liée à des croyances surnaturelles puisque l'on pensait que la maladie était une malédiction envoyée par les dieux. Ainsi, en cas de maladie, les Mésopotamiens faisaient appel à l'*âshipu*, un sorcier qui était chargé de diagnostiquer le mal. [...]

Les Égyptiens pratiquaient la technique de la momification et connaissaient relativement bien l'anatomie, définie comme l'étude de la structure du corps, mais moins bien la physiologie, c'est-à-dire le fonctionnement interne du corps humain.

www.eduki.ch



Cérémonie d'embaumement de Toutankhamon. Dessin de F. Matania (xix^e siècle).

Doc 7 La santé a remplacé le salut

« Comment allez-vous du ventre ? », était au Moyen Âge la manière de s'aborder, en ces temps où l'occlusion due à l'appendicite empêchant « d'aller du ventre » causait la mort.

Cette expression entraînait une réponse de type : « Bien, je ne suis pas malade, grâce à Dieu » au temps où sévissait la peste et où assurer le salut de son âme était le but de qualité de sa vie.

Actuellement, la réponse au : « Comment allez-vous ? » est souvent devenue : « Ça va, mais j'ai des soucis professionnels. » [...] La maladie n'est plus seule en cause dans la notion de santé, de qualité de la vie [...].

L'absence de maladie est devenue un droit, presque un dû [...]. À notre époque, l'homme bien portant est un malade qui s'ignore de moins en moins.

Bref survol de l'évolution de la notion de santé

Depuis la nuit des temps le souci premier des hommes est de se nourrir et de se mettre à l'abri.

Le néolithique a été un tournant : les hommes sont devenus agriculteurs sédentaires. Des savoirs pluriels,

fonction des lieux géographiques, se sont alors accumulés au fil des siècles et transmis oralement. Ils étaient orientés sur le prendre soin de la survie de l'individu et du groupe car la précarité des ressources alimentaires était partout présente et la naissance était un passage à risque.

L'expérience s'est accumulée et des savoirs empiriques basés sur l'utilisation des plantes se sont précisés. Transmis par tradition orale familiale au début, les écrits issus de ces pratiques furent diffusés à l'université mais aussi par les colporteurs qui parcouraient la France, jusqu'au début du xx^e siècle. En ces temps-là, la santé était de bien se porter, sous-entendu sur ses jambes.

La première édition du *Dictionnaire de l'Académie française*, en 1694, mentionne entre autres, au mot « santé » : « Estat de celuy qui est sain, qui se porte bien. [...] On appelle Billet de santé, l'attestation que les Officiers ou Magistrats des lieux donnent en temps de peste, pour certifier qu'un voyageur ne vient pas d'un lieu suspect. »

Au xviii^e siècle s'ouvre l'ère pastorienne, et la découverte des microbes va modifier l'approche des risques de la vie : l'hygiène individuelle et les actions sociales contre

Doc 7

→ la diffusion des microbes permettait d'entrevoir une vie sans maladie physique (tétanos, tuberculose, typhoïde, etc.). La santé fut définie comme l'absence de maladie.

La découverte de la pénicilline et autres antibiotiques qui permettent de guérir de nombreuses maladies conduit l'OMS, après la guerre de 1939-1945, à définir la santé comme un « état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ».

La population était surtout rurale en ces temps-là et l'environnement, naturel, n'était pas un élément à intégrer dans la définition de la santé.

L'urbanisation croissante et les différences de développement économique en fonction des lieux géographiques du monde, vont amener à reconsidérer le rôle de l'environnement.

René Dubos propose alors une définition intégrant l'épanouissement de chacun dans le milieu où il vit. La notion de « qualité de la vie » fait son entrée. Dans ce cadre, les médecins qui furent en première ligne pour les actions d'hygiène individuelle et sociale au siècle dernier, ne sont plus les seuls acteurs en lice pour promouvoir la santé.

G. Canguilhem, « La santé a remplacé le salut », *Le Normal et le Pathologique*, PUF, Paris, 1991

1 Complétez le tableau représentant les périodes et les grandes étapes de l'évolution de santé (doc. 6 et 7).

Périodes	Étapes de la notion de santé
Antiquité	Basée sur la physique et la sorcellerie.
Renaissance	L'hygiène corporelle et la santé commencent à décliner.
XVIII ^e siècle	La santé est définie comme l'absence de maladie. On note la découverte des microbes.
OMS	Définition physique, mentale et sociale.

2 Repérez la façon dont la notion de la santé a évolué (doc. 6 et 7).

Elle est passée d'une perception uniquement physique de la santé, à une perception globale, c'est-à-dire physique, mentale, et sociale.

Je construis ma synthèse

À partir des activités précédentes et de vos connaissances, montrez que la santé est une notion subjective et relative et qu'elle peut varier.

La santé est une notion subjective : la sensation de bonne santé est différente selon les individus car elle dépend de chacun.

Chaque individu a sa propre conception, ressent la santé à sa façon, et en a donc une définition propre.

La santé est relative car elle est en rapport avec d'autres éléments (la culture, les normes sociales, les catégories sociales...).

La santé évolue, c'est une notion dynamique, car elle peut être en perpétuel mouvement chez un même individu dans le temps et dans son état. La santé est aussi une notion variable, car elle est susceptible de se modifier positivement ou négativement chez la même personne.

II La santé publique, une approche collective

Activité 3 La nécessité d'une santé publique

Objectif • présenter la notion de santé publique.



Doc 8 Les origines de la santé publique

En 1952, l'OMS définit la santé publique comme la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif. Le champ d'action de la santé publique inclut tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre la maladie (médecine et soins) et de réadaptation [...].

L'organisation des soins est demeurée longtemps du ressort de l'initiative privée. Le rôle de l'Église fut, dans ce domaine, déterminant : c'est autour des établissements religieux, souvent sur l'initiative d'ordres spécialisés, que naquirent les premières formes d'hôpitaux. Plus tard, la bienfaisance de personnes aisées contribua à l'accès des plus démunis aux soins. Il en allait en général de même lors des épidémies, la tâche des autorités se bornant le plus souvent à l'élimination des cadavres des victimes pour réduire les risques de contagion. La lutte contre la maladie relevait d'un esprit de charité, et elle était donc liée aux croyances religieuses, au même titre que l'assistance fournie aux pauvres.

C'est au ^{xix}e siècle que l'État fut amené, dans la plupart des pays industriels, à prendre en charge les problèmes de santé de la collectivité. Cette naissance de la santé publique a des causes multiples, parmi lesquelles l'évolution des mentalités, hâtée par les transformations politiques résultant des révolutions démocratiques (la Révolution française en particulier). Lorsque sont proclamées intangibles la liberté et l'égalité (Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789) et que « la recherche du bonheur » (Déclaration d'indépendance des États-Unis du 4 juillet 1776) est considérée comme un « droit inaliénable », il est normal que les plus pauvres cherchent à traduire ces principes généraux en termes concrets, quotidiens. La modernité politique, qui va aboutir au triomphe du suffrage universel, entraîne une demande sociale d'accession à un plus grand bien-être.

Cette exigence est rendue alors plus actuelle par le développement de l'industrie au ^{xix}e siècle. D'autant que si les

ouvriers sont à cette époque cantonnés dans des quartiers situés en général à la périphérie des villes, ils n'en sont pas moins présents ; et le spectacle de la pauvreté qui est souvent leur lot s'offre à tous les regards. Des enquêtes sociologiques (telle, en France, celle de Louis-René Villermé sur les ouvriers du textile [1840]) alertent par ailleurs l'opinion publique. Un sentiment de solidarité se répand, combiné avec une certaine peur : les classes laborieuses sont aussi, par leur misère même, des « classes dangereuses » (selon l'expression de l'historien Louis Chevalier) dont il faut prévenir les violences.

Il existe encore une autre cause à l'irruption des problèmes de la santé dans le domaine public : les exigences de la production imposent aux entrepreneurs d'assurer un certain niveau de vie à la main-d'œuvre. De même que l'on se préoccupera de fournir une instruction élémentaire aux travailleurs (en France, avec les lois de Jules Ferry sur l'école primaire), de même on se souciera du minimum de santé nécessaire au maintien de l'existence des salariés – ce que réclament les syndicats.

La conjonction des facteurs politiques, de l'éveil de l'opinion et des impératifs économiques amène les pouvoirs publics à mettre en œuvre une politique de la santé, qui s'intègre dans le développement de la protection sociale. L'État est le seul à disposer des moyens nécessaires pour connaître l'ensemble des problèmes et pour appliquer les solutions adaptées. Dans la plupart des pays, cette orientation nouvelle se traduit par l'instauration de ministères spécialisés. Mais c'est au ^{xx}e siècle, après la crise économique des années 1930 – et plus encore au lendemain de la Seconde Guerre mondiale –, que la santé va s'inscrire au premier rang des préoccupations gouvernementales. La mise en place de formes diverses d'assistance sociale – qui permettront l'accès aux soins médicaux à toutes les catégories de la population – renforcera la notion d'État-providence.

Cyclopédie en ligne Larousse.fr, © Larousse, 2015

1 Identifiez, dans le doc. 8, l'origine de la notion de santé publique.

C'est au ^{xix}e siècle que l'État commence à gérer les problèmes de santé de la collectivité, surtout dans la majorité des pays industrialisés. Les causes de la naissance de la santé publique sont, par exemple, l'évolution des mentalités, liée aux transformations politiques résultant des révolutions démocratiques (ex. : la Révolution française). On voit alors apparaître un sentiment de solidarité mais aussi une forme de peur dans la société. En pleine révolution industrielle, les entrepreneurs sont aussi obligés d'assurer un niveau de vie minimal à la main-d'œuvre, pour que celle-ci reste en bonne santé et puisse travailler.

2 Présentez le rôle de la santé publique (doc. 8).

Son rôle est de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale aux niveaux individuel et collectif.

3 Repérez pourquoi seul l'État peut assurer la santé publique (doc. 8).

L'État est le seul qui dispose des moyens nécessaires pour connaître l'ensemble des problèmes et pour appliquer des solutions adaptées.

4 Montrez l'importance de la santé publique dans les sociétés actuelles (doc. 8).

La santé publique permet de protéger toute une population, c'est-à-dire tous les individus sans exception, face aux différents problèmes de santé. En outre, un meilleur état de santé de la population permet d'améliorer la productivité des individus, d'augmenter la richesse économique d'un pays, de favoriser les liens sociaux entre les individus...

Activité 4 Un exemple de problème de santé publique

Objectif • analyser l'émergence d'un problème de santé publique.



Doc 9 – L'obésité, un problème de société

Véritable problème de santé publique, l'obésité est une maladie chronique facteur de nombreuses maladies graves et raccourcit l'espérance de vie des personnes atteintes. En rapide expansion, on estime que la France connaîtra les prévalences actuellement observées aux États-Unis vers 2020... à moins que les politiques de prévention ne portent leurs fruits.



L'obésité évolue en plusieurs phases

L'obésité est à l'origine une maladie comportementale liée à l'environnement du patient mais devient, à partir d'un certain stade, une maladie des organes. Diabète, maladies cardiorespiratoires, conséquences articulaires et cancers sont plus fréquents chez les personnes obèses. Sans compter l'impact psychologique et social, qui peut être considérable.

Il n'y a pas une mais des obésités...

La prise en charge de l'obésité est difficile. Du fait de ses formes cliniques diverses et des fréquentes comorbidités associées, il ne peut exister une seule façon de traiter cette maladie. Et puisque l'obésité a des conséquences sur la qualité de vie, son traitement implique des modifications des habitudes de vie, en particulier la réduction de la sédentarité et l'équilibre alimentaire.

Une forte progression

Selon le rapport sur la prévention de l'obésité remis à l'Assemblée nationale par la députée Valérie Boyer, 42 % de la population française serait en surpoids ou obèse. Toutes les sources attestent d'une rapide progression de l'obésité →

Doc 9

→ au sein de la société française. En 1980, l'Insee estimait à 6,1 % le taux de personnes obèses en France. En 2009, l'enquête Obepi, sur le surpoids et l'obésité, mise en place par l'Inserm, TNS Healthcare et les laboratoires Roche, situait le nombre de patients obèses à 14,5 % de la population et le taux de patients en surpoids (IMC compris entre 25 et 30 kg/m²) à 30 %.

Un problème de société

Si l'obésité est une maladie avant tout comportementale, sa rapide contagion au sein des sociétés modernes pose question. L'obésité ne relève pas uniquement de comportements individuels mais constitue un véritable problème de société. Maladie des sociétés sédentaires pour certains,

de la société de consommation pour d'autres, le traitement et la prise en charge de ces affections constituent un véritable enjeu pour notre système de santé. En effet, chaque année l'obésité et le surpoids coûtent 10 milliards d'euros à notre système de santé¹. Afin de réduire ce coût, la coopération entre établissements de soins publics et privés est une des pistes de réflexion à privilégier.

Enfin, l'obésité constitue un enjeu social. La relation entre précarité et obésité est particulièrement pertinente, comme le rappelle Valérie Boyer dans son rapport parlementaire. « Marqueur d'inégalité sociale », l'obésité progresse plus rapidement au sein des couches défavorisées de la société. Les mêmes qui sont le plus éloignés du système de santé.

1. Chiffre donné dans le rapport sur la prévention de l'obésité remis par Valérie Boyer à l'Assemblée nationale.

Dr F. Sanguinol, www.missions-sante.com

1 À partir du doc. 9 et de vos connaissances, expliquez pourquoi l'obésité est qualifiée de « véritable problème de santé publique ».

L'obésité est une maladie chronique, facteur de nombreuses maladies graves, qui raccourcit l'espérance de vie des personnes atteintes. Il y a une rapide progression de l'obésité au sein de la société française : en 1980, l'Insee estimait à 6,1 % le taux de personnes obèses en France. En 2009, l'enquête Obepi sur le surpoids et l'obésité situait le nombre de patients obèses à 14,5 % de la population et le taux de patients en surpoids à 30 %.

Chaque année, l'obésité et le surpoids coûtent 10 milliards d'euros à notre système de santé.

2 Expliquez pourquoi l'auteur considère l'obésité comme un « marqueur d'inégalité sociale » (doc. 9).

L'obésité progresse plus rapidement au sein des couches défavorisées de la société car leurs populations ont tendance à se nourrir avec les produits les moins chers. Leur souci est en effet plus le coût que la qualité du produit. En outre, ce sont des populations qui pratiquent très peu d'activités sportives. La sédentarité y est davantage présente. Et ce sont ces mêmes personnes qui sont les plus éloignées du système de santé.

3 Identifiez le public touché par le problème de l'obésité (doc. 9).

42 % de la population française serait en surpoids ou obèse.

4 Montrez comment les pouvoirs publics agissent pour lutter contre ce problème de santé publique (doc. 9).

Les pouvoirs publics agissent en instaurant des politiques de prévention (programmes), des campagnes de prévention (ex. : « Manger, bouger », la campagne de l'ARS de Guadeloupe, ou « Manger 5 fruits et légumes par jour »), mais aussi en mettant en place des traitements et une prise en charge des affections qui en résultent (ex. : diabète, AVC).

Doc 10 Des acteurs au côté des pouvoirs publics

www.inpes.sante.fr
inpes
Institut national
de prévention et
d'éducation pour
la santé

Campagne
de l'INPES.

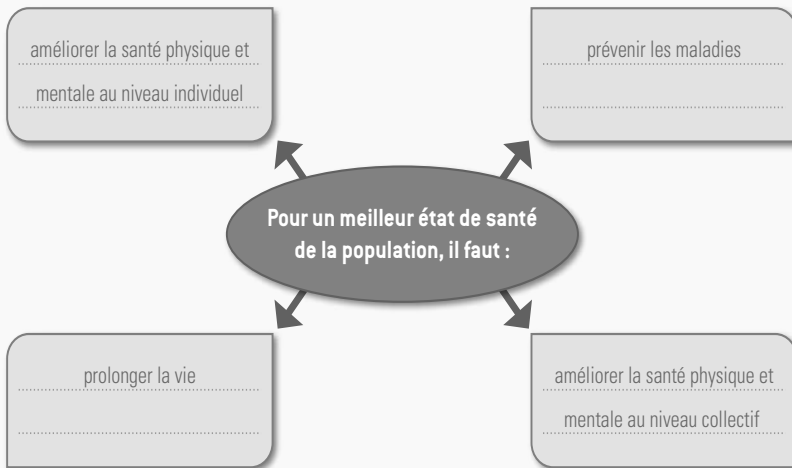
Foucher, 2015

5 Repérez les acteurs qui interviennent au côté des pouvoirs publics pour lutter contre le problème de santé publique que représente l'obésité (doc. 10).

Les acteurs intervenant au côté des pouvoirs publics pour lutter contre l'obésité sont les médias, l'Inpes, les professionnels de santé et le milieu scolaire. Ils correspondent à l'entourage proche des individus et à leur quotidien. Venant compléter l'intervention des pouvoirs publics, ils ont une influence importante.

Je construis ma synthèse

Représentez sous forme schématique l'importance du rôle de la santé publique pour répondre aux besoins de la santé de la population.



Le jour du bac

Expliquer en quoi la recherche d'un meilleur état de santé de la population est un objectif de société.

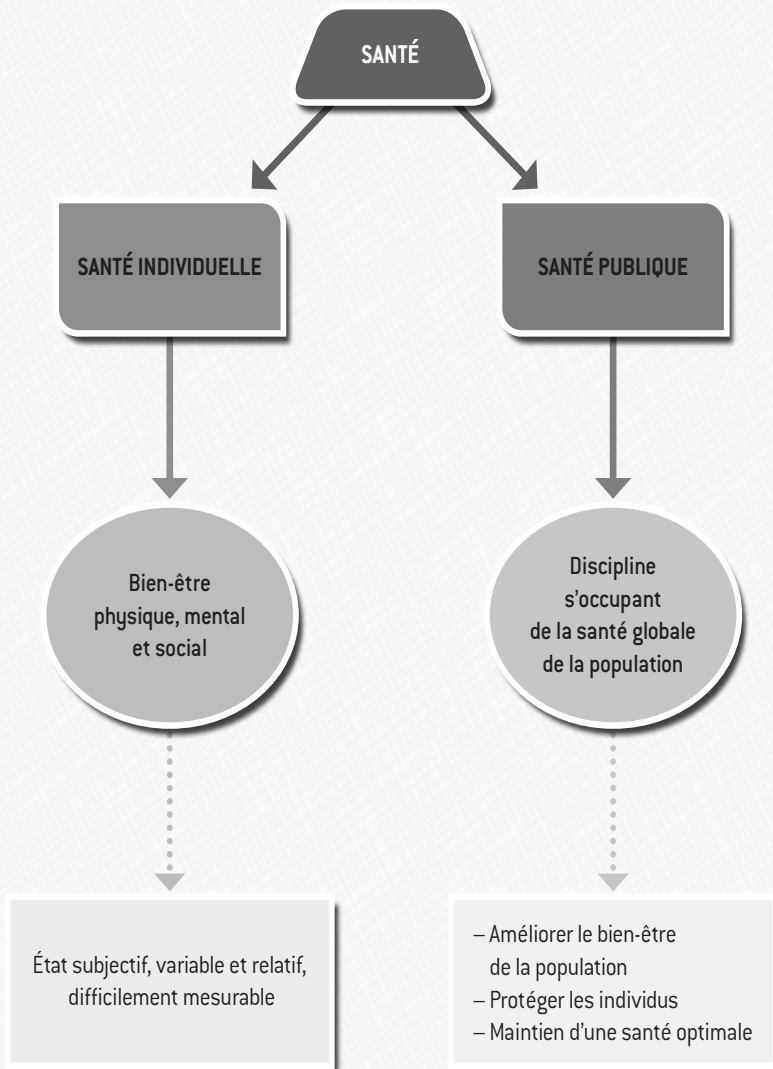
Proposition de sujet

Synthèse

ATT

1

De la santé des individus à la santé de la population



Les spécificités des données et des informations à caractère sanitaire et social

ATM

1

Pour faire le lien avec l'ATT

La connaissance de la santé nécessite des échanges de données et d'informations qui mettent en relation les professionnels des institutions sanitaires et sociales (professionnels de santé, travailleurs sociaux, personnel administratif) et les usagers ou patients. Ces informations doivent répondre à certains critères.

Activité 5 Les caractéristiques des informations sanitaires et sociales

Objectif ● caractériser les informations sanitaires et sociales.



Doc 11 Les informations et données sanitaires et sociales

Dans le secteur sanitaire et social, les données et les informations sont nombreuses, et sont produites par une multitude d'organismes relevant du domaine médical, social, démographique, juridique, etc.

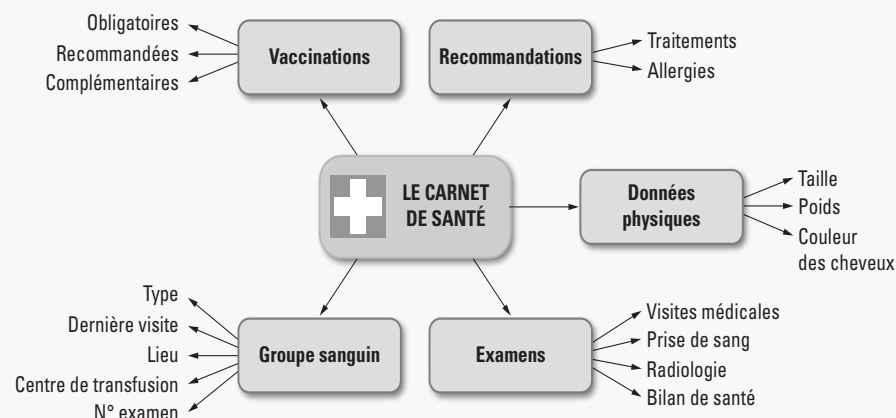
Donnée : c'est un élément d'information servant de point de départ à un raisonnement, peut résoudre un problème. Il s'agit aussi de la représentation d'une information en vue d'un traitement automatique.

Information : l'information correspond à un ensemble de données intelligibles, qui a donc un sens. Les informations ont besoin d'être structurées en vue de leur conférer un sens plus large : la connaissance sur un sujet.

Un ensemble organisé de connaissances constitue un savoir.

Foucher, 2015

Doc 12 Le carnet de santé



www.futura-sciences.com

Doc 13 Exemple d'un bilan de prise en charge des patients diabétiques

Il existe un certain nombre d'examens réguliers du diabète (contrôles et visites recommandés par la Haute Autorité de santé [HAS]), indispensables pour prévenir et détecter les complications. S'ils peuvent varier d'un patient à l'autre (état de santé, âge, antécédents médicaux, traitements), ces bilans de soins et ces analyses médicales concernent tous les patients diabétiques.

➤ À chaque consultation : faire le point sur l'état de santé (tension artérielle, poids...) et les objectifs du traitement (alimentation, activité physique, valeurs glycémiques avant et après le repas, etc.).

➤ Tous les trois mois : l'HbA1c (test qui consiste à mesurer le taux moyen de sucre dans le sang sur une longue période) [...].

➤ Une fois par an :

- évaluation de la fonction rénale (cette analyse mesure le taux de créatinine) ;
- bilan lipidique (mesure des graisses du sang par un dosage cholestérol et triglycérides) ;
- bilan cardiologique ;
- bilan dentaire (objectif : dépister d'éventuelles lésions des dents et des gencives) ;
- examen des pieds.

www.afd.asso.fr

Doc. 14



Formulaire de demande d'allocations familiales

<https://www.caf.fr/pdf/af.pdf>

1 Relevez le type d'informations fournies dans les doc. 12 à 14 en vous appuyant sur le doc. 11.

Les informations des doc. 12 et 13 sont sanitaires puisqu'elles décrivent l'état de santé d'un patient, tandis que celles du doc. 14 sont sociales puisqu'elles présentent la situation sociale d'un usager.

2 Quelles sont les informations contenues dans les doc. 12, 13 et 14 ?

Doc. 12 : vaccinations effectuées par le patient ; données physiques qui le caractérisent (taille, poids...) ; groupe sanguin ; différents examens réalisés et recommandations médicales.

Doc. 13 : résultats médicaux de différents examens réalisés dans le cadre d'un suivi diabétique.

Doc. 14 : formulaire de demande de prestations sociales par la CAF (état civil, composition de la famille, revenus de la famille...).

Doc. 15



Rapport du Conseil de l'ordre des médecins

www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/webirmi2.pdf

3 Prenez connaissance du 1.1 « Qualités des données » dans le doc. 15, et remplissez le tableau suivant.

Qualités	Significations
Exactitude des informations	Les données doivent être vraies, réelles et complètes.
Exhaustivité	Les données doivent être nombreuses/variées, et émaner de plusieurs sources pour permettre des comparaisons.
Actualité	Les données doivent être mises à jour en tenant compte des nouvelles technologies, des connaissances, des pratiques, des études récentes.
Pertinence	Les données et informations doivent établir un fait et ne doivent donc avoir de l'intérêt que par rapport à l'objectif fixé.
Fiabilité et indépendance	Les données doivent être fiables, c'est-à-dire précises et exactes.

4 Expliquez l'intérêt de réunir tous ces critères pour les professionnels de la santé ou du social.

Tous ces critères sont indispensables pour permettre aux décideurs (ministres, autorités sanitaires ou sociales) de disposer de données et d'informations objectives reflétant la réalité du terrain, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, et de prendre les mesures les plus appropriées afin de répondre aux besoins.

doc 16 Les formes et les supports des données et informations sanitaires et sociales



5 D'après le doc. 16, quels sont les formes des informations sanitaires et les supports utilisés ?

Il y a trois formes représentées dans le doc. 16 : information écrite avec le dépliant, information visuelle avec la radiographie et information orale ou verbale avec l'entretien médical.

6 Retrouvez les différentes formes et les différents supports des données et informations sanitaires et sociales d'après vos connaissances, en complétant le tableau suivant.

Formes	Supports utilisés
Orale	Entretiens (avec les médecins ou les travailleurs sociaux), spots à la radio de prévention/éducation.
Écrite	Dépliant de prévention/éducation, dossier médical personnel, compte rendu d'examen. Livret d'accueil d'un établissement sanitaire, social ou médico-social, site internet.
Visuelle	Affiches, spots télévisés, radiographie, tableaux, graphiques, schémas.

Activité 6 La protection des informations sanitaires et sociales et les principaux dispositifs législatifs

- Objectifs
- justifier la nécessité de protéger les informations sanitaires et sociales ;
 - présenter les principaux dispositifs législatifs de protection des données et informations.



Doc 17 La protection de l'information médicale

Les médecins comme les hôpitaux accueillent tous les jours des milliers de patients dont les informations sont archivées afin de créer des dossiers médicaux. Ces dossiers servent principalement au suivi du patient afin qu'il puisse avoir le meilleur diagnostic possible, et ce, le plus rapidement. Du fait de leur nature, ces informations sont très importantes et doivent à tout prix rester secrètes, au risque de transgresser le secret médical ou de créer un préjudice envers le patient. Face à ces risques, les professionnels de la santé ont été obligés de protéger ces données afin d'éviter que n'importe qui ne s'introduise dans leur système pour s'informer et donc d'avoir une protection de l'information efficace.

www.protectiondelinformation.com



Doc 18 La confidentialité des informations sanitaires et sociales

La déclaration sur la promotion des droits du patient en Europe a été adoptée en mars 1994, à Amsterdam, par l'OMS (bureau régional pour l'Europe). Elle reconnaît le droit à la confidentialité de l'information concernant l'état de santé du patient, le diagnostic et les protocoles de traitement, ainsi que la protection de sa vie privée. Ces droits sont ensuite introduits dans le Code de la santé publique (CSP) par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Le droit au secret des informations relatives à une personne figure à l'article L.1110-4 du CSP.

Le droit à la protection de la vie privée des patients ou des usagers de services médico-sociaux,
afin d'empêcher la divulgation de tout ce qui pourrait permettre d'identifier les personnes

Le devoir de discrétion et le secret professionnel
incombant aux professionnels

La confidentialité des informations sanitaires et sociales
Elle vise toutes les informations d'état civil, administratives, financières, médicales et sociales d'une personne prise en charge dans un secteur sanitaire ou social.

Foucher, 2015

1 D'après les doc. 17 et 18, déterminez la nature des informations sanitaires et sociales.

Les informations qui sont recueillies par les professionnels des services médico-sociaux sont très importantes pour permettre le meilleur suivi possible. Elles sont confidentielles puisqu'elles ont trait à la vie privée : état civil, informations administratives, médicales, financières et sociales des patients/usagers.

Doc 19 – Le secret professionnel

Le secret professionnel du médecin ou secret médical – les deux termes sont employés indifféremment – est à la fois d'intérêt privé et d'intérêt public.

➤ **D'intérêt privé** : le médecin doit garantir le secret à la personne qui se confie à lui ; elle doit être assurée de ne pas être trahie. Sa confiance doit être sans faille, si elle a à donner une information intime utile au médecin et aux soins. Respecter le secret est un comportement imposé par la nature des informations dont la divulgation à des tiers pourrait porter atteinte à la réputation, à la considération

ou à l'intimité de la personne qui s'est confiée au médecin ; le droit au respect de l'intimité est inscrit dans la Déclaration universelle des droits de l'homme.

➤ **D'intérêt public** : l'intérêt général veut que chacun puisse être convenablement soigné et ait la garantie de pouvoir se confier à un médecin, même s'il est dans une situation sociale irrégulière/marginale, pour bénéficier de ses soins, sans craindre d'être trahi ou dénoncé.

Article R. 4127-4 du Code de la santé publique

2 Quel est le risque encouru en cas de non-respect de la confidentialité des données ?

En cas de divulgation des informations confidentielles, le patient/usager court le risque d'être identifié et de subir des préjudices. Le risque est également la perte de confiance dans le personnel médical et social.

Doc 20 – Extraits de textes législatifs sur les sanctions encourues**Article 226-13 du Code pénal**

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Le juge peut également prononcer diverses peines complémentaires, parmi lesquelles l'interdiction d'exercer une activité professionnelle pour un délai maximal de 5 ans.

Article L. 1110-4 du Code de la santé publique

Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations la concernant.

Code de la Sécurité sociale

Le secret professionnel est au nombre des grands principes de la médecine en France dans son article L. 162-2.

Article 4 du Code de déontologie médicale

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Article 9 du Nouveau Code civil

Chacun a droit au respect de sa vie privée.

3 Complétez le schéma suivant relatif aux sanctions encourues (doc. 20).

4 Connectez-vous au site <http://www.66millionsdimpatients.org> et retrouvez, d'après l'article 226.14 du Code pénal, quelles sont les limites au secret professionnel.

Les exceptions au secret professionnel sont énumérées dans l'article 226.14 du Code pénal. Lorsqu'un professionnel sanitaire ou social est témoin ou constate des traces de privations, sévices, atteintes ou mutilations sexuelles sur un mineur ou une personne en incapacité physique ou psychique, il doit, même sans l'accord du patient, prévenir le procureur de la République. Mais, dans les cas où il s'agit d'une personne adulte, il doit obtenir au préalable son consentement.

La finalité est de protéger la personne vulnérable ou fragile en lui portant secours, mais aussi de protéger les autres.

Connectez-vous sur le site <http://www.cil.cnrs.fr/CIL> et cliquez sur la loi « Informatique et libertés ». Expliquez en quoi elle consiste.

Cette loi définit les principes à respecter lors de la collecte, du traitement et de la conservation des données personnelles. Elle renforce les droits des personnes sur leurs données, prévoit une simplification des formalités administratives déclaratives.

5 Sur le même site, retrouvez les informations relatives au droit des personnes et complétez le tableau suivant.

Intitulé du droit	Bénéficiaire(s)	Données/informations concernées	Exercice du droit	Actions pouvant être menées
Droit d'accès	Toutes les personnes qui en formulent la demande	Intégralité des données les concernant	Prendre connaissance des données et en obtenir une copie.	S'informer sur : – les finalités du traitement ; – le type de données enregistrées ; – l'origine et des destinataires des données ; – les éventuels transferts de ces informations vers des pays n'appartenant pas à l'Union européenne.
Droit d'opposition	Toutes les personnes qui en formulent la demande	Toutes les données les concernant, sauf celles concernant la fiscalité, la justice, la police et la Sécurité sociale	Refuser : – de figurer dans un fichier pour des motifs légitimes – que ses données soient communiquées	– Refus de répondre lorsque ce n'est pas obligatoire. – Refus de donner son accord écrit. – Refus que ses données soient vendues et demande de suppression.
Droit de rectification	Toutes les personnes qui en formulent la demande	Toutes les données les concernant	Rectifier des données fausses, incomplètes	Rectifier, compléter, actualiser, verrouiller ou effacer des informations qui les concernent, lorsqu'ont été décelées des erreurs, des inexactitudes.

- 6 Rendez-vous sur le lien http://www.cnil.fr/vos_droits et complétez le schéma suivant.



a pour rôle de

veiller à la protection des données personnelles.

a pour mission de

veiller à ce que le développement des nouvelles technologies ne porte atteinte ni à l'identité humaine, ni aux droits de l'homme, ni à la vie privée, ni aux libertés individuelles ou publiques.

a pour pouvoir de

contrôler et de sanctionner.

21 L'accès au dossier médical personnel

L'article L. 1111-7 du Code de la santé publique reconnaît un droit d'accès direct au dossier médical personnel (DMP). On peut en prendre connaissance, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin. Il faut envoyer une lettre recommandée avec avis de réception

au professionnel de l'établissement de santé, lui demandant, soit de mettre le dossier à sa disposition, soit à la disposition du médecin de son choix pour qu'il puisse le consulter, soit d'en envoyer une copie.

Foucher, 2015

- 7 Complétez le schéma des moyens d'accès au DMP (doc. 21).



Consultation par le médecin
de son choix

Accès direct :
consultation sur place

Envoi d'une copie du dossier
au domicile

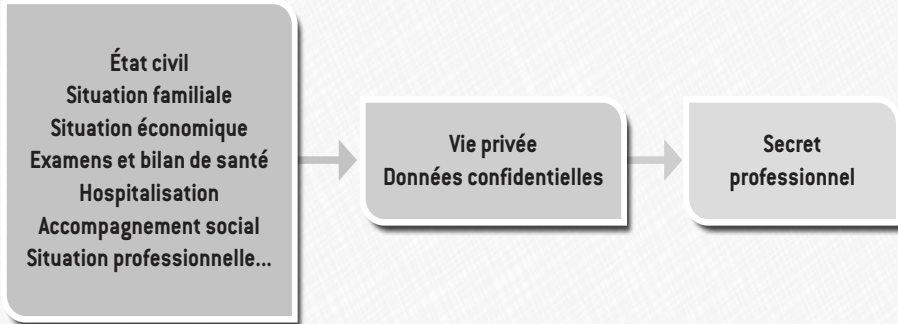
Synthèse

ATM

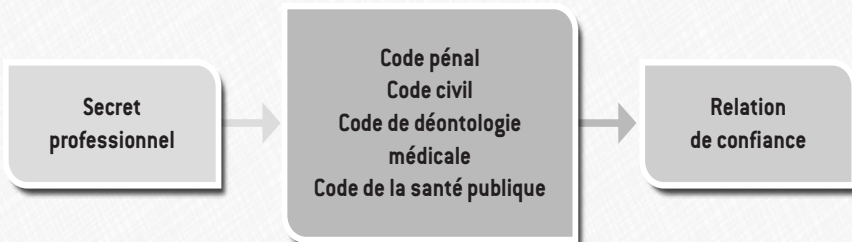
1

Les spécificités des données et des informations à caractère sanitaire et social

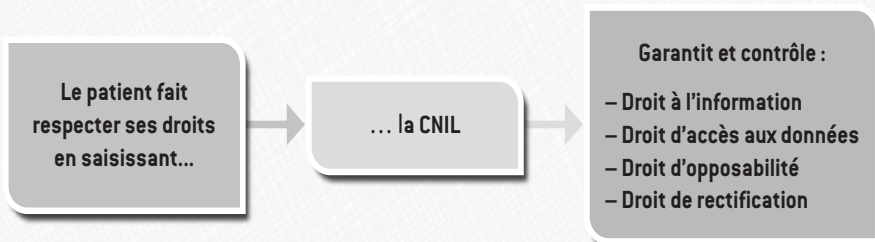
Caractéristiques des informations sanitaires et sociales



Nécessité de protéger les informations sanitaires et sociales



Principaux dispositifs législatifs de protection des informations sanitaires et sociales



ATT 1

De la santé des individus à la santé de la population

INTENTIONS PÉDAGOGIQUES

Dans ce chapitre introductif de la matière, les notions principales liées au thème de la santé et du bien-être social sont abordées.

On se focalisera sur les concepts de santé et de santé publique, tant au plan individuel que collectif.

On montrera que la définition de la santé a évolué en fonction des contextes historiques, économiques et sociaux.

On étudiera la définition de L'Organisation mondiale de la santé (OMS).

On montrera que :

- la santé est une notion individuelle, relative, subjective, variable et dynamique.
- la santé est également une préoccupation collective. On présentera le rôle de la santé publique, l'obligation pour l'État de l'assurer et l'importance de celle-ci dans nos sociétés.
- les pouvoirs publics doivent agir contre un problème de santé publique.

LE « JOUR DU BAC » : ÉLÉMENTS DE CORRIGÉ

Expliquer en quoi la recherche du meilleur état de santé d'une population est un objectif de société.

La recherche d'un meilleur état de santé de la population permet :

- la réduction des inégalités ;
- l'amélioration de la qualité de vie au sein de la société et donc de la cohésion sociale ;
- l'amélioration de la productivité de l'individu (et par conséquent la force économique d'un pays) ;
- l'accroissement du potentiel de chaque individu (promotion, formation, apprentissage...) ;
- le maintien et/ou le développement d'un environnement favorable à l'individu (liens sociaux, familiaux, sécurité...) ;
- le développement des moyens permettant de favoriser l'intégration de l'individu dans la société (moyens de satisfaire ses besoins de santé...).

SYNTHÈSE RÉDIGÉE

La santé était auparavant définie comme l'absence de maladie. Cependant, avec l'évolution de la science, des modes de vie et des besoins des individus, cette définition est rapidement devenue incomplète.

C'est pourquoi, en 1946, l'OMS a apporté une définition plus complète de la santé, avec une dimension physique, mentale et sociale : « 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 ».

I. La santé selon chacun

Activité 1. La santé individuelle, une notion plurielle

En 1988, L'Union européenne a complété la définition de l'OMS : « La santé, plus que l'absence de maladie ou d'infirmité est une qualité de vie comportant une dimension sociale,

physique, mentale, morale et affective. C'est un bien instable qu'il faut acquérir, constamment défendre et reconstruire tout au long de la vie ».

Cette interprétation de la santé donne à la définition de la santé un caractère dynamique : en effet, la notion de santé varie selon le moment, ou la façon dont l'individu se perçoit. La notion de santé dépend aussi des groupes d'appartenances, de la société et de la culture de l'individu.

Ainsi par exemple, la notion de santé n'est pas la même dans les pays en voie de développement et dans les pays développés.

La santé est donc un bien instable : l'individu recherche un équilibre, quelle que soit sa situation.

Activité 2. La santé individuelle, une notion relative

Chaque individu, en fonction de sa vie, de ses connaissances, de son expérience, de son âge, de son sexe, a sa propre représentation sociale de la santé.

La perception de la santé est par conséquent subjective et varie non seulement selon les individus, mais également selon les territoires et les époques.

On peut dire que la **notion de santé** est **relative** parce qu'elle est :

- **subjective** : propre à chaque individu ;
- **variable** : elle peut être différente selon l'âge, les régions, les époques ;
- **relative** : elle se transforme selon l'environnement qui nous entoure (culture, milieu professionnel...) ;
- **difficilement mesurable** : on mesure plus facilement la dégradation de la santé qu'un état correct.

II. La santé publique, une approche collective

Activité 3. La nécessité d'une santé publique

En 1952, l'OMS définit la santé publique comme étant « l'art et la science de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective concertée visant à assainir le milieu, lutter contre les maladies, enseigner les règles d'hygiène personnelle, organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé ».

La santé publique s'intéresse à la santé globale d'une population sous tous ses états. Le problème devient collectif donc public. Dès lors, l'intervention de l'État est nécessaire.

La santé publique correspond à la prise en charge collective de la santé de la population dans son milieu de vie. Elle a pour mission de protéger les individus et d'améliorer leur bien-être. La santé publique permet aussi d'appréhender les problèmes de santé.

Un problème de santé publique est un problème qui touche un grand nombre de personnes et qui entraîne une mortalité et une morbidité importante. Cela occasionne des problèmes économiques et sociaux graves.

Activité 4. Un exemple de problème de santé publique

La santé devient publique quand les problèmes de santé sont envisagés à l'échelle d'une population (à l'instar de l'obésité dans cette activité).

La santé est considérée comme un bien collectif dont la finalité est de permettre à toute la population d'atteindre le meilleur état de santé possible en bénéficiant du droit à la santé.

La santé publique vise à améliorer la santé de chacun, à promouvoir et à restaurer la santé des individus.

Ses missions sont multiples :

- la prévention, l'éducation à la santé et la promotion de la santé ;
- l'observation et la mesure de l'état de santé ;
- la mise en place de biens et de services médicaux à disposition des populations.

Le bien-être social : une construction dynamique

ATT

2

Activité de découverte

Objectif • présenter la socialisation.



Doc 1 – La socialisation

La socialisation est un processus par lequel sont transmises des valeurs et des normes dans le but de construire une identité sociale et d'intégrer l'individu à la société.

La notion de socialisation permet de comprendre le phénomène de transmission des règles, des normes et des valeurs des groupes ou des sociétés. L'homme vit en effet en société et son comportement est largement influencé par son environnement social. La part d'inné dans la

socialisation semble faible chez l'homme puisque les exemples d'enfants sauvages¹ (Tarzan, l'enfant sauvage, Mowgli...) nous rappellent que, coupé des hommes, l'être humain ne peut acquérir des facultés comme le langage. Vivre en société suppose tout un apprentissage.

1. Un « enfant sauvage » est un enfant qui a grandi en dehors de tout groupe social.

Foucher, 2015

Doc 2 – Tarzan ou l'enfant sauvage

Tarzan est un orphelin perdu au milieu de la jungle. Un clan de gorilles le recueille et l'adopte alors qu'il est tout bébé. C'est Kala, une mère gorille ayant perdu son petit, qui va s'occuper plus particulièrement de lui. Il grandit au milieu des singes et pense être lui-même un singe. Jusqu'au jour où le professeur Porter et sa fille Jane arrivent au milieu de la jungle...

Foucher, 2015



1 En quoi consiste la socialisation et quel est son rôle (doc. 1) ?

La socialisation est un processus qui permet à l'individu d'acquérir les valeurs, les normes et les rôles sociaux propres à son groupe d'appartenance. Les modèles de comportement et de pensée dans lesquels un individu évolue vont influencer sa personnalité et son développement psychologique et social. Les groupes auxquels appartiennent les individus jouent un rôle central dans l'intégration et le développement de ceux-ci. Ils permettent à chacun d'eux de se socialiser, c'est-à-dire de faire l'apprentissage de la vie en société.

2 Repérez ce que l'expérience de Tarzan nous apprend sur le processus de socialisation (doc. 2).


Elle nous montre que la vie en groupe, la fréquentation d'autrui est nécessaire pour que l'enfant se développe et apprenne à vivre en société.

3 Pourquoi, selon vous, la socialisation peut-elle participer au bien-être de l'individu ?

La socialisation est le fait, pour l'individu, de s'adapter et de s'intégrer à la vie sociale. L'individu peut alors communiquer avec les autres membres de la société dont il partage les idées et les goûts, ce qui lui permet de s'identifier à un groupe. La socialisation participe donc au bien-être de l'individu.

I Les caractéristiques de la socialisation

Activité 1 La socialisation primaire

Objectif ► caractériser la socialisation primaire en tant que processus. 

Doc 3 Les phases de la socialisation

La socialisation est un apprentissage qui se poursuit tout au long de la vie des individus. Sans doute la petite enfance est-elle la période la plus intense de la socialisation car c'est là que l'être humain a le plus de choses à apprendre (la propreté, la politesse, les goûts alimentaires). On distingue traditionnellement deux grandes phases de socialisation : la **socialisation primaire**, qui s'opère essentiellement durant l'enfance et l'adolescence, et la **socialisation secondaire**, propre à l'âge adulte.

P. Bonnewitz, *Premières Leçons sur la sociologie de Pierre Bourdieu*, PUF, 2^e éd., 2002

Doc 4 La socialisation de l'enfant



En perpétuelle interaction avec le monde qui l'entoure, le bébé construit dès le plus jeune âge son identité sociale.

Quelles sont les différentes étapes de la socialisation ? Réponse avec Isabelle Martinez, éducatrice de jeunes enfants à l'hôpital Necker.

La socialisation représente le processus par lequel un enfant apprend et intériorise les normes et les valeurs de la vie en société. Et cela arrive bien plus tôt qu'on ne le pense : dès la naissance, un bébé est en interaction avec son environnement et découvre au fur et à mesure les règles à respecter en communauté. Mois après mois, il construit ainsi son identité sociale.

Isabelle Martinez, éducatrice de jeunes enfants, précise : « L'enfant va construire sa propre personnalité, son identité personnelle grâce à la vie en groupe. Mais d'abord, il va construire sa propre image. »

En effet, le bébé va dans un premier temps comprendre qu'il est un être « unique » et donc commencer à se détacher progressivement de sa maman. Isabelle Martinez explique d'ailleurs que « pour devenir un sujet à part entière, l'enfant va se séparer de l'autre ».

Il va faire la connaissance d'autres enfants au sein de sa propre famille, avec sa nourrice ou à la crèche. Cet environnement lui permet donc de se socialiser dès le plus jeune âge, de découvrir les rapports avec les autres. C'est ainsi que le petit comprend et assimile toutes les règles qui régissent la vie en société.

M. Brion, journaldesfemmes.com, 14 avril 2014

Doc 5 Famille et socialisation

La famille transmet à l'enfant, dès son plus jeune âge, le langage et les codes sociaux les plus élémentaires (apprendre à manger « correctement » par exemple), mais aussi les valeurs et les normes qui l'aideront ensuite à développer des relations sociales. Elle joue donc un rôle important dans la socialisation. Mais elle transmet aussi bien d'autres choses : du patrimoine économique, culturel, et des liens affectifs qui, en retour, participent aussi de la socialisation des individus.

scienceshumaines.com, 15 juin 2011



Doc 6 – L'école comme outil de socialisation**En quoi la maternelle est-elle un outil de socialisation ?**

Geneviève, institutrice en maternelle : « Parce que c'est la confrontation au groupe et que la vie n'est pas facile. Il y a des règles et souvent, actuellement, les enfants les découvrent ces règles... Malheureusement, ils ne les découvrent qu'à l'école. Maintenant, l'école a un rôle éducatif qui devrait être complémentaire de celui des parents et elle est quelquefois le seul endroit où ils vont recevoir ce genre d'éducation à la vie en société. C'est pour ça qu'il y a tout un domaine d'activités qui s'appellent les rituels, l'apprentissage à la vie en société, l'apprentissage des règles :

le respect de l'autre et puis comprendre qu'on a des droits et des devoirs dans la vie et que si on ne respecte pas la règle, on est puni, comme dans la vie. Et l'enfant le comprend très très bien.

C'est à l'école maternelle qu'il l'apprend. Normalement il devrait déjà l'apprendre à la maison. Mais on se rend compte que de plus en plus, il le découvre à l'école. »

bebe.notrefamille.com

Cohésion sociale : fait que les membres d'une société sont unis par des normes et des valeurs acceptées par tous et qui renforcent les liens sociaux.

Normes : règles explicites ou implicites, qui orientent le comportement des individus conformément aux valeurs de la société.

Valeurs : principes moraux, idéaux auxquels les membres d'une société adhèrent et qui se manifestent concrètement dans leurs manières de penser, de sentir, d'agir.

1 Repérez dans le doc. 3 les phases de la socialisation.

Il existe deux grandes phases de socialisation : la socialisation primaire et la socialisation
secondaire.

2 Expliquez à quoi correspond la socialisation primaire (doc. 3 et 4).

La socialisation primaire s'opère essentiellement durant l'enfance et l'adolescence, et consiste en un long apprentissage des normes
et des valeurs de la vie en société.

3 Présentez les agents participant à la socialisation primaire (doc. 3 à 6).

La famille et l'école.

4 Expliquez pourquoi la famille et l'école jouent un rôle essentiel dans la socialisation de l'enfant (doc. 3 à 6).

Lors de la socialisation, l'enfant acquiert des manières de faire, de penser, de sentir, tout un ensemble de règles que l'on peut
regrouper sous les termes de normes et de valeurs.

5 Montrez en quoi la socialisation constitue un processus.

Un processus est un enchaînement ordonné de faits ou de phénomènes, répondant à un certain schéma et aboutissant à un résultat.

La socialisation est un processus dans le sens où celle de l'individu se construit tout au long de sa vie, au travers des différentes
instances de socialisation. Elle se construit à différents niveaux. La socialisation s'effectue par des agents variés, comme la famille
ou l'école. En ce sens, la socialisation est un processus s'inscrivant dans le temps à travers différentes étapes.

Activité 2 La socialisation secondaire

Objectif ► caractériser la socialisation secondaire en tant que processus.



Doc 7 — Groupe de pairs



Soirée entre amis dans la série « Big Bang Theory ».



Doc 8 — Les médias et la socialisation

L'influence des médias sur les comportements est au cœur de questionnements de plus en plus nombreux, en particulier ceux autour de la télévision. Cette « folle du logis » occupe une part croissante de notre temps, si bien qu'on peut se demander si elle n'est pas devenue un agent de socialisation à part entière. [...]

Télévision et Internet contribuent à faire reculer l'ignorance et l'intolérance. Ils transmettent des valeurs et des normes

de comportement, mais à un rythme plus rapide que ne pouvaient le faire les médias d'antan, presse écrite et radio en particulier. Chez les plus jeunes, les mots ou expressions employés par les vedettes médiatiques (« cassé ») se diffusent rapidement et se renouvellent d'ailleurs tout aussi rapidement, créant des effets de mode.

www.letudiant.fr

Doc 9 — La construction des identités au travail

Renaud Sainsaulieu a imposé l'analyse de l'entreprise comme institution, lieu de socialisation et d'intégration des travailleurs.

Avec *Les Relations de travail à l'usine* (Éditions d'organisation, 1972), puis *L'identité au travail* (Presses de Sciences-Po, 1977, rééd. 2000), Renaud Sainsaulieu renouvelle ce courant de recherche en y intégrant l'analyse de la dimension culturelle du travail. À partir d'enquêtes menées dans des entreprises publiques et privées, il repère des processus identitaires très différents en fonction des moyens dont disposent les individus pour obtenir la reconnaissance d'autrui. Autrement dit, l'identité au travail dépend des conditions d'accès au pouvoir dans les interactions de travail. À partir de cette variable, quatre idéaux types sont formalisés.

► Des salariés dotés [d'un] pouvoir individuel très limité d'infléchir leurs conditions de travail vont compenser cette faiblesse par une lutte collective. Celle-ci nécessite une forte solidarité entre pairs (identification horizontale) et un regroupement sous la bannière d'un leader (identification verticale). Valeurs communes, camaraderie, unité du groupe... sont les caractéristiques du modèle dit « fusionnel ». R. Sainsaulieu et son équipe le rencontrent chez les ouvriers spécialisés et les employés de bureau.

► À l'opposé, des professionnels très qualifiés (y compris des ouvriers et des cadres de production), grâce à la richesse de leurs compétences et aux responsabilités acquises par leur fonction, ont les moyens « d'affirmer leurs différences, de négocier leurs alliances et leur reconnaissance sociale » (*L'identité au travail*). Leur modèle

Doc 9

identitaire est basé sur la négociation qui alimente un rapport structurant au travail sur les plans cognitif et affectif.

➤ Sur un mode beaucoup plus individualiste se construit un modèle identitaire qualifié d'« affinitaire » par R. Sainsaulieu. [Là], pas de forte solidarité entre collègues comme dans le premier modèle, mais simplement quelques connivences affectives. En effet, les salariés sont tendus vers une ascension sociale qui passe souvent par une mobilité externe à l'entreprise. C'est ce carriérisme qui les motive, qui les mobilise dans leur travail.

➤ Enfin, quelques salariés forgent leur identité davantage hors du travail que dans la sphère laborieuse. Présents tout en étant absents de l'entreprise, leur vie est ailleurs. Ce modèle de retrait est souvent plus subi que désiré. Lors des enquêtes de terrain menées par l'équipe

de R. Sainsaulieu, ce mode identitaire est particulièrement repéré chez des travailleurs immigrés, des jeunes ou des ouvriers spécialisés occupant des emplois non qualifiés. [...]

La sociologie insiste ainsi sur le caractère « socialisateur » du travail. Moins portée que la psychologie sur l'étude du contenu des tâches et activités, elle identifie des groupes professionnels dont la constitution comme l'identité collective et la dynamique s'expliquent largement à partir des places occupées dans la division du travail. De plus, ces différents modèles identitaires repérés au cœur même des entreprises sont la preuve que [celles-ci sont] un lieu central de socialisation, à l'instar hier des corporations ou des villages paysans et aujourd'hui de la famille ou de l'école.

N. Altre, J.-L. Laville, scienceshumaines.com,
9 novembre 2010

Doc 10

L'association : un moyen de socialisation

Le fait associatif est devenu incontournable.

Les associations sont bien des lieux d'apprentissage du vivre ensemble, d'exercice du jeu démocratique. [...]

Elles produisent et valorisent des échanges non marchands. Entre les bénévoles et le public de l'association s'établit une relation de parité qui n'a pas d'équivalent, qui suppose qu'il n'y a pas un professionnel et un « client », qu'il y a interaction et bénéfice mutuel, que les positions pourraient, au moins idéalement, être interchangeables. On peut recevoir un service d'une association et, plus tard, y devenir bénévole à son tour, reproduire ce service mais aussi intervenir dans le fonctionnement ; on peut tout aussi simplement choisir de s'en écarter. [...] Être membre d'une association, c'est aussi jouir de ce surcroît d'existence sociale et de représentation, de cette « permission d'agir » à l'échelle de la collectivité. Lieux d'apprentissage d'une démocratie participative, vecteurs de relations non marchandes, facteurs de reconnaissance et de dignité : les associations méritent d'être reconnues pleinement pour leur contribution aux processus de socialisation [...].

www.animafac.net



Sortie dans le cadre d'une association sportive.

1 À l'aide du doc. 3 de l'activité 1, expliquez à quoi correspond la socialisation secondaire.

La socialisation secondaire est celle qui s'opère à l'âge adulte. Elle vient compléter l'apprentissage fait dans les premières années de la vie de l'individu, c'est-à-dire la socialisation primaire.

2 À l'aide des doc. 7 à 10, repérez les agents qui participent à la socialisation de l'adulte.

Les agents qui participent à la socialisation de l'adulte sont les amis, les médias, le travail et les associations.

3 Montrez de manière synthétique en quoi chacun de ces agents constitue un outil essentiel dans le processus de socialisation secondaire, en complétant le tableau suivant (doc. 7 à 10).

Agents de socialisation	Rôle dans la socialisation de l'individu
Amis	Lieu de solidarité : le cercle amical est un refuge moral et affectif.
Médias	Ils transmettent des valeurs et des normes de comportement. Ils contribuent à faire reculer l'ignorance.
Travail	On apprend de nouvelles normes à l'âge adulte (exactitude, respect des règles et de la hiérarchie, autonomie, travail en équipe. . .). Il permet d'avoir des contacts sociaux : relations, collègues de travail (capital social). Beaucoup de personnes trouvent aussi l'âme sœur au travail. Le travail donne accès à la consommation. Le travail donne un statut : il permet d'être reconnu par la société ; on se définit souvent en fonction de son travail.
Association	Groupe auquel appartient l'individu. Il partage une culture, des activités, des normes et des valeurs communes avec les autres membres de l'association.

Je construis ma synthèse

Présentez l'importance de la socialisation pour l'individu et son bien-être.

La socialisation permet l'acquisition des normes sociales. Elle favorise l'intégration et l'insertion des individus dans la société.

Plusieurs instances de socialisation interviennent dans l'apprentissage des règles de vie. Pendant l'enfance, c'est la famille qui est la principale instance de socialisation : on parle de socialisation primaire.

Depuis l'enfance jusqu'à la fin de la vie, l'individu intègre différents groupes (travail, loisirs...) : on parle de socialisation secondaire. La socialisation se poursuit tout au long de la vie d'un individu et lui permet d'intégrer et d'accepter les normes de la société à laquelle il appartient.

II Le rôle et l'influence de la socialisation sur le bien-être des individus

Activité 3 Socialisation et insertion sociale

Objectif • identifier le lien entre socialisation et insertion sociale.



Doc 11 Facebook isole-t-il ou socialise-t-il ?

Depuis une dizaine d'années, les médias en ligne ont pénétré notre quotidien : messagerie électronique, messagerie instantanée, et plus récemment, réseaux sociaux. Ces médias en ligne sont des outils individuels, donc qui nous isolent des autres. Paradoxalement, on recense une montée en puissance de l'usage des réseaux sociaux, comme Facebook qui compte quelque 850 millions d'utilisateurs. Des utilisateurs qui veulent justement se socialiser...

Dans la littérature du numérique, on distingue deux courants de pensée : ceux qui dénoncent Internet parce qu'il isole les individus du monde extérieur et ceux qui sont convaincus qu'Internet renforce plutôt une certaine sociabilité. Face à ces deux approches d'Internet complètement opposées, difficile de prendre parti : « Cette double nature peut à juste titre être regardée comme un facteur de confusion. Comment savoir quelle dimension va prévaloir : celle, désocialisante, du média de masse, ou celle qui entretient le lien social, celle du moyen de communication interpersonnelle ? »

Numérique : un usage qui isole

Pour beaucoup, Internet correspond à une inconnue mystérieuse dont on se méfie. [Il] serait un frein à la vie sociale. En facilitant le contact avec des inconnus, Internet ne favoriserait pas les relations avec les plus proches. « En consacrant le meilleur de leur temps à chatter ou à échanger des mails, les participants à l'étude coupaient progressivement leurs contacts sociaux les plus significatifs. » Dans la vie sociale, on peut en effet difficilement être disponible partout à la fois : « Au fur et à mesure qu'Internet devenait le facteur prédominant de leur vie, l'activité sociale se trouvait déplacée vers leurs interlocuteurs et correspondants

en ligne, des relations distantes et pour cette raison moins solides. Cette stabilité relationnelle serait à la base de leur sentiment grandissant d'isolement. » Cet isolement ne serait pas sans conséquence pour certains : « Les personnes qui s'adonnaient de manière intensive à des activités en ligne communiquaient moins avec les autres membres de leur famille, leur cercle d'amis rétrécissait et une sensation de solitude et de mal-être s'installait. » Selon Kraut, la démocratisation et l'accessibilité des communications seraient la cause de cette utilisation massive des médias en ligne, source d'un certain isolement.

Une envie de socialisation

Après des anti-Internet, on peut deviner qu'une hiérarchie est faite entre outils de communication. Elle distinguerait les outils « socialisants » (traditionnels) des outils qui « ne le sont pas » (numériques). Cette catégorisation, certains la dénoncent de manière radicale : « Les communications numériques devraient être mises sur le même plan que les appels téléphoniques ou les lettres – des techniques qui, depuis longtemps, articulent et complètent la communication en face à face. » Les outils numériques doivent être appréciés au même titre que les outils plus traditionnels : « On s'en sert pour prendre un rendez-vous, annoncer une nouvelle, envoyer un mot gentil pour témoigner d'un sentiment. »

L'existence d'un réseau réel prédisposerait ainsi les utilisateurs à passer beaucoup de temps sur Internet. Constatons-le : il s'agit là non pas d'une activité isolante mais plutôt d'un besoin socialisant : « La grande masse des usagers se sert d'Internet dans le cadre de contextes sociaux préexistants [...]. C'est pour développer, accroître les relations humaines qu'ils considèrent comme valorisantes – leurs amitiés, leurs amours – qu'ils se connectent à des services de *networking*. » Dans cet état d'esprit, rendons à César ce qui est à César : Internet permet le lien social car « c'est un besoin de cohésion qui anime les internautes, une envie de resserrement de leurs rapports sociaux ». [...]

L'impact sur nos relations

Facebook rend les gens plus accessibles les uns aux autres mais les rend-il nécessairement plus « proches » pour autant ? Quel est l'impact de Facebook sur la qualité des relations ? Nous avons vu que quelqu'un de « sociable » « manifeste la faculté d'entretenir de bonnes relations humaines ». Appliquons à présent cette définition à Facebook. Selon certaines sources, Facebook n'aurait pas d'impact significatif sur la qualité des relations avec les proches. Le moment d'utilisation y joue un rôle



Doc 11

→ important. Le moment où les jeunes utilisent le plus Facebook a un effet sur la gestion de leur vie sociale : « Grâce aux progrès du wi-fi et de l'informatique ubiquitaire, cette activité de réseautage se concentre aux moments où la socialisation de ces jeunes gens est la plus intense, quand ils sont en classe, entourés par leurs pairs, ou quand ils rentrent à la maison avec leurs colocataires ou amis. Autrement dit, avec ceux qui sont dans leur liste de contacts sur Facebook. » Facebook, comme d'autres outils de communication digitaux, n'appauvrit pas les relations avec les proches quand il est bien dosé : l'utilisation « ne se concentre pas dans les heures de la nuit, et n'empêche pas les sorties entre amis. Significativement, pendant les week-ends, le nombre de messages baisse de façon drastique ». En revanche, une utilisation importante à des moments significatifs peut devenir inquiétante : « L'usage d'Internet pendant les week-ends joue davantage en défaveur du temps passé avec les amis et la famille que l'usage en semaine [...]. Ceux qui se servent d'Internet dans le cadre de leur activité professionnelle sont moins coupés

de leurs proches que ceux qui s'en servent en dehors de leur travail. »

En termes de qualité relationnelle, on remarque un autre aspect important concernant Facebook. Quelle que soit l'étendue du réseau, certains scientifiques affirment que le nombre de personnes avec qui on interagit reste relativement restreint. Quels que soient les outils proposés par Facebook et l'extension incroyable de réseau qu'il permet, il semble que les utilisateurs ne perdent pas de vue leurs cercles les plus proches. La plateforme serait aussi intéressante pour rester en contact avec ses proches, connus en « hors ligne » : « Les humains font la promotion d'eux-mêmes peut-être plus efficacement. Mais ils ont toujours les mêmes petits cercles d'intimité qu'avant. » Voilà un élément intéressant à considérer, sachant qu'une grande majorité d'utilisateurs se servent de Facebook pour y étendre leur réseau personnel : « Ces utilisateurs de Facebook qui ont le plus d'amis ne communiquent seulement qu'avec un relatif petit nombre d'entre eux. »

A. Cardoen et Y. Collard, www.media-animation.be, mars 2012

1 Présentez ce dont traite le doc. 11.

Le document présente l'insertion sociale qui est favorisée ou non par Facebook. Il décrit les deux répercussions que le réseau social peut avoir : d'un côté l'isolement, la vie sociale virtuelle, et de l'autre l'investissement dans une vie virtuelle, donc une socialisation.

2 Expliquez en quoi Facebook peut être un objet de socialisation (doc. 11).

L'utilisation des réseaux sociaux a un effet bénéfique sur les individus en améliorant la communication et les liens sociaux. Facebook leur permet ainsi de réaliser plusieurs activités de socialisation de manière indirecte, qui sont valorisées sur la Toile ainsi que dans le monde réel, comme rester en contact avec ses amis et sa famille ou encore se faire de nouveaux amis.

3 Repérez quelles critiques émettent les auteurs concernant Facebook (doc. 11).

Les auteurs montrent que Facebook peut être un facteur d'isolement car les individus échangent avec des amis virtuels, favorisant ainsi des relations fondées sur des apparences. Facebook contribuerait même à l'isolement des personnes au sein d'un même foyer, chacun ayant tendance à se ruer sur son ordinateur en rentrant à la maison.

4 Après avoir recherché dans le dictionnaire la définition de l'« insertion sociale », repérez le lien avec l'utilisation de Facebook (doc. 11).

L'insertion sociale désigne les mécanismes par lesquels l'individu trouve sa place dans un groupe, une société. Internet permet le lien social car c'est un besoin de cohésion qui anime les internautes, une envie de resserrement de leurs rapports sociaux. Facebook rend les gens plus accessibles les uns aux autres.

5 Montrez, d'après vos connaissances et votre expérience, comment les réseaux sociaux peuvent contribuer au bien-être social des individus.

Le bien-être social peut se résumer à la satisfaction des besoins d'un individu vivant dans une société. Au travers des réseaux sociaux, les individus sont en perpétuelle recherche de l'épanouissement de leur bien-être. Ces réseaux permettent une bonne intégration sociale. Cependant, ils entraînent aussi un isolement des personnes.

Activité 4 L'influence des normes sociales

Objectif • identifier l'influence des normes sociales sur la santé et le bien-être social.



Doc 12 Le mal-être des jeunes

Depuis quelques décennies, la situation des jeunes en France a connu de profondes mutations sur le plan social et économique. Des études épidémiologiques, notamment celles réalisées par le Cetaf (Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé) à partir des examens périodiques de santé effectués dans de nombreuses régions du pays, démontrent

que les 16-25 ans en insertion sont sujets à des vulnérabilités. Celles-ci (rupture scolaire, conditions de vie précaires, isolement social) peuvent avoir des répercussions négatives sur l'état de santé de ces jeunes en recherche d'insertion professionnelle et d'intégration sociale. À leurs difficultés d'accès à l'emploi, s'ajoutent des difficultés particulières d'accès aux droits et d'accès aux soins.

Les intervenants sociaux et sanitaires sont souvent confrontés à la souffrance psychique des jeunes. La santé mentale est devenue une préoccupation majeure en santé publique. Le manque crucial de données sur cette population est un obstacle à leur prise en charge effective.

Depuis l'étude de Marie Choquet et Bruno Iksil en 1994 sur les jeunes CFI-Paque (crédit formation individualisé – préparation active à la qualification et à l'emploi) et l'étude du Careps (centre Rhône-Alpes d'épidémiologie et de prévention sanitaire) sur la souffrance des jeunes, il y a peu de données probantes sur les jeunes en insertion.

En 2005, le CNML (Conseil national des missions locales) a demandé au Cetaf (Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé) d'étudier la santé des jeunes en insertion à partir de la base de données 1999-2003 des centres d'examen de santé de l'assurance maladie (CES).

Cette population a été par la suite comparée à un groupe de référence constitué de jeunes lycéens, étudiants ou actifs du même âge. Les résultats ont montré une plus grande fragilité sociale et la présence d'inégalités de santé ou d'accès aux soins pour les jeunes sortis du système scolaire et sans emploi.

Ces résultats ont été suffisamment préoccupants pour que les différents services déconcentrés des ministères concernés par l'insertion des jeunes s'associent au CNML et aux missions locales en 2006 pour la rédaction de la « Charte pour la santé des jeunes en insertion ». C'est durant la même période, et dans le contexte de cette charte, que le

CNML avait demandé au Cetaf d'étudier la faisabilité d'un dispositif de recueil d'informations sur la santé mentale des jeunes en insertion grâce à un auto-questionnaire rempli par les jeunes, soit lors d'un examen de santé, soit dans les missions locales. Un comité de pilotage, comprenant des experts scientifiques, a mis en place une série d'enquêtes en vue d'investiguer chaque année des dimensions de la santé mentale des jeunes en insertion. La première enquête menée en 2008 est l'objet de ce document. Les résultats de l'étude, quant à la santé des jeunes, sont inquiétants et nécessitent une prise de décision des autorités publiques. [...]

Niveau d'étude

Sur l'ensemble de la population, 60 % des jeunes enquêtés n'ont pas le bac, 8,8 % sont encore en cursus scolaire.

Précarité d'après le score Épices

Sur l'ensemble de la population étudiée, 40 % est en situation de précarité d'après Épices (évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examen de santé). La fréquence de la précarité des jeunes en insertion est quatre fois plus élevée que celle des autres catégories.

Un environnement familial plus instable pour les jeunes en insertion :

- › 45 % ont vécu au moins un événement familial douloureux : séparation des parents, rupture avec les deux parents ou maladie grave d'un des parents. Les taux varient de 37 % à 58 % suivant la catégorie de jeunes ;

- › 38 % ont des parents qui ne vivent plus ensemble. Les taux varient de 27 % à 42 % suivant la catégorie de jeunes ;

- › 15 % ont rompu les liens avec leurs parents. Les taux varient de 7 % à 26 % suivant la catégorie de jeunes ;

- › 24 % de la population ont un des deux parents gravement atteint d'une maladie. Les taux varient de 17 % à 30 % suivant la catégorie de jeunes.

Normes sociales : ensemble des manières collectives d'agir et de penser qui sont extérieures aux personnes et qui ont un pouvoir de contrainte. Ce sont les règles de conduite dans une société.

Une perception de la santé plus négative

La perception négative de la santé (« mauvaise santé perçue ») est significativement plus fréquente parmi les trois populations de jeunes en insertion, comparés aux jeunes des CES actifs ou scolarisés.

L'enquête fait ressortir que 80 % de la population a déclaré un médecin traitant à l'assurance maladie. Cependant, les jeunes en insertion ont moins souvent déclaré un



Doc 12

→ médecin traitant (20 % à 24 %) que les jeunes actifs ou scolarisés des CES (13 % à 14 %).

Des conduites addictives aussi fréquentes, sauf en ce qui concerne l'alcool

On n'observe pas de différence statistiquement significative entre jeunes en insertion et jeunes CES actifs pour les variables « consommation de tabac », « nombre de cigarettes », « prise de médicaments psychotropes sur ordonnance », « prise de médicaments psychotropes sans ordonnance », « consommation de cannabis » et « consommation d'autres drogues ».

L'absence de différence sur ces quatre types de consommation de psychotropes pourra être vérifiée sur une plus grande échelle lors d'une prochaine passation du questionnaire.

Les scolaires et les étudiants déclarent moins souvent avoir consommé du tabac et du cannabis que les autres populations. Concernant la consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours, les trois populations de jeunes en insertion consommeraient significativement moins que les jeunes CES actifs. Ce constat surprenant, montrant que les jeunes en insertion ou au chômage consomment moins d'alcool que les jeunes CES actifs, a déjà été fait dans des études françaises portant sur les comportements des jeunes.

La déclaration de violences subies (psychologiques, physiques ou sexuelles)

27 % des jeunes ont déjà subi des violences psychologiques et morales plus d'une fois au cours de leur vie. 22 % ont subi au moins une fois des violences physiques et 8,5 % ont été victimes de violences sexuelles plus d'une fois. Les jeunes en insertion déclarent plus souvent ces trois formes de violence. Ils déclarent être deux fois plus victimes de violences sexuelles que les jeunes actifs.

Le sentiment de discrimination

22 % ont un sentiment de discrimination. Les jeunes en insertion et les jeunes scolaires ou étudiants ont un sentiment de discrimination un peu plus important que les jeunes actifs. Les raisons les plus citées sont : l'origine (56 %), l'apparence physique (35 %), les convictions religieuses (21 %), le nom (20 %) et l'appartenance à une ethnie, une nation ou une race (15 %).

Deux fois plus de jeunes en insertion sont en souffrance psychique

Des difficultés multiples (familiales, financières, de logement...), l'incertitude face à l'avenir, l'absence de statut social – être ni actif, ni étudiant, mais en insertion – caractérisent les jeunes en insertion. Il peut donc s'agir pour eux d'une période de fragilité psychologique.

Plusieurs indicateurs attestent du mal-être des jeunes en insertion. D'après les résultats de l'ADRS, 26 % des jeunes des missions locales sont en souffrance psychique. Parmi eux, 7 % ont un état dépressif avéré. Les jeunes en insertion sont deux fois plus souvent en souffrance psychique que les jeunes actifs. Chez les hommes, toutes catégories de jeunes confondues, les sans-diplômes sont trois fois plus en souffrance psychique (30 %) que les niveaux bac et plus.

Plus d'un jeune sur cinq en mission locale déclare avoir tenté de se suicider. 16 % de la population enquêtée a déjà tenté de se suicider. Les jeunes en mission locale sont quatre fois plus à risque de faire une tentative de suicide que les jeunes actifs. Un peu plus de 24 % des jeunes sans diplôme ont tenté de se suicider, deux fois plus que les jeunes qui ont le niveau bac et plus (10 %). 38 % des jeunes dont la dépression a été diagnostiquée par l'ADRS ont tenté de mettre fin à leurs jours.

Bien-être mal-être ? Mieux vous connaître,
www.fesj.org, décembre 2009

1 Identifiez l'objectif de l'enquête présentée dans le doc. 12.

L'objectif de l'enquête est de présenter le mal-être des jeunes et leur fragilité sociale.

2 Repérez quel est le public concerné par cette enquête.

Les jeunes de 16 à 25 ans.

3 Présentez le résultat de cette enquête.

Les résultats sont alarmants. Les jeunes en insertion, par rapport aux jeunes des CES actifs ou scolarisés, sont touchés par de nombreux maux : un environnement familial instable, une perception de la santé plus négative, des conduites addictives plus fréquentes, la déclaration plus fréquente de violences subies, un sentiment de discrimination.

4 Montrez quels facteurs agissent sur le bien-être ou le mal-être des jeunes (doc. 12).

Le manque de relations, le fait de ne pas avoir d'amis, de ne pas communiquer, agissent sur le bien-être ou le mal-être des jeunes.

5 Expliquez en quoi les normes sociales ont une influence sur la santé et le bien-être social des jeunes (doc. 12).

Les normes sociales s'appuient sur des valeurs, elles influencent les comportements. Elles ont donc un impact sur la santé, c'est-à-dire sur l'état de complet bien-être physique, mental et social. Leur impact est dû au fait qu'elles influencent et modifient l'approche que l'on a de ces notions.

Doc 13 Les solutions au mal-être des jeunes

Si tu ressens vraiment le besoin de parler à des professionnels, médecins, conseillers... Il existe de nombreuses solutions.

› Les PAEJ : points accueil écoute jeunes

Ce sont de petites structures, ouverts aux 10 à 25 ans et/ou aux parents d'adolescents. Tu peux y rencontrer des psychologues, des éducateurs, en général des personnes qui travaillent avec des jeunes par ailleurs. [...] Ils peuvent proposer des ateliers, des entretiens. [...]

› Les MDA : maisons départementales des adolescents

Ouvertes au 12-25 ans, tu peux y rencontrer un psychiatre, des psychologues, des infirmières, des éducateurs. Les maisons des ados sont parfois accolées à un hôpital, parfois totalement indépendantes de celui-ci. [...] On peut y recevoir des conseils, avoir des entretiens, une prise en charge pour tout ce qui concerne la santé des jeunes. [...]

› Les CMP : centres médico-psychologiques

Ils accueillent les jeunes à partir de 16 ans. Gratuits avec une carte vitale, ils accueillent toute personne présentant des troubles psychiques. Des prises en charge sont assurées par des psychiatres, des psychologues, des infirmiers psychiatriques. [...]

› Les CMPP : centres médico-psycho-pédagogiques

Ils sont ouverts en général pour les jeunes jusqu'à 20 ans. On peut s'y rendre pour des troubles de l'apprentissage scolaire et des troubles psychiques. Il en existe 470 environ en France. Dépistage des troubles, soutien éducatif, rééducation, prises en charge thérapeutiques. Les enfants et les adolescents qui présentent des troubles y sont suivis pour leur permettre de rester dans leur environnement habituel, scolaire et familial. [...]

isjeunes.msa.fr

6 Identifiez les moyens de lutte contre le mal-être des jeunes.

De nombreuses structures existent pour lutter contre le mal-être des jeunes :

les PAEJ : points accueil écoute jeunes ; les MDA : maisons départementales des adolescents ;

les CMP : centres médico-psychologiques ; les CMPP : centres médico-psycho-pédagogiques.

Je construis ma synthèse

Indiquez quels sont les éléments qui favorisent le bien-être des individus au sein d'une société.

Le processus de socialisation est un moyen qui permet l'insertion de l'individu dans la société. La socialisation est le processus par lequel l'individu apprend les normes, les valeurs et les rôles des groupes sociaux où il évolue. Ce processus favorise la possibilité de vivre ensemble et par là même le bien-être des individus.

Le bien-être social représente un objectif de société en lien avec plusieurs domaines de la vie quotidienne des individus : alimentation, travail, économie, santé, éducation, logement. L'insertion des individus dans la société favorise le partage de valeurs et de normes communes.

Le jour du bac

Présenter les éléments qui favorisent la construction du bien-être social d'un État.

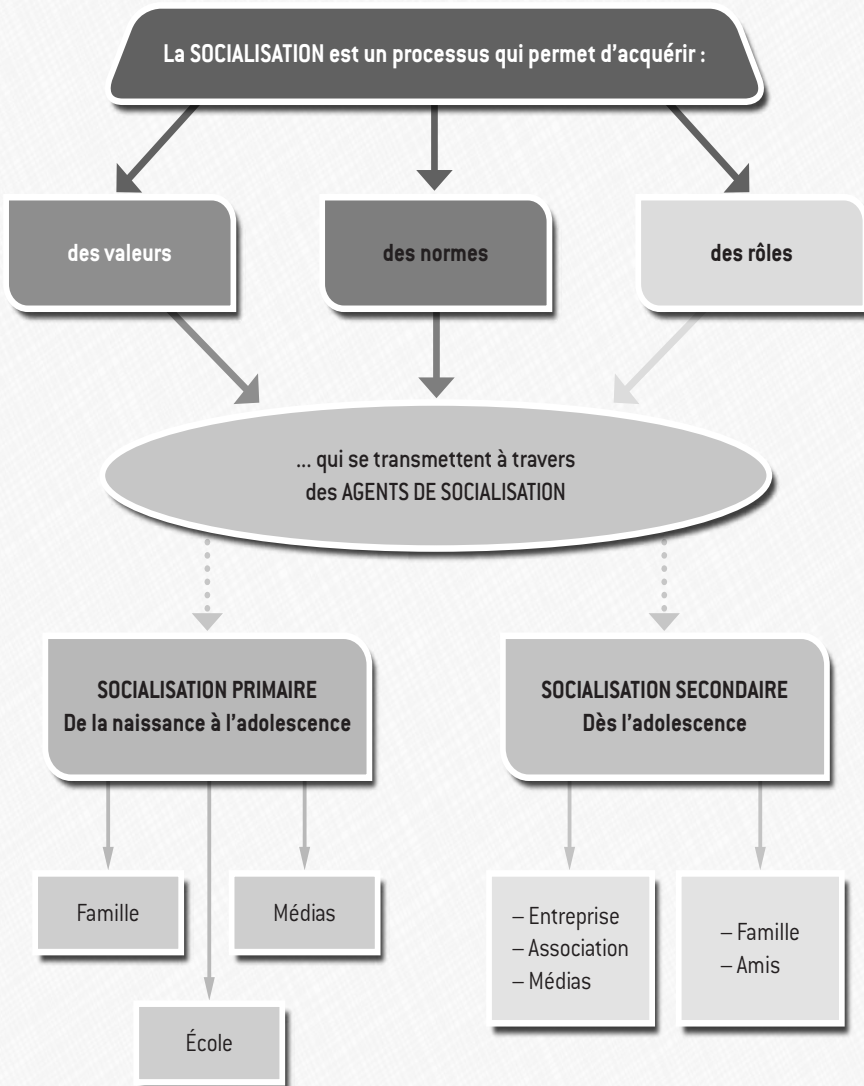
Proposition de sujet

Synthèse

ATT

2

Le bien-être social : une construction dynamique



Le recueil de données : la recherche documentaire

ATM

2

Pour faire le lien avec l'ATT

Pour pouvoir étudier et présenter ce à quoi correspond le bien-être social chez l'individu dans notre partie thématique (chapitre 2 ATT), il a fallu s'appuyer sur plusieurs documents (articles de presse, sites internet, etc.). Cette étude, comme toute étude, a nécessité un recueil de données préalable et plus précisément une recherche documentaire. Cette recherche documentaire repose sur une démarche spécifique que nous allons examiner en détail.

Activité 5 La recherche documentaire

- Objectifs
- ◆ cerner le sujet ;
 - ◆ identifier les sources documentaires ;
 - ◆ formuler une équation de recherche.



1 Par groupes de 3 élèves et en menant différents types de recherches (Internet, CDI de votre établissement, revues...), présentez les chiffres liés aux conduites addictives des adolescents, leurs conséquences et les actions mises en place en France pour lutter contre ce problème. Vous reporterez vos résultats dans le tableau suivant.

Intitulé du problème	Conduites addictives
Conséquence sur l'adolescent	Isolement, désocialisation, paupérisation
Actions mises en place	<p>– Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, coordonné par la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), présente 193 mesures répondant aux priorités définies par le Premier ministre.</p> <p>– Actions de prévention</p>
Objectifs	<p>– Diminuer l'offre de drogues</p> <p>– Renforcement des contrôles</p> <p>– Renforcer les capacités d'hébergements sociaux</p> <p>– Création de campagnes de prévention</p> <p>– Intensification de la lutte contre les trafics</p> <p>– Diversification de la prise en charge sanitaire des consommateurs</p>
Période	2000 à 2011

Données chiffrées	<ul style="list-style-type: none"> – 41,5 % des jeunes de 17 ans ont expérimenté le cannabis en 2011 et 6,5 % sont des fumeurs réguliers ; on constate une proportion en baisse depuis 2002 (12,3 % et 7,3 % en 2008). – 122 439 interpellations pour usage de cannabis ont été réalisées en 2010. – Le prix d'un gramme d'herbe a pratiquement été divisé par deux entre 1996 et 2008, soit 8 € actuellement. Le gramme de résine est quant à lui vendu environ 6 €. – 54 % des 15-75 ans jugent le cannabis dangereux dès son expérimentation. – Du côté des stimulants, on note une légère baisse de la consommation de cocaïne : à 17 ans, l'expérimentation de ce produit concerne 3 % des jeunes. – Ce chiffre a triplé entre 2000 et 2008 (0,9 % d'expérimentation en 2000 ; 2,5 % en 2005) et apparaît en légère baisse pour la période 2008-2011 (3,3 % en 2008). – En revanche, l'expérimentation d'ecstasy est en recul avec 1,9 % pour 2011 (2,9 % en 2008 contre 3,5 % en 2005). – Les saisies d'héroïne ont une tendance à la hausse depuis le début des années 2000. Tout en restant à des niveaux historiquement élevés, elles diminuent nettement en 2012. Ainsi, les saisies d'héroïne sont parmi les plus faibles depuis 2004. – Les saisies de cocaïne sont, elles aussi, en très net recul. Du fait de saisies d'une ampleur exceptionnelle, 2011 avait marqué un record en France (11 tonnes). – La consommation régulière d'alcool est globalement orientée à la baisse parmi les adultes : on compte 19,9 % (22,5 % en 2008) de consommateurs réguliers mais elle est en hausse chez les adolescents de 17 ans (10,5 % en 2011 contre 9 % en 2008). – Les ivresses répétées (trois fois ou plus dans l'année) et régulières (10 fois ou plus) chez les jeunes de 17 ans ont nettement augmenté entre 2005 et 2008, passant de 25,6 % à 27,8 %. – Concernant les alcoolisations ponctuelles importantes (cinq verres en une même occasion), 53,2 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir eu ce comportement au cours du mois écoulé en 2011, contre 48,7 % en 2008. – Après une baisse du tabagisme quotidien observée entre 2000 et 2008 à 17 ans, on observe une hausse de 10 % entre 2008 et 2011. – En 2012, les services douaniers ont saisi 371 tonnes de tabac, soit 20 % de moins qu'en 2011, année record.
Résultats des actions	<ul style="list-style-type: none"> – Pour la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MIDLT), le bilan des politiques menées ces dernières années résonne comme un échec : si elles « ont contribué à une meilleure prise en charge sanitaire des usagers et des personnes dépendantes », elles « ne sont pas parvenues à faire diminuer l'usage des drogues illicites et l'abus d'alcool ni à limiter la polyconsommation de ces produits ». – L'organisme interministériel a lancé un plan 2008-2011. Échelonné sur quatre ans, il regroupe 193 mesures pour un budget d'environ 87,5 millions d'euros.

2 Présentez de manière synthétique les étapes suivies pour réaliser votre recherche.

Étapes de réalisation de la recherche	
1	Identifier le sujet : les conduites addictives
2	Définir à l'aide du dictionnaire à quoi correspondent les conduites addictives
3	Identifier les différents éléments permettant de présenter le sujet (intitulé du tableau)
4	Recenser les différentes sources possibles de documents
5	Effectuer la recherche à partir de ces différentes sources
6	Sélectionner les informations
7	Compléter le tableau

3 Indiquez les sources des informations apportées dans le dossier.

Les informations apportées dans le dossier proviennent de :

– dictionnaires ;

– sites internet :

www.inserm.fr

http://www.jeunes.gouv.fr/IMG/pdf/201205_jeunes_guide_prevention.pdf

<http://www.drogues.gouv.fr/comprendre-laddiction/presentation/chiffres-cles/>

4 Précisez quelles ont été les différentes équations de recherche (liste des mots-clés utilisés) qui vous ont permis de rechercher les informations sur Internet.

La liste des mots permettant d'orienter la recherche est :

– conduites addictives jeunes en France ;

– conduites addictives adolescents en France ;

– chiffres conduites addictives ;

– politiques pour lutter contre les conduites addictives chez les adolescents en France ;

– action lutte conduites addictives adolescents en France.

5 Indiquez pourquoi on doit pouvoir identifier les sources documentaires de toute recherche.

Identifier les sources documentaires permet de montrer la fiabilité, la véracité et l'actualisation de l'information trouvée et rendue.

Les sources documentaires permettent de démontrer la pertinence et la qualité de l'information.

Activité 6 Les sources documentaires

- Objectifs** • valider les sources ; sélectionner les documents ;
 • extraire et organiser les données ; structurer et présenter l'information.



1 Identifiez les différents types de supports consultables sur le thème des conduites addictives.

L'information peut se trouver dans différents supports :

– ouvrages, périodiques, quotidiens, hebdomadaires, mensuels → supports physiques ;

– sites internet, vidéos → supports numériques ;

– vidéo, émission radio → supports vocaux.

2 Présentez la nature des informations présentes dans les différents supports.

L'information est à la fois :

– textuelle : sous formes d'articles ;

– visuelle : graphiques montrant l'évolution, tableaux récapitulatifs ;

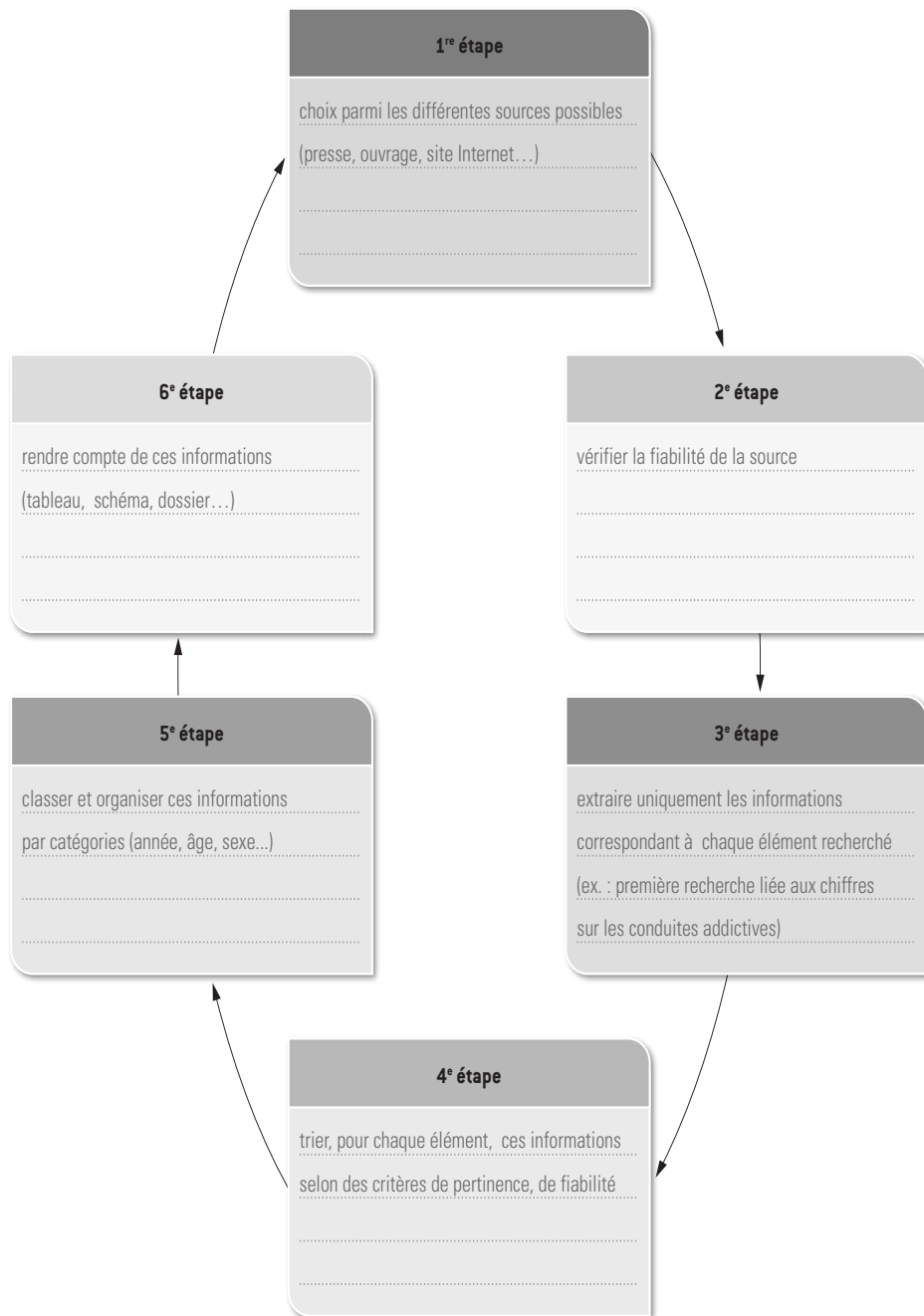
– audio : témoignages de personnes concernées par les conduites addictives ou de professionnels, podcasts.

3 D'après vous, quels sont les critères à retenir pour qualifier une source de « source fiable » ?

La provenance des documents détermine en grande partie leur fiabilité et leur intérêt : origine (réputation de la presse dont est issu l'article), auteur du document, date de réalisation du document...

Sur internet, l'adresse URL du site consulté, la pertinence, la validité des arguments avancés sont des critères qui permettent de qualifier une source de « fiable ».

- 4 Présentez, de manière schématique, les étapes et les critères nécessaires pour extraire des informations et organiser vos idées.



- 5 Justifiez l'intérêt d'avoir des sources diverses pour une même information.

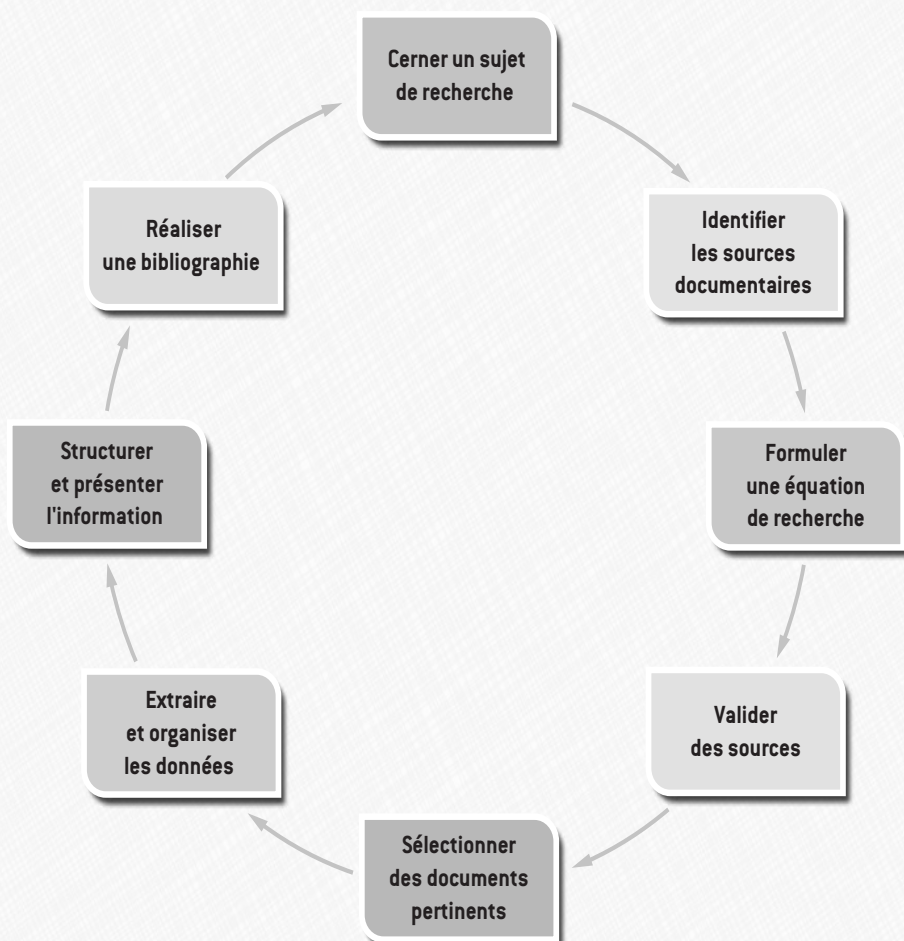
Avoir une multitude de sources pour une même information permet d'obtenir une réponse complète car vérifiée par plusieurs sources d'origine différente, garantissant ainsi la qualité et la fiabilité de l'information.

Synthèse

ATM

2

Le recueil de données : la recherche documentaire



ATT 2

Le bien-être social : une construction dynamique

INTENTIONS PÉDAGOGIQUES

L'illustration de la relation entre les normes sociales, la santé et le bien-être social des personnes et des populations permettra de préparer les élèves au concept de cohésion sociale et de rupture des équilibres générant des situations de fragilité et d'altération de la santé.

Les objectifs de ce chapitre sont de comprendre :

- comment l'individu se construit une identité et trouve sa place au sein de la société ;
- comment le bien-être social se construit.

Le processus de socialisation sera étudié, notamment par le biais des instances de socialisation (famille, école, milieu professionnel...).

Nous verrons que la socialisation participe à la construction de l'état de bien-être social et du capital santé tout au long de la vie des individus, et aide à l'insertion sociale.

Il s'agit ici d'amener l'élève à mobiliser diverses notions pour éclairer le processus de la construction identitaire, d'insertion et d'intégration des individus au sein d'un groupe social, afin de favoriser le bien-être social de la population.

LE « JOUR DU BAC » : ÉLÉMENTS DE CORRIGÉ

Présenter les éléments qui favorisent la construction du bien-être social d'un État.

Le processus de socialisation est un moyen qui permet l'insertion de l'individu dans la société. La socialisation est le processus par lequel l'individu apprend les normes, les valeurs et les rôles des groupes sociaux où il évolue. Ce processus favorise la possibilité de vivre ensemble.

Le bien-être social est un élément composite, il représente un objectif de société qui concerne tous les domaines de la vie quotidienne des individus : alimentation, travail, économie, santé, éducation, logement. L'insertion sociale des individus dans la société favorise le partage de valeurs et de normes communes, qui permettent de développer un sentiment d'appartenance à une même société, afin de tendre vers la cohésion sociale.

SYNTHÈSE RÉDIGÉE

Afin que chaque individu puisse trouver sa place dans la société, il existe un processus de socialisation qui commence dès le plus jeune âge.

Il s'agit d'une construction progressive, d'un apprentissage qui se fait tout au long de la vie.

La notion de socialisation renvoie, quant à elle, à l'ensemble des mécanismes par lesquels les individus font l'apprentissage des rapports sociaux entre les hommes et assimilent les normes, les valeurs et les croyances d'une société ou d'une collectivité. On distingue la socialisation primaire (ou socialisation de l'enfant) et la socialisation secondaire, processus d'apprentissage et d'adaptation des individus tout au long de leur vie.

I. Les caractéristiques de la socialisation

Activité 1. La socialisation primaire

La socialisation primaire est le savoir-faire de la vie quotidienne. Cet apprentissage se fait dans la famille, ou dans des groupes restreints. Elle est importante car c'est elle qui va définir les manières de penser, d'agir, de se comporter, de fréquenter certains lieux.

Elle correspond à la période de l'enfance.

Dans cette phase, quatre instances de socialisation vont structurer la personnalité sociale de l'enfance :

- la famille ;
- l'école ;
- les groupes de pairs ;
- les médias.

La famille constitue l'instance principale de socialisation : c'est dans le cadre du milieu familial que se forme le regard de toutes les autres expériences de la vie sociale.

Cette influence de la famille s'explique parce qu'elle intervient dès le premier âge de la vie. Cette instance de socialisation est utile, notamment grâce aux contacts quotidiens entre enfants et parents.

L'école est aussi une instance de socialisation. En effet, elle est en mesure d'offrir un lieu de socialisation commun à tous les enfants d'une même société ; ainsi, l'école permet de transmettre des valeurs communes à l'ensemble des futurs citoyens.

Activité 2. La socialisation secondaire

La socialisation secondaire s'effectue dès l'adolescence et se poursuit tout au long de la vie. Elle est développée par des groupes plus larges : lycée, entreprise, groupes politiques...

Elle intervient à la fin de l'enfance et permet aux individus, dont la personnalité est déjà en grande partie constituée, de s'intégrer à des groupes particuliers : entreprises, associations, partis politiques, syndicats...

Les médias, et notamment **la télévision et Internet**, deviennent une source principale de socialisation.

Ces différentes instances de socialisation véhiculent des normes et des valeurs différentes.

Elles ont pour fonction d'adapter un individu déjà socialisé à un environnement spécifique : ces instances doivent assurer l'apprentissage et l'assimilation de valeurs et de normes spécifiques à un groupe social.

Les groupes intermédiaires (syndicats, associations, partis politiques...) assurent la socialisation de leurs membres : un nouvel adhérent d'un parti politique doit par exemple apprendre les valeurs et les manières de s'exprimer spécifiques à son parti.

Les groupes de pairs, c'est-à-dire un ensemble formé par des individus dont le statut est identique, exercent aussi une action socialisante par le biais des phénomènes de mode qui se diffusent dans le groupe.

II. Le rôle et l'influence de la socialisation sur le bien-être des individus

Activité 3. Socialisation et insertion sociale

La cohésion sociale désigne ce qui assure l'unité d'un ensemble social, ce qui permet aux membres d'une société de coexister et de vivre ensemble.

L'intégration désigne le processus qui lie l'individu à des groupes sociaux et à la société, qui lui permet de se socialiser, de s'intégrer à la société et d'en tirer les éléments de son identité. Elle passe par la socialisation : les individus intériorisent les rapports sociaux, assimilent les valeurs, les normes et les croyances.

Cet apprentissage se déroule tout au long de la vie à travers différents agents de socialisation (la famille, l'école, les groupes d'âge ou les relations professionnelles).

Ainsi, le rôle de l'école dépasse l'apprentissage des connaissances : l'enfant apprend des règles de conduite dans un groupe social. On différencie les agents primaires de socialisation (famille, école), des agents secondaires (entreprise, syndicat, association).

Activité 4. L'influence des normes sociales

Une norme est dite sociale dans la mesure où elle est partagée par un grand nombre d'individus.

Les normes sociales sont plus ou moins explicites ; elles sont variables dans le temps, l'espace et les cultures. Les normes s'appuient sur des valeurs. Elles ont un impact sur la santé, c'est-à-dire sur l'état de complet bien-être physique, mental et social.

Différentes normes ont une influence positive sur le concept de santé et de bien-être social : allaiter son enfant, ne pas fumer, faire du sport régulièrement, aller à l'école, ne pas faire travailler les enfants...

D'autres normes ont une influence négative sur les concepts de santé et de bien-être social : s'alcooliser régulièrement pour s'amuser, pratiquer l'excision, maigrir de façon abusive pour ressembler à des personnes connues, fumer pour être intégré dans un groupe d'amis...

La mesure de l'état de santé et de bien-être social de la population

ATT

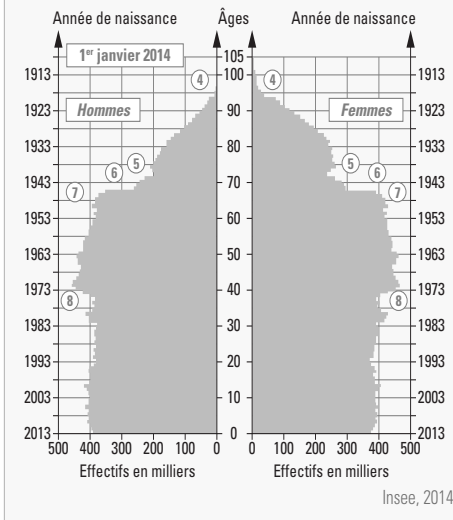
3

Activité de découverte

Objectif • expliquer la nécessité de mesurer l'état de santé ou de bien-être social de la population.



Doc 1 La pyramide des âges en 2014



Doc 2 L'incidence du cancer et la mortalité en 2012

Pour 100 000 personnes et en %.

Localisations	Incidence		Mortalité	
	Effectif	Contribution à l'ensemble des cancers	Effectif	Contribution à l'ensemble des cancers
Prostate	53 465	19,0	8 876	7,5
Sein	48 763	16,3	11 886	10,1
Côlon-rectum	42 152	14,1	17 722	15,0
Poumon	39 495	13,2	29 949	25,3
Estomac	6 556	2,2	4 411	3,7
Œsophage	4 615	1,5	3 140	2,7
Col de l'utérus	3 028	1,0	1 102	0,9
Tous cancers	355 354	100,0	148 378	100,0

Inca, 2013

1 Relevez les différents indicateurs dans les doc. 1 et 2, puis expliquez à quoi ils correspondent.

La pyramide des âges (doc. 1) représente la répartition de la population par sexe et par âge en 2014, c'est une photographie de la population. Le doc. 2 représente le nombre de nouveaux cas de cancers en 2012 par localisations ainsi que le nombre de décès, ce qui permet d'évaluer la gravité et la fréquence du cancer au sein de la population.

2 Indiquez leur unité de mesure et leur source.

Ils s'expriment soit en effectifs réels (valeur absolue) comme dans le doc. 1 : nombre de personnes par âge et par sexe ; soit en taux (pourcentage : valeur relative) pour 100, 1 000 ou 100 000 malades de cancers par localisations, comme dans le doc. 2. La source du doc. 1 est l'Institut national des statistiques et des études économiques chargé des enquêtes épidémiologiques et sociologiques (Insee) ; le doc. 2 émane de l'Institut national du cancer (Inca).

3 À partir du chapitre 1, déduisez l'intérêt pour l'État de rechercher et connaître ces indicateurs (outils statistiques).

Dans le but de permettre que tous puissent bénéficier d'un état de santé et de bien-être satisfaisant, l'État a besoin de quantifier les phénomènes sanitaires ou sociaux pour leur apporter une remédiation adaptée et les hiérarchiser par ordre d'importance.

I La diversité des indicateurs

Activité 1 Les indicateurs démographiques

Objectif ► analyser un ensemble de données pour caractériser une population.

45 min

Doc 3 Évolution des composantes de la population (en milliers)

Année	Population au 1 ^{er} janvier	Nombre de naissances vivantes	Nombre de décès	Solde naturel	Solde migratoire évalué
2000	60 508 150	807 405	540 601	+ 266 804	+ 72 000
2002	61 385 070	792 745	545 241	+ 247 504	+ 97 000
2004	62 251 062	799 361	519 470	+ 279 891	+ 105 128
2006	63 186 117	829 352	526 920	+ 302 432	+ 112 141
2008	63 961 859	828 404	542 575	+ 285 829	+ 56 812
2010	64 612 939	832 799	551 218	+ 281 581	+ 38 880
2012	65 251 737	821 047	569 868	+ 251 179	+ 40 000
2013	65 542 916	810 000	572 000	+ 238 000	+ 40 000
2014	65 820 916	nd ¹	nd	nd	nd

1. nd = non disponible.

Insee, Estimations de population et statistiques de l'état civil, 2014

Indicateurs : outils statistiques permettant de mesurer la situation d'une population sur une période donnée, afin de faire des comparaisons. Ils s'expriment, soit en valeur absolue (effectifs), soit en valeur relative (%).

Calcul d'un taux (indicateur) :
nombre de cas

du phénomène sur la période
population totale concernée sur la période étudiée $\times 1\,000$

Solde naturel : différence entre le nombre des naissances et le nombre des décès pour une période donnée.

Solde migratoire : différence entre les entrants (immigrés) et les sortants (émigrés) du territoire pour une période donnée.

1 Montrez comment a évolué la population entre 2000 et 2014 (doc. 3).

La population générale a augmenté de 5 312 766 personnes entre 2000 et 2014, les naissances ont augmenté de plus de 2 600 en un an entre 2000 et 2013, passant de 807 405 à 810 000. Le nombre de décès a aussi augmenté : 31 400 morts supplémentaires par an entre 2000 et 2013 ; par conséquent, le solde naturel a lui, diminué de 28 804, bien qu'il reste positif avec + 238 000. Le solde migratoire s'est ralenti puisqu'il passe de + 72 000 en 2000 à + 40 000 en 2013 (il a diminué presque de moitié).

Doc 4 La natalité et la fécondité en France

La natalité se porte bien en France. En dépit d'une légère baisse en 2013, elle demeure au-dessus des 800 000 naissances selon les chiffres publiés mercredi 3 septembre par l'Insee. L'Institut national de la statistique note par ailleurs que l'âge des mères au moment de l'accouchement continue de reculer. En 2013, 811 510 bébés sont nés sur l'ensemble du territoire français. En dépit d'une baisse de 1,2 % par rapport à 2012, ces chiffres restent bien plus élevés qu'au milieu des années 1990.

La France reste parmi les pays les plus féconds d'Europe. Avec un taux de fécondité de 1,99 enfant par femme, la France demeure parmi les pays les plus féconds d'Europe, et ce, malgré la crise et le chômage. Il s'agit d'une spécificité culturelle favorisée par une politique familiale qui rend les variations de la fécondité moins sensibles à la conjoncture économique.

www.lemonde.fr, 3 septembre 2014

2 Décrivez la situation de la France concernant la natalité et la fécondité par rapport au reste de l'Europe (doc. 4).

La natalité est en augmentation ces dernières années avec 811 510 naissances en 2013, bien plus que dans les années 1990 mais un peu moins qu'en 2012 (petite baisse de 1,2 %). Les Françaises sont parmi les plus fécondes en Europe avec 1,99 enfant par femme, malgré un âge moyen à l'accouchement de plus en plus tardif.

Doc 5 Répartition de la population par tranches d'âge

	Espace à dominante urbaine (population de 50,3 millions d'habitants)	Espace à dominante rurale (population de 11,1 millions d'habitants)
0 à 14 ans	18,5 %	17,3 %
15 à 29 ans	20 %	14,8 %
30 à 44 ans	21,2 %	19,7 %
45 à 59 ans	20,2 %	20,7 %
60 à 74 ans	12,3 %	16,1 %
75 à 89 ans	7 %	10,3 %
99 ans et plus	0,7 %	1,1 %
Ensemble	100 %	100 %

Insee, Recensement 2006

3 Commentez le tableau du doc. 5 concernant la répartition de la population par tranches d'âge.

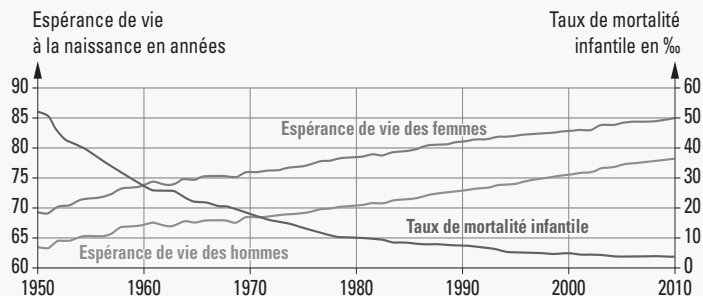
On distingue les zones urbaines et les zones rurales ; en ville, les populations des 30/44 ans sont les plus représentées en concentrant 21,2 % de la population, tandis qu'en zone rurale ce sont les 45/59 ans avec 20,7 % de la population. En France, la proportion des plus de 60 ans est plus importante que celle des jeunes de moins de 15 ans, ce qui témoigne du vieillissement de la population dû à une meilleure espérance de vie.

Activité 2 Les indicateurs sanitaires

Objectif ● analyser un ensemble de données pour caractériser l'état de santé d'une population.



Doc 6 Espérance de vie à la naissance et taux de mortalité infantile



Champ : France métropolitaine.

Insee, Estimations de population et statistiques de l'état civil, 2014

Espérance de vie : âge moyen que peut espérer atteindre une génération si elle reste soumise aux mêmes conditions de morbidité et de mortalité que l'année en cours.

1 Commentez le graphique du doc. 6 en expliquant l'évolution de l'espérance de vie selon les années et le sexe. Selon vous, qu'est-ce qui justifie l'écart entre les hommes et les femmes ?

On constate que l'espérance de vie augmente chez les femmes comme chez les hommes, au rythme moyen de 0,3 an chaque année, si bien que les hommes atteignent 78,7 ans en 2013 contre 73,6 en 1994 (+ 5,1 en 19 ans), et les femmes passent de 81,8 en 1994 à 85 ans en 2013 (+ 3,2 ans). Cela se justifie par les progrès médicaux, la généralisation de la protection sociale et le fait que les femmes sont plus soucieuses de leur santé et qu'elles ont des postes de travail moins pénibles et moins dangereux que les hommes.

Doc 7 — La mortalité en France

Le nombre de décès augmente depuis 2006. Cette hausse résulte du vieillissement de la population vivant en France. En effet, les générations sont de tailles inégales et les plus anciennes deviennent plus nombreuses ; le nombre de décès et le taux global de mortalité augmentent logiquement. Cependant, pris séparément, les taux de mortalité à chaque âge baissent presque tous. La mortalité infantile fait exception : elle ne baisse plus depuis 2005 et

augmente en 2009. Au classement des plus faibles taux de mortalité infantile, la France est ainsi passée du 5^e rang européen en 1999 au 14^e en 2008. La saisonnalité des décès varie en fonction de l'âge : les personnes âgées décèdent davantage en hiver, les moins de 35 ans surtout en juillet et en août. Elle se situe à 3,6 %.

X. Niel, C. Beaumel, division « Enquêtes et études démographiques », Insee n° 1318, octobre 2010

Doc 8 — Les principales causes de décès en France en 2011

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	effectif	en %	effectif	en %	effectif	en %
Maladies infectieuses et parasitaires	5 564	2	5 811	2	11 375	2
Tumeurs	92 064	34	66 829	25	158 893	30
<i>dont tumeurs du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon</i>	23 385	9	7 734	3	31 119	6
Troubles mentaux et du comportement	7 992	3	11 178	4	19 170	4
Maladie de l'appareil circulatoire	64 326	24	73 842	28	138 168	26
<i>dont maladies cérébrovasculaires</i>	13 333	5	18 327	7	31 660	6
Maladies de l'appareil respiratoire	17 890	7	16 106	6	33 996	6
Maladies de l'appareil digestif	12 131	4	10 286	4	22 417	4
Causes externes	22 215	8	14 703	6	36 918	7
<i>dont accidents de transport</i>	2 866	1	877	0	3 743	1
<i>dont suicides</i>	7 754	3	2 605	1	10 359	2
Autres causes	49 998	18	63 636	24	113 634	21
Ensemble	272 180	100	262 391	100		

Inserm-CépiDc

Mortalité générale :
toutes les causes de décès sur une période donnée et pour une population donnée.

Mortalité spécifique :
nombre total de décès par pathologie, ou région, ou âge, ou sexe, ou catégorie socioprofessionnelle sur une période donnée et pour la population totale.

2 D'après le doc. 7, caractérisez la mortalité en France et ses paradoxes.

La mortalité continue de diminuer en France pour toutes les tranches d'âge. Toutefois, elle dépend des périodes de l'année : en hiver, les personnes âgées concentrent le plus grand taux de mortalité, tandis que les jeunes décèdent plutôt en été. La mortalité infantile, quant à elle, augmente et la France enregistre de mauvais scores.

3 Relevez les principales causes de décès pour la population française listées dans le doc. 8. Que pouvez-vous en déduire ?

On enregistre davantage de décès chez les hommes (272 180) que chez les femmes (262 391) en 2011. Les tumeurs concentrent 34 % des décès masculins et 25 % des décès féminins ; suivent les maladies de l'appareil circulatoire avec 24 % de décès chez les hommes et 28 % chez les femmes ; ce sont les deux principales causes de décès en France. Viennent ensuite les causes extérieures (morts violentes : accidents et suicides) avec 36 918 décès en 2011.

Doc 9 — Prévalence et incidence : la morbidité liée au diabète en France

L'Institut national de veille sanitaire (InVS) publie un état de la maladie diabétique en France : la situation apparaît pour le moins hors de contrôle. L'incidence du diabète, c'est-à-dire le nombre de nouveaux patients diagnostiqués diabétiques, était déjà en croissance de + 27 % chez les hommes et + 14 % chez les femmes entre 2000 et 2006. Cette avancée du diabète touche plus les hommes que les femmes, les personnes de 64 à 75 ans, ainsi que certaines régions telles que le Nord-Est de la France et les Dom-Tom. Les professions les plus touchées sont les commerçants, les salariés agricoles et les artisans.

En 2009, on évalue à presque 3 millions le nombre de diabétiques en France, soit 3,3 % de la population totale. Elle est plus fréquente chez l'homme (6,4 % de la population masculine) que chez la femme (4,5 % de la population féminine). Dans les DOM-TOM, la situation est deux fois plus dramatique qu'en métropole avec un presque doublement de ces chiffres : le record est atteint

à l'île de La Réunion, avec 7 % des hommes et 9,6 % des femmes diagnostiquées diabétiques.

Les régions les plus touchées en France sont le Nord-Pas-de-Calais (5,4 %), la Picardie (5,3 %), la Champagne-Ardenne (5 %) et l'Alsace (5 %). En Île-de-France, la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise font partie également des records nationaux en nombre de patients diabétiques avec, respectivement, 5,8 % et 5,1 %.

Le diabète n'apparaît pas par hasard. L'étude confirme les principaux facteurs de risque reconnus de la maladie. En particulier la surcharge pondérale, l'obésité, et le manque d'activité physique, des facteurs de risque pourtant modifiables. Avec 41 % des hommes et 26 % des femmes en surcharge pondérale, auxquels il faut ajouter 16 % des hommes et 18 % des femmes actuellement obèses, le diabète va continuer de progresser à grands pas.

InVS, *Synthèse épidémiologique*, novembre 2010

Doc 10 — Morbidité, incidence et prévalence

Quand on étudie la morbidité (c'est-à-dire les maladies, qu'elles entraînent la mort ou non), ce sont les effectifs des malades qu'il faut prendre en compte. Si on s'intéresse aux conditions de survenue de la maladie qu'on étudie, il est préférable de calculer des taux d'incidence, c'est-à-dire qui ne tiennent compte que des nouveaux cas survenus pendant la période observée. Si au contraire on

s'intéresse plutôt au nombre total de personnes souffrant d'une pathologie, on calculera des taux de prévalence en mettant en avant la totalité des cas existants dans la période, qu'il s'agisse de cas déjà présents avant le début de la période d'observation ou des nouveaux cas apparus pendant cette période.

Foucher, 2015

4 Citez les chiffres correspondant à l'incidence et à la prévalence du diabète. Quel constat faites-vous (doc. 9 et 10) ?

Entre 2000 et 2006, l'incidence du diabète a augmenté de 27 % pour les hommes et de 14 % pour les femmes, et plus

particulièrement pour les 64/75 ans. Les plus touchés sont les commerçants, les salariés agricoles et les artisans. La prévalence s'élevait à 3 millions, soit 3,3 % de la population (6,4 % chez les hommes et 4,5 % chez les femmes). Les régions du Nord-Est et l'Île-de-France sont les plus touchées avec en moyenne 5 % de diabétiques, tandis que les Dom-Tom enregistrent le double.

5 D'après le **doc. 10** et d'après vos connaissances, évaluez l'intérêt qu'il peut y avoir à connaître l'incidence et la prévalence d'une pathologie.

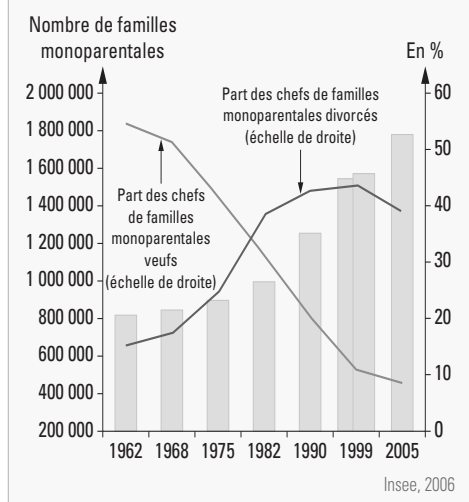
Étant donné que l'épidémiologie permet de repérer les problèmes de santé pour les solutionner, des actions de santé publique sont mises en œuvre, dont l'efficacité se vérifiera si l'incidence diminue, c'est-à-dire que la prévention mise en place aura permis de réduire les nouveaux cas et, par conséquent, de limiter l'augmentation de la prévalence (celle-ci ne diminuera pas).

Activité 3 Les indicateurs socioéconomiques

Objectif ► analyser un ensemble de données pour caractériser l'état de bien-être social.



Doc 11 Toujours plus de familles monoparentales



Doc 12 Taux de pauvreté selon l'âge et le sexe en 2011

Âge au 31 décembre	Seuil à 60 %	
	Femmes	Hommes
Moins de 18 ans	19,8	19,2
18 à 29 ans	21,0	17,7
30 à 49 ans	14,2	11,7
50 à 59 ans	11,8	11,5
60 à 74 ans	8,3	7,9
75 ans ou plus	12,5	8,5

Insee, enquête ERFS

1 Selon le **doc. 11**, comment évolue le nombre des familles monoparentales ?

Les familles monoparentales désignent des familles avec un seul parent isolé : généralement, des mères divorcées ou séparées. En 2005, il y avait environ 1 700 000 familles monoparentales, soit 52 % des familles alors qu'en 1962 on en comptait 66 000, soit 22 % des familles. Par conséquent, leur nombre a plus que doublé.

2 Comment se répartit le taux de pauvreté entre les tranches d'âge (**doc. 12**) ?

D'un point de vue général, ce sont plutôt les femmes qui souffrent de la pauvreté avec 1 500 000 individus, bien que suivies de près par les hommes avec 1 360 000 individus. Pour les femmes, ce taux concerne davantage les 18-29 ans (21 %) et les moins de 18 ans (19,8 %). Chez les hommes, il concerne les moins de 18 ans (19,2 %) et les 18-29 ans (17,7 %). Ce sont donc les plus jeunes qui sont concernés dans la population.

Doc 13 — Taux de chômage selon la catégorie socioprofessionnelle (CSP)

	Professions intellectuelles	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers qualifiés	Ouvriers non qualifiés
2012	3,7	5,4	10,3	10,9	20,4
2008	3,0	4,0	7,4	7,3	15,3
2002	4,2	5,0	8,2	6,7	13,7
1990	3,3	3,8	9,0	6,8	14,0

Insee, enquêtes Emploi (calculs Insee)

3 Comparez le taux de chômage entre les différentes CSP et son évolution (doc. 13).

Quelle que soit l'année étudiée, le taux de chômage est plus élevé pour les ouvriers non qualifiés dont le nombre connaît de surcroît une forte augmentation entre 1990 et 2012, passant de 14 à 20,4 %. Les CSP les plus touchées ensuite sont les ouvriers et employés qui voient également leur taux de chômage augmenter selon les années. Les CSP les plus épargnées sont les professions intellectuelles, avec 3,3 % en 1990 et 3,7 % en 2012 (légère augmentation).

Doc 14 — Retard scolaire : le grand écart entre milieux sociaux

20,5 % des élèves issus de milieux défavorisés (ouvriers, chômeurs) ont redoublé au moins une fois à l'arrivée en sixième, soit six fois plus que les élèves dont les parents sont très favorisés (3,6 %) [cadres, professions intermédiaires], indique une étude de l'Insee. Un tiers des élèves de nationalité étrangère (32,4 %), eux-mêmes plus souvent de milieux populaires, sont concernés contre 11,8 % des élèves de nationalité française. De la même façon, les élèves

vivant dans une zone urbaine sensible (ZUS) ont aussi plus de risque d'avoir pris du retard à l'école : 21,7 % contre 11,6 % hors ZUS. Un phénomène lié pour l'essentiel à leurs origines sociales, mais l'Insee note que la concentration de personnes défavorisées sur un territoire joue un rôle en soi : à milieu social équivalent, le fait d'être entouré d'une population de même milieu influence les résultats scolaires.

Observatoire des inégalités, 19 septembre 2014

4 Quels sont les facteurs de retard scolaire observés par l'auteur du doc. 14 ?

D'après le doc. 14, le retard scolaire des élèves (redoublement en 6^e) est le corollaire du milieu social des parents. Plus celui-ci est défavorisé (ouvriers, chômeurs), plus les risques de retard sont élevés (6 fois plus). D'autres facteurs sont l'origine et la nationalité des élèves, qui les mettent en difficulté, ainsi que la zone géographique d'habitation (ZUS). Le plus souvent, ces facteurs se cumulent.

Je construis ma synthèse

À l'aide des indicateurs vus précédemment concernant l'évolution démographique de la France, décrivez la situation française.

La natalité en France recule, mais malgré tout, le solde naturel reste positif, ce qui signifie que le nombre de naissances reste supérieur au nombre de décès. Ce phénomène s'explique par les avancées technologiques et médicales qui permettent de mieux soigner les pathologies et ainsi de faire reculer la mortalité. La France devient donc un pays vieillissant et la proportion des personnes âgées (+ de 60 ans) augmente rapidement. En effet, on prévoit pour 2060 23,6 millions de personnes de 60 ans et plus, 12 millions de 75 ans et plus, 5,4 millions pour les 85 ans et plus, sur une population de 73,6 millions d'habitants. Chacune de ces tranches d'âge aura doublé entre 2007 et 2060, voire presque triplé pour les plus âgés. Plus d'un tiers de la population (32 %) aura plus de 60 ans.

Retrouvez les principaux indicateurs sanitaires et définissez-les.

Les principaux indicateurs sont l'espérance de vie (âge moyen que peut atteindre une génération) ; la mortalité, générale ou spécifique (infantile, prématurée, évitable, par sexe, par cause...) ; la morbidité, avec incidence ou prévalence. Tous ces indicateurs recensés au cours des études épidémiologiques vont permettre de faire un bilan de santé de la population.

II Les niveaux de santé et de bien-être social des populations

Activité 4 Intérêts et relativité des indicateurs

- Objectifs
- présenter la complémentarité des indicateurs pour mesurer un phénomène ;
 - porter un regard critique sur la mesure d'un phénomène sanitaire ou social par un ou plusieurs indicateurs.



Doc 15 À quoi sert un indicateur ?

Un indicateur est une variable quantitative associée à un phénomène. Utilisé dans le cadre d'un recueil systématique de données, il permet des comparaisons valides dans le temps et constitue un outil d'évaluation et de suivi de la qualité de la prise en charge des patients et des usagers.

Les indicateurs démographiques consistent à connaître les caractéristiques d'une population et à prévoir les projets d'intérêt général (crèches, équipements sportifs, maisons de retraite, écoles...). Les indicateurs sanitaires permettent de faire des comparaisons, de mesurer les évolutions des pathologies et d'évaluer les besoins d'une population. Les indicateurs de bien-être social, quant à eux, s'intéressent à l'évolution des problèmes sociaux pour prévoir des actions et des lois.

Haute Autorité de santé, *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé – Principes généraux*, 2008

1 Dégagez, d'après le doc. 15, les objectifs des indicateurs pour les pouvoirs publics.

Les pouvoirs publics ont besoin de recueillir des données dans le domaine sanitaire et social pour anticiper et mettre en place des actions et des mesures répondant aux attentes de la population en matière de santé publique (politique de santé publique), et pour mieux orienter les choix de la politique sociale ainsi que la création d'infrastructures et d'établissements publics (aménagement du territoire).

Doc 16 Intérêts d'une approche transversale : la relativité des indicateurs

La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. Il est donc important d'élargir la notion de santé au-delà d'une vision purement « médicale », en intégrant les facteurs sociaux et environnementaux qui la conditionnent. Ce lien entre la santé des individus et divers indicateurs de leur position sociale (niveau de diplôme, revenu, conditions de travail, lieu de résidence...) explique le développement des inégalités qui se traduit notamment par :

- des disparités territoriales qui s'accroissent : ainsi, le niveau de mortalité prématurée varie beaucoup selon les régions, les villes, les quartiers. Sur la période 2001-2007, les taux standardisés de mortalité prématurée régionaux vont de 185 pour 100 000 habitants (Rhône-Alpes) à 296 pour 100 000 habitants (Nord-Pas-de-Calais) ;
- une différence d'espérance de vie entre catégories sociales : les hommes cadres supérieurs âgés de 35 ans ont 47 ans de vie devant eux, soit 6 ans de plus que les ouvriers.

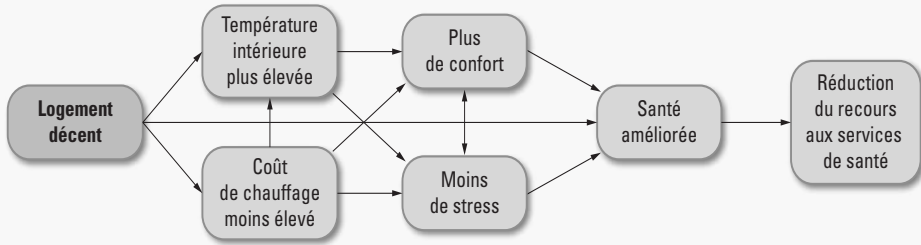
Brochure adressée aux élus locaux par l'INPES, www.inpes.sante.fr

2 Comment pouvez-vous expliquer la notion de relativité des indicateurs (doc. 16) ?

Les conditions de vie et les événements qui jalonnent l'existence ne sont pas les mêmes d'un individu à l'autre, ce qui va fortement conditionner et influencer tant l'état de santé que le bien-être social, le lieu d'habitation, le niveau d'instruction, l'accès aux soins, etc., des individus.

Doc 17 Logement et santé

Un logement décent participe à l'instauration d'un cercle vertueux qui contribue à l'amélioration de la santé de ses occupants et à la réduction des dépenses de santé.



G. Green, « Un nouveau cadre pour l'évaluation de l'impact des villes-santé européennes ». Présentation du séminaire « Évaluation des politiques et des actions locales de santé », Paris, mai 2009. toitetjoie.fr

3 Expliquez ce que les pouvoirs publics doivent faire pour appréhender la santé d'une personne dans son ensemble (doc. 16 et 17).

Pour évaluer l'état de santé d'une personne, il faut le faire dans sa globalité, c'est-à-dire considérer que les indicateurs sanitaires et sociaux relatifs à un individu sont toujours indissociables (niveau de vie, éducation, maladie, accès aux soins, conditions de travail, lieu de résidence). Sinon l'analyse est faussée et la remédiation inadaptée. L'exemple de l'impact du logement sur la santé de l'individu est très parlant : si le logement est de qualité (décent) et aux normes, le recours aux médecins sera réduit.

Activité 5 Un état de santé globalement positif mais des inégalités de santé et de bien-être social

Objectifs ➤ comparer les niveaux de bien-être et de santé de différentes populations ;

➤ repérer les contrastes et inégalités existant au sein des populations et entre elles.

30 min

Doc 18 La santé : derrière une évolution globalement positive, de profondes inégalités...

On vit de mieux en mieux en France, parce qu'on fait plus attention à soi, qu'on travaille moins longtemps, qu'on consacre davantage d'argent à se soigner et que la collectivité se mobilise pour prévenir les risques.

L'état de santé des Français apparaît globalement bon, mais la mortalité prématurée, c'est-à-dire survenant avant l'âge de 65 ans, reste en France l'une des plus élevées de l'Union européenne. En outre, des disparités sensibles perdurent tant entre hommes et femmes qu'entre territoires ou entre catégories sociales et dans certains groupes de population. Ainsi, chez les hommes,

l'espérance de vie à 35 ans des cadres est de 6,3 ans plus élevée que celle des ouvriers. Le différentiel est de 3 ans chez les femmes mais l'espérance de vie des femmes ouvrières reste supérieure à l'espérance de vie des hommes cadres. Ces différences témoignent des effets combinés de comportements de santé (que ce soit en termes de comportements individuels, de mode de recours ou d'accès au système de soins), de niveau d'exposition à des risques environnementaux et de conditions de travail différenciées entre groupes sociaux.

Synthèse *L'État de santé de la population en France*, Drees, 2011

1 Relevez les points positifs et les points négatifs du bilan de santé de la population française (doc. 18).

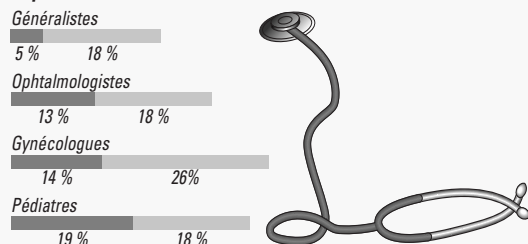
Les Français vivent de plus en plus longtemps grâce à l'attention accrue qu'ils portent à leur santé, et la mortalité recule. Cependant, une mortalité prématurée très élevée est à déplorer et on constate l'existence de fortes inégalités relatives :

- au sexe (les femmes vivent plus longtemps) ;
- à la catégorie socioprofessionnelle (écarts d'espérance de vie entre ouvriers et cadres) ;
- à la situation géographique.

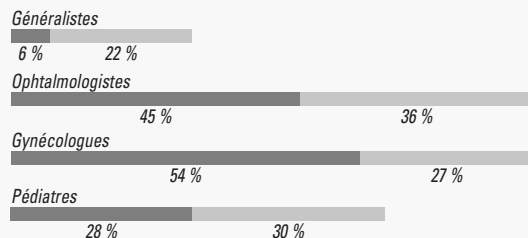
Doc 19 La fracture sanitaire

Pourcentage de la population touchée par un...

... problème d'accès à tous les médecins¹



... problème d'accès aux médecins au tarif Sécurité sociale



Désert médical

Densité médicale au moins 60 % au-dessous de la moyenne nationale

Accès difficile

Densité médicale entre 30 et 60 % au-dessous de la moyenne nationale

1. Médecins au tarif Sécurité sociale et autres médecins.

UFC-Que choisir

Doc 20 Lutter contre les déserts médicaux

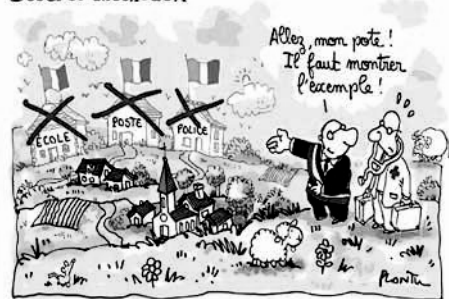
L'accès de tous les Français à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire national est une **priorité absolue** pour le gouvernement. Deux millions de Français sont touchés par la désertification médicale et les inégalités entre les territoires ne cessent d'augmenter.

Foucher, 2015

Densité médicale : nombre de professionnels de santé par km².

LE REGARD DE PLANTU

Déserts médicaux



2 D'après les doc. 19 et 20, indiquez quelles sont les conséquences des inégalités sociales de santé.

Les inégalités sociales de santé conduisent à une inégalité d'accès aux soins, certains individus ne pouvant pas bénéficier des soins les plus coûteux comme les soins dentaires ou spécialisés (ophtalmologie, gynécologie...). Ce constat est plus visible en ce qui concerne le recours aux médecins non conventionnés ; en outre, dans certaines zones géographiques, l'absence de personnel médical engendre une morbidité et une mortalité plus élevées.

Je construis ma synthèse

Après avoir rappelé la définition de la santé, déterminez ce qu'il est nécessaire de faire pour évaluer celle-ci.

La santé se définit selon trois paramètres : physique, mental et social. Ceux-ci doivent être réunis pour qualifier et évaluer l'état de santé d'une population. Par conséquent, les indicateurs sanitaires (santé physique et mentale) et les indicateurs socioéconomiques s'imbriquent et s'influencent mutuellement. C'est pourquoi il est important de les connaître pour faire un bilan épidémiologique.

Quel constat peut-on faire de l'état de santé global des Français ?

Les Français ont un état de santé plutôt satisfaisant (espérance de vie croissante, mortalité générale en recul), mais la France présente un paradoxe : celui d'avoir le taux de mortalité prématurée le plus élevé en Europe et de fortes inégalités sociales de santé préoccupantes.

Le jour du bac

Les nouvelles données du cancer

Le nombre de nouveaux cas de cancers en France est estimé en 2010 à environ 357 500 (203 000 chez l'homme et 154 500 chez la femme).

Chez l'homme, le cancer de la prostate reste de loin le plus fréquent avec environ 71 500 nouveaux cas estimés en 2010, suivi par le cancer du poumon (27 000 cas) et colorectal (21 000 cas).

Chez la femme, les trois cancers les plus fréquents sont le cancer du sein (52 500 cas), colorectal (19 000 cas) et du poumon (10 000 cas).

Chez l'homme, les cinq régions ayant les taux d'incidence les plus forts sont le Nord-Pas-de-Calais (489,6 pour 100 000), la Bretagne (437,9), la Haute-Normandie (431,7), la Picardie (429,9) et la Champagne-Ardenne (420,7). À l'opposé, les régions Rhône-Alpes (338,8) et Midi-Pyrénées (308,4) ont les taux les plus faibles.

Chez la femme, les régions les plus touchées par le cancer sont également le Nord-Pas-de-Calais (304,3 pour 100 000), la Picardie (264,4), la Haute-Normandie (277,4), l'Île-de-France (260,3) et la Lorraine (259,2). Comme pour l'homme, les deux régions présentant les taux d'incidence les plus faibles sont les régions Rhône-Alpes et Midi-Pyrénées (respectivement 230,0 et 228,7). [...]

Selon les données nationales de mortalité, deux groupes de pathologies, les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire, ont représenté 57 % des décès survenus au cours de la période 2003-2007. Chez l'homme, les cancers prédominent nettement, soit 33 % de l'ensemble des décès par an, devant les maladies de l'appareil circulatoire (26 % des décès masculins). Chez la femme, ce sont les maladies de l'appareil circulatoire qui prédominent (31 % des décès féminins) devant les cancers (23 % des décès par an).

En revanche, le cancer est la première cause de décès prématuré aussi bien chez l'homme que chez la femme et représente respectivement 37 % des décès masculins et 46 % des décès féminins observés en 2003-2007. [...]

L'évolution des cancers en France au cours des dernières années est marquée par des divergences : le taux d'incidence tous cancers confondus a augmenté chez l'homme comme chez la femme entre 1995 et 2005 (respectivement + 14 % et + 17 %), alors que le taux de mortalité a diminué.

« Les nouvelles données du cancer », *La Situation du cancer en France en 2010*, Inca, novembre 2010

Session juin 2012, Antilles

→ Montrer à l'aide des indicateurs que le cancer est une priorité de santé publique en France, qui justifie la mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013 décidé par le ministre de la Santé.

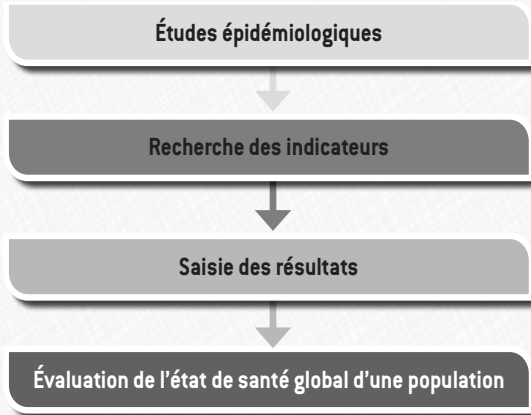
Synthèse

ATT

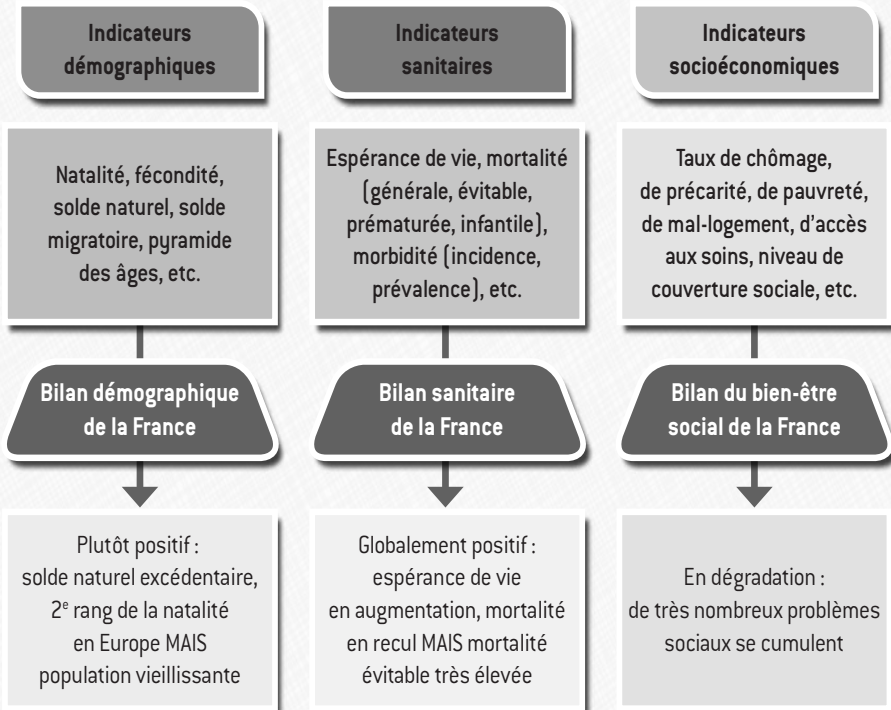
3

La mesure de l'état de santé et de bien-être social de la population

L'intérêt des indicateurs



La mesure de l'état de santé et de bien-être social en France



La démarche d'étude à caractère sanitaire et/ou social

ATM

3

Pour faire le lien avec l'ATT

Les études épidémiologiques descriptives sont réalisées pour repérer les problèmes de santé, leurs indicateurs, de manière à connaître leur importance et leur fréquence. Toute démarche d'étude doit respecter une méthodologie qui se déroule par étapes. Ces enquêtes peuvent également utiliser plusieurs techniques de recueil de données.

Passerelle AI

Pour votre propre enquête, plusieurs outils de recueil de données seront nécessaires et complémentaires : la recherche documentaire, l'entretien avec les professionnels, le questionnaire auprès des patients/usagers, et/ou la grille d'observation.

Activité 6 La démarche d'étude

Objectif • présenter les étapes d'une démarche d'étude. 

Les différentes étapes de la démarche d'étude

Doc. 21



Enquête « Baromètre santé alcool »

<http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/sources-statistiques/barometre-sante-alcool/>

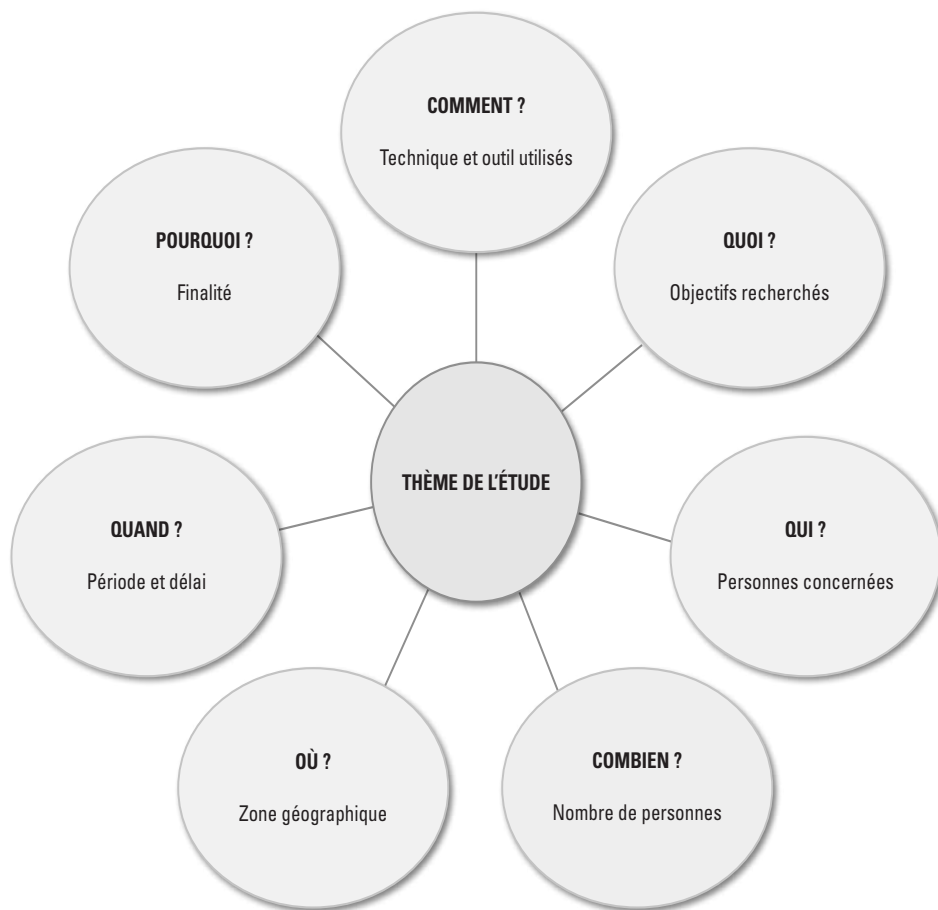
1 Prenez connaissance de l'enquête « Baromètre santé alcool » (doc. 21) et complétez le tableau suivant.

Étape 1	Éléments à l'origine de l'étude	Repérer les événements, les faits, les problèmes qui sont à l'origine de la commande	<ul style="list-style-type: none"> – Étudier les principaux comportements – Suivre les évolutions des comportements de santé – Examiner l'impact des politiques de prévention (mesure législative, campagne de prévention, programme d'éducation)
Étape 2	Commanditaire et commandité de l'étude	Qui passe la commande ? Qui la réalise ?	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ; enquêteurs professionnels par téléphone
Étape 3	Public étudié	Catégorie ou groupe de personnes cibles ?	Population générale âgée de 12 ans à 75 ans (1992 à 2005) et de 15 ans à 85 ans en 2010 (27 658 individus)
Étape 4	Moment de réalisation de l'étude	Période à laquelle l'étude a eu lieu, ainsi que sa durée	4 mois (1992 à 2005) et 8 mois, en 2010

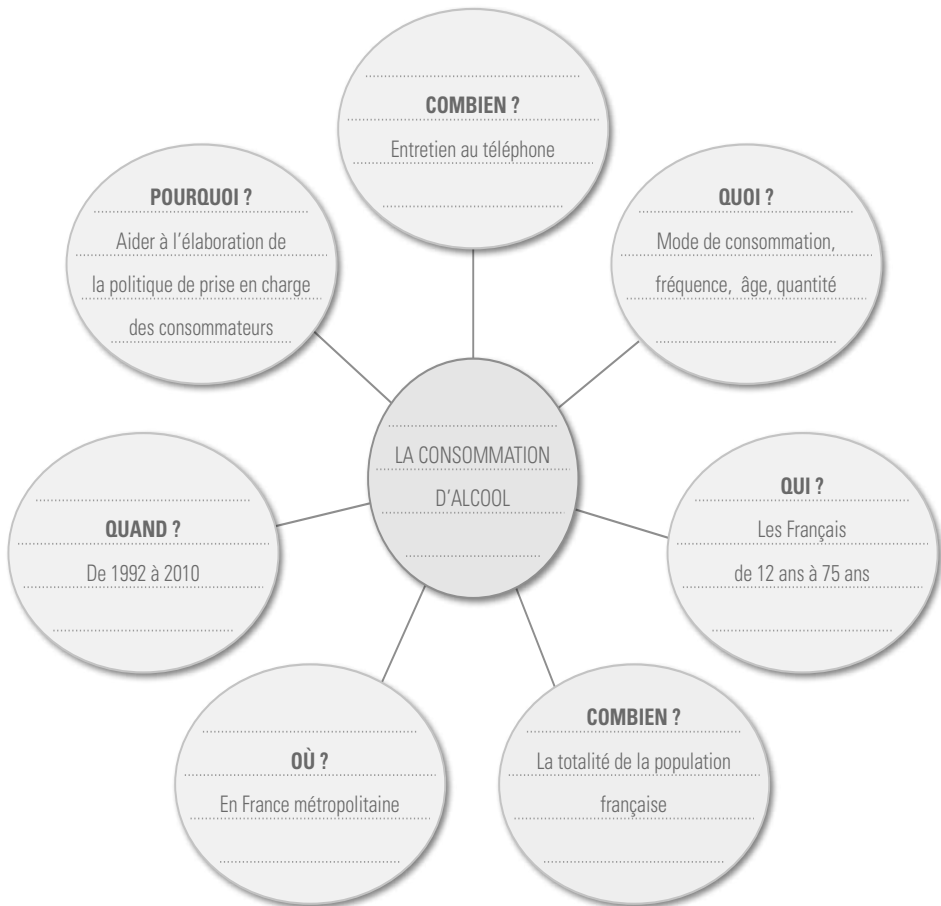
Étape 5	Lieu de réalisation de l'étude	Champ géographique de l'étude (territoire, ville, pays)	France métropolitaine
Étape 6	Objectif de l'étude	Quel est le but à atteindre ?	Connaître le nombre de consommateurs, leurs caractéristiques, la quantité et le type de boisson consommée
Étape 7	Hypothèses de départ	Réponses possibles envisagées par les enquêteurs (à partir de leurs connaissances)	La consommation excessive d'alcool est un phénomène qui prend de l'ampleur, notamment chez les jeunes, et ce de plus en plus précocement, et de manière excessive. Quelles sont les pratiques adoptées ?

Méthode de questionnement : afin de délimiter le thème de votre étude

La méthode de questionnement la plus couramment utilisée est le CQQCQCP (moyen mnémotechnique pour mémoriser la méthode).



2 À partir de l'enquête vue précédemment, complétez le schéma suivant.



3 Rappelez ce que vont permettre les données recueillies au cours de l'enquête « Baromètre santé alcool ».

Toutes les informations recueillies par les enquêteurs vont aider à comprendre le phénomène de l'alcoolisme en France et permettre de proposer des actions de prévention et d'éducation plus efficaces mais aussi d'améliorer la prise en charge.

Activité 7 La construction de l'objet d'étude

- Objectifs**
- identifier l'objet d'étude et le mettre en relation avec la demande ou le besoin ;
 - expliquer l'intérêt de l'objet d'étude pour la connaissance de l'état de santé ou de bien-être d'une population.



Passerelle AI

La construction de l'objet d'étude correspond à la première étape de la démarche d'étude que vous réaliserez. Il s'agit à ce stade de repérer et d'identifier l'objet de votre étude.

22 Les habitudes alimentaires des jeunes

L'obésité préoccupe en France, comme beaucoup d'autres pays, tente de remédier à ce problème grâce à divers moyens. Selon la population cible, les messages de prévention sont différents. Le PNNS (plan national nutrition santé) l'a bien compris et propose des guides adaptés à l'âge (enfants, adolescents, seniors) ou à la situation de chacun (grossesse), tout en conservant l'objectif commun de mieux se nourrir.

L'enquête de Doing Good Doing Well, organisation qui s'est donné pour mission d'accompagner les entreprises dans leur projet social et environnemental, a le mérite de s'être intéressée aux 15-25 ans, une tranche d'âge qui correspond à la fin de l'adolescence et au début de la vie d'adulte avec toutes les conséquences qui en découlent (début de la vie active, prise d'indépendance...). L'enquête menée par l'institut Ipsos a interrogé 1 000 participants (par Internet), avec pour objectif de dresser un état des lieux des habitudes alimentaires de ces adolescents et jeunes adultes français.

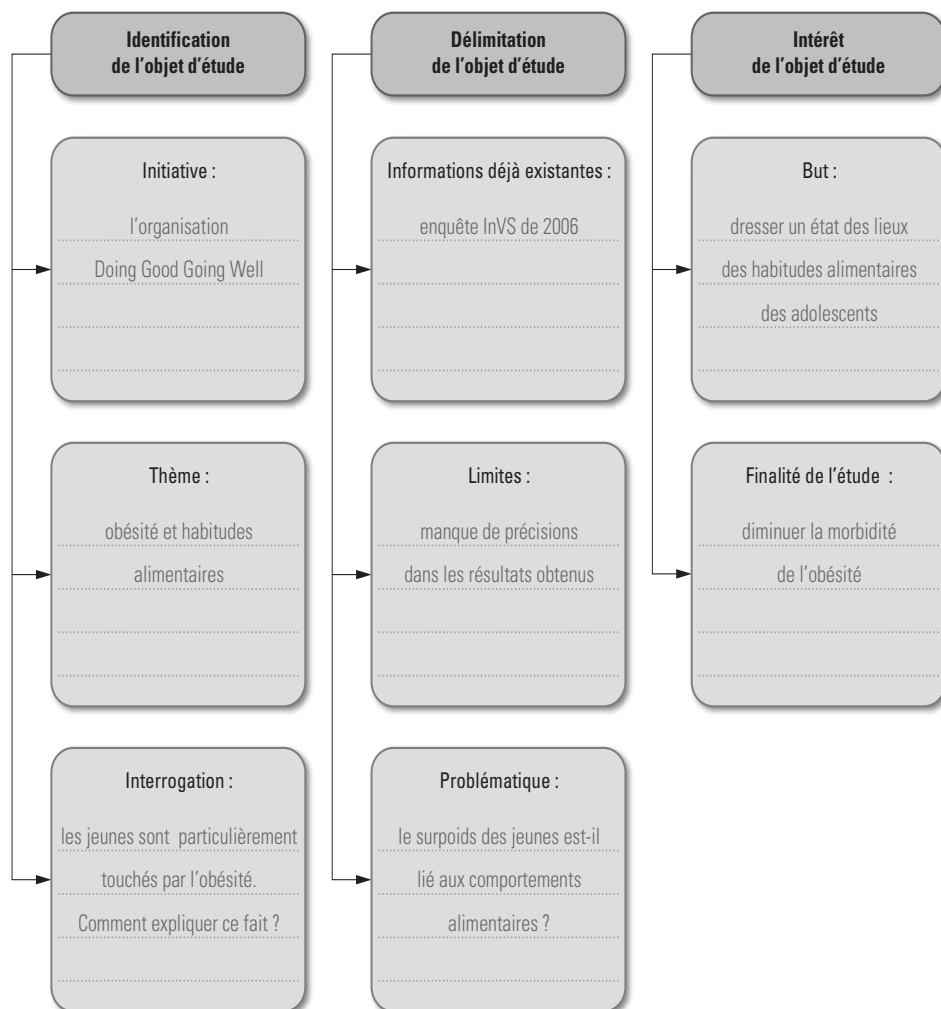
À première vue, les résultats de l'enquête offrent un tableau plutôt sombre, révélant que 19 % des 15-25 ans seraient en surpoids ou obèses tandis que 13 %, au contraire, seraient trop maigres. Cette population semble par ailleurs cumuler les facteurs de risque de surpoids ou d'obésité, comme téléphoner ou regarder la télé en mangeant, sauter des repas, manger seul, ne pas manger à heure fixe ou grignoter. Au final, l'enquête est une longue suite de points noirs qui, énumérés à l'état brut, ne peuvent qu'être alarmants.

L'interprétation de cette enquête doit donc s'accompagner d'une certaine prudence, d'autant plus que les résultats manquent souvent de précision. Une analyse plus approfondie des données est souhaitable avant de tirer des conclusions hâtives sur la relation entre surpoids et habitudes alimentaires, comme exprimé dans le titre de l'enquête. Ainsi, si le taux de 19 % de jeunes adultes en surpoids ou obèses concorde effectivement avec les données de l'INVS (Institut de veille sanitaire) selon lesquelles, en 2006, 18 % des enfants âgés de 3 à 17 ans étaient en surpoids, cette cohérence suggère surtout que les problèmes de poids semblent acquis dès l'enfance. L'enquête de Doing Good Doing Well démontre plus une continuité des problèmes de poids au fil des années qu'un véritable impact des habitudes alimentaires sur la prise de poids.



Enquête auprès de la population jeune :
des habitudes de vie qui exposent au surpoids et à l'obésité,
Ipsos et Logica Business Consulting, septembre 2012

Complétez le schéma suivant à l'aide du doc. 22.



Synthèse

ATM

3

La démarche d'étude à caractère sanitaire et/ou social

Les différentes étapes de la démarche d'étude



La construction de l'objet d'étude

Identification de l'objet d'étude avec le CQCOQP	Initiative : qui est le commanditaire de l'étude ?	Thème : qu'est-ce qui est étudié (le sujet traité) ?	Interrogation : quelles sont les questions de départ ?
Délimitation de l'objet d'étude	Informations existantes : y a-t-il sur le thème des études antérieures dont on peut s'inspirer ?	Limites : quelles sont les contraintes qui s'imposent dans le temps, dans l'espace ?	Problématique : quelle est la question centrale à laquelle il faut répondre ?
Intérêt de l'étude	But : quel est l'éclairage souhaité ?		Finalité : les résultats obtenus par l'étude vont permettre de dresser un bilan et de proposer une solution au problème

ATT 3

La mesure de l'état de santé et de bien-être social de la population

INTENTIONS PÉDAGOGIQUES

Après avoir vu dans les chapitres précédents les notions de base que sont la santé publique et le bien-être social, il convient dorénavant de s'intéresser à la manière dont elles sont évaluées et dans quels buts elles le sont.

En effet, les pouvoirs publics ont besoin de quantifier les problèmes de santé publique et les problèmes sociaux pour leur apporter les solutions les plus appropriées.

Il est nécessaire de faire des études par le biais de structures spécialisées pour recueillir les données les plus fiables, complètes et actualisées :

- les données démographiques → Institut national des études démographiques, Institut national des statistiques et des études économiques ;
- les données sanitaires → Institut national de veille sanitaire, Insee, Institut national des statistiques et des études en recherche médicale, agences régionales de santé, etc. ;
- les données sociologiques → Observatoire national de la pauvreté, Insee, etc.

Il faut être attentif à bien faire la distinction entre les trois catégories d'indicateurs car dans l'esprit des élèves, il y a souvent confusion entre les indicateurs démographiques et les indicateurs sanitaires. La diversité des indicateurs est assez complexe à gérer d'autant plus que ceux-ci interagissent entre eux.

Le choix des supports utilisés, principalement des graphiques et des tableaux, est dicté par la nécessité de mettre en évidence l'évolution d'un phénomène sanitaire ou social selon les critères choisis (évolution dans le temps, répartition par tranches d'âge, par sexe...) car il s'agit de rendre compte de l'importance d'un problème repéré.

Lorsqu'il s'agit de présenter des indicateurs et d'essayer de comprendre les facteurs de leur évolution, l'utilisation de textes est plus indiquée.

LE « JOUR DU BAC » : ÉLÉMENTS DE CORRIGÉ

Montrer à l'aide des indicateurs que le cancer est une priorité de santé publique en France, qui justifie la mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013 décidé par le ministre de la Santé.

Les indicateurs sont des données statistiques permettant d'évaluer l'état de santé d'une population sur une période donnée pour faire des comparaisons.

Il s'agit ici des indicateurs sanitaires puisqu'ils concernent une pathologie qu'est le cancer et permettent ainsi de connaître le nombre de personnes malades et le nombre de personnes décédées.

Le cancer est la pathologie qui affecte le plus de personnes en France pour de multiples raisons.

- L'incidence était de 357 500 en 2010, soit 203 000 pour les femmes et 154 500 pour les hommes.
- On constate une morbidité spécifique (incidence) par localisation : 52 500 cas de cancer du sein, 19 000 cancers colorectaux et 10 000 cancers du poumon pour les femmes.

On constate une incidence spécifique par zones géographiques et par sexe :

- pour les hommes, les régions les plus touchées sont : le Nord-Pas-de-Calais avec 489,6 pour 100 000, la Bretagne avec 437,9, la Haute-Normandie avec 431,7, la Picardie avec 429,9, la Champagne-Ardenne avec 420,7.
- pour les femmes, les régions les plus touchées sont : le Nord-Pas-de-Calais avec 304,3 pour 100 000, la Picardie avec 264,4, la Haute-Normandie avec 277,4, l'Île-de-France avec 260,3, la Lorraine avec 259,2.

Les régions les moins touchées pour les 2 sexes sont : le Rhône-Alpes avec 338,8 pour les hommes et 230 pour les femmes, mais aussi la région du Midi-Pyrénées (308,4 pour les hommes et 228,7 pour les femmes).

- En ce qui concerne la mortalité : le cancer est la 1^{re} cause de mortalité pour les hommes, il concentre 33 % des décès. En revanche, pour les femmes, il représente la 2^e cause de décès avec 23 % (la 1^{re} étant les maladies de l'appareil circulatoire : 31 %).

- Le cancer était la 1^{re} cause de mortalité prématurée chez les 2 sexes : 37 % pour les hommes et 46 % pour les femmes des causes de décès prématuré entre 2003 et 2007.

L'incidence du cancer dans la population croît régulièrement : par exemple, entre 1995 et 2005, elle a augmenté de +14 % chez les hommes et de + 17 % chez les femmes. Cependant, la mortalité diminue grâce aux dépistages et aux progrès médicaux.

La situation épidémiologique du cancer est préoccupante et l'État (ministère de la Santé), qui est garant de la santé publique, est intervenu en décidant et mettant en place le Plan cancer pour réduire la morbidité et mortalité du cancer.

SYNTHÈSE RÉDIGÉE

I. La diversité des indicateurs

Il existe une grande variété d'indicateurs utilisés pour connaître l'état sanitaire et social du pays. Ils sont des données statistiques permettant d'évaluer une situation et de faire des comparaisons ; ils s'expriment la plupart du temps en valeur relative (taux exprimés en pourcentage ou pour mille individus) pour faciliter la lecture et les comparaisons.

Activité 1. Les indicateurs démographiques

Les indicateurs démographiques sont relevés lors du recensement, qui est une photographie de la population réalisée chaque année par le biais de sondages faits par téléphone ou en entretiens directs auprès de la population.

La France compte en 2015 plus de 66 millions d'habitants. Jusqu'en 1950, la croissance démographique était lente puis elle s'est accélérée et c'est le 2^e pays le plus peuplé en Europe après l'Allemagne (82 millions).

- **Le solde naturel** : c'est la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès enregistrés pour l'année étudiée. Lorsque le solde est positif comme c'est le cas en France, on dit qu'il y a accroissement naturel.

- **Le solde migratoire** : c'est le solde entre le nombre de personnes immigrées et le nombre de personnes émigrées ; il était d'environ 50 000 tous les ans et de toutes nationalités.

La France a connu plusieurs vagues d'immigration depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale :

- les Italiens, Espagnols et Portugais pour reconstruire le pays ;
- les Maghrébins pour travailler dans les usines ;
- les Africains issus d'autres pays ;
- les Asiatiques, notamment les Chinois ;
- les nouveaux arrivés dans la CEE (Roumains, Polonais, Estoniens...).

La politique d'immigration s'est fortement durcie puisqu'aujourd'hui, on parle d'immigration choisie, c'est-à-dire que la France n'accueille que les personnes susceptibles d'être utiles à la nation.

• **La pyramide des âges** : elle traduit les effectifs de chaque classe d'âge selon le sexe et l'année de naissance. La répartition par groupe d'âge permet de voir qu'en France, la population des moins de 25 ans diminue progressivement, alors que celle des plus de 65 ans augmente. La France est un pays vieillissant, comme tous les autres pays européens (= Vieux Continent) et les populations ne se renouvellent pas assez ni assez vite.

On assiste depuis 10 ans à la transformation du babyboom de l'après-guerre en papyboom ; le 4^e âge est particulièrement marqué.

• **La natalité** : elle correspond à l'ensemble des naissances dans une population pour une année donnée.

Le taux natalité est le nombre de naissances vivantes pour 1 000 habitants sur une période donnée. Celui-ci est en hausse depuis 2000, avec des périodes de sursaut comme en 2006 et 2008 avec près de 850 000 naissances par an. Les femmes en âge de procréer sont moins nombreuses mais elles font plus d'enfants qu'autrefois, plaçant la France au 2^e rang en Europe pour la natalité.

• **Le taux de fécondité** : c'est le nombre moyen d'enfants par femme en âge de procréer (entre 14 et 49 ans). Actuellement, il est de 2,1. Ce chiffre est insuffisant pour assurer le renouvellement des générations, il faudrait que chaque femme fasse 3 enfants (politique nataliste avec les allocations familiales). L'âge moyen des femmes primipares est de 27 ans (il a baissé car il était de 29 ans en 2000).

• **Le taux de nuptialité** : il s'agit du nombre de mariages célébrés officiellement sur une période donnée. Ce taux tend à diminuer, en raison des changements de mentalités, de l'augmentation des unions libres (crainte des formalités administratives), qui ont pour résultats davantage de naissances d'enfants naturels que d'enfants légitimes.

• **Le taux de divorcialité** : il y a en moyenne 1 divorce sur 3 mariages ; les procédures de divorce ont été simplifiées.

Activité 2. Les indicateurs sanitaires

• **L'espérance de vie à la naissance** : représente la durée de vie moyenne (âge moyen que peut espérer atteindre une génération si elle reste soumise aux conditions de mortalité de l'année étudiée). Elle est en constante augmentation, on vit de plus en plus longtemps grâce à un certain nombre de facteurs comme les progrès médicaux, progrès technologiques, développement de la prévention, généralisation de la protection sociale, meilleure prise en charge par le système de soins.

En 2015, l'espérance de vie des femmes est de 85 ans contre 78 ans pour les hommes. Cet écart de 6 à 8 ans entre les 2 sexes, quelle que soit l'année étudiée, est dû au fait que les femmes ont un meilleur système immunitaire, sont plus attentives à leur santé et occupent des postes de travail moins pénibles et moins dangereux que les hommes.

À l'heure actuelle, il convient de s'intéresser à l'Evsi (espérance de vie sans incapacité), en raison d'une plus grande longévité et de la proportion de personnes âgées qui croît régulièrement. Souvent, ces personnes sont en situation de perte d'autonomie voire de dépendance. L'Evsi permet d'anticiper sur les besoins en structures d'accueil pour personnes âgées mais également sur le personnel qualifié et la prise en charge médicale et financière.

• **La mortalité** : c'est l'ensemble des décès dans une population pour une période donnée.

- Mortalité générale : ensemble des décès, en France ; elle recule et représente 4‰.

- Mortalité spécifique : spécifique à l'un des facteurs suivants : le sexe, l'âge, une pathologie, une région, une catégorie socioprofessionnelle, une période.

- Mortalité infantile : concerne la mortalité des enfants de moins d'un an.
- Mortalité prématurée : ensemble des décès survenus avant l'âge de 65 ans.
- Mortalité évitable : ensemble des décès dont les causes sont liées au comportement de l'individu essentiellement et qui auraient pu être évités. En France, la mortalité évitable représente 40 % de la mortalité générale et c'est d'ailleurs les hommes qui ont une surmortalité prématurée en raison de leurs comportements à risque (alcoolisme, accidents de la route, suicides, toxicomanies...).

La 1^{re} cause de mortalité en France est le cancer (tumeurs), suivi des MCV (maladies cardiovasculaires), des maladies de l'appareil circulatoire et des morts violentes (suicides, accidents).

• **La morbidité** : c'est le nombre de personnes malades ou le nombre de cas d'une pathologie dans une population donnée sur une période donnée. Elle se divise en 2 autres indicateurs :

- la prévalence : nombre total de cas d'une pathologie donnée dans une population donnée sur une période donnée ;
- l'incidence : nombre de nouveaux cas d'une pathologie donnée pour une période donnée pour une population donnée.

En France, les maladies ostéo-articulaires prennent de l'ampleur en raison des conditions de travail, les problèmes dentaires en raison du coût des soins et les troubles psychiques causés par les difficultés rencontrées au quotidien.

Activité 3. Les indicateurs socioéconomiques

Les indicateurs socioéconomiques permettent d'évaluer la situation économique d'un pays. En voici quelques exemples.

- Le PIB (produit intérieur brut) : c'est la valeur de tous les biens et services produits dans un pays pour une année.
- Le taux de chômage : il permet d'évaluer le nombre de personnes privées d'emploi sur la population active déclarée.
- Le niveau de rémunération : il peut être très différent selon les catégories socioprofessionnelles et témoigne des inégalités sociales.
- **Les indicateurs sociaux**, quant à eux, permettent d'évaluer le niveau de bien-être social. On peut citer les exemples suivants.
- Le taux de familles monoparentales : cette frange de la population est très souvent victime de la précarité.
- Le niveau scolaire ou niveau d'éducation.
- Le seuil de pauvreté est très révélateur du bien-être des populations.
- L'IDH (indicateur de développement humain) est un indicateur socioéconomique. Il est calculé par pays à partir de la richesse nationale, du taux d'alphabétisation et de l'espérance de vie. Il donne une idée plutôt fiable de la situation sociale d'un pays.

II. Les niveaux de santé et de bien-être social des populations

Activité 4. Intérêts et relativité des indicateurs

Les indicateurs sont recherchés au cours d'études épidémiologiques, démographiques ou sociologiques par des organismes et structures spécialisés et diligentés par les pouvoirs publics. Ces données vont permettre aux pouvoirs publics ainsi qu'aux acteurs du domaine médico-social d'orienter leur choix en matière de politique familiale, de santé publique, d'aménagement du territoire et de mieux cibler les populations concernées par certains problèmes.

Il s'agit d'un outil d'aide à la décision, dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné.

Les indicateurs permettent de décrire une situation puis de l'expliquer, afin de prévoir des aménagements.

Cependant, ils sont parfois relatifs, car certains chiffres peuvent être sous-estimés en raison du domaine qu'ils abordent.

Très souvent, ils interagissent entre eux : par exemple, le niveau de revenu va conditionner le type de logement, le niveau de protection sociale, l'accès aux soins, la morbidité etc. Ce phénomène d'interaction rend les études plus difficiles et les prises de décisions plus complexes.

Activité 5. Un état de santé globalement positif mais des inégalités de santé et de bien-être social

L'espérance de vie à la naissance continue de progresser ; les femmes vivent le plus longtemps (85 ans) que les hommes (78,2 ans). L'espérance de vie à 65 ans est aussi plus élevée, tant pour les femmes (22,8 ans) que pour les hommes (18,6 ans).

Mais il y a un revers de la longévité : les femmes vivent plus longtemps avec des incapacités, dans un contexte d'isolement social plus marqué, ce qui souligne l'importance des prises en charge sanitaires et sociales des maladies chroniques.

Pour les hommes, le décalage observé entre les résultats très favorables de l'espérance de vie après 65 ans et ceux moins bons de l'espérance de vie à la naissance s'explique en partie par le poids des décès prématurés. Ce constat souligne aussi la nécessité de renforcer les politiques publiques de prévention et de promotion de la santé.

Par catégorie sociale, les écarts d'espérance de vie à 35 ans sont également très marqués.

Ils témoignent des effets combinés de comportements de santé, de niveaux d'exposition à des risques environnementaux et de conditions de travail différenciées entre groupes sociaux. Ces données montrent l'intérêt d'une approche démographique et sociale dans l'analyse de l'état de santé de la population.

Les inégalités sociales de mortalité sont importantes. L'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers est de 6,3 ans pour les hommes et de 3 ans pour les femmes. En outre, plus l'espérance de vie est courte, plus elle est grevée d'incapacités fonctionnelles.

Enfin, l'apparition des pathologies est le corollaire des catégories socioprofessionnelles.

La diversité des déterminants

ATT

4

Activité de découverte

Objectif • comprendre qu'un état de santé et de bien-être est le résultat d'un ensemble de facteurs.



Doc 1 — L'espérance de vie dans le monde



PAULINE

Elle habite dans les Hautes-Alpes. Son espérance de vie moyenne, la plus élevée en France, est de...

84,1 ans



PAUL

Il sera ouvrier. Son espérance de vie moyenne, la plus faible sur le territoire métropolitain, est de...

74 ans



JUSTINE

Elle habite dans le Nord ou le Pas-de-Calais. Son espérance de vie moyenne, la plus faible sur le territoire métropolitain, est de...

81 ans



GILLES

Il sera cadre supérieur. Son espérance de vie moyenne est de...

81 ans



KASONDE

Elle habite en Zambie. Son espérance de vie, la plus faible du monde, est de...

32,1 ans



FUMIKO

Elle est japonaise. Son espérance de vie moyenne est de...

85,1 ans

Foucher, 2015

1 Indiquez l'enfant qui possède la plus grande espérance de vie ainsi que celui qui possède la plus courte espérance de vie. Calculez l'écart entre les deux.

Fumiko, l'enfant japonais, a la plus longue espérance de vie avec 85,1 ans en moyenne. Kasonde, qui vit en Zambie possède la plus courte espérance de vie car elle ne peut espérer vivre que jusqu'à 32,1 ans en moyenne. La différence est de 53 années.

2 Le pays dans lequel vit l'enfant explique pour beaucoup cette grande différence d'espérance de vie. Proposez d'autres raisons qui pourraient expliquer une différence d'espérance de vie entre deux enfants qui vivraient dans le même pays.

La manière de s'alimenter peut également engendrer une différence. On peut aussi citer les maladies héréditaires, les conditions de travail qu'ils auront à l'âge adulte, leur niveau de revenus, leur consommation de tabac, etc.

I La notion de déterminant

Activité 1 Ce qui détermine notre état de santé et de bien-être social

Objectif ► présenter la notion de déterminant. 

Doc 2 Définition de « déterminer »

Le verbe « déterminer » a plusieurs sens. Celui qui permet de comprendre la notion de déterminant de santé et de bien-être social est expliqué ainsi par les différents dictionnaires :

- « Être la cause directe d'un événement, le provoquer. »
- « Élément à l'origine d'une situation. »
- « Influencer quelque chose, le faire aller dans tel ou tel sens. »
- « Influer sur un phénomène. »
- « Occasionner, causer, produire des effets. »

Foucher, 2015

1 Utilisez les définitions du verbe « déterminer » pour expliquer ce que sont des déterminants de santé et de bien-être social (doc. 1).

Les déterminants de santé et de bien-être social sont

des éléments qui influencent notre santé et notre

bien-être social. Ce sont des éléments qui ont des

effets sur la santé et le bien-être social d'un individu.

Doc 3 La lutte contre le tabagisme : une urgence planétaire

Le tabagisme fait plus de 5 millions de victimes par an dans le monde. Ainsi, toutes les 6 secondes, une personne meurt du tabac. Ce produit, consommé dans tous les pays, est le seul produit qui tue prématurément un de ses consommateurs sur deux. Pourtant, il reste la première cause de décès évitable. Le tabac tue chaque année en France plus de 73 000 personnes, soit autant que l'alcool, les accidents de la route, le sida, les suicides, les homicides et les drogues illicites, réunis.

Des mesures efficaces pour enrayer cette épidémie existent. Elles consistent à améliorer la santé des populations en éliminant ou en réduisant leur consommation de

produits du tabac et leur exposition à la fumée du tabac. Ces mesures sont réunies dans un traité international : la Convention-cadre pour la lutte anti-tabac (CCLAT) de l'OMS. Le CNCT (Comité national contre le tabagisme), à l'échelle de la France, s'emploie à faire adopter et mettre en œuvre ces dispositions. Elles visent notamment à :

- [empêcher] les jeunes de commencer à fumer et de devenir dépendants [du tabac] ;
- aider les fumeurs à arrêter ;
- protéger les non-fumeurs et les fumeurs contre les risques liés [...] au tabagisme passif [...].

www.cnct.fr

Doc 4 Les risques du tabagisme

Les risques que courent les fumeurs de voir se détériorer leur santé, leur qualité de vie et leur bien-être ont été démontrés depuis longtemps. [...]. Les maladies liées au tabagisme sont très nombreuses : un cancer sur trois est dû au tabagisme. Le plus connu est le cancer du poumon, dont 90 % des cas sont liés au tabagisme actif et 5 % au tabagisme passif (dans le cas d'une exposition régulière à la fumée d'une autre personne). Mais d'autres cancers sont également causés par le tabac : gorge, bouche, lèvres, pancréas, reins, vessie. Le cancer de l'œsophage est plus fréquent en cas d'association du tabac et de l'alcool. Certaines études trouvent aussi un lien entre tabac et cancer de l'utérus.

Le tabagisme actif peut également être à l'origine de maladies cardio-vasculaires : fumer est un des principaux facteurs de risque d'infarctus du myocarde. Les accidents

vasculaires cérébraux, l'artérite des membres inférieurs, les anévrismes, l'hypertension artérielle sont également liés, en partie, à la fumée du tabac. La bronchite chronique est essentiellement due au tabagisme. Cette maladie évolue vers l'insuffisance respiratoire si l'usage du tabac n'est pas stoppé. D'autres pathologies ont un lien ou sont aggravées par le tabagisme : les gastrites, les ulcères gastro-duodénaux, le diabète de type 2, l'hypercholestérolémie [...].

Fumer durant la grossesse comporte de multiples risques pour la grossesse elle-même et pour le développement du fœtus. Le risque le plus connu est un développement insuffisant du fœtus, principalement causé par le passage de monoxyde de carbone dans son sang, où il prend la place de l'oxygène. Pour le bébé, il en résulte une prise poids insuffisante qui peut être problématique en cas de naissance prématurée.

www.tabac-info-service.fr

2 Présentez les conséquences de la consommation de tabac sur la santé (doc. 3 et 4).

Le tabac est à l'origine de 73 000 décès par an. La consommation de tabac est la première cause de mortalité évitable. Elle constitue aussi un facteur étiologique dans plusieurs pathologies : de nombreux cancers, les maladies cardio-vasculaires, des problèmes respiratoires, etc. Le tabac consommé pendant la grossesse a également de lourdes conséquences sur le développement du fœtus.

3 Expliquez comment les pouvoirs publics interviennent pour lutter contre le tabagisme (doc. 3 et 4).

Au niveau international, une convention de lutte contre le tabac a été élaborée par l'OMS. Au niveau national, la France a adapté ce traité en appliquant des mesures visant à lutter contre le tabagisme. Les pouvoirs publics agissent pour réduire la consommation de tabac des Français. Ces mesures portent notamment sur la prévention chez les jeunes, sur l'accompagnement dans l'arrêt du tabac ou sur la lutte contre le tabagisme passif.

4 Citez d'autres exemples de mesures mises en place par la France pour lutter contre le tabagisme.

On peut citer la loi Evin interdisant de fumer dans les lieux publics, ainsi que les campagnes de prévention destinées aux femmes enceintes.



5 Présentez les bienfaits de la pratique d'une activité physique sur la santé et le bien-être social (doc. 5 et 6).

La pratique d'une activité physique a une influence positive sur la santé. En effet, il est prouvé qu'elle diminue le risque de mortalité prématurée. Elle permet aussi de prévenir les risques de maladies cardiovasculaires, d'obésité et certains cancers.

La pratique d'une activité physique agit également sur le bien-être social d'un individu en lui permettant de se sentir bien émotionnellement, d'évacuer son stress ou son anxiété.

Doc 6 Les effets bénéfiques de l'activité physique

Les effets bénéfiques des activités physique et sportive sur la santé sont connus depuis l'Antiquité. Et confirmés par toutes les études épidémiologiques modernes : elles montrent que le risque de décès prématuré est moindre chez les personnes physiquement actives que chez les autres, résultat valable quels que soient l'âge et la cause de décès, de manière plus probante chez les hommes que chez les femmes. La pratique d'une activité modérée (au moins 3 heures par semaine) ou d'une activité intense (au moins 20 minutes trois fois par semaine) diminue ainsi de 30 % le risque de mortalité prématurée.

La pratique régulière d'un sport améliore le bien-être émotionnel, le bien-être physique, la qualité de vie et la perception de soi. L'activité physique est primordiale en prévention primaire des maladies cardiovasculaires [...].

Elle joue un rôle fondamental pour éviter le gain de poids et elle réduit le risque de certains cancers (colorectal, sein, endomètre, poumon, prostate). Attention : les bénéfices ne doivent pas faire oublier les risques ! On sait par exemple que la pratique régulière d'une activité physique peut augmenter le risque de lésions aiguës (fracture, luxation, traumatisme crânien, rupture des ligaments croisés, entorse) ou chroniques (tendinite de l'épaule pour la natation, tendinopathies du genou et de la cheville pour le vélo ou la course à pied). Chez l'enfant, il y a risque de surmenage des cartilages de croissance. Autre exemple de risque : il semble que 4 % des personnes pratiquant une activité physique de manière intense présentent un profil d'addiction à leur activité [...].

www.inserm.fr

6 Présentez les effets néfastes que l'activité physique peut entraîner (doc. 6).

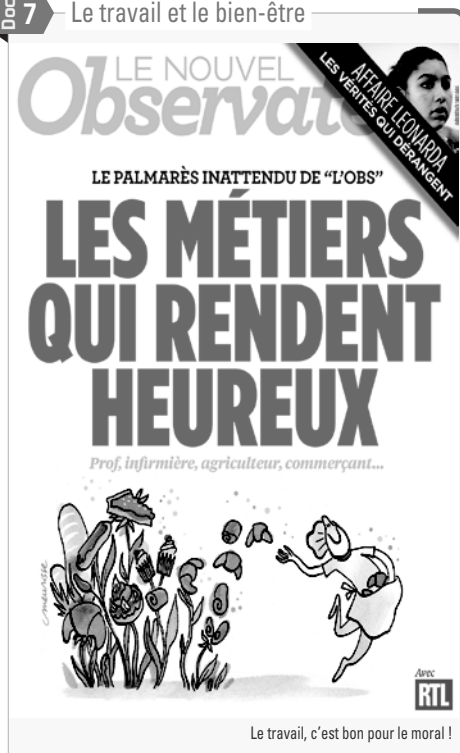
Dans certains cas, le sport peut altérer la santé. La pratique d'une activité physique augmente le risque de certaines lésions.

De plus, le surmenage et l'addiction sont deux autres risques du sport lorsqu'il est pratiqué de manière intensive.

7 Expliquez comment les pouvoirs publics interviennent pour favoriser la pratique d'une activité physique (doc. 5 et 6).

Les pouvoirs publics interviennent en informant la population des bienfaits de la pratique d'une activité physique. Des campagnes nationales sont mises en œuvre, comme par exemple la campagne « manger, bouger ». Des actions sont également menées par les collectivités locales et des interventions auprès des collégiens sont même organisées afin de les sensibiliser aux bénéfices de la pratique d'une activité physique.

Doc 7 — Le travail et le bien-être



8 Montrez que le travail peut avoir une influence positive sur le bien-être d'un individu (doc. 7).

Avoir une activité professionnelle permet à l'individu de se sentir utile. Cela répond au besoin de reconnaissance de la pyramide de Maslow. Le milieu professionnel permet aussi l'insertion de la personne. Enfin, l'activité professionnelle permet des échanges avec les collègues et favorise donc les liens sociaux.

9 Expliquez ce qu'est un accident de travail (doc. 8).

Un accident sera reconnu comme accident de travail lorsqu'il survient sur le lieu de travail ou à l'occasion du travail.

10 Citez des exemples de professions ou de domaines d'activité où les accidents du travail sont fréquents (doc. 8).

Il est possible de citer : les métiers de la maçonnerie et du bâtiment, ceux de la manutention, de la métallurgie, des travaux de montage, etc.

11 Montrez que le type d'activité professionnelle peut avoir une influence sur la santé et le bien-être social du travailleur (doc. 8).

Certaines activités sont plus fortement exposées au risque d'accidents de travail : les activités qui nécessitent de manipuler des charges lourdes ou dangereuses, ou celles qui imposent l'utilisation de machines ou d'outils pouvant être dangereux.

Les activités nécessitant de nombreux déplacements en voiture présentent également des risques.

Doc 8 – Les causes des accidents de travail

Éléments matériels	AT ¹ en 1 ^{er} règlement	Nouvelles IP ²	Décès	Journées d'IT ³
Accidents de plain-pied	157 777 24,6 %	9 470 23,6 %	15 2,7 %	9 666 022 25,6 %
Chutes de hauteur	71 925 11,2 %	6 239 15,5 %	52 9,3 %	6 033 760 16,0 %
Manutention manuelle	221 683 34,6 %	1 581 31,3 %	20 3,6 %	12 390 297 32,8 %
Masse en mouvement	28 747 4,5 %	1 453 3,6 %	33 5,9 %	1 193 652 3,2 %
Levage	21 422 3,3 %	1 432 3,6 %	18 3,2 %	1 323 338 3,5 %
Véhicules	20 522 3,2 %	1 900 4,7 %	132 23,7 %	1 514 884 4,0 %
Machines	19 463 3,0 %	1 959 4,9 %	6 1,1 %	926 987 2,5 %
Engins de terrassement	974 0,2 %	114 0,3 %	9 1,6 %	84 028 0,2 %
Outils portatifs	37 807 5,9 %	1 490 3,7 %	0 0,0 %	1 055 256 2,8 %
Appareils contenant des fluides	6 825 1,1 %	202 0,5 %	0 0,0 %	163 908 0,4 %
Vapeurs, gaz, poussières, combustibles, rayonnement ionisant ou non	1 127 0,2 %	65 0,2 %	4 0,7 %	45 963 0,1 %
Électricité	726 0,1 %	59 0,1 %	5 0,9 %	43 619 0,1 %
Divers : jeux et sports, rixes et attentats, agents matériels non classés ailleurs	35 547 5,5 %	1 987 5,0 %	19 3,4 %	2 170 099 5,7 %
AT non classés faute de données suffisantes, malaises, mort subite ou non	16 346 2,6 %	1 185 3,0 %	245 4,9 %	1 211 315 3,2 %
Total	640 891 100 %	40 136 100 %	558 100 %	37 823 128 100 %

1. AT : accident de travail ; 2. IP : incapacité permanente ; 3. ITT : incapacité temporaire de travail.

CNAMTS, Rapport de gestion, www.risquesprofessionnels.ameli.fr, 2012

Activité 2 Déterminants et facteurs de risque

Objectif 1 distinguer les notions de déterminants et de facteurs de risques. 1 h

Doc 9 L'épidémiologie et les facteurs de risque

Les études épidémiologiques utilisent la notion de facteurs de risque. Il s'agit d'un lien statistique entre les caractéristiques d'une personne et le risque de maladie ou de mortalité. Un **facteur de risque** est une caractéristique liée à une personne, à son environnement, sa culture ou son mode de vie, qui entraîne une probabilité plus élevée de développer une maladie. Lorsqu'un élément a une influence statistiquement significative sur un phénomène,

on le qualifiera de **facteur de risque**. Un facteur de risque est donc un élément qui va augmenter les probabilités pour une personne de développer des problèmes de santé. Certains facteurs protègent contre le risque d'apparition de maladie. Lorsque ces facteurs permettent à la personne de réduire cette probabilité, on parle de « **facteurs protecteurs** ».

Foucher, 2015

Doc 10 La définition par l'OMS d'un facteur de risque

Selon l'OMS, un **facteur de risque** est « tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet, qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme. Les facteurs de risque les plus importants sont, par exemple, le déficit pondéral, les rapports sexuels non protégés, l'hypertension artérielle, la consommation de tabac ou d'alcool, l'eau non potable, l'insuffisance de l'hygiène ou de l'assainissement ».

www.who.int

1 Expliquez en quoi un facteur de risque se distingue d'un déterminant (doc. 9 et 10).

La notion de **facteur de risque** est utilisée dans le domaine de l'épidémiologie. Le **facteur de risque** est lié aux caractéristiques d'une personne et entraîne une probabilité plus grande de développer un problème. Le **facteur** est lié statistiquement au phénomène.

La notion de **déterminant**, quant à elle, est utilisée dans le domaine de la santé publique. Le **déterminant** influence le développement du problème de santé et joue un rôle causal dans l'état de santé et de bien-être social.

Doc 11 Le mode de vie, principal facteur de risque du diabète de type 2

Il existe une **prédisposition génétique** au diabète de type 2. L'analyse de vastes cohortes de patients a permis d'identifier des gènes associés à un risque accru de développer la maladie. La plupart d'entre eux sont impliqués dans le fonctionnement des cellules bêta pancréatiques. Mais ces gènes sont très hétérogènes, et aucun d'entre eux ne permet de prédire l'apparition de la maladie. La composante génétique ne saurait donc expliquer à elle seule la survenue d'un diabète de type 2, ni l'augmentation spectaculaire de son incidence.

L'apparition de la maladie semble davantage corrélée à l'**âge** et à l'**interaction** entre le **génome** et les **conditions de vie**. L'incidence de la maladie augmente avec l'âge du fait de l'usure des cellules et des organes. Par ailleurs, la **sédentarité**, l'**hypercholestérolémie**, le **surpoids** et l'**obésité** ou encore l'**hypertension** augmentent le risque de développer la maladie, sans

sophia
Le service d'accompagnement pour mieux vivre avec une maladie chronique.
0811 709 709
ameli-sophia.fr

C'EST BON de se sentir accompagné
Alimentation, activité physique, examens de suivi, sophia, des conseils personnalisés pour mieux vivre au quotidien.

Assurance Maladie

Doc 11

→ que les raisons soient clairement identifiées. Des mécanismes inflammatoires sont néanmoins montrés du doigt, en particulier en cas d'obésité. Il existe probablement d'autres facteurs environnementaux qui, en interagissant avec les gènes, pourraient expliquer l'augmentation du nombre de cas de diabète de type 2 dans le monde. Les chercheurs s'intéressent notamment aux modifications de la flore intestinale, aux conditions du développement fœtal [...].

www.inserm.fr

2 Surlignez dans le doc. 11 les **facteurs de risque** du diabète de type 2.

3 Expliquez en quoi la connaissance des facteurs de risque est indispensable pour lutter contre cette pathologie (doc. 9 à 11).

Identifier les principaux facteurs de risque du diabète de type 2 permet de lutter contre l'apparition de la maladie, mais cela permet également de la dépister plus tôt. Par exemple, connaître la prédisposition génétique de la personne permettra de mettre en place un suivi personnalisé, afin de dépister et de traiter de manière précoce la maladie. Savoir que la sédentarité et l'alimentation sont des facteurs qui augmentent le risque de diabète de type 2 permet de mettre en œuvre des campagnes de prévention pour informer la population des comportements à éviter.

Je construis ma synthèse

L'influence d'un déterminant sur la santé et le bien-être social d'un individu peut être positive ou négative. Justifiez cette affirmation en illustrant votre réponse.

L'impact d'un déterminant peut être négatif sur la santé ou le bien-être social d'un individu, ce qui signifie qu'il peut être à l'origine de l'apparition de maladies ou de problèmes sociaux. C'est le cas notamment des mauvaises conditions de travail qui exposent l'individu à des risques de maladies professionnelles, de stress ou de conduites addictives par exemple. Mais l'environnement professionnel peut également constituer un déterminant ayant une influence positive sur la santé et le bien-être social. Dans le même sens, la sédentarité est un déterminant qui peut influencer négativement la santé, alors que la pratique régulière d'une activité physique l'influencera positivement.

Expliquez l'intérêt d'identifier les déterminants et les facteurs de risque à l'origine des principaux problèmes de santé de la population.

Il est essentiel de rechercher et comprendre l'impact des déterminants et des facteurs de risque sur l'état de santé et de bien-être social de la population. Les professionnels de santé vont suivre avec attention un patient qui présente des facteurs de risque identifiés afin de mieux surveiller son état de santé. Par ailleurs, les pouvoirs publics vont pouvoir orienter et adapter les décisions afin de mener des actions de prévention ciblées qui répondent aux besoins spécifiques de la population.

II Les différents types de déterminants

Activité 3 Un phénomène, plusieurs déterminants

Objectif ► montrer la diversité des déterminants de santé et de bien-être social. 2h

Doc 12 Diagnostic de l'état de santé en Midi-Pyrénées

Personnes âgées en Midi-Pyrénées

(01/01/2006)	Population des 75 ans et +		Projection 2020		% évolution 2020-2006
	Effectif	%	Effectif	%	
Ariège	17 689	12,1	19 523	11,7	10,4
Aveyron	35 005	12,8	39 121	13,4	11,8
Haute-Garonne	85 882	7,2	110 031	7,9	28,1
Gers	23 162	12,8	26 434	13,2	14,1
Lot	21 683	12,8	25 479	13,7	17,5
Hautes-Pyrénées	26 900	11,8	31 308	13,3	16,4
Tarn	43 285	11,8	49 246	12,0	13,8
Tarn-et-Garonne	23 751	10,5	27 616	10,2	16,3
Midi-Pyrénées	277 357	10,0	328 758	10,4	18,5

Insee, RP 2006, projection Omphale 2010

Fragilité financière et vieillissement

- Une proportion d'allocataires du minimum vieillesse supérieure à la moyenne nationale.
- Des cantons marqués par la précarité et le caractère rural de la population âgée, dans l'Ariège, le Gers et l'Aveyron.

Conditions de vie

- Une proportion de personnes âgées dans l'espace rural supérieure à la moyenne nationale.
- Des risques importants « d'isolement ».

Perte d'autonomie des personnes âgées

- Près de 70 000 personnes âgées de 60 ans et plus sont bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). 68 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile, une proportion supérieure à la moyenne nationale.
- Près de 60 % des bénéficiaires de l'APA dans les établissements sont en situation de forte dépendance (GIR 1 et 2¹).

1. GIR : les « groupes iso ressources » correspondent aux critères permettant de classer les personnes en fonction des différents stades de la perte d'autonomie. GIR 1 et 2 sont les stades les plus élevés de l'évaluation (les personnes ont besoin d'une aide constante).

Chiffres repères

- Près de 33 000 personnes âgées ou plus perçoivent l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse et l'allocation solidarité aux personnes âgées.
- 60 % ont 75 ans ou plus.

www.ars.midi-pyrenees.sante.fr

1 Présentez les caractéristiques démographiques des personnes âgées vivant dans la région Midi-Pyrénées (doc. 12).

Les personnes âgées sont nombreuses dans cette région. Elles représentent 10 % de la population et même 12,8 % de la population dans les départements les plus ruraux. Les projections annoncent même une proportion allant jusqu'à 13,7 % dans le Lot.

2 Présentez leurs caractéristiques sociales et économiques (doc. 12).

Lorsqu'elles vivent en milieu rural, elles peuvent souffrir d'isolement. De plus, on observe qu'un quart des personnes âgées de plus de 60 ans perçoivent l'APA, ce qui signifie qu'elles souffrent d'une perte d'autonomie. D'autre part, les personnes âgées de cette région semblent connaître une certaine précarité. En effet, elles sont nombreuses à percevoir un minimum social (près de la moitié d'entre elles), ce qui signifie qu'elles disposent d'un niveau de ressources peu élevé.

Doc 13 Campagne de lutte contre le suicide des personnes âgées dans la région Midi-Pyrénées

Le suicide et les tentatives de suicide constituent un problème de santé publique qui se retrouve en filigrane tout au long de la vie, et notamment chez les personnes âgées.

2 948 personnes âgées de 65 ans ou plus décèdent par suicide en moyenne et par an en France.

En Midi-Pyrénées, 31 % des suicides touchent des personnes âgées de 65 ans ou plus, ce qui correspond à 123 suicides en moyenne par an.

Chez les personnes âgées, plusieurs facteurs entrent en ligne de compte

1. Les situations de perte

La perte d'autonomie :

- **des restrictions sur l'autonomie physique**, et les capacités motrices (réduction des capacités à bouger ou à se déplacer) ;
- **les atteintes du corps** non vitales, les atteintes corporelles qui entament l'estime de soi et peuvent occasionner des sentiments de gêne dans les relations aux autres (par exemple peur des odeurs).

La perte de la santé avec l'annonce d'un diagnostic, d'une maladie dégénérative :

- **les restrictions sensorielles**, par exemple la surdité ou la cécité qui entament les capacités de communication ;
- **une maladie à caractère psychologique** ou des troubles de la mémoire (par exemple la maladie d'Alzheimer) ;
- **la maladie chronique** (cancer, Parkinson).

La perte par décès de son conjoint, d'un proche, d'un enfant ou même d'un animal offert par un proche disparu.

La perte d'un aidant naturel auquel elle s'était attachée pour des raisons diverses.

La perte d'un environnement : par exemple envisager la perspective d'aller en institution contre son désir profond.

Les restrictions financières : par exemple la mise sous curatelle, qui empêche les personnes âgées de donner librement de l'argent de poche à leurs petits-enfants.

Une perte de plus peut parfois être une perte de trop.

2. Les événements de vie qui demandent de l'attention

Le passage à la retraite

Cette période demande à être préparée car le risque d'isolement social rend la personne plus vulnérable face aux événements de vie, maladie, ruptures...

Les changements de la cellule familiale

- Elle se réduit, elle se disperse géographiquement.
- Les membres de la cellule familiale, parents, enfants, petits-enfants s'éloignent affectivement.
- Les séparations, les divorces modifient les familles et éloignent des personnes qui pouvaient être proches jusque-là.

Les dates anniversaires de pertes de proches et de moments heureux.

La vie de la personne âgée prend tout son sens dans le poids des souvenirs et l'importance [émotionnelle] qu'elle donne aux événements actuels.

Chaque événement de vie peut être l'occasion d'une rupture dans le fragile équilibre de vie de la personne âgée.

3. Des signes dépressifs atypiques et qui passent souvent inaperçus

Le comportement habituel est modifié

- La personne âgée peut, du fait d'une tension interne, attacher une importance excessive à de petits événements anodins qui prennent des proportions trop importantes, voire exclusives.
- Elle aura du mal à faire la part des choses et sera envahie par une idée ou une situation.

La personne âgée dépressive peut présenter, longtemps après le début des troubles dépressifs, des signes d'agitation et de confusion.

Dans ce cas-là, ce sont les complications de la dénutrition et parfois de la prise d'antidépresseurs.

Les signes dépressifs sont parfois confondus avec la démence.

- La personne âgée est souvent anxieuse et peut se plaindre.
- Elle ne sait plus ce qu'elle fait.
- Elle peut avoir des troubles de la mémoire, et des troubles des repères dans le temps et dans l'espace.

Les signes d'appel chez une personne à risque suicidaire

Les personnes âgées sont pudiques et ne se plaignent pas toujours

- Elles peuvent devenir taciturnes, silencieuses...
- Elles se restreignent en nourriture, en lumière.

Cependant, elles peuvent dire

- Je suis inutile, « je ne suis plus bonne à rien ».
- Je suis une charge pour ma famille « je n'ai plus ma place ici ».
- Je ne peux plus me suffire.

Elles [n'occupent] plus de place dans la société

- Elles se dévalorisent : « Je ne suis même plus capable de changer une ampoule. »
- Elles sont inhibées et se replient sur elles-mêmes.
- Elles s'accusent.

Les plaintes physiques à répétition peuvent être le signe d'un mal-être.

Pour la personne âgée, il est plus facile de dire « j'ai mal » [que de dire] « je suis mal ».

Dépliant diffusé par l'ARS (Agence régionale de santé) de Midi-Pyrénées,
www.ars.midi-pyrenees.sante.fr

3 Expliquez pourquoi la région Midi-Pyrénées a décidé de mettre en place une campagne de lutte contre le suicide des personnes âgées (doc. 12 et 13).

La forte population de personnes âgées dans cette région ainsi que le nombre important de suicides au sein de cette population ont incité la région Midi-Pyrénées à concevoir et diffuser ce document. De plus, cette campagne est adaptée aux besoins de cette population car les personnes âgées de la région Midi-Pyrénées présentent des caractéristiques pouvant influencer leur état affectif et déclencher un passage à l'acte.

4 Présentez les déterminants qui interviennent dans l'état dépressif et le suicide des personnes âgées dans la région Midi-Pyrénées (doc. 12 et 13).

Les déterminants pouvant influencer leur état émotionnel et favoriser un passage à l'acte sont : l'âge ; l'isolement social (vie en zone rurale, éloignement de la famille et des proches, perte des contacts) ; une situation fréquente de deuil (décès du conjoint ou d'un proche) ; la précarité, les difficultés financières (perception de minimas sociaux) ; la perte d'autonomie (difficultés motrices, besoin d'être aidées) ; les problèmes de santé (annonce d'une maladie, traitements contraignants) ; la présence de certains signes pouvant être confondus avec ceux de la dépression (et donc difficilement réparables) : changements d'humeur, troubles de la mémoire, maladies dégénératives, ou démence.

Activité 4 Une classification des déterminants

Objectif • repérer les différentes catégories de déterminants afin de les classer.



Doc 14 Les conséquences de l'exposition à l'amiante

Interdit en France depuis 1997, l'amiante reste présent dans de nombreux bâtiments et équipements, et le risque amiante reste sous-estimé dans certaines professions qui peuvent y être exposées. Or, les maladies liées à l'amiante représentent aujourd'hui la deuxième cause de maladies professionnelles et la première cause de décès liés au travail (hors accidents du travail). De 400 à 500 fois moins épaisses qu'un cheveu, les fibres d'amiante sont invisibles dans les poussières de l'atmosphère. Inhalées, elles

peuvent se déposer au fond des poumons et provoquer des **maladies respiratoires** graves : plaques pleurales, **cancers des poumons** et **de la plèvre** (mésothéliome), **fibroses** (ou asbestose)... Certaines maladies peuvent survenir après de faibles expositions mais la répétition de l'exposition augmente la probabilité de tomber malade. Les effets sur la santé d'une exposition à l'amiante surviennent souvent plusieurs années après le début de l'exposition.

www.inrs.fr

Doc 15 Prévenir les conséquences du stress chronique

Hypertension, nervosité, fatigue, dépression... L'état de stress n'est pas une maladie en soi mais lorsqu'il est intense et qu'il dure, il peut avoir des effets graves sur la santé morale et physique des travailleurs concernés. L'état de stress aigu correspond à une réaction de notre organisme face à une situation stressante ponctuelle : prise de parole en public, situation inattendue, changement de poste [...]. Il peut avoir des effets néfastes pour la santé.

➤ **Symptômes physiques** : douleurs (coliques, maux de tête, douleurs musculaires, articulaires, etc.), troubles du sommeil, de l'appétit et de la digestion, sueurs inhabituelles...

➤ **Symptômes émotionnels** : sensibilité et nervosité accrues, crises de larmes ou de nerfs, angoisse, excitation, tristesse, sensation de mal-être...

➤ **Symptômes intellectuels** : perturbations de la concentration (erreurs, oublis) difficultés à prendre des initiatives...

www.inrs.fr

1 Surlignez les **conséquences** des conditions de travail sur la santé et le bien-être social (doc. 14 et 15).

Doc 16 – L'habitat indigne : un enjeu de santé publique**Causes d'indignité et des risques sanitaires associés**

Intoxications et maladies des voies respiratoires	Humidité et moisissures, acariens, blattes	Conséquences sur la santé pour plus de 3,5 millions de personnes, dont 1/3 d'enfants
	Monoxyde de carbone	Première cause de mortalité par gaz toxique en France (chaque année 5 000 victimes, dont 1 000 hospitalisées et 100 décès)
	Amiante	Pas de recensement chez les particuliers
	Pollution de l'air intérieur : tabac, aérosols, émanations toxiques de colles du mobilier, de revêtements	
Intoxications au plomb, saturnisme	0,11 % des enfants de 1 à 6 ans, soit entre 5 000 et 6 000 enfants en France, sont atteints de saturnisme (InVS-2010)	

+ Problèmes de santé liés au manque de confort thermique

+ Risque de survenue de maladies infectieuses ou parasitaires

+ Atteintes à la santé mentale

www.ars.sante.fr

Doc 17 – Les conséquences sanitaires de la pollution

L'OMS indique que près de 7 millions de personnes sont décédées prématurément en 2012 du fait de l'exposition à la pollution de l'air [...]. Les nouvelles données permettent de mettre en évidence en particulier un lien fort entre la pollution de l'air à l'intérieur des habitations et l'air à l'extérieur, et les maladies cardiovasculaires comme les accidents vasculaires cérébraux et les cardiopathies ischémiques, ainsi qu'entre la pollution de l'air et le cancer. Cela vient s'ajouter au rôle de la pollution de l'air dans l'apparition de maladies respiratoires et notamment d'infections respiratoires aiguës et de bronchopneumopathies chroniques obstructives.

www.who.int

Doc 18 – L'état de santé de la population en France
Suivi des objectifs de la loi de santé publique
Rapport de la Drees – Extrait du sommaire
Alcool

Objectif 1 Consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant

Objectif 2 Prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool

Tabac

Objectif 3 Prévalence du tabagisme quotidien

Objectif 4 Tabagisme passif

Nutrition et activité physique

Objectif 5 Surpoids et obésité

Objectif 9 Sédentarité et inactivité physique

Objectif 10 Consommation de fruits et légumes

Doc 19 – Le diabète et l'hérédité
MÉFIEZ-VOUS
DES HÉRITAGES FAMILIAUX
 Faites le test de risque de diabète


DIABÈTE : L'HÉRÉDITÉ, COMME LE SURPOIDS, EST UN INDICATEUR DU RISQUE.

Ne laissez pas le diabète détériorer votre santé. www.contrelediabete.fr

Association Française des Diabétiques
 Ces patients solidaires contre le diabète



Doc20

Les difficultés d'accès aux soins

Marc est inquiet. Il patiente dans la salle d'attente de son dentiste. Cela fait plusieurs mois qu'une dent le fait terriblement souffrir. Ce n'est pas la peur du dentiste qui l'a fait tant attendre pour prendre un rendez-vous, c'est le coût. Marc est ouvrier dans une petite usine et son salaire lui permet tout juste de payer toutes ses charges. Bien que son salaire soit faible, il dépasse le plafond qui lui aurait permis de bénéficier de la CMU complémentaire. Il n'a pas de mutuelle et doit donc prendre à sa charge les frais non remboursés par l'assurance maladie. Les soins ne sont plus sa priorité depuis longtemps. Mais, quand il a enfin décidé de téléphoner à son dentiste en urgence car il souffrait de

plus en plus, le délai d'attente était de plusieurs mois. Les dentistes manquent dans cette région et ils sont débordés. Et puis, il faut dire que Marc n'a pas l'habitude de se rendre chez un médecin. Enfant, ses parents avaient également de faibles revenus et ne voyaient un médecin que dans des situations graves et urgentes. Aujourd'hui, il sent bien que le praticien ne va pas lui annoncer une bonne nouvelle. D'autre part, ses revenus ne lui permettent pas de s'offrir des vacances ou même des loisirs. Cette situation commence à le rendre de plus en plus malheureux.

Foucher, 2015

- 2 Afin de réfléchir aux classifications possibles des différents déterminants mis en évidence dans l'activité 4, regroupez ceux qui concernent le même domaine pour mettre en évidence une des catégories de déterminants. Pour cela, complétez le tableau en respectant les étapes ci-dessous. Pour chaque document ou groupe de documents :
- listez les déterminants présents ;
 - indiquez ce qu'ils ont en commun ;
 - proposez d'autres exemples de déterminants du même type ;
 - proposez une ou plusieurs appellation(s) pour chaque catégorie de déterminants mise en évidence.

Doc.	Déterminants	Points communs	Catégories de déterminants
Doc. 14 et 15	Déterminants : l'exposition à l'amiante, l'exposition à des produits toxiques et le stress généré par le travail. Autres exemples : l'exposition au bruit, le port de charges lourdes, le travail en extérieur, le risque de chute ou d'accidents de travail, la pénibilité des tâches, le travail en horaires décalés.	Ils sont en lien avec le lieu de travail ou la profession exercée.	Déterminants environnementaux
Doc. 16 et 17	Déterminants : le logement insalubre, les substances nocives, la mauvaise isolation du logement et la pollution atmosphérique. Autres exemples : les logements manquant de sécurité et favorisant les risques d'accidents domestiques, la qualité de l'eau, le lieu de vie (milieu rural ou milieu urbain), le bruit, le climat.	Ils sont en lien avec les conditions de vie, le milieu de vie.	Déterminants environnementaux
Doc. 18	Déterminants : la consommation d'alcool et de tabac, l'exposition au tabac, la pratique d'une activité physique et l'alimentation. Autres exemples : la consommation de drogue, l'exposition intensive au soleil, la prise de risque au volant, la prise de risque dans les relations sexuelles, les habitudes sanitaires et d'hygiène.	Ils sont en lien avec les comportements, les modes de vie des individus.	Déterminants comportementaux

Doc.	Déterminants	Points communs	Catégories de déterminants
Doc. 19	Déterminants : l'hérédité et les antécédents familiaux. Autres exemples : le sexe, l'âge, la génétique, les caractéristiques physiologiques de l'individu.	Ils sont liés à la personne et à ses caractéristiques biologiques.	Déterminants biologiques
Doc. 20	Déterminants : la CSP, le niveau de revenus, la couverture sociale, le manque de dentistes et le modèle familial. Autres exemples : la formation, le niveau de diplômes, le niveau de vie, la précarité, le chômage, les habitudes culturelles, les croyances, l'organisation du système de soins, la mauvaise répartition des professionnels de santé.	Ils sont liés à la situation sociale, économique et culturelle de l'individu.	Déterminants socioéconomiques

Je construis ma synthèse

Montrez que l'état de santé et de bien-être social d'une personne est influencé par de nombreux déterminants.

De nombreux déterminants ont une influence sur l'état de santé et de bien-être social d'une personne :

- son environnement de vie : la salubrité et la sécurité de son logement, la pollution, son lieu de vie ;
- son environnement de travail : la dangerosité et la pénibilité de sa profession, ses responsabilités et l'ambiance de son milieu professionnel ;
- son mode de vie, ses habitudes et ses comportements à risque : les conduites addictives, son alimentation, ses habitudes de vie ;
- ses propres caractéristiques : son âge, son sexe, l'hérédité, la génétique, son autonomie physique ;
- sa situation sociale : ses revenus, son histoire, sa culture, son éducation, ses liens sociaux ;
- le système de santé : la proximité des services de santé, la densité médicale.

Le jour du bac

« La fréquence de l'obésité progresse dans la très grande majorité des pays sur tous les continents, en particulier chez les jeunes. En France, la fréquence de l'obésité chez l'adulte est d'environ 13 % et les formes graves de la maladie sont de plus en plus fréquentes. Chez les enfants, la fréquence de l'excès de poids est d'environ 15 % et celle de l'obésité de 4 %. La question majeure est celle de la persistance de l'obésité à l'âge adulte justifiant une prise en charge précoce. »

P. Latron, Dossier d'information sur l'obésité, www.inserm.fr

Session juin 2013, Polynésie

→ Présenter les déterminants de l'obésité.

Synthèse

ATT

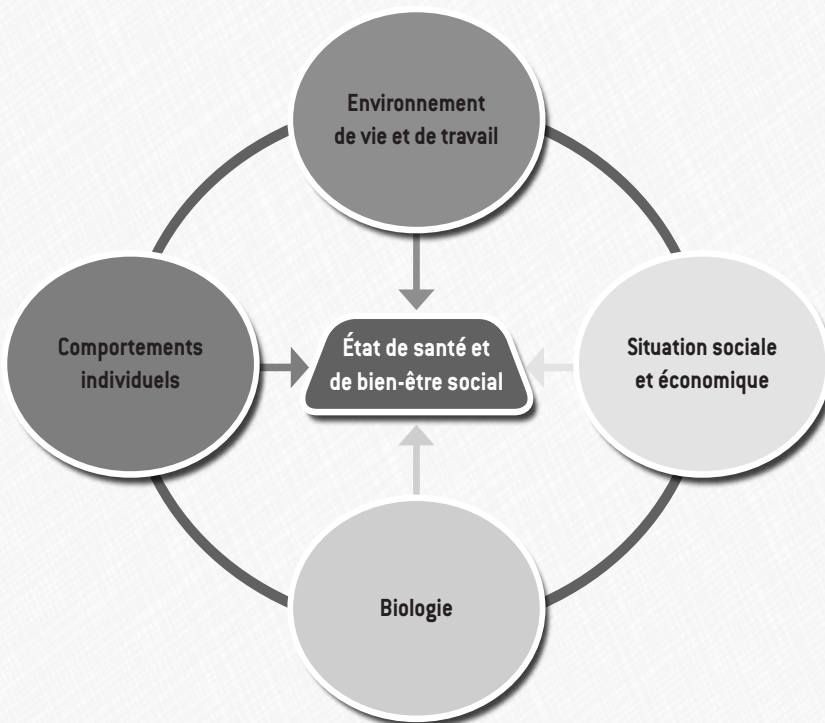
4

La diversité des déterminants

Les éléments qui ont un impact sur la santé



Les différents déterminants



Les méthodes et outils de recueil de données

ATM

4

Pour faire le lien avec l'ATT

Dans le chapitre 3, nous avons mis en évidence la nécessité d'observer l'état de santé et de bien-être social d'une population. Dans la partie thématique du chapitre 4, nous avons également compris que cet état était le résultat de l'influence de plusieurs éléments. Pour pouvoir mettre en place des actions efficaces, les pouvoirs publics ont besoin de connaître la situation et de repérer les principaux problèmes. Pour cela, des enquêtes sont réalisées. Plusieurs critères détermineront les méthodes et les outils à choisir.

Activité 5 Les méthodes de recueil de données

Objectif • comprendre l'intérêt des différentes démarches de recueil de données.



voir Doc 8 p. 65

Doc 8 – Les causes des accidents de travail

Éléments matériels	AT ¹ en 1 ^{er} règlement	Nouvelles IP ²	Décès	Journées d'IT ³
	157 777	9 470	15	9 666 022

1 Selon vous, comment les données du tableau ont-elles été obtenues (doc. 8) ?

Les différents accidents de travail ont été comptabilisés grâce à une collecte de données réalisée auprès des organismes qui prennent en charge les conséquences d'un accident de travail, ainsi qu'auprès des entreprises.

2 Un organisme souhaite mener une enquête afin de savoir si les travailleurs se sentent en sécurité sur leur lieu de travail. Les données du doc. 8 suffiraient-elles pour fournir ce type d'information ? Argumentez votre réponse.

Le tableau renseigne sur les causes des accidents de travail, ce qui peut effectivement éclairer sur la dangerosité de certaines professions ou certains domaines d'activité. En revanche, il ne fournit aucune information directe sur le sentiment des travailleurs. Ce sentiment ne peut être recueilli qu'en interrogeant directement les travailleurs.

voir Doc 12 p. 68

Doc 12 – Diagnostic de l'état de santé en Midi-Pyrénées

Personnes âgées en Midi-Pyrénées				Fragilité financière et vieillissement • Une nouvelle d'attention
Population des 75 ans et +	Projection 2020	% évolution		

3 L'ARS de la région Midi-Pyrénées souhaite mener une enquête afin d'apprécier le mal-être des personnes âgées de la région. Les données sur la situation démographique, sociale et économique des personnes âgées devront être complétées par d'autres données. Indiquez quels types de données il serait nécessaire de recueillir afin d'évaluer l'état affectif de ces personnes, leur mal-être et leur fragilité ou leur possible état dépressif (doc. 12).

Les données chiffrées du doc. 12 permettent de comprendre la fragilité des personnes âgées de cette région. Mais ces informations doivent être complétées par des informations tirées du ressenti des personnes âgées elles-mêmes. En les interrogeant directement et en leur donnant la parole, il sera possible d'apprécier, par exemple, leur sensation d'isolement, leur souffrance psychologique et de possibles envies suicidaires.

4 Que pouvez-vous conclure du recueil de ce type de données (doc. 8 et 12 de l'ATT) ?

Les données obtenues par les enquêtes strictement statistiques ne suffisent pas pour mesurer ce que les chiffres ne montrent pas : la perception des individus, les opinions, les sentiments, les conditions de vie, etc.

Activité 6 Les enquêtes quantitatives et qualitatives

Objectif • distinguer les différentes démarches possibles pour recueillir des données.



21 — Comment observer l'état de santé de la population ?

L'état de santé de la population nous est connu classiquement par deux types de mesures : la mortalité, d'une part, avec les taux de décès spécifiques et généraux et l'espérance de vie qui en est le corollaire et, d'autre part, la morbidité, diagnostiquée ou ressentie, décrite en termes d'incidence et de prévalence. À ces éléments de base s'ajoutent les déterminants de santé (environnement physique et social, comportements, facteurs de risque...), les conditions de survie (notamment en termes d'incapacité), l'utilisation des services, ou encore les modalités de prise en charge.

Pour recueillir des informations sur ces éléments et réaliser un travail d'observation, différentes approches et méthodes peuvent être utilisées : on peut partir des statistiques existantes, développer de nouvelles données, ou amener un consensus sur les informations disponibles. Ces trois approches correspondent respectivement au travail sur indicateurs, à l'enquête quantitative et aux techniques qualitatives. Elles ne s'excluent pas mutuellement, mais peuvent être utilisées pour le même sujet d'étude de manière complémentaire. Ainsi, la pratique d'entretiens préalables permet de faire émerger les questions ou problèmes qui pourront être explorés et quantifiés par une enquête quantitative par questionnaire. De plus, elles comportent de nombreuses

similitudes : le travail sur indicateurs et les enquêtes visent à donner une appréciation quantitative, numérique, d'une situation donnée. Les enquêtes par questionnaires et les méthodes fondées sur les entretiens ont comme caractéristique commune d'être exploratoires : il s'agit de créer de l'information sur une situation peu ou mal connue.

La différence fondamentale entre les deux approches se situe au niveau des buts proposés. Les travaux quantitatifs se donnent comme tâche l'analyse objective des situations et comportements d'une population d'un point de vue extérieur à celle-ci, alors que les études qualitatives visent à comprendre ces situations et comportements à partir d'une analyse subjective. La caractéristique principale de l'approche qualitative est qu'elle essaie d'étudier les valeurs, croyances, pratiques et normes en se mettant à la place des populations étudiées. Plus une problématique prend en compte des phénomènes sociaux à côté des processus morbides, plus il apparaît nécessaire de compléter cette approche par des éléments qualitatifs. Le recours exclusif à des méthodes quantitatives peut conduire à un **abrasement** du social par sa conversion en variables, et peut ainsi aboutir à une perte dans la compréhension des processus. [...]

État des lieux de l'observation en santé et de ses déterminants en région, www.fnors.org, mai 2010

1 Citez les éléments qu'il est nécessaire d'ajouter à la mortalité, à l'espérance de vie et à la morbidité lorsque l'on étudie l'état de santé. Justifiez cette nécessité (doc. 21).

L'observation de l'état de santé doit également reposer sur le recueil d'informations concernant les déterminants de santé, les facteurs de risque, les conditions de survie, l'utilisation des services, et les modalités de prise en charge. Ces éléments doivent s'ajouter aux indicateurs sanitaires classiques car ils permettent de rendre compte d'une réalité que la mortalité ou la morbidité ne permet pas de mesurer. Ils permettent de comprendre les phénomènes mis en évidence grâce à l'étude des indicateurs sanitaires.

2 Après avoir recherché le sens du mot « abrasement », expliquez avec vos propres mots les inconvénients d'une observation de l'état de santé qui ne se fonderait que sur la mortalité, l'espérance de vie et la morbidité (doc. 21).

L'« abrasement » est l'usure par l'action d'un frottement.

Si l'observation de l'état de santé d'une population ne repose que sur l'étude des indicateurs sanitaires, aucun phénomène social ne sera pris en compte pour comprendre les problèmes de santé.

3 Repérez les trois méthodes qu'il est possible d'utiliser pour recueillir des informations sur les déterminants de l'état de santé ou sur les conditions de vie (doc. 21).

– Travailler sur les statistiques existantes : travail sur indicateurs.

– Développer de nouvelles données : enquêtes quantitatives.

– Amener un consensus sur les données disponibles : techniques qualitatives.

22 Méthode quantitative ou méthode qualitative ?

Les méthodes quantitatives

L'approche quantitative, qu'elle s'appuie sur l'exploitation de données déjà existantes (travail sur indicateurs) ou qu'elle vise à construire une nouvelle source d'informations (enquête), poursuit des objectifs communs : il s'agit de fournir la description statistique d'une situation :

- › dans un but de mesure quantitative d'un phénomène et/ou de son évolution ;
- › afin de cerner des besoins, des points faibles ou des points forts (étude comparative).

Par ailleurs, une des principales caractéristiques des études quantitatives est liée à leur objectivité puisque les résultats ne sont pas soumis dans leur recueil à l'affectivité de l'enquêteur.

L'approche par indicateurs est sans doute la plus fréquemment utilisée, parce qu'elle consiste à exploiter, synthétiser et interpréter des données déjà existantes. [...]

L'approche par enquêtes repose essentiellement sur des enquêtes descriptives dont l'objectif est d'étudier la fréquence et la répartition des problèmes de santé dans les populations. [Ces enquêtes] visent à préciser l'ampleur d'un problème de santé dans une population et à déterminer la répartition de ce problème selon des variables de personnes, de temps et de lieu. Réalisées sur échantillons ou sous-groupes de population, les enquêtes permettent d'obtenir des données pour des populations spécifiques et/ou sur des phénomènes pour lesquels l'information statistique n'existe pas. Elles constituent en cela un complément indispensable à l'approche par indicateurs. Les enquêtes permettent de valider les informations recueillies à partir d'autres sources et de récolter des données sur les besoins spécifiques d'un groupe à risque.

Les méthodes qualitatives

Ces techniques s'inscrivent dans une démarche plus exploratoire, puisqu'elles s'appuient sur des questions ouvertes ou sur d'autres incitations à l'expression la plus

libre possible : « On ne sait donc pas ce que l'on va trouver. » De manière très schématique, on pourrait avancer que l'approche qualitative fait émerger des problèmes que les méthodes quantitatives ne pourront chiffrer. Elles sont souvent utilisées pour découvrir les raisons d'un choix ou d'un comportement dans une population donnée, pour étudier les représentations, les parcours de vie... Il s'agit plus de déterminer « ce qui existe » et « pourquoi cela existe » que « quelle quantité cela représente ». De plus, en permettant à la population d'exprimer son opinion, ses perspectives et son expérience, les méthodes qualitatives ont pour objectif de comprendre la réalité telle que le groupe étudié la définit lui-même.

Enfin, les approches qualitatives ont leur place à côté des approches quantitatives car :

- › elles permettent la description de cas particuliers d'institutions, de situations ou d'individus, l'analyse de données en petit nombre (entretiens, témoignages, documents...) ;
- › elles s'avèrent également particulièrement adaptées à la recherche de significations (représentations et pratiques de santé) et à la mise en évidence de processus, notamment lorsque les données sociales ou culturelles sont centrales dans la problématique.

Les techniques qualitatives liées aux individus nécessitent un nombre de sujets nettement moins important que les approches quantitatives, de l'ordre d'une à quelques dizaines de personnes. La question de la représentativité n'en est cependant pas moins importante et requiert un soin tout particulier dans la composition du groupe étudié. Plus ce groupe représentera la population totale dans sa diversité et plus les informations obtenues seront complètes. L'approche qualitative fait référence à un éventail assez large de méthodes : l'analyse documentaire, l'observation directe et les techniques d'entretien (individuel, de groupe...). [...]

État des lieux de l'observation en santé et de ses déterminants en région, www.fnors.org, mai 2010

4 Repérez les caractéristiques des enquêtes quantitatives et celles des enquêtes qualitatives (doc. 21 et 22).

Les enquêtes quantitatives

- Permettent l'analyse objective des situations et comportements d'une population.
- Fournissent la description statistique, numérique d'une situation.
- Permettent de recueillir des résultats qui ne sont pas soumis à l'affectivité de l'enquêteur.
- Permettent d'étudier la fréquence et la répartition des problèmes de santé dans les populations.
- Permettent de cerner des besoins, des points faibles ou des points forts.

Les enquêtes qualitatives

- Visent à comprendre des situations et comportements à partir d'une analyse subjective.
- Permettent d'étudier valeurs, croyances, pratiques et normes, en se mettant à la place des populations étudiées.
- Reposent sur des questionnements ouverts ou sur des incitations à l'expression la plus libre possible.
- Permettent d'exprimer les sentiments, les perceptions, les opinions, les perspectives et les expériences.
- Permettent de recueillir des témoignages.
- Portent sur un nombre de sujets moins important.

5 Montrez que les enquêtes quantitatives et les enquêtes qualitatives sont complémentaires (doc. 21 et 22).

Les deux types d'enquêtes se complètent. Elles peuvent être utilisées pour le même sujet d'étude. Les données obtenues grâce à une enquête quantitative seront complétées ou approfondies par une enquête qualitative. Ou encore, les enquêtes qualitatives peuvent être utilisées afin de mettre en évidence des problèmes ou des phénomènes qui seront ensuite explorés et chiffrés par une enquête quantitative.

Activité 7 Les outils de recueil de données

- Objectifs
- ♦ identifier et caractériser les différents outils nécessaires au recueil de données ;
 - ♦ repérer le lien entre le type d'informations à recueillir, l'objectif de l'enquête, le public à interroger et l'outil de recueil utilisé.



Doc. 23



Enquête EPICE sur la contraception des étudiants

https://www.univ-paris1.fr/fileadmin/IDUP/EPICE_Rapport_5_Final_v4.pdf

Doc. 24



Enquête sur l'emploi des personnes handicapées

<http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/DE126Fanjeauhandicapes.pdf>

● Avant de choisir les outils de recueil de données qui seront utilisés dans le cadre d'une enquête, il est nécessaire de s'assurer de leur pertinence. Il est donc important de mettre en lien la finalité de l'enquête, les informations recherchées et les personnes interrogées, pour vérifier que les outils choisis sont adaptés.

Après avoir consulté les deux enquêtes, complétez le tableau ci-dessous afin de comparer les deux outils de recueil de données utilisés dans les enquêtes (doc. 23 et 24).

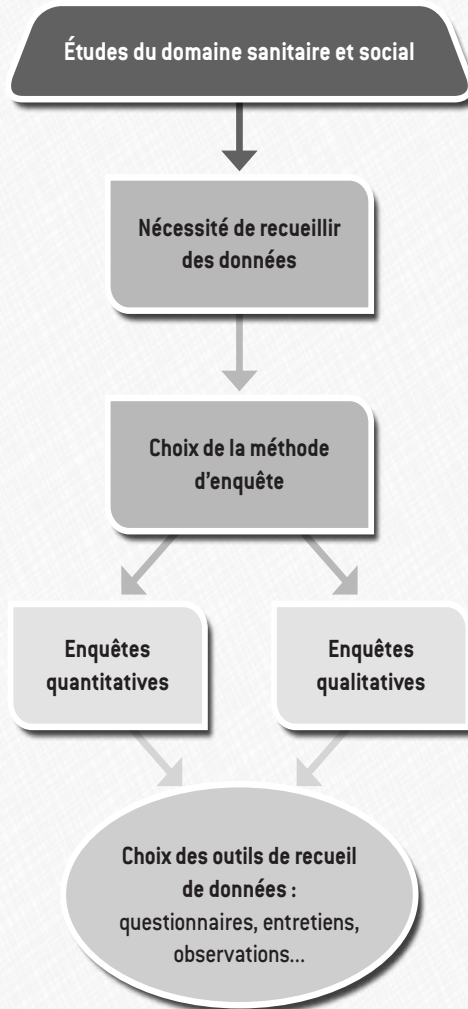
	Enquête sur la contraception des étudiants	Enquête sur l'emploi des personnes handicapées
Objet de l'enquête	Les comportements et les connaissances des étudiants en matière de contraception et de prévention des IST	L'accès à l'emploi et l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés en milieu ordinaire
Objectif(s) de l'enquête	<ul style="list-style-type: none"> – Recenser les connaissances réelles des étudiants en matière de contraception et de prévention des IST. – Estimer ainsi leurs besoins d'information. – Préciser les pratiques contraceptives. – Estimer le taux de recours à l'IVG. – Estimer les comportements à risque en matière d'IST de cette population. 	<ul style="list-style-type: none"> – Repérer les barrières à l'emploi. – Repérer les freins à l'embauche d'une personne handicapée. – Connaître les conditions de maintien de l'emploi. – Repérer les difficultés d'évolution professionnelle. – Apprécier la qualité des relations professionnelles.
Public concerné	Les étudiants inscrits en licence à l'université Paris-I	Les personnes handicapées et les entreprises
Échantillon interrogé	2 000 étudiants (en respectant les différentes formations)	<ul style="list-style-type: none"> – 41 entreprises (de divers secteurs d'activité) – 25 personnes handicapées (de profils différents : personnes actives, inactives, ayant renoncé à un emploi, reconnues comme travailleurs handicapés ou pas...)
Outils de recueil de données utilisés	Questionnaires auto-administrés	Entretiens menés à l'aide de guides d'entretien
Justification du choix de cet outil	<ul style="list-style-type: none"> – Le grand nombre de personnes à interroger. – Les mêmes questions sont posées. – Pas de nécessité de laisser libre l'expression de la parole. – Pas de nécessité d'observer les réactions des personnes interrogées. 	<ul style="list-style-type: none"> – Les informations touchent au ressenti. – L'enquête vise à étudier les sentiments des personnes et ne peut se comptabiliser strictement.

Synthèse

ATM

4

Les méthodes et outils de recueil de données



ATT 4

La diversité des déterminants

INTENTIONS PÉDAGOGIQUES

Dans les précédentes activités, les élèves ont mis en évidence les principaux indicateurs sanitaires et sociaux qui permettent d'évaluer l'état de santé et de bien-être social d'une population. Ils ont pu constater que, pour chaque indicateur, des écarts apparaissent. Ces disparités s'observent en fonction des milieux sociaux, des professions exercées, des lieux de vie, du sexe, etc.

Dans ce chapitre, les élèves vont découvrir la notion de déterminants. Il est intéressant de construire cette notion avec les élèves. Pour cela, il convient tout d'abord de les amener à comprendre qu'un état de santé ou de bien-être social est le résultat d'un ensemble de facteurs. C'est l'objet de **l'activité de découverte**. Ensuite, à partir d'exemples, chaque activité leur donne les moyens de repérer et de dégager les principaux déterminants.

I. La notion de déterminants

Dans cette partie, il s'agit de permettre aux élèves de comprendre que l'état de santé et de bien-être social résulte de l'influence de nombreux éléments. Ils vont donc eux-mêmes construire la définition de la notion de déterminants.

Après avoir réfléchi sur le sens même du mot, un nombre important d'exemples de déterminants leur est donné afin d'illustrer de manière concrète le concept. Ils devront à chaque fois expliquer les répercussions positives ou négatives sur la santé et le bien-être social. Ces nombreux exemples ont également pour but de démontrer la très grande diversité des déterminants qui interviennent dans l'état de santé et de bien-être social d'un individu.

Attention tout de même, cette multitude d'exemples ne doit pas aller dans le sens d'une énumération exhaustive. Cette précision doit bien être rappelée aux élèves. Les exemples possibles de déterminants sont très vastes et ne se limitent pas seulement à ceux illustrés dans les activités de ce chapitre. Il n'est pas demandé aux élèves de réciter une liste limitative de déterminants. En revanche, il est évident que les élèves doivent être capables de présenter certains déterminants importants en expliquant leurs conséquences sur la santé et le bien-être social.

Ensuite, la notion de déterminants sera à mettre en lien avec la nécessité de leur identification, afin de permettre aux pouvoirs publics d'agir.

Enfin, ils dégageront les éléments qui permettent de distinguer la notion de facteur de risque et de déterminants. Bien que cette distinction ne soit pas évidente, il conviendra de la rendre plus accessible à l'aide d'illustrations.

II. Les différents types de déterminants

Le nombre important de déterminants étudiés et dégagés des documents se prête à un exercice de classification. Le titre de l'activité est « Une classification des déterminants ». Il conviendra d'interpeller les élèves sur le sens de ce titre : plusieurs classifications sont possibles et il n'est pas attendu qu'ils aboutissent à une typologie exhaustive. Il s'agit ici de leur permettre de réfléchir aux critères qu'il est possible de mettre en évidence, afin de constituer des catégories. Il est conseillé de les accompagner dans cette démarche et d'insister sur l'importance de celle-ci. En effet, rechercher les éléments communs à plusieurs données afin de les regrouper par thèmes est un exercice difficile. Il sera intéressant de leur rappeler que

cette démarche est également utilisée lorsqu'ils doivent organiser leur brouillon et structurer plusieurs informations extraites de documents.

L'ordre dans lequel les documents de l'activité 4 apparaissent converge vers une possibilité de classification. Il s'agit de la classification traditionnelle. Mais il est important de leur faire comprendre qu'il n'y a pas de classification unique et qu'ils sont autorisés à proposer leur propre classification, à condition que celle-ci soit cohérente. De même, les élèves pourront proposer plusieurs appellations pour chacune des catégories ; chaque idée adaptée devra être valorisée, afin d'éviter qu'ils ne retiennent qu'une seule appellation. Cela aura également pour avantage d'étoffer leur vocabulaire et de favoriser l'utilisation de synonymes dans les exercices d'argumentation.

Une fois la réflexion sur la classification aboutie, les élèves pourront être amenés à représenter l'ensemble des déterminants d'un phénomène de manière schématique. Ce sera l'occasion de commencer à les faire réfléchir sur l'intérêt de schématiser des informations. Cet exercice permettra également d'utiliser l'outil informatique pour construire cette représentation schématique.

LE « JOUR DU BAC » : ÉLÉMENTS DE CORRIGÉ

Présenter les déterminants de l'obésité.

• Les attentes

- La maîtrise des connaissances :

Dans ce sujet, la notion de déterminants devra évidemment être rappelée.

La dimension multifactorielle de l'obésité devra également être mise en évidence, ce qui permettra d'illustrer l'interaction entre les déterminants.

D'autre part, les illustrations de déterminants devront être présentées de manière à distinguer l'influence positive et négative des déterminants. Il ne faut pas que les élèves se limitent à un seul aspect : certains déterminants favorisent l'obésité et d'autres ont une influence positive. Cette distinction devra être bien visible.

- L'analyse du sujet :

Il est conseillé d'accompagner la consigne de plusieurs documents permettant aux élèves de repérer les différents déterminants qui influencent l'obésité. La liste proposée en éléments de correction n'est donc pas exhaustive, il s'agit d'une piste de réflexion qui devra être adaptée au contenu des documents qui seront soumis aux élèves.

Un travail important de sélection des informations devra donc être effectué. Ensuite, l'ensemble des déterminants relevés devront être classés : soit par items, soit en respectant les catégories existantes de déterminants. L'imbrication possible des différents déterminants en jeu devra également être dégagée (déterminants multiples, interdépendants et cumulatifs).

- L'argumentation :

Chaque catégorie de déterminants présentée devra être développée et décrite de manière détaillée. Chaque facteur devra donc être suffisamment illustré pour ne pas être trop vague. Puis il devra être accompagné d'une argumentation personnelle, afin d'expliquer clairement son rôle dans l'obésité. Chaque catégorie de déterminants comportera des exemples de déterminants issus des documents. Mais il est important que les élèves mobilisent également leurs connaissances plus larges en citant des déterminants qui ne figurent pas nécessairement dans les annexes fournies.

• Exemple de corrigé possible

Les déterminants biologiques de l'obésité :

- la prédisposition génétique ;
- le métabolisme de la personne ;
- l'empreinte laissée par des conditions intra-utérines ou post-natales (les déterminants précoces *in utero* et post-natales, le gain de poids de la mère durant la grossesse et la durée d'allaitement) ;
- le bagage héréditaire et le poids des parents ;
- l'état de santé psychologique et physique, etc.

Les déterminants comportementaux :

- la suralimentation ;
- les mauvaises habitudes alimentaires ;
- le comportement sédentaire ;
- la prise de médicaments, etc.

Les déterminants socioéconomiques :

- les facteurs familiaux ;
- la situation financière (qui peut jouer un rôle dans la qualité des produits alimentaires consommés) ;
- l'origine ethnique (qui influence les habitudes alimentaires) ;
- la taille du ménage, etc.

Les déterminants environnementaux :

- l'environnement agroalimentaire (le bas prix de certains aliments, la commercialisation de portions plus grosses, etc.) ;
- l'environnement bâti (la proximité de parcs, l'offre de pistes cyclables, les transports, etc.) ;
- les médias (la publicité est omniprésente et elle modifie profondément notre rapport au corps et à l'alimentation) ;
- la mode ;
- les industries du corps, etc.

SYNTHÈSE RÉDIGÉE

L'état de santé et de bien-être social est un état d'équilibre avec des inégalités. Il est « déterminé », en partie, par de très nombreux facteurs.

I. La notion de déterminants

Activité 1. Ce qui détermine notre état de santé

L'état de santé et de bien-être social d'une personne est influencé de manière positive ou négative par de nombreux éléments : c'est ce que l'on appelle les « déterminants ».

Une multitude d'exemples peuvent être cités : le tabagisme, l'alimentation, le lieu de vie, la pratique d'une activité physique, les conditions de travail, etc.

Il est possible d'intervenir sur certains déterminants. C'est pourquoi il s'avère nécessaire de les identifier, afin de permettre aux pouvoirs publics d'agir et d'influencer positivement la santé des individus. Ces derniers agissent en mettant en place des actions de prévention, notamment en informant les individus sur les dangers des comportements à risque afin de les inciter à les modifier. Les pouvoirs publics interviennent également en réglementant certaines pratiques. Par exemple, certains comportements dangereux sont interdits et sanctionnés (conduite en état d'ivresse, consommation de tabac dans les lieux publics, etc.).

Activité 2. Déterminants et facteurs de risque

Un facteur de risque est une caractéristique liée à une personne, à son environnement, à sa culture, à son mode de vie, à son histoire et qui entraîne une probabilité plus élevée de développer une maladie ou de rencontrer une difficulté sociale.

À l'inverse, un facteur qui diminue de manière significative le risque de maladies ou de problèmes sociaux est appelé un « facteur protecteur ».

Le déterminant est un élément qui influence la santé ou le bien-être social alors que le facteur de risque définit le lien statistique entre les caractéristiques d'un individu et le risque de maladie ou de problème social.

II. Les différents types de déterminants

Activité 3. Un phénomène, plusieurs déterminants

L'état de santé d'un individu est très souvent influencé par un ensemble de facteurs, c'est pourquoi l'on dit que les déterminants sont associés ou interdépendants les uns des autres.

De plus, les déterminants ont une influence variable. Cela signifie que la population est soumise à une combinaison de déterminants qui agissent à différents degrés plus ou moins favorables. Les déterminants agissent les uns sur les autres et l'exposition à un déterminant peut être atténuée par un autre ou au contraire accentuée.

Leur influence est également complexe car l'état de santé et de bien-être social est le résultat d'une multitude de facteurs qui s'accumulent et interagissent, tout au long de la vie de l'individu.

Activité 4. Une classification des déterminants

Les déterminants qui agissent sur l'état de santé et de bien-être social sont de natures différentes et sont donc très nombreux. Plusieurs classifications sont possibles. Classiquement, les déterminants sont regroupés en quatre principales catégories : les déterminants environnementaux, les déterminants comportementaux, les déterminants biologiques et les déterminants socio-économiques.

• Les déterminants environnementaux

Il s'agit de l'ensemble des facteurs en lien avec les conditions de vie et de travail des individus, qui ont une incidence sur leur santé. Tous les individus subissent en effet l'influence de facteurs extérieurs. La plupart du temps, ils n'ont pas la maîtrise sur ces facteurs. Les déterminants environnementaux comprennent deux axes : l'environnement de vie et l'environnement de travail.

L'environnement de vie englobe notamment :

- le logement (taille du logement, équipements, insalubrité...);
- le lieu de vie (zone rurale ou zone urbaine, pollution...).

L'environnement de travail englobe par exemple :

- l'exposition à des substances toxiques ou cancérogènes (comme par exemple l'amiante) ;
- le stress, qui peut entraîner des dépressions, des conduites addictives ou même des suicides ;
- la pénibilité du travail, avec par exemple le fait de travailler à l'extérieur, ou de porter des charges lourdes (facteur de troubles musculo-squelettiques).

• Les déterminants comportementaux

Le bien-être est largement conditionné par les habitudes d'hygiène de vie. Des conduites à risques considérées comme individuelles (tabagisme, alcoolisme, etc.) ont également d'importantes répercussions. Les déterminants comportementaux correspondent donc à l'ensemble des facteurs liés aux comportements et aux modes de vie des individus et qui ont des conséquences sur leur santé. On peut citer notamment :

- les conduites addictives : consommation de tabac, alcool, drogues, etc. ;
- la prise de risque au volant ;
- la prise de risque lors des relations sexuelles ;
- les habitudes alimentaires ;
- les habitudes d'hygiène de vie (pratique de loisirs et de sports...) ;
- les habitudes sanitaires (visites fréquentes chez un médecin, automédication...).

• Les déterminants biologiques

Les déterminants biologiques sont des facteurs qui sont propres à chaque individu, comme l'âge et le sexe. Il s'agit aussi du patrimoine génétique, des maladies congénitales et des maladies héréditaires.

Ces trois termes sont à distinguer :

- « Héréditaire » : se dit d'une caractéristique dont la transmission se fait par les ascendants.
- « Congénitale » : se dit d'une particularité physique ou psychique dont l'origine est antérieure à la naissance. Une pathologie congénitale est donc présente dès la naissance et peut persister ou se développer davantage pendant la vie.
- « Génétique » : se dit d'une caractéristique inscrite dans la carte génétique de l'individu (c'est-à-dire non modifiable).

• Les déterminants socioéconomiques

Les déterminants socioéconomiques englobent l'ensemble des facteurs qui sont en lien avec la situation sociale et financière d'un individu et qui ont des répercussions sur sa santé. Il s'agit notamment :

- des conditions économiques de la personne (les ressources par exemple) ;
- des conditions sociales (en activité ou non, niveau d'études, de diplôme, profession et CSP) ;
- des habitudes culturelles.

Les déterminants liés à l'organisation du système de protection sociale peuvent également être insérés dans cette catégorie. En effet, l'accessibilité et la qualité des services de soins, de prévention et de réadaptation contribuent à influencer l'état de santé et de bien-être d'une population.

En conclusion, la connaissance des données épidémiologiques permet d'avoir une bonne vision de la situation afin que les pouvoirs publics mettent en place des actions adaptées aux problèmes qui sont constatés. De plus, une collecte régulière de ces données permet de mesurer la situation en permanence et d'agir en cas d'évolution importante. Il est donc indispensable d'identifier ces déterminants car cela permet aux pouvoirs publics d'être réactifs.

L'interaction entre les différents déterminants

ATT

5

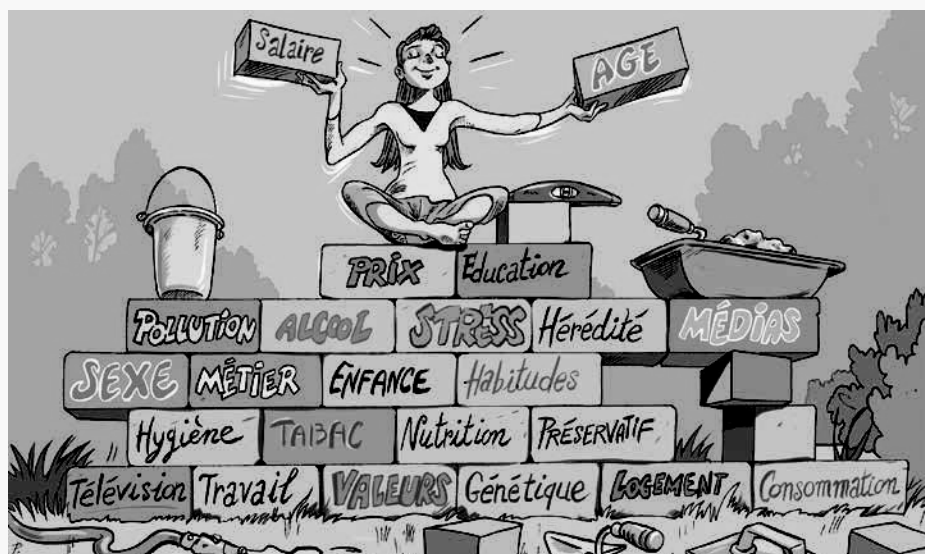
Activité de découverte

Objectif • comprendre comment s'articulent les nombreux déterminants qui influencent l'état de santé et de bien-être social d'un individu.



Doc 1 — La santé et le bien-être, un équilibre

Pour comprendre la situation sanitaire et sociale d'un individu, c'est l'ensemble de ses conditions de vie qu'il faut étudier. Dès notre naissance, nous accumulons les facteurs qui forgent le mur sur lequel nous nous tenons en équilibre. Chaque brique de ce mur nous appartient et fait partie de notre histoire.



Foucher, 2015

1 La santé et le bien-être résultent de l'équilibre entre de nombreux facteurs. Commentez et illustrez cette affirmation.

De nombreux facteurs influencent la santé et le bien-être : ce sont les déterminants. Ceux-ci sont très nombreux ; on peut citer, notamment : les conditions de travail, la pollution atmosphérique, la consommation de tabac ou d'alcool, l'utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels, la génétique, etc.

2 Selon vous, certains de ces facteurs sont-ils plus importants que d'autres ?

Il n'y a pas de véritable hiérarchie entre les facteurs qui agissent sur notre état de santé et de bien-être social. Bien que certains déterminants jouent un rôle prépondérant, la multitude des déterminants forment, tout au long de la vie, un ensemble qui peut varier, chaque facteur jouant un rôle plus ou moins important.

I L'action complexe des déterminants

Activité 1 Les interactions entre les déterminants

Objectif ► comprendre qu'il existe des interactions entre les différents déterminants.



Doc 2 Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ?

À chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socioéconomique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. Ces facteurs sont désignés comme les « déterminants de la santé ». Ils n'agissent pas isolément : c'est la combinaison de leurs effets qui influe sur l'état de santé. L'état de santé d'une personne se caractérise donc par des interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, socioenvironnementaux

et économiques. Il existe divers modèles explicatifs de ces déterminants de la santé. Certains privilégient le rôle des conditions de naissance et de vie dans la petite enfance, qui, lorsqu'elles sont défavorables, poseraient les fondements créateurs des inégalités. D'autres se fondent sur l'effet cumulatif de déterminants sociaux et économiques défavorables se combinant et interagissant au cours de la vie. Ces courants ne sont pas exclusifs les uns des autres et peuvent être complémentaires.

www.inpes.sante.fr

1 Cherchez dans un dictionnaire le sens des mots et expressions en bleu dans le doc. 2.

« Interactions » : action ou réaction réciproque de plusieurs éléments.

« Interdépendance » : dépendance réciproque de certains éléments.

« Ils n'agissent pas isolément » : ils n'agissent pas de manière séparée, indépendamment les uns des autres.

« Combinaison » : assemblage d'éléments.

« Cumulatif » : qui s'ajoute.

« Complémentaires » : qui se complètent les uns les autres.

2 À l'aide de vos recherches et de vos connaissances, expliquez avec vos propres mots ce que signifie l'expression : « l'interaction des différents déterminants ». Illustrez votre réponse (doc. 1 et 2).

Les déterminants interagissent entre eux. Cela signifie qu'ils sont la plupart du temps liés. Ils agissent ensemble, de manière combinée. Les différents déterminants s'ajoutent les uns aux autres et l'action de chacun est souvent réciproque. De plus, ils se cumulent, c'est-à-dire que l'effet d'un seul n'aura pas le même impact que lorsqu'il est associé à d'autres.

Activité 2 Les interactions entre les déterminants de santé et les déterminants du bien-être social

Objectifs ► analyser les interactions entre les déterminants de l'état de santé et de bien-être social d'une population ;
► préciser l'importance des déterminants sociaux de la santé.



Doc 3 La santé se construit dans un environnement social

Les inégalités sociales de santé sont présentes dans tous les pays. Parmi les facteurs qui déterminent l'état de santé d'un individu, les facteurs sociaux, moins bien étudiés que les facteurs biologiques, sont pourtant nombreux. Ils sont d'ordre environnemental, comportemental ou sont

liés au système de santé. L'état de santé et la situation sociale interagissent de façon complexe, dans un processus dynamique tout au long de la vie. Les trajectoires de santé et les trajectoires sociales sont souvent confondues. Pour agir sur l'état de santé des populations et tenter d'en

Doc 3

→ réduire les inégalités, différents moyens sont possibles, mais pour qu'ils soient efficaces, leur utilisation nécessite une prise en compte des déterminants sociaux de la santé.

Des interactions complexes et dynamiques entre les déterminants sociaux de la santé

L'état de santé et la situation sociale agissent l'un sur l'autre de façon complexe. Un état de santé précaire pendant l'enfance peut gêner le déroulement des études et entraver le niveau de réussite socioprofessionnelle. Inversement, des conditions d'environnement socioéconomique difficiles peuvent être la source d'une dégradation de l'état de santé, voire de handicap, qui favorise la perte d'emploi. Ces processus peuvent se succéder au cours de la vie, de façon circulaire. Les chercheurs en épidémiologie considèrent que la santé se construit dans un mouvement dynamique de ces déterminants sociaux de la santé tout au long de la vie de l'individu. Il a par ailleurs été montré que les conditions du développement fœtal durant la vie intra-utérine d'une part, les conditions de vie dans la petite enfance de l'autre, étaient prédictives de la survenue des maladies à l'âge adulte (maladies cardiovasculaires, cancers, etc.). Différents modèles permettent de comprendre comment les déterminants sociaux agissent sur l'état de santé tout au long de la vie en tant que véritables facteurs de risque. Le modèle cumulatif considère que l'effet global observé sur la santé résulte de la somme cumulée au cours

de la vie des effets négatifs exercés par les différents facteurs de risque sur l'individu. Cet effet d'accumulation est aussi bien transversal, puisque certains individus cumulent à un moment donné les facteurs de risque (travail pénible, habitat défavorisé, environnement toxique), que longitudinal (cumul des facteurs de risque de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte). Un deuxième modèle souligne l'importance de périodes critiques au cours desquelles certains facteurs de risque sont susceptibles d'altérer durablement l'état de santé. L'état nutritionnel maternel, qui a une influence majeure sur le développement fœtal, en est un exemple. Un troisième modèle, complémentaire des deux premiers, est celui des chaînes de causalité. Il met l'accent sur l'enchaînement des phénomènes. Ces chaînes causales peuvent faire intervenir des mécanismes biologiques (l'obésité par exemple), qui conduisent eux-mêmes à un certain nombre de pathologies (le diabète et l'hypertension artérielle dans le cas de l'obésité). Mais ces trajectoires sont également et principalement sociales. Les conditions sociales de la petite enfance vont conduire à favoriser certaines trajectoires personnelles et professionnelles, elles-mêmes en cause dans la détermination de l'état de santé. L'idée de suivre les enchaînements de causes depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte s'est imposée progressivement dans l'étude des déterminants sociaux de la santé.

IReSP, Questions de santé publique n° 7, décembre 2009
www.iresp.net

1 Commentez la phrase soulignée (doc. 3).

L'état de santé et la situation sociale d'un individu sont étroitement liés. Ils agissent l'un sur l'autre car ils exercent une influence réciproque :

- un mauvais état de santé peut avoir des conséquences sur le bien-être social ou sur l'insertion d'une personne ;
- inversement, une situation de précarité ou d'exclusion peut avoir des répercussions sur l'état de santé, en créant des troubles comme le stress ou en engendrant des conduites addictives.

2 Repérez, en les surlignant, les trois modèles permettant d'étudier l'action des déterminants sociaux sur l'état de santé (doc. 3).

3 En vous appuyant sur l'exemple de l'état de santé d'un jeune de 17 ans, illustrez les caractéristiques de chacun des trois modèles, en les représentant sous forme de schéma (une feuille par schéma) (doc. 1 à 3).

L'état de santé d'un jeune de 17 ans peut s'expliquer par de nombreux facteurs. On peut citer : les conditions de vie durant l'enfance, les ressources de sa famille, ses conditions de scolarité, ses comportements à risque, son logement, etc.

Le modèle cumulatif repose sur l'accumulation des facteurs agissant tous de manière globale. Le schéma peut être de toute forme mais doit mettre en évidence la somme des différents facteurs qui s'ajoutent les uns aux autres pour donner le résultat final. Le modèle reposant sur les périodes critiques s'attache plus particulièrement à l'impact de certains facteurs de risque. Le schéma doit donc faire apparaître les conséquences de deux ou trois périodes de la vie du jeune sur son état de santé actuel. Le modèle des chaînes de causalité repose sur des facteurs qui s'enchaînent et s'articulent entre eux. Le schéma doit donc être linéaire, de type « processus », et doit permettre la visualisation de l'action de chaque facteur sur le suivant conduisant à l'état de santé actuel.

Doc 4 — Le rôle des déterminants sociaux de la santé

L'épidémiologie clinique a permis de faire des progrès dans l'identification de facteurs de risque (par exemple l'alcool, le tabac, etc.) responsables de pathologies clairement identifiées comme les premières causes des décès en France (cancers, pathologies cardio-vasculaires, etc.). Aussi, les inégalités semblaient trouver là une explication simple et une solution tout aussi simple : inciter les populations à ne pas adopter des comportements à risque. Mais, aussi troublant que cela puisse paraître, les comportements individuels ne sont pas le facteur qui prédomine pour expliquer les inégalités constatées. Ces facteurs individuels de risque ne peuvent pas à eux seuls expliquer les différences sociales de santé. Le recours à cette seule explication a été remis en cause par différents travaux de recherche, dont les travaux de chercheurs britanniques qui ont montré qu'au mieux le mode de vie expliquerait un tiers des écarts constatés. [...] Il faut chercher des explications ailleurs.

L'importance des facteurs sociaux

En effet, à facteurs de risque égaux au regard des comportements individuels, d'autres facteurs pour lesquels un lien direct n'est pas établi (comme l'est, par exemple, le lien entre tabac et cancer du poumon) apparaissent statistiquement liés à l'état de santé. Ces facteurs, appelés déterminants sociaux de la santé, sont multiples, semblent agir en interactions complexes et avoir un lien avec la répartition socialement observée des comportements défavorables à la santé. Dans son rapport de 2002, le Haut Comité de la santé publique prenait la mesure du rôle du social : « Les inégalités sociales de santé constituent ainsi l'une des facettes (et une conséquence) des inégalités sociales. » [...] Ce modèle est fondé sur les interactions que des déterminants dits « structurels » des inégalités sociales de santé ont avec des déterminants dits « intermédiaires » de l'état de santé.

Principaux déterminants des inégalités

Les déterminants structurels sont ceux qui sont liés au contexte politique et économique du pays. Ils influent sur la stratification sociale et économique du pays et donc sur la répartition sociale de la population en fonction du revenu, de l'éducation, de la profession, du sexe, des origines

ethniques. On y trouve : la gouvernance, les politiques macro-économiques, les politiques sociales, les politiques publiques, la culture et les valeurs de la société, les revenus, l'éducation, l'occupation, la puissance, le prestige, etc. Ces déterminants ont un impact sur la distribution inégale des déterminants intermédiaires. Les déterminants intermédiaires de l'état de santé renvoient aux conditions matérielles, psychologiques, aux comportements, aux facteurs biologiques et génétiques, ainsi qu'au rôle de l'accès au système de santé. Parmi les éléments pris en compte, on citera pour les conditions matérielles : le logement, la qualité du quartier, la consommation potentielle (c'est-à-dire les moyens financiers d'acheter des aliments sains, des vêtements chauds, etc.), l'environnement physique du travail. Les facteurs psychosociaux renvoient au stress des conditions de vie et de travail, aux relations et au soutien social. Les comportements concernent la nutrition, l'activité physique, la consommation de tabac et d'alcool, qui ont une répartition socialement stratifiée entre les différents groupes sociaux.

« Comment le social passe sous la peau »

Au-delà des hypothèses explicatives, nombreuses à ce jour, il existe désormais un consensus pour dire que tous ces déterminants interviennent, sans que l'on puisse expliquer complètement comment ils interviennent, si l'un prédomine sur l'autre ou comment les hiérarchiser. Notamment, la manière dont les inégalités produites par les sociétés s'expriment dans les corps, dont le social se transcrit dans le biologique ou, autrement dit, « comment le social passe sous la peau » reste encore largement inexpliquée. Il y a donc nécessité pour la recherche de poursuivre ou d'amplifier, en France notamment, les travaux sur les facteurs explicatifs et leurs liens dans la genèse des inégalités sociales de santé. Les données de la recherche sont fondamentales afin de pouvoir proposer des stratégies d'actions efficaces mais la réduction des inégalités sociales de santé nécessite la mise en œuvre de politiques publiques intersectorielles [...].

INPES, *La Santé de l'homme* n° 397, septembre-octobre 2008
www.inpes.sante.fr

4 Présentez les deux catégories de déterminants sociaux en complétant le schéma ci-dessous (doc. 4).

Déterminants
structurels

- Définition : en lien avec le contexte politique et économique du pays.
- Exemples : la gouvernance, les politiques publiques, la culture, les valeurs...

Déterminants
intermédiaires

- Définition : en lien avec les conditions matérielles et psychologiques des individus, leurs comportements, leurs facteurs biologiques et génétiques, ainsi qu'avec l'accès au système de santé.
- Exemples : le logement, la nutrition, les conditions de travail.

État de santé
et de bien-être
social de
l'individu

5 Après avoir cherché dans un dictionnaire le sens du mot « intersectoriel », expliquez ce que sont des « politiques intersectorielles » et donnez-en des exemples (doc. 4).

« Intersectoriel » signifie « qui concerne plusieurs secteurs d'activité ». Des politiques intersectorielles sont donc des mesures qui concernent plusieurs domaines différents. Par exemple, les politiques publiques vont agir en mettant en place des actions de prévention concernant les comportements individuels, mais également en intervenant sur l'éducation, la salubrité des logements, l'accès au système de soins, la réglementation du travail, les revenus, l'environnement, etc.

Doc 5 — Déterminants sociaux et inégalités

Les inégalités sociales de santé peuvent être définies comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale ». Deux éléments sont importants dans cette définition. Tout d'abord, l'existence d'un lien entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale. Ensuite, le fait que ces inégalités de santé sont considérées comme évitables. Elles ne relèvent pas seulement de la biologie, mais de déterminants socialement construits. Le concept de déterminants sociaux de la santé vise à expliquer comment les inégalités sociales se « transforment » en inégalités de santé. À côté de l'âge, du sexe et des facteurs héréditaires, les comportements individuels (consommation de tabac et d'alcool, alimentation,

exercice physique...), les communautés dans lesquelles s'inscrivent les individus, les conditions de vie et de travail (emploi, logement, transports, accès aux services publics essentiels), et enfin les conditions économiques, culturelles et environnementales sont les grandes catégories de déterminants le plus souvent identifiées. La façon dont ces déterminants se construisent et s'enchaînent renvoie à des modèles théoriques mais surtout, *in fine*, à des choix politiques en termes de justice sociale.

Les Inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action, rapport de l'Igas, mai 2011
www.ladocumentationfrancaise.fr

6 Expliquez avec vos propres mots ce que sont les déterminants sociaux de santé (doc. 3, 4 et 5).

Les déterminants sociaux de santé sont en lien avec les conditions sociales et économiques dans lesquelles vivent les individus.

Je construis ma synthèse

Par rapport à la classification traditionnelle des déterminants, comment placeriez-vous les déterminants sociaux de santé ?

Les déterminants sociaux de santé sont une catégorie plus large de déterminants. Ils sont à la croisée de plusieurs catégories de déterminants car ils englobent plusieurs facteurs. Par exemple, ils sont en lien avec l'accès au système de soins : cela peut faire référence aux déterminants environnementaux ou bien aux déterminants socioéconomiques. Les déterminants sociaux de santé englobent également les modes de vie, ce qui les rapproche donc des déterminants comportementaux.

Montrez que la mise en œuvre de politiques publiques intersectorielles est adaptée pour réduire les inégalités sociales de santé.

Les politiques intersectorielles permettent d'agir sur plusieurs domaines. Ce type d'intervention est adapté car l'état de santé et de bien-être social d'un individu s'explique par de nombreux facteurs qui relèvent des conditions de vie globale. Il ne serait pas efficace que les politiques publiques n'agissent que sur un seul facteur de manière isolée, puisque c'est l'association et l'interaction des facteurs qui est à l'origine des inégalités entre les individus.

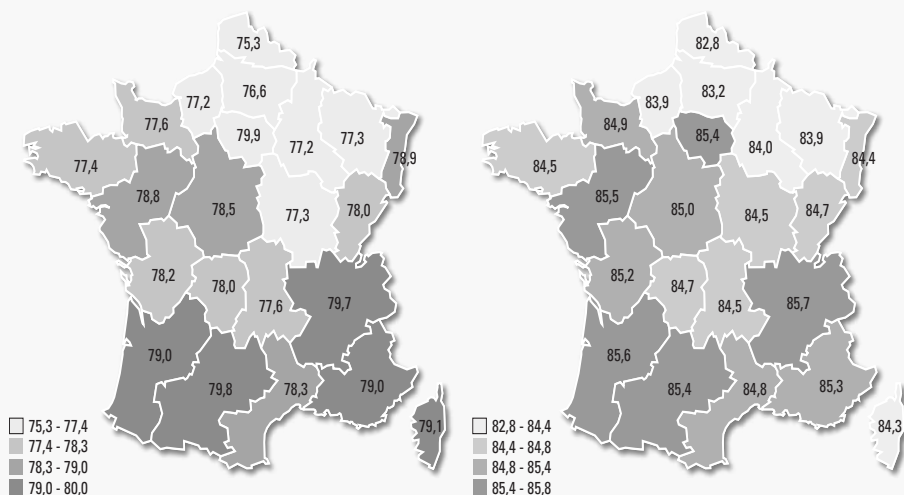
II L'impact des déterminants sur l'émergence d'inégalités dans une population

Activité 3 La place des différents déterminants dans les inégalités d'espérance de vie

Objectif ➤ comprendre la complexité de l'influence des différents déterminants dans les écarts d'espérance de vie entre les régions.



Doc 6 L'espérance de vie des hommes et des femmes selon les régions



1 Indiquez les trois régions où l'espérance de vie est la plus haute et les trois où elle est la plus basse (doc. 6).

Les régions où l'espérance de vie est la plus élevée sont :

– l'Île-de-France (en moyenne 79,9 ans pour les hommes et 85,4 pour les femmes) ;

– la région Midi-Pyrénées (avec 79,8 ans pour les hommes et 85,4 pour les femmes) ;

– la région Rhône-Alpes (avec 79,7 ans pour les hommes et 85,7 pour les femmes).

En revanche, l'espérance de vie est très basse dans certaines régions :

– la Picardie (75,6 ans en moyenne pour les hommes et 83,2 pour les femmes) ;

– le Nord-Pas-de-Calais (76,6 ans pour les hommes et 82,8 pour les femmes) ;

– la Haute-Normandie (77,2 ans pour les hommes et 83,9 ans pour les femmes).

2 À partir de vos connaissances et des documents du chapitre, proposez des hypothèses qui pourraient expliquer les écarts d'espérance de vie entre ces régions.

On constate d'importantes inégalités d'espérance de vie entre les régions. Parmi les facteurs possibles de ces écarts, on peut citer :

la situation socioéconomique de la région, les revenus des habitants, les emplois dans la région, la densité médicale, les habitudes culturelles et alimentaires dans la région, le climat, la pollution...

Activité 4 L'impact de la situation sociale et financière

- Objectifs
- repérer l'influence de la situation sociale et financière dans les inégalités d'espérance de vie ;
 - présenter le lien entre les déterminants et les niveaux de santé et de bien-être social.



Doc 7 Revenus et inégalités selon les régions

Régions	Revenu fiscal médian par UC ¹ (en euros)	Taux de chômage (en %) au 3 ^e trimestre 2013	Taux de pauvreté à 60 % (en %)	Population couverte par le RSA ² (en %)	Bénéficiaires de la CMU ³ (en %)	Bénéficiaires de la CMU-C ⁴ (en %)
Alsace	20 603	9,5	12,2	6,6	3,1	4,6
Aquitaine	19 074	10,4	13,5	6,1	2,1	5,1
Auvergne	18 237	9,4	14,3	5,9	2,2	4,8
Basse-Normandie	18 141	9,8	13,7	5,7	1,8	5,0
Bourgogne	18 695	9,8	13,2	5,7	2,3	5,0
Bretagne	18 969	9,4	11,5	4,5	1,6	3,6
Centre	19 211	10,0	12,5	6,1	2,3	5,4
Champagne-Ardenne	18 228	11,6	15,5	7,6	3,4	7,0
Corse	17 659	10,6	19,2	4,4	3,2	4,1
Franche-Comté	19 012	9,9	13,1	5,8	2,5	5,2
Haute-Normandie	18 907	11,7	13,8	7,8	2,7	6,5
Île-de-France	22 243	9,2	13,5	6,6	3,5	6,0
Languedoc-Roussillon	17 265	14,9	19,6	10,1	4,6	9,2
Limousin	18 173	9,8	15,4	5,9	2,2	5,5
Lorraine	18 487	11,1	14,7	7,1	2,4	5,6
Midi-Pyrénées	18 907	10,8	14,6	6,3	2,6	5,8
Nord-Pas-de-Calais	16 797	14,0	19,7	12,2	5,1	10,0
Pays de la Loire	18 751	9,1	11,6	5,1	1,8	4,3
Picardie	18 332	12,6	15,5	8,1	2,9	6,6
Poitou-Charentes	18 204	10,0	14,3	6,7	2,5	5,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	19 059	12,0	16,4	8,2	4,3	7,5
Rhône-Alpes	20 062	9,3	12,4	5,1	2,3	4,7
France métropolitaine	19 218	10,5	14,3	6,9	3,0	6,0
France entière	nd ⁵	nd	nd	7,5	3,4	6,6

Données pour 2011 (revenus, taux de pauvreté et CMU) et pour 2013 (pour le taux de chômage et le RSA).

Champ : part de la population de 15 ans ou plus.

1. UC : unités de consommation.

2. RSA : revenu de solidarité active.

3. CMU : couverture universelle maladie (CMU de base).

4. CMU-C : CMU complémentaire.

5. nd : non disponible.

Drees, Recueil d'indicateurs régionaux – Offre de soins et état de santé, 2014

www.drees.sante.gouv.fr

1 Indiquez ce qui fait l'objet du document et citez les indicateurs utilisés (doc. 7).

Le document présente la situation sociale et financière de chaque région, en comparant plusieurs indicateurs qui renseignent sur la précarité ou non des habitants de ces régions.

2 Complétez le tableau ci-dessous. Pour chaque indicateur : 1. donnez son nom ; 2. donnez sa définition ; 3. précisez sur quel phénomène il permet de renseigner ; 4. illustrez-le en rédigeant une phrase complète avec la donnée correspondant à la région Nord-Pas-de-Calais.

Indicateurs	Définition	Phénomène(s) sur le(s)quel(s) il renseigne	Exemple pour le Nord-Pas-de-Calais
Le revenu médian (en euros)	Salaire calculé tel que la moitié des salariés de la population considérée gagne moins et l'autre moitié gagne plus.	Il nous renseigne sur les ressources dont disposent les habitants de chaque région.	En 2011, le revenu fiscal médian des habitants du Nord-Pas-de-Calais s'élevait à 16 797 euros.
Le taux de chômage (en %)	Proportion de personnes cherchant un emploi par rapport à la population active.	Cette donnée nous renseigne sur l'importance du chômage dans la région.	Au 3 ^e trimestre de 2013, 14 % de la population active de cette région est au chômage.
Le taux de pauvreté (en %)	Proportion de personnes vivant avec un revenu inférieur au seuil de pauvreté.	Il nous renseigne sur le niveau de ressources des habitants de la région, en particulier sur ceux qui ne réussissent pas à satisfaire leurs besoins fondamentaux.	En 2011, 19,7 % de la population de 15 ans ou plus vit en dessous du seuil de pauvreté.
La population couverte par le RSA (en %)	Proportion de personnes bénéficiant du RSA.	Le RSA est un minimum social qui permet aux personnes démunies de bénéficier d'un minimum de ressources pour survivre.	En 2013, 12,2 % de la population de 15 ans ou plus perçoit le RSA.
Les bénéficiaires de la CMU (en %)	Proportion de personnes bénéficiant de la CMU de base.	Lorsqu'une personne bénéficie de la CMU, c'est qu'elle ne remplit pas les conditions pour bénéficier de l'assurance maladie, c'est-à-dire qu'elle ne travaille pas.	En 2011, 5,1 % de la population de 15 ans ou plus bénéficie de la CMU de base.
Les bénéficiaires de la CMU-C (en %)	Proportion de personnes bénéficiant de la CMU-C.	Lorsqu'une personne a droit à la CMU-C c'est que ses ressources sont faibles et qu'elle a des difficultés pour acquérir une complémentaire santé.	En 2011, 10 % de la population de 15 ans ou plus bénéficie de la CMU-C.

3 Expliquez l'influence que les six indicateurs peuvent avoir sur l'espérance de vie.

Ces indicateurs sont en lien avec les ressources financières et la situation d'emploi des individus. Il s'agit d'un déterminant important qui influence l'espérance de vie. En effet, un faible niveau de ressources empêche les individus de financer les soins qui ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie (certains médicaments et les dépassements d'honoraires des médecins). Ils auront également parfois des difficultés pour faire l'avance des frais remboursés par l'Assurance Maladie.

4 Pour chaque indicateur, entourez d'une couleur les trois données les plus inquiétantes et entourez d'une autre les trois données les plus favorables (doc. 7).

5 S'agit-il des six régions mises en évidence dans l'activité 3 ? Que pouvez-vous en déduire (doc. 6 et 7) ?

Il ne s'agit pas toujours des six régions pour lesquelles les écarts d'espérance de vie ont été constatés. Les trois régions ayant la meilleure espérance de vie ne présentent pas les meilleurs indicateurs. Par exemple, on remarque que la région Languedoc-Roussillon et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur présentent souvent des indicateurs inquiétants alors qu'elles ne font pas partie des trois régions où l'espérance de vie est faible. Les régions Pays de la Loire et Bretagne ont souvent des indicateurs positifs alors qu'elles ne font pas partie des trois régions ayant la meilleure espérance de vie. La région Nord-Pas-de-Calais ne présente néanmoins que des indicateurs inquiétants. D'où l'on peut déduire que les six phénomènes étudiés ne permettent pas à eux seuls d'expliquer les inégalités d'espérance de vie constatées. D'autres déterminants jouent donc aussi un rôle.

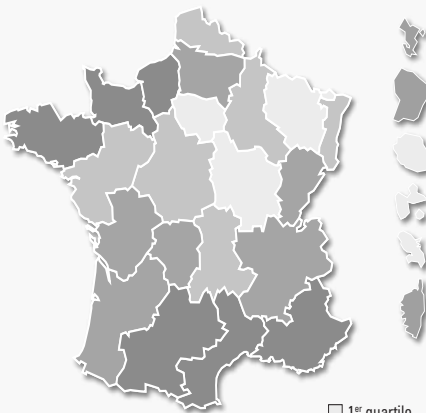
Activité 5 Le rôle des comportements dans les inégalités

- Objectifs
- repérer l'impact des comportements sur les inégalités d'espérance de vie ;
 - présenter le lien entre les déterminants et les niveaux de santé et de bien-être social.

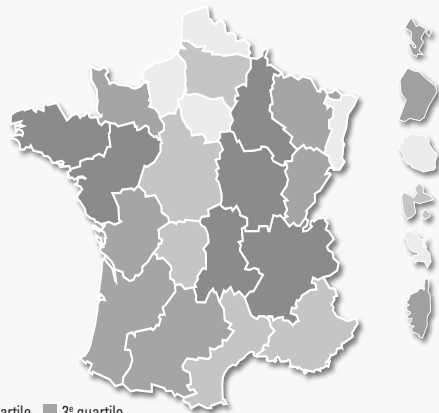


Doc 8 La consommation d'alcool et de tabac chez les jeunes de 17 ans

Consommation quotidienne de tabac



Consommation régulière d'alcool



□ 1^{er} quartile ■ 2^e quartile ■ 3^e quartile
■ 4^e quartile ■ Données manquantes

Note : chaque quartile comprend un quart des régions préalablement rangées dans l'ordre décroissant de l'indicateur présenté.

Drees, Recueil d'indicateurs régionaux – Offre de soins et état de santé, 2014
www.drees.sante.gouv.fr

1 En vous appuyant sur vos connaissances, rappelez les conséquences de la consommation de tabac et d'alcool sur l'état de santé des individus.

La consommation de tabac et d'alcool engendre une dépendance. Parmi les répercussions de celle du tabac sur la santé, on peut citer les risques de cancer du poumon, les difficultés respiratoires, etc. La consommation excessive d'alcool entraîne elle aussi des problèmes de santé (comme les cirrhoses par exemple), et peut être à l'origine d'un accident de la route ou d'un suicide.

2 Indiquez ce qui fait l'objet du doc. 8, puis expliquez de quelle manière les informations sont représentées et à quoi correspondent les couleurs.

Ce document compare la consommation de tabac et d'alcool des jeunes de 17 ans selon les régions. Les informations sont représentées visuellement sur des cartes de la France découpée en régions. Chaque région est colorée en fonction de l'importance de la consommation : plus la région est foncée, plus la consommation y est forte et plus la région est claire, plus la consommation y est faible.

3 Complétez le tableau ci-dessous afin de comparer les régions (doc. 8).

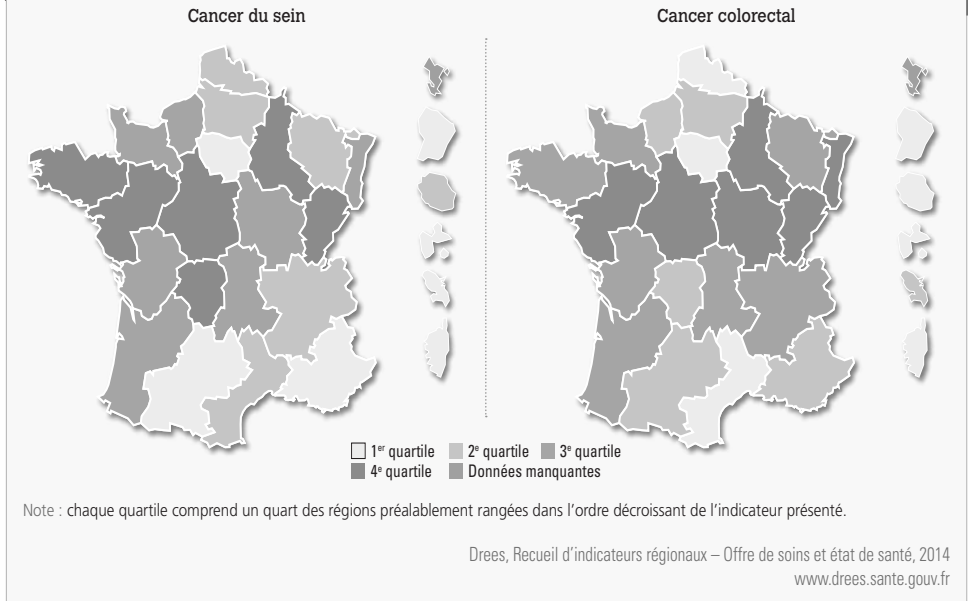
	Consommation de tabac	Consommation d'alcool
Régions dans lesquelles les jeunes ont une forte consommation	Bretagne, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon et PACA	Bretagne, Pays de la Loire, Champagne-Ardenne, Bourgogne, Auvergne, Rhône-Alpes
Régions dans lesquelles les jeunes ont une faible consommation	Île-de-France, Bourgogne, Lorraine	Nord-Pas-de-Calais, Haute-Normandie, Alsace

4 Mettez en lien les régions qui apparaissent dans le tableau et les régions mises en évidence pour illustrer les écarts d'espérance de vie dans le doc. 6. Que constatez-vous (doc. 6 et 8) ?

Les régions où la consommation de tabac et d'alcool est la plus élevée ne correspondent pas toujours aux trois régions où l'espérance de vie est la plus faible ; et inversement : les régions où la consommation est la plus faible ne correspondent pas toujours aux régions ayant la plus forte longévité. Certaines observations contredisent même le classement dégagé dans le doc. 6. Par exemple, la région Midi-Pyrénées présente une des plus fortes consommations de tabac, alors qu'elle fait partie des régions ayant la meilleure longévité. La Picardie est la région ayant la moins bonne espérance de vie, mais elle ne fait pas partie des régions ayant une très forte consommation de tabac ou d'alcool. Le Nord-Pas-de-Calais apparaît même parmi les régions où les jeunes consomment le moins d'alcool, alors que son espérance de vie est faible.

Doc 9

Participation aux dispositifs de dépistage organisé



5 À l'aide de vos connaissances, expliquez en quoi la participation aux dépistages a une influence sur l'espérance de vie.

Le dépistage permet de détecter la présence de la maladie. Un dépistage précoce permet la mise en place immédiate d'un traitement. Ainsi, pour le cancer du sein, le dépistage augmente sensiblement les chances de survie de la patiente et réduit les conséquences de cette pathologie.

6 Selon vous, de quel(s) type(s) de déterminant(s) relève la participation aux dépistages ?

La participation aux dépistages relève tout d'abord des comportements individuels. Elle va donc dépendre des habitudes de chacun, des connaissances et des informations reçues sur la nécessité du dépistage. Mais lorsqu'il ne s'agit pas d'une campagne de dépistage prise en charge par l'Assurance Maladie, ce comportement peut être freiné par des difficultés financières. Par ailleurs, la proximité des services de santé permettant les dépistages influence également la démarche. Enfin, cette démarche de dépistage est aussi le reflet d'un déterminant biologique car le sexe aura également un impact. Nous savons en effet que les femmes participent plus aux dépistages que les hommes. Bien qu'il s'agisse d'un déterminant comportemental, la participation aux dépistages est donc aussi en lien avec les autres types de déterminants : environnementaux, socioéconomiques et biologiques.

7 Observez les régions où les habitants participent aux dépistages, ainsi que celles où ils participent peu. Comparez ces régions avec les régions mises en évidence dans le doc. 6. Que constatez-vous (doc. 6 et 9) ?

On ne retrouve pas les régions dans l'ordre auquel on aurait pu s'attendre. Par exemple, la région Midi-Pyrénées et l'Île-de-France sont deux régions où l'espérance de vie est la plus élevée alors qu'elles présentent la moins bonne participation aux dépistages. D'autre part, les régions présentant les meilleurs taux de participation ne font pas nécessairement partie des régions ayant la meilleure espérance de vie (ex. : la Bretagne).

8 En vous appuyant sur la phrase en italique bleu dans le doc. 4, que pouvez-vous déduire des résultats que vous venez d'observer (doc. 4, 6, 8 et 9) ? Il n'a pas été possible d'établir un rapport direct et unique entre le comportement et l'espérance de vie. Les régions ayant la meilleure espérance de vie ne sont pas toujours celles qui présentent les meilleurs comportements face au tabac, à l'alcool et aux campagnes de dépistage. Et inversement, celles ayant une faible longévité présentent parfois de très bons taux en ce qui concerne les conduites addictives et la participation aux dépistages. Cela montre donc que les déterminants comportementaux n'agissent pas seuls. Ils ne peuvent pas être la seule explication des écarts d'espérance de vie entre les Français. D'autres déterminants entrent donc nécessairement en jeu.

Activité 6 L'impact de l'environnement

- Objectifs
- repérer l'impact de l'environnement sur les inégalités d'espérance de vie ;
 - présenter le lien entre les déterminants et les niveaux de santé et de bien-être social.



Doc 10 Les inégalités dans l'offre sanitaire

Régions	Densité de professionnels de santé (libéraux ou mixtes) pour 100 000 habitants en 2013	
	Médecins généralistes	Médecins spécialistes
Alsace	116,1	102,8
Aquitaine	122,4	108,7
Auvergne	104,0	74,4
Basse-Normandie	96,9	65,0
Bourgogne	94,6	73,6
Bretagne	107,1	75,6
Centre	90,4	72,3
Champagne-Ardenne	100,7	69,2
Corse	106,5	98,6
Franche-Comté	106,4	67,7
Haute-Normandie	96,2	66,6
Île-de-France	93,2	122,3
Languedoc-Roussillon	130,5	108,9
Limousin	122,9	72,1
Lorraine	103,3	76,4
Midi-Pyrénées	119,9	102,3
Nord-Pas-de-Calais	108,1	69,4
Pays de la Loire	100,0	70,6
Picardie	90,7	56,9
Poitou-Charentes	108,5	69,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	133,1	143,7
Rhône-Alpes	104,6	93,6
France métropolitaine	106,4	94,3

Drees, Recueil d'indicateurs régionaux – Offre de soins et état de santé, 2014

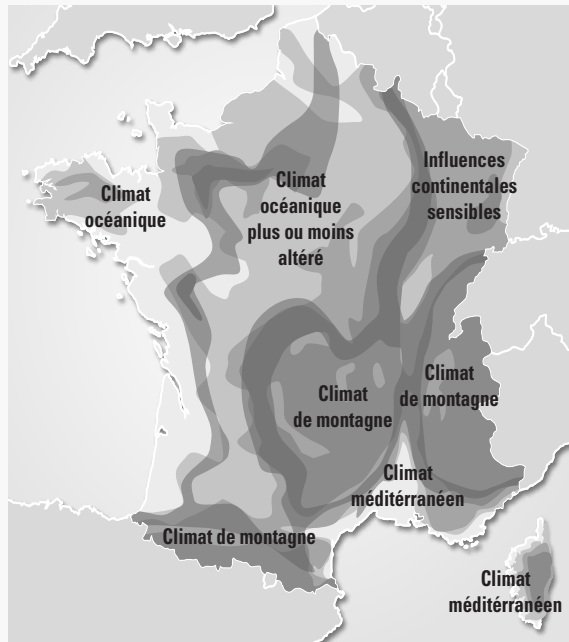
1 Surlignez de deux couleurs différentes les trois régions qui ont les meilleures densités médicales et les trois régions qui ont les densités médicales les plus faibles (doc. 10). Que constatez-vous ?

Il est étonnant de constater que l'Île-de-France fait partie des régions à faible densité pour les médecins généralistes. En revanche, elle a une des plus fortes densités pour les médecins spécialistes. La Picardie souffre de densités médicales faibles, alors que le Nord-Pas-de-Calais n'apparaît pas parmi les densités les plus faibles. Une fois encore, on constate qu'il n'y a pas une reproduction exacte du classement des régions selon l'espérance de vie.

Doc 11 Le climat de la France

Le climat océanique est caractérisé par des températures douces et une pluviométrie relativement abondante. Le climat océanique est typiquement celui des côtes de la Bretagne et de la Basse-Normandie. Plus au nord, jusqu'à la frontière belge, les hivers sont plus froids. Plus au sud, la basse vallée de la Loire, la Vendée et les Charentes connaissent une pluviométrie plus faible. En Aquitaine, la proximité des Pyrénées renforce la pluviométrie en hiver et au printemps. Le climat océanique altéré est une zone de transition entre le climat océanique et les climats de montagne et le climat semi-continental. Les écarts de température entre hiver et été augmentent avec l'éloignement de la mer. La pluviométrie est plus faible qu'en bord de mer, sauf aux abords des reliefs. En climat semi-continental, les étés sont chauds et les hivers rudes, avec un grand nombre de jours de neige ou de gel. La pluviométrie annuelle est relativement élevée, sauf en Alsace, région bénéficiant de l'effet protecteur des Vosges. Les pluies sont plus importantes en été, souvent à caractère orageux. Le climat semi-continental est typiquement celui du quart nord-est de la France (Alsace, Lorraine, Ardennes, Argonne, Franche-Comté et une partie de la Bourgogne) et de certaines plaines encaissées du Massif central et des Alpes, à l'abri des vents d'ouest. En climat de montagne, la température décroît rapidement en fonction de l'altitude. On observe une nébulosité minimale en hiver et maximale en été. Les vents et les précipitations varient notablement selon le lieu. Le climat méditerranéen est caractérisé par des hivers doux et des étés chauds, un ensoleillement important et des vents violents fréquents. On observe peu de jours de pluie, irrégulièrement répartis sur l'année. À des hivers et étés secs succèdent des printemps et automnes très arrosés, souvent sous forme d'orages. Ces précipitations peuvent apporter en quelques heures quatre fois plus d'eau que la moyenne mensuelle en un lieu donné, notamment à proximité du relief. Les régions concernées par le climat méditerranéen sont situées dans le sud-est entre mer et montagne.

Note : les zones ombrées correspondent à des aires de transition.



www.meteofrance.fr

2 Selon vous, de quelle manière le climat peut-il avoir une influence sur l'espérance de vie des habitants d'une région (doc. 11).

Le climat peut avoir des conséquences sur le développement de certaines pathologies. Par exemple, le froid du climat continental ou du climat montagnard peut fragiliser notre organisme et favoriser la transmission des virus et le développement des infections respiratoires. La pluie et l'humidité du climat océanique peuvent également engendrer certaines pathologies. D'autre part, l'ensoleillement du climat méditerranéen exerce une influence prouvée sur le bien-être de l'individu.

12 Le rôle de la pollution

L'environnement joue un rôle majeur dans la génération d'inégalités de santé : nous ne sommes pas tous exposés de la même façon aux polluants de l'environnement, et nous ne sommes pas tous égaux face aux agressions de l'environnement, selon l'âge, l'état de santé... Cette notion d'inégalités environnementales est indissociable des inégalités sociales [...]. Parce qu'elles peuvent plus difficilement se soustraire à des conditions

défavorables d'exposition, les populations défavorisées sont plus souvent exposées aux risques environnementaux, et elles cumulent fréquemment différentes sources d'expositions et de nuisances : habitation en zone bruyante, à proximité d'installations dangereuses, d'axes routiers importants, logement insalubre, pollution atmosphérique... En outre, les populations défavorisées bénéficient d'un accès moins bon à l'information et aux soins, et sont généralement en capacité moindre d'agir auprès des pouvoirs publics pour améliorer leur environnement.

L'intégration de la dimension « socioenvironnementale » : les études tendent à montrer l'importance des aspects socioenvironnementaux. Par exemple, à exposition égale, les populations ayant les revenus les plus faibles peuvent se déclarer davantage gênées. Elles présentent une plus grande vulnérabilité à la fois socioéconomique (n'ayant pas les moyens de déménager) et politique aux facteurs d'environnement et de santé (moins d'implication dans la vie de quartier et dans les processus décisionnels, moins d'efficacité dans la défense de leurs intérêts environnementaux). Les ressentis négatifs s'affirment comme des variables structurantes de la vulnérabilité globale des territoires.

B. Basset (dir.), *Agences régionales de santé – Les inégalités sociales de santé*, dossiers Varia, INPES
www.inpes.sante.fr



3 En vous appuyant sur vos connaissances, rappelez les conséquences de la pollution sur l'état de santé d'un individu.

La pollution atmosphérique est à l'origine de troubles respiratoires, comme l'asthme par exemple. La pollution peut également engendrer des allergies.

4 Montrez que le climat et la pollution ne peuvent pas, à eux seuls, être responsables des écarts d'espérance de vie entre les régions (doc. 11 et 12).

Le climat et la pollution sont effectivement des facteurs qui permettent d'expliquer en partie les inégalités d'espérance de vie entre les régions, mais ils n'agissent pas seuls. On constate par exemple que l'Île-de-France (qui a une très bonne espérance de vie) a un climat proche de celui des régions du Nord (qui ont une très faible espérance de vie). On constate également que la pollution atmosphérique est très forte en région parisienne et que cela n'empêche pas la longévité de ses habitants d'être parmi les meilleures du pays. Pris isolément, ces deux déterminants ne peuvent donc pas expliquer les écarts d'espérance de vie entre les régions.

Je construis ma synthèse

Les informations fournies dans les **activités 4 à 6** vous permettent-elles de confirmer les hypothèses émises dans l'**activité 3** ?

Selon les hypothèses de départ, les écarts d'espérance de vie entre les régions pouvaient s'expliquer par : la situation socioéconomique de la région, les revenus des habitants, les emplois dans la région, la densité des médecins, les habitudes culturelles et alimentaires régionales, le climat et la pollution. Il a été constaté que chacun de ces déterminants joue un rôle sur l'espérance de vie des Français, mais que chaque région présente des caractéristiques propres et que c'est la combinaison de ces facteurs qui agit sur l'espérance de vie. L'Île-de-France, par exemple, a une très bonne espérance de vie mais la situation sociale des Franciliens ne suffit pas à expliquer ce record. De plus, cette très bonne longévité est obtenue malgré la présence d'autres déterminants négatifs comme la pollution et le climat.

Que pouvez-vous en conclure sur le rôle des déterminants dans les inégalités ?

Les différents déterminants ont une influence complexe sur les inégalités au sein d'une population. Les contrastes sont le résultat de l'interaction entre ces multiples déterminants. Un seul type de déterminant ne peut, à lui seul, être à l'origine des inégalités. C'est l'association de plusieurs déterminants qui aura un impact sur le niveau de santé et de bien-être social d'une population.

Le jour du bac

Différents dispositifs pour la prise en charge de la santé et de la maladie

« En période de crise, l'accès aux soins est encore plus primordial. Mais l'organisation de notre système de santé conduit à des inégalités croissantes : pour des raisons financières, géographiques ou de saturation des consultations, des personnes renoncent à se soigner. »

Valeurs mutualistes n° 280, septembre-octobre 2012

« La Constitution de l'OMS consacre le droit fondamental de tout être humain de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre. Le droit à la santé suppose de pouvoir accéder en temps opportun à des soins acceptables, abordables et de qualité appropriée. »

www.who.int.fr

Session juin 2014, Antilles

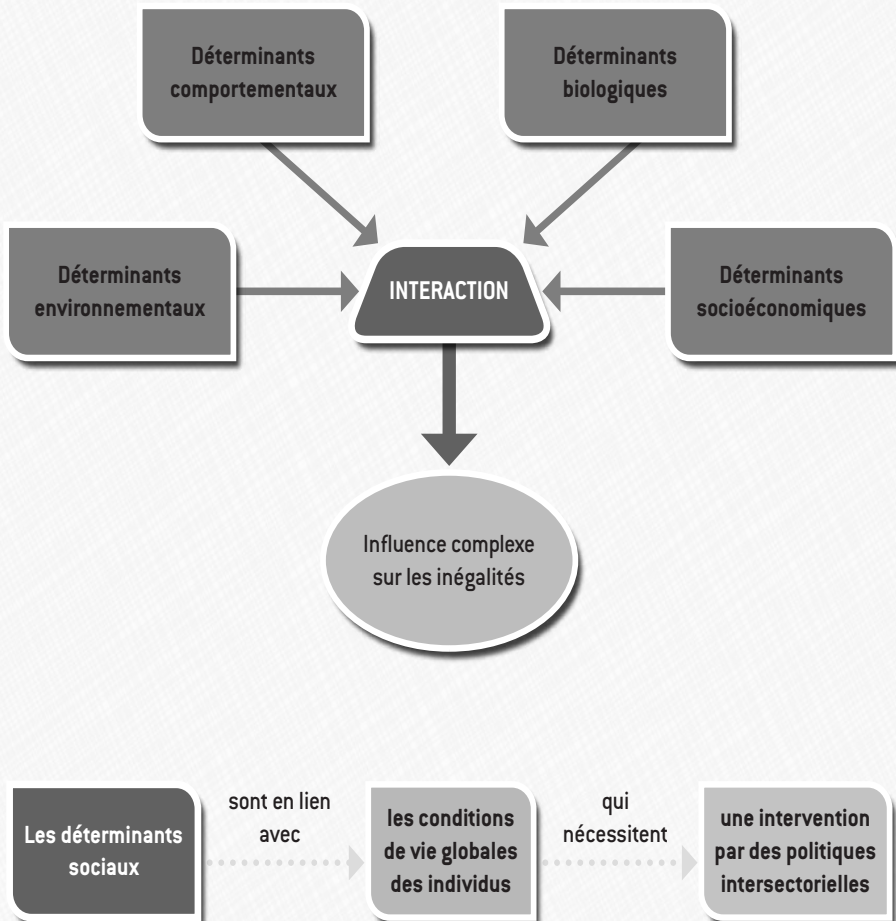
→ Présenter les déterminants qui peuvent être des freins au droit d'accès à la santé.

Synthèse

ATT

5

L'interaction entre les différents déterminants



Le questionnaire et l'entretien

ATM

5

Pour faire le lien avec l'ATT

Dans la partie thématique de ce chapitre, nous avons étudié l'interaction existant entre les différents déterminants, ainsi que leur impact sur les inégalités. Certaines enquêtes épidémiologiques permettent d'identifier quels déterminants jouent un rôle dans l'état de santé d'une population. Mais il est également intéressant de comprendre dans quelle mesure un facteur influence l'état de santé, et de quelle manière il s'articule avec d'autres facteurs. Dans l'ATM du chapitre 4, nous avons présenté différents outils d'enquête et méthodes. Nous allons maintenant approfondir l'analyse de deux outils de recueil de données.

Activité 7 Le questionnaire

- Objectifs
- comprendre l'intérêt du choix du questionnaire comme outil de recueil de données ;
 - identifier les caractéristiques d'un questionnaire.



Doc 13 — Enquête « Santé et protection sociale » 2012

Résultats de l'enquête ESPS

1. Structure de l'échantillon ESPS 2012	32
2. État de santé en 2012	35
2.1. Indicateurs d'état de santé en 2012	36
2.1.1. Perception de l'état de santé	36
2.1.2. Maladies déclarées	40
2.1.3. Santé mentale	46
2.1.4. Troubles du sommeil	48
2.1.5. Limitations fonctionnelles et restrictions d'activités	55
2.1.6. Restrictions dans les activités de soins personnels	67
2.1.7. Restrictions dans les activités instrumentales de la vie quotidienne	75
2.2. Comportements et facteurs de risque en 2012	82
2.2.1. Tabac, alcool, obésité	82
2.2.2. Activité physique	88
2.2.3. Consommation de fruits et légumes	92
2.2.4. Port de lunettes, d'un appareil auditif ou dentaire	96
3. Couverture complémentaire en 2012	103
3.1. Situation des individus vis-à-vis de la complémentaire santé	105
3.2. Personnes exonérées du ticket modérateur	114
3.3. Appréciation du niveau de remboursement	116
3.4. Motifs de non-couverture	120
4. Renoncement et recours aux soins en 2012	121
5. Prévention et accidents de la vie courante en 2012	141
5.1. Couvertures vaccinales d'HPV et de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis en 2012	141
5.2. Accidents de la vie courante en 2012	149
6. Conditions de travail en 2012	153

www.irdes.fr

1 Au regard du sommaire du rapport de l'enquête « Santé et protection sociale » 2012, diriez-vous qu'il s'agissait d'une enquête quantitative ou d'une enquête qualitative ? Argumentez votre réponse (doc. 13).

Cette enquête repose sur les deux techniques.

Certaines informations statistiques ont

certainement été obtenues grâce à une méthode quantitative, comme, par exemple, les indicateurs de l'état de santé, les comportements ou la consommation de fruits et légumes. Ce sont des faits observables que l'on peut comptabiliser par une méthode quantitative. D'autres informations relèvent d'une technique qualitative car ce sont des opinions ou des ressentis, comme, par exemple, la perception de l'état de santé ou les conditions de travail.

Doc. 14



Questionnaire de l'enquête « Santé et protection sociale »

<http://www.irdes.fr/recherche/enquetes/esps-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale/questionnaires/2012/15-ans-et-plus.pdf>

- 2 Consultez le questionnaire « 15 ans et plus » utilisé dans le cadre de l'enquête « Santé et protection sociale » et repérez les éléments qui figurent sur les deux premières pages du questionnaire (doc. 14).

Avant les questions, on trouve : l'entête de l'organisme qui réalise l'enquête, le nom de l'enquête (qui indique aussi l'objet de l'enquête), une partie à renseigner avec les informations sur la personne interrogée, la garantie de l'anonymat du traitement des réponses, des renseignements légaux sur l'accès aux données informatisées et des consignes pour remplir le questionnaire.

- 3 Observez la première page de questions. On peut voir de petits chiffres inscrits près des cases à cocher. Selon vous, que représentent-ils ?

Il s'agit de codes utilisés afin de faciliter le traitement informatisé des réponses.

- 4 Indiquez ce qu'ont en commun les trois premières questions. Savez-vous comment l'on appelle ce type de questions ?

Les trois premières questions ne laissent pas la parole aux enquêtés. Les propositions de réponses leur sont données et ils doivent choisir parmi les réponses indiquées. C'est ce que l'on appelle des « questions fermées ».

Doc. 15



Questionnaire de l'enquête sur le surpoids et les déterminants de la sédentarité

http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7297

- 5 Afin de dégager les éléments caractéristiques d'un questionnaire, complétez le tableau ci-dessous en comparant le fond et la forme des deux questionnaires à consulter sur Internet (doc. 14 et 15).

Questionnaires		Questionnaire de l'enquête « Santé et protection sociale »	Questionnaire de l'enquête sur le surpoids et les déterminants de la sédentarité
Critères d'analyse			
FOND			
Organisation du contenu	Comment le questionnaire est-il structuré ?	<ul style="list-style-type: none"> – Renseignements d'identification au début – Questions regroupées par thèmes – Questions numérotées – Remerciements à la fin 	<ul style="list-style-type: none"> – Lettre d'accompagnement – Renseignements d'identification au début – Questions regroupées par thèmes – Remerciements à la fin
	Comment les questions sont-elles formulées ?	<ul style="list-style-type: none"> – Certaines sont interrogatives et d'autres sont affirmatives – Principalement des questions fermées 	<ul style="list-style-type: none"> – Certaines sont interrogatives et d'autres sont affirmatives – Seulement des questions fermées

Questionnaires		Questionnaire de l'enquête « Santé et protection sociale »	Questionnaire de l'enquête sur le surpoids et les déterminants de la sédentarité
Critères d'analyse			
Questions	Sur quels types d'informations les enquêtés sont-ils interrogés ?	– Sur des faits – Sur des opinions (« Comment noteriez-vous votre état de santé ? ») et des sentiments	Sur des faits (poids, activités pratiquées...)
	De quelle(s) manière(s) se font les réponses aux questions ?	– En cochant – En écrivant un chiffre – En rédigeant (« autre réponse possible : ... »)	– En cochant – En écrivant un chiffre – Questions fermées
	Comment est-il possible de préciser une réponse ?	Avec une flèche à côté de la réponse à préciser → questions filtres « autre : précisez... » « si oui, ... »	Avec une deuxième question placée au-dessous et en italique (« Si oui : ... ») → questions filtres
FORME			
Mise en page	Comment sont présentées les zones de réponses ?	– Cases à cocher – Peignes à compléter pour les réponses en chiffres – Échelle de graduation – Tableaux – Pointillés	– Cases à cocher – Peignes à compléter pour les réponses en chiffres – Échelle de graduation – Tableaux – Pointillés
Consignes	Comment l'enquêté est-il guidé pour répondre aux questions ?	Par des aides pour comprendre les questions	« Cochez plusieurs cases » « Soyez précis » « Aidez-vous du carnet de santé »
Mise en valeur des questions	La typographie est-elle variée ?	– Numérotation des questions avec des couleurs – Soulignement de certains mots importants – Gras, italique	Gras, italique

Activité 8 L'enquête par entretien

- Objectifs
- » comprendre l'intérêt du choix de l'entretien comme outil de recueil de données ;
 - » identifier les caractéristiques d'un guide d'entretien ;
 - » distinguer le guide d'entretien et le questionnaire.



1 Recherchez dans un dictionnaire le sens du mot « entretien » et proposez votre propre définition de l'entretien dans le cadre d'une enquête.

Un « entretien » est une conversation. Dans le cadre d'une enquête, il s'agit d'un outil permettant de recueillir des informations sur un sujet donné grâce au contact direct entre deux ou plusieurs personnes. L'enquêteur échange verbalement avec l'enquêté.

Doc 16 Les différents types d'entretiens

Entretien directif

- » Un cadre strict, peu de liberté de parole.
- » Des questions libellées à l'avance, selon un ordre prédéfini.
- » Ressemble à la méthode utilisée pour l'enquête par questionnaire.

Entretien non directif (ou libre)

- » Un cadre non strict, grande liberté de parole.
- » L'enquêteur donne seulement le thème de l'entretien et relance l'enquêté si besoin.
- » L'enquêté abordera le thème librement.

Entretien semi-directif

- » Permet une liberté de parole mais dans un cadre relativement strict.
- » L'enquêteur respecte un cadre préparé en amont.
- » L'enquêteur prévoit la liste des sujets qu'il souhaite aborder.
- » Les questions ne sont pas rédigées à l'avance et l'enquêteur est libre quant à l'ordre dans lequel il aborde les différents sujets.
- » L'enquêté développera chaque sujet.

Foucher, 2015

2 Selon vous, ces trois techniques peuvent-elles être utilisées au cours d'un même entretien (doc. 16) ?

Oui, lors d'un entretien, il est possible d'avoir recours successivement à ces trois techniques, en fonction des informations recherchées. Le début de l'entretien peut commencer sous une forme non directive, puis approfondir certains thèmes abordés par l'enquêté en utilisant une technique plus directive. Au contraire, l'entretien peut commencer de manière très cadrée avec des questions prédéfinies, puis évoluer vers un échange plus libre pour laisser l'enquêté exprimer son opinion sur un point précis.

Doc 17 Le guide d'entretien

Ce n'est pas une liste de questions mais un outil qu'il faut apprendre à utiliser et à adapter au contexte de l'entretien.

Comment construit-on un guide ?

Il est composé de toutes les thématiques devant être abordées. Il est généralement introduit par un rappel de l'étude et de son déroulement. Les thématiques abordées (pouvant également contenir des sous-thématiques) peuvent être rédigées sous forme de questions ouvertes. Chaque question ou thématique correspond à un objectif de compréhension ou de connaissance précis.

Les différentes formes d'interviews

À la différence des enquêtes par questionnaire, l'entretien doit permettre au répondant de s'exprimer librement. Il faut accepter qu'il dise comment lui voit les choses, quitte à ce que ce qui vous préoccupe ne soit abordé que dans un

deuxième temps. Pour cela il convient d'éviter les questions trop précises, de dialoguer sur le mode de la conversation et de relancer sans orienter. Une bonne méthode est de reformuler ou de résumer ce qui a déjà été dit pour demander des précisions ou des compléments. Dans les entretiens collectifs (*focus groups*), la dynamique de groupe et le dialogue direct entre participants facilitent et stimulent la libre expression. C'est l'une des raisons du succès de cette méthode. Les entretiens par mail sont une pratique beaucoup plus récente. Les personnes sollicitées peuvent répondre à leur convenance, sans subir la pression de leur interlocuteur. On perd peut-être en quantité, mais on est assuré que ceux qui répondent ont quelque chose à dire. D'autre part, en échappant à la vivacité du « face-à-face », les relances peuvent être mieux réfléchies. Enfin, les réponses sont immédiatement disponibles au format numérique.

Doc 17

La conduite de l'interview

Il faut mieux mener l'interview seul. Même si le fait d'être à deux facilite la prise de notes ou l'écoute active, le climat de confiance est plus difficile à établir dans de telles conditions. L'idéal est d'enregistrer l'entretien. Demandez l'autorisation de le faire, vous constaterez que le micro est très vite oublié. Vous pourrez alors vous concentrer sur l'entretien et son déroulement. Évitez d'indiquer trop précisément l'objectif de votre étude, et gérez la progression de votre entretien en commençant par poser des questions très générales. Si vous prenez des notes, n'essayez surtout pas de capter l'intégralité de l'entretien (à moins que vous ne maîtrisiez parfaitement la sténographie) mais concentrez-vous sur la retranscription des « phrases témoins » qui vous semblent les plus significatives. Après l'entretien, prenez le temps de noter de manière synthétique ce que vous avez appris de nouveau, l'impression que vous a laissée votre interlocuteur relativement à sa connaissance du sujet, son implication, sa motivation et l'authenticité de ses réponses.

Qui interroger et combien d'interviews réaliser ?

À la différence des enquêtes par questionnaire, les interviews sont utilisées dans un but exploratoire. Les données ainsi recueillies permettent d'établir que tel comportement ou telle opinion sont envisageables et de comprendre comment ils s'articulent et font sens pour le répondant. Bref, ce qu'on cherche avec les interviews, c'est la variété des situations, plus que leur représentativité. Même si par la suite on peut utiliser la statistique pour mieux décrire l'ensemble des informations recueillies, on ne le fait pas pour établir une connaissance générale, à la manière de l'estimation statistique. Dans la pratique, le nombre d'interviews à réaliser est déterminé par la variété des situations qui conditionnent le sujet abordé. Plus il y a de cas, plus il faudra interroger de personnes (au moins une pour chaque cas). [On est] conduit à arrêter dès que l'on constate que la dernière interview réalisée n'apporte plus d'information. [...]

www.suristat.org

3 Montrez l'importance du rôle de l'enquêteur lors d'un entretien (doc. 16 et 17).

L'enquêteur a un rôle fondamental car c'est lui qui prépare et mène l'entretien. Il ne se contente pas de poser des questions et d'en noter les réponses. Il doit parfois relancer le dialogue, rebondir sur une réponse pas claire ou mal comprise. Il peut aussi être amené à reformuler une question ou bien à recentrer l'entretien si l'enquêté s'écarte du sujet.

4 Expliquez en quoi sa position sera différente selon la technique d'entretien utilisée (doc. 16 et 17).

Selon le type d'entretien, le rôle de l'enquêteur est plus ou moins directif. Dans le cadre d'un entretien directif, il mène l'entretien et pose des questions précises rédigées à l'avance ; son intervention se limite au cadre prévu. En revanche, dans un entretien non directif, l'enquêteur intervient très peu : il se borne à relancer l'enquêté si besoin. Enfin, dans le cadre d'un entretien semi-directif, il intervient pour relancer l'échange, reformuler ou approfondir les réponses de l'enquêté et rebondir en fonction de ses réponses. Enfin, le rôle de l'enquêteur est aussi de prendre des notes ou d'enregistrer les réponses de l'enquêté. Dans un entretien directif, la prise de notes est facilitée par les questions déjà rédigées, alors que dans un entretien libre, la prise de notes sera plus lourde.

Doc 18



Enquête sur l'emploi des personnes handicapées

<http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/DE126Fanjeauhandicapes.pdf>

5 Après avoir pris connaissance du guide d'entretien n° 1 en annexe de l'enquête, indiquez les différences que vous observez entre un guide d'entretien et un questionnaire (doc. 14 à 18).

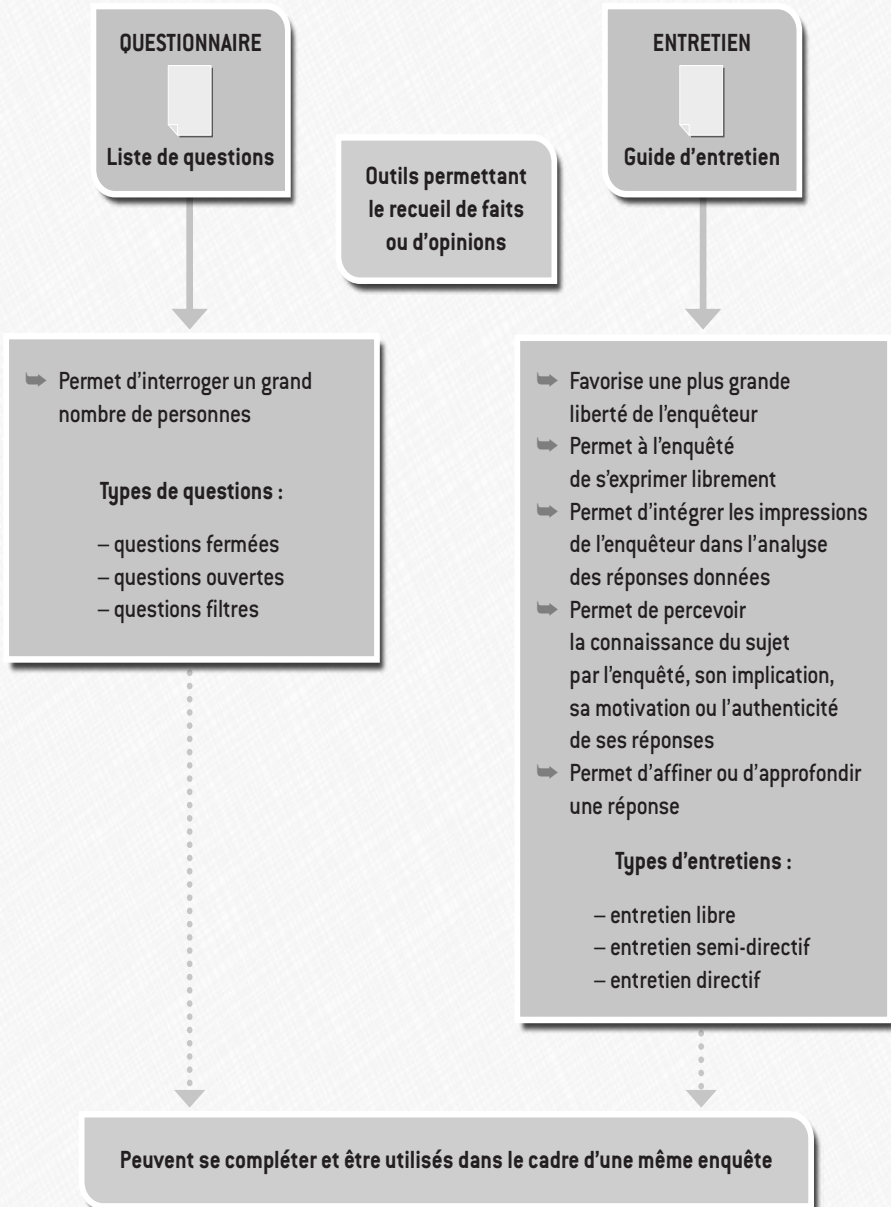
Contrairement à un questionnaire, le guide d'entretien ne contient pas des questions. Il contient également une liste de mots clés qui correspondent aux thèmes à aborder avec la personne interrogée et aux pistes de réflexion à lui soumettre. Le guide n'est pas conçu pour permettre d'y inscrire les réponses directement alors que le questionnaire comporte des espaces prévus pour inscrire les réponses. Le guide est donc seulement un support qui oriente l'enquêteur et qui sert de trame à la conversation. À la différence d'un questionnaire, les questions du guide d'entretien ne sont pas numérotées ; seuls les grands thèmes le sont, afin de structurer l'entretien.

Synthèse

ATM

5

Le questionnaire et l'entretien



ATT 5

L'interaction entre les différents déterminants

INTENTIONS PÉDAGOGIQUES

Ce chapitre présente une particularité et se distingue du chapitre précédent car il ne comporte que très peu d'apports de nouvelles notions. Mis à part le concept de déterminants sociaux, le contenu de ce chapitre repose essentiellement sur une réflexion et sur une analyse relative à la complexité de l'influence des déterminants. Ce chapitre n'en reste pas moins le prolongement du chapitre 4, qu'il vient enrichir et compléter.

Ici, l'objet des différentes activités ne sera pas d'évaluer directement les connaissances des élèves sur les déterminants, cette évaluation devra déjà avoir été faite à la fin du chapitre 4. Il leur sera néanmoins demandé de bien maîtriser les notions acquises lors du chapitre 4 car la plupart des activités du chapitre 5 requièrent la mobilisation de ces notions. Un rappel régulier des pré-requis sera donc nécessaire et pourra se faire succinctement à l'oral en début d'activité, ou directement lors de l'étude des documents.

Les activités de ce chapitre invitent donc les élèves à utiliser les éléments de connaissances abordés dans le chapitre de présentation des différents déterminants, tout en leur permettant de développer une réelle analyse. De ce fait, ce chapitre comporte plus de difficultés que le précédent. Les textes sont en effet un peu plus complexes et les consignes requièrent davantage d'analyse et d'argumentation. Il conviendra donc d'accompagner progressivement les élèves dans la construction de leur raisonnement et dans la rédaction de leur argumentation. Face à des consignes qui exigent un effort important de structuration de leur pensée, il sera nécessaire de les aider en leur donnant les outils qui permettent de réaliser ce type d'exercice.

→ Si cela n'a pas déjà été amorcé plus tôt dans l'année, ce chapitre sera l'occasion de familiariser les élèves aux méthodes à mettre en œuvre lors de ce type d'exercice. Il est important de donner aux élèves les clés pour développer leur réponse : la construction et l'utilisation efficace d'un support de brouillon (en parlant plutôt d'« espace de travail » par exemple), la sélection des informations pertinentes, l'organisation des informations extraites des documents, la mise en lien des connaissances avec les idées personnelles afin d'argumenter, etc.

→ Si ces éléments de méthode ont déjà été abordés plus tôt, ce chapitre permettra de poursuivre et de réinvestir ces méthodes en les consolidant.

Dans tous les cas, pour ne pas les décourager les élèves, il semble nécessaire de les guider puis de favoriser progressivement leur autonomie.

• Activité de découverte

L'activité de découverte permet de faire le lien avec le chapitre précédent. Elle amène les élèves à se questionner sur l'articulation des nombreux déterminants. L'image du mur sur lequel est assise une femme sert de point de départ de cette réflexion. Il est possible de démarrer l'activité par un questionnement oral sur les différentes briques et sur l'équilibre que l'association de celles-ci engendre. Ensuite les questions amènent les élèves à s'interroger sur l'équilibre entre les nombreux facteurs. Les deux questions pourront éventuellement faire l'objet d'une réflexion plus détaillée en amorçant les méthodes utiles pour l'argumentation.

I. L'action complexe des déterminants

L'activité 1 est très courte et a pour objectif de clarifier certains termes utilisés pour expliquer la complexité de l'articulation des différents déterminants : « interaction », « complémentarité », « interdépendance », etc. Les élèves doivent rechercher les définitions de chaque terme, puis se les approprier en rédigeant leur propre phrase. Ici, le « par cœur » sera à éviter, car ce qui est fondamental, c'est que ces termes aient du sens pour les élèves. La seule manière de vérifier qu'ils parviennent à donner du sens à ces termes sera de les mettre en situation en leur permettant de les réutiliser en argumentant sur un exemple concret. Cela pourra faire l'objet d'un exercice supplémentaire.

L'activité 2 se compose de deux axes : une réflexion sur l'imbrication entre l'état de santé et la situation sociale d'un individu ainsi qu'une présentation des déterminants sociaux et de leur rôle. Il s'agira d'amener les élèves à illustrer de manière concrète la place importante des déterminants sociaux et leurs liens avec les déterminants de santé. Cette partie se prête tout à fait à des activités plus larges qui seraient axées sur la méthode de rédaction de réponses argumentées.

II. L'impact des déterminants sur l'émergence d'inégalités dans une population

L'ensemble des activités de la seconde partie convergent vers un même objectif : permettre aux élèves de mener une réflexion sur la place des différents déterminants dans les inégalités d'espérance de vie. Les **activités 3 à 6** peuvent apparaître comme répétitives. Or, il s'agit de permettre aux élèves de développer une **démarche de transfert**. L'aboutissement de l'étude des documents et de l'argumentation qui en découle est en effet le même : amener l'élève à constater que les inégalités d'espérance de vie ne sont pas le résultat d'un seul déterminant ou d'une seule catégorie de déterminants. Une région ayant une très bonne espérance de vie présente des caractéristiques qui lui sont propres : certains déterminants ont un réel impact positif sur l'état de santé des habitants (bien qu'ils ne soient pas à eux seuls à l'origine de l'écart de longévité), tandis que d'autres déterminants ont une influence négative connue, mais ils n'empêchent pas la région d'atteindre un record d'espérance de vie. À l'inverse, une région ayant une très faible espérance de vie peut malgré tout présenter certains déterminants positifs, dont l'influence sera moindre face à d'autres déterminants négatifs.

L'activité 3 est le point de départ de la démarche. Elle repose sur le constat d'inégalités d'espérance de vie entre les régions françaises. Suite à ce constat, les élèves proposeront des hypothèses pouvant expliquer les écarts observés entre les différentes régions. Les activités suivantes doivent leur permettre, grâce à une démarche scientifique, de construire un raisonnement afin de vérifier ou non leurs hypothèses. Cette activité sera l'occasion de réinvestir les éléments de connaissances abordés dans le chapitre 3 : indicateurs sanitaires, inégalités des niveaux de santé, facteurs pouvant expliquer ces contrastes, etc.

Chacune des trois activités suivantes doit ensuite permettre aux élèves de construire, un à un, les différents axes de leur argumentation. Progressivement, ils s'interrogent sur la place des différents déterminants dans les inégalités d'espérance de vie. Ces activités les amèneront à croiser un nombre important d'indicateurs et de phénomènes, afin d'aboutir à une conclusion vérifiant ou non leurs hypothèses de départ.

À l'issue des quatre activités, il est possible de faire rédiger aux élèves une réponse plus détaillée qui reprendrait les éléments dégagés. Cela exigera un effort de rédaction, d'argumentation, mais également un effort d'organisation des idées, qu'il sera intéressant de travailler avec eux.

LE « JOUR DU BAC » : ÉLÉMENTS DE CORRIGÉ

Présenter les déterminants qui peuvent être des freins au droit d'accès à la santé.

• Les attentes

Il est demandé aux élèves de présenter l'ensemble des facteurs qui jouent un rôle sur les difficultés d'accès aux soins. Cette présentation devra être structurée et illustrée à l'aide de données chiffrées extraites de documents qu'il est possible de soumettre aux élèves.

- La maîtrise des connaissances :

Ce sujet nécessite tout d'abord de mobiliser certaines connaissances. Deux principales notions devront être présentées : la notion de déterminants et la notion de droits à la santé. En outre, il est important que l'élève fasse apparaître le lien entre ces deux définitions. Ce lien doit être clairement expliqué et il constituera le fil conducteur de la réponse : de multiples déterminants ont une influence sur les inégalités d'accès à la santé.

- L'analyse du sujet :

Les déterminants présentés devront être classés : soit par items, soit en respectant les catégories existantes de déterminants. La dimension multifactorielle du phénomène et l'imbrication possible des différents déterminants en jeu devront également être mises en évidence (déterminants multiples, interdépendants et cumulatifs).

- L'argumentation :

La liste proposée n'est pas nécessairement exhaustive, l'important étant que les déterminants cités soient développés et décrits de manière détaillée. Chaque facteur devra donc être suffisamment illustré pour ne pas être trop vague. Puis il doit être accompagné d'une argumentation personnelle, afin de montrer en quoi il crée un risque de renoncement aux soins.

• Exemple de corrigé possible

La France est réputée pour sa très bonne espérance de vie et pour le bon état de santé de sa population. Cette situation est paradoxale car l'état de santé des Français présente de lourdes inégalités de santé. L'une des plus marquantes concerne l'accès aux soins. En effet, notre pays est frappé par d'importantes disparités dans l'accès aux soins ; les Français ne se soignent pas tous avec les mêmes possibilités. Nous pouvons donc nous demander qui sont les exclus de l'accès aux soins et quels déterminants interviennent dans ce phénomène.

Les inégalités d'accès aux soins s'expliquent par plusieurs facteurs et ont de graves conséquences sur la santé des personnes qui en souffrent. Lorsque l'on étudie les conditions d'accès aux soins des plus démunis, on constate que de multiples déterminants interviennent et que plusieurs problèmes caractérisent leur situation.

Tout d'abord, on constate que la précarité des personnes constitue la principale cause à l'origine des difficultés d'accès aux soins. La pauvreté est le principal obstacle à l'accès aux soins. En effet, une très grande majorité des patients touchés vivent en dessous du seuil de pauvreté. Certains n'ont même aucune ressource fiscalement déclarable. Ces faibles revenus pour vivre empêchent les personnes de satisfaire leurs besoins et les dépenses de santé ou de protection complémentaire sont donc bien souvent impossibles. La situation professionnelle exerce aussi un impact sur l'accès aux soins. La majorité des personnes présentant des difficultés pour se soigner sont sans emploi, certains exercent une activité non déclarée et d'autres ont un contrat précaire (CDD, intérim). Cette instabilité professionnelle entraîne bien sûr des conséquences sur leurs revenus et les empêche d'acheter certains médicaments non remboursés ou de consulter un médecin spécialiste non conventionné. Les déterminants socioéconomiques jouent donc un rôle important.

Les problèmes de logement contribuent également à cette précarité. Ils sont nombreux à vivre dans un logement précaire ou sont sans domicile. L'absence ou l'insalubrité du logement provoquent nécessairement des difficultés pour se soigner. Par exemple, une personne

sans domicile fixe pensera en priorité à se nourrir ainsi qu'à trouver un lieu pour dormir et sa santé sera délaissée. On voit donc bien que les conditions de vie instables de ces personnes ne leur permettent pas d'assurer leurs besoins fondamentaux. Les déterminants environnementaux sont donc également un frein au droit d'accès à la santé.

La précarité se cumule malheureusement souvent avec d'autres facteurs comme l'origine, le sexe et la situation familiale. Les personnes étrangères sont nombreuses à souffrir de ce problème. Cela s'explique par la précarité dont elles souffrent car leur situation, parfois irrégulière, ne leur permet pas d'exercer une activité déclarée et donc d'être affiliées à un régime de Sécurité sociale. De plus, l'obstacle de la langue les empêche de connaître leurs droits et de les faire valoir. La solitude et la rupture avec le lien social apparaissent également comme des facteurs. Le fait de ne pas pouvoir bénéficier de la solidarité familiale alourdit la situation de ces personnes dont la situation est déjà bien souvent instable et se rapproche de l'exclusion. Enfin, le sexe semble également intervenir dans ce profil type car plus de la moitié des personnes concernées par ces problèmes sont des femmes. Associé à la pauvreté, le fait d'être une femme seule qui élève un ou plusieurs enfants, constitue une difficulté importante dans l'accès aux soins. On retrouve donc également les déterminants biologiques dans la liste des facteurs qui influencent un renoncement aux soins.

Enfin les déterminants liés au système de santé ont un impact très important. Les désertifications médicales en zones rurales ou périurbaines entraînent des délais d'attente très longs, ce qui freine l'accès aux soins et creuse les inégalités.

Malheureusement, la plupart de ces facteurs se cumulent et débouchent sur une situation alarmante qui aggrave les difficultés d'accès aux soins, générant ainsi de lourdes conséquences sur la santé des individus. La plupart d'entre eux sont contraints de renoncer à se soigner alors que le système français offre de multiples possibilités. Ce renoncement provoque l'aggravation des pathologies dont ils souffrent et le retard pris dans les soins peut augmenter lourdement le coût des traitements. Les problèmes de santé ne sont pas traités de manière précoce et vont souvent nécessiter une intervention d'urgence. Leur état de santé va se détériorer. Les déterminants sociaux ont donc une large influence. Cette situation est inacceptable car elle va à l'encontre du droit à la santé qui garantit aux individus le droit de bénéficier des meilleures conditions pour être en bonne santé. Il appartient donc à l'État de favoriser un égal accès aux soins. Ce problème étant considéré comme une priorité de santé publique, l'État doit intervenir afin de réduire ces inégalités. C'est pour cela que des dispositifs ont été mis en place afin de lutter contre ce phénomène.

SYNTHÈSE RÉDIGÉE

I. L'action complexe des déterminants

Activité 1. Les interactions entre les déterminants

Les déterminants de santé et de bien-être social sont très nombreux. Chaque déterminant possède sa particularité, sa force et il influence à sa manière l'état de santé ou de bien-être social d'une personne. La situation dans laquelle se trouve un individu est le résultat d'une combinaison inédite de plusieurs déterminants. Cette combinaison lui est propre et repose sur l'interaction des déterminants. Ces derniers ont une action réciproque les uns sur les autres et ils agissent de manière particulière lorsqu'ils sont associés.

Activité 2. Les interactions entre les déterminants de santé et les déterminants du bien-être social

Les interactions entre l'état de santé et la situation sociale

Il y a une réelle corrélation entre l'état de santé et la situation sociale d'un individu. Ces deux éléments agissent l'un sur l'autre, chacun ayant des répercussions sur l'autre. Cette influence reste complexe. Afin de comprendre comment les déterminants sociaux agissent sur l'état de santé, différents modèles ont été proposés :

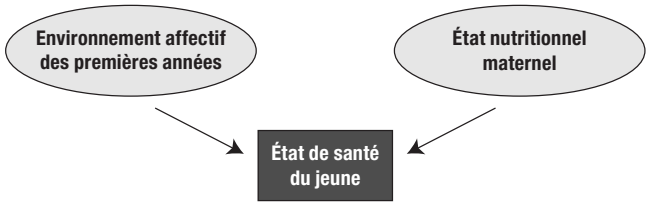
• **Le modèle cumulatif**

Ce modèle propose d'expliquer l'influence des déterminants sociaux de manière globale. C'est la somme des facteurs au cours de la vie qui aboutit à l'état de santé d'un individu. Pour illustrer les caractéristiques de ce modèle en s'appuyant sur l'exemple de l'état de santé d'un jeune de 17 ans, il est possible de réaliser un schéma tel que celui-ci :



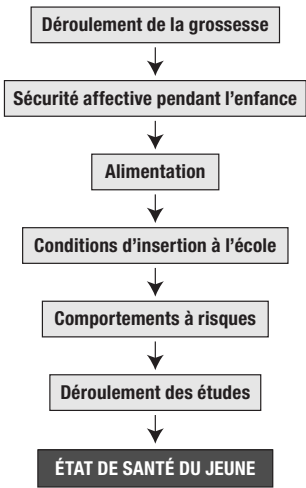
• **Le modèle reposant sur les périodes critiques**

Ce modèle fait reposer l'état de santé sur les répercussions de certaines périodes fondamentales. Sa représentation schématique pour l'exemple d'un jeune de 17 ans peut se faire de la manière suivante :



• **Le modèle des chaînes de causalité**

Ce modèle apporte un regard différent sur l'influence que les déterminants sociaux ont sur l'état de santé d'un individu. Selon ce modèle, c'est l'enchaînement et l'imbrication de plusieurs facteurs qui expliqueraient l'état de santé, chaque facteur ayant une incidence sur le suivant. Pour représenter les caractéristiques de ce modèle en s'appuyant sur l'état de santé d'un jeune de 17 ans, il est possible de réaliser le schéma suivant :



Les déterminants sociaux

Les déterminants sociaux correspondent donc à l'ensemble des conditions sociales et économiques dans lesquelles un individu se développe. Cette catégorie englobe de très nombreux facteurs en lien, notamment, avec : le système de santé, les modes de vie, les conditions de logement, les conditions de travail, les revenus, etc. Leur impact sur les inégalités de santé est clairement établi. Le caractère vaste de cette catégorie de déterminants justifie la mise en place de politiques intersectorielles, afin d'agir de manière globale sur plusieurs domaines de la vie des individus.

II. L'impact des déterminants sur l'émergence d'inégalités dans une population

L'ensemble des déterminants ont une influence sur les inégalités de santé observées au sein d'une population. Ces déterminants jouent chacun un rôle et leur combinaison engendre une influence complexe. Un seul déterminant ne peut pas, à lui seul, être à l'origine d'une situation de contraste. Ce même déterminant, s'il a une incidence prouvée sur l'état de santé, ne peut pas toujours à lui seul expliquer les disparités de niveau de santé. Son influence peut être amplifiée ou amoindrie par d'autres déterminants.

Problèmes de santé, risques et crises sanitaires

ATT

6

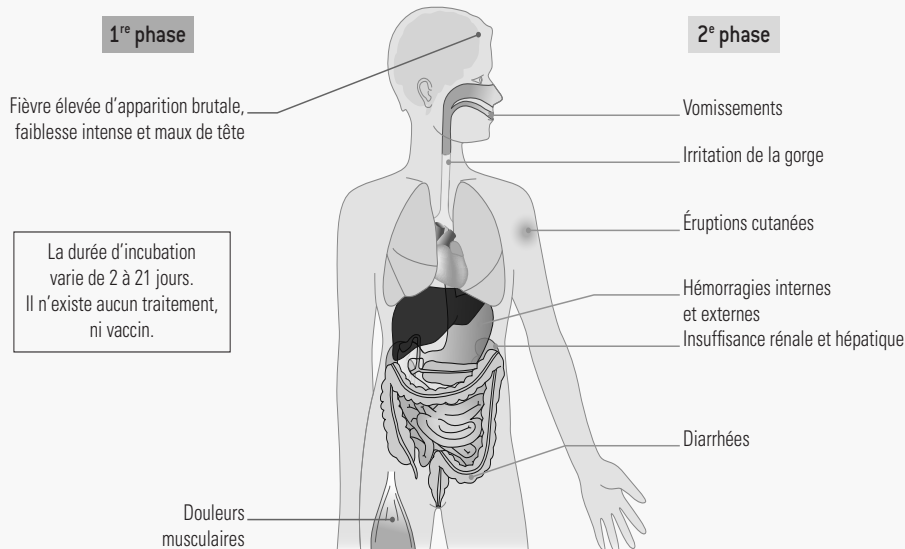
Activité de découverte

Objectif • indiquer les questionnements possibles relatifs aux notions de problème de santé.



Doc 1 La propagation du virus Ebola

Quels sont les symptômes de la maladie due au virus Ebola ?



La maladie due au virus Ebola est l'une des maladies virales les plus graves connues chez l'homme. Le taux de létalité peut atteindre 90 %. Les flambées de fièvre hémorragique provoquées par le virus Ebola surviennent principalement en Afrique.

Le virus Ebola se transmet à l'homme à partir des animaux sauvages et se propage ensuite dans les populations par

transmission interhumaine : par contact direct avec le sang, les liquides biologiques ou les tissus des sujets et animaux infectés. Les pays africains touchés par l'épidémie d'Ebola, en lien avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de nombreux États, dont la France, sont mobilisés pour prévenir l'expansion du virus à d'autres pays.

www.sante.gouv.fr

1 Listez les notions auxquelles le doc. 1 renvoie.

Maladie, problème de santé mondial, OMS, virus, propagation, gravité, épidémie, indicateur de mortalité...

2 Indiquez les problèmes qui pourraient être mis en évidence autour de ces notions.

Le problème de la transmission du virus Ebola ; le problème du nombre de personnes touchées par ce virus et notamment avec un taux de létalité à 90 % ; le problème de la prévention et de la gestion de cette situation dans les pays d'Afrique touchés par le virus, et de la prévention de l'expansion du virus à d'autres pays.

3 Réfléchissez aux questions soulevées par la notion de santé, que l'on pourrait poser dans ce chapitre.

Comment reconnaître un problème de santé ? Comment qualifie-t-on un problème de santé que l'on ne sait pas maîtriser et d'une extrême gravité ? Comment contenir ou prévenir l'expansion de cette épidémie à d'autres pays ?

I

L'approche individuelle des problèmes de santé et des risques sanitaires

Activité 1 L'approche individuelle du problème de santé

Objectif ► présenter la diversité des approches individuelles de la notion de pathologie.



1 Par groupes de 3 ou 4 élèves, recherchez dans le dictionnaire (papier ou en ligne) une définition de la notion de pathologie (ou de problème de santé). Plusieurs définitions sont possibles.

Définitions possibles de la notion de pathologie :

– Le terme de pathologie désigne à la fois une science qui a pour objet l'étude des maladies et un synonyme de maladie. Le mot s'applique à toutes les manifestations physiologiques ou psychiques hors des normes de la santé (www.psychologies.com).

– Difficulté mettant dans une situation pénible, contraignante, contrariante (www.larousse.fr).

– Étude des maladies, de leurs causes et de leurs symptômes. Ou ensemble des manifestations d'une maladie, des effets morbides qu'elle entraîne (Petit Larousse).

2 Présentez les signes caractérisant pour chacun d'entre vous une pathologie ou un problème de santé, en prenant un exemple en particulier.

Si, par exemple, le choix se porte sur la grippe, on peut mettre en avant une grosse fatigue et l'absence de douleur, ou à l'inverse une douleur intense et une forte fièvre, ou encore le fait d'être alité. Mais on peut aussi décrire la grippe comme un simple mal de gorge, ou de petits maux de tête...

3 Expliquez pourquoi ces signes peuvent varier d'un individu à l'autre.

Ces signes exprimés par chaque personne sont des signes « subjectifs ». Ce sont des symptômes ressentis ou non, ou ressentis différemment par chaque individu.

4 Identifiez les éléments qui peuvent faire varier la perception de ces signes par chaque individu.

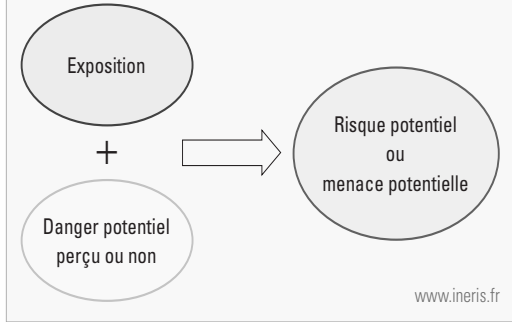
Ces signes sont exprimés en fonction du vécu de chacun. Chaque individu identifie une maladie en fonction de ses propres normes de vie, en rapport avec la société dans laquelle il vit mais également en rapport avec sa culture, ses croyances.

Activité 2 L'approche individuelle du risque sanitaire

Objectif ● présenter la diversité des approches individuelles des notions de risque.



Doc 2 La notion de risque



1 Par groupes de 3 ou 4 élèves, cherchez dans le dictionnaire (papier ou en ligne) ainsi qu'à l'aide du doc. 2, ce qu'est la notion de risque, puis de risque sanitaire (plusieurs définitions possibles).

Risque :

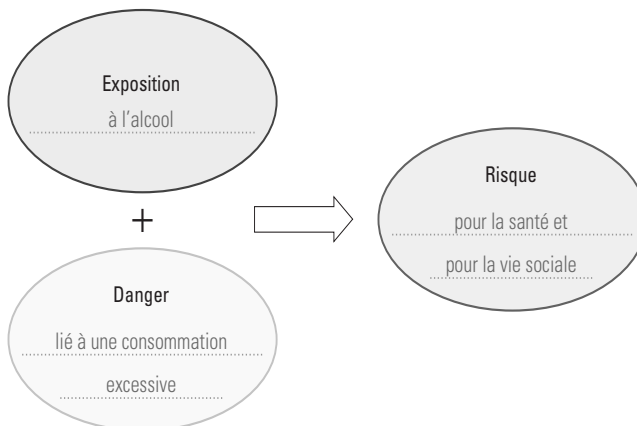
- Possibilité, probabilité d'un fait, d'un événement considéré comme un mal ou un dommage.
- Danger, inconvénient plus ou moins probable auquel on est exposé.

– Fait de s'engager dans une action qui pourrait apporter un avantage, mais qui comporte l'éventualité d'un danger (www.larousse.fr).

Risque sanitaire :

- On peut définir le risque sanitaire comme une menace pour l'état de la santé de la population, conjuguée à un risque de déstabilisation des pouvoirs publics (www.eprus.fr).
- Un risque sanitaire désigne un risque, immédiat ou à long terme, et plus ou moins probable, auquel la santé publique est exposée (www.risques.gouv.fr).
- Un risque sanitaire est l'exposition à un danger probable, perçu ou non par la population, et qui peut entraîner potentiellement des conséquences sur la santé de la population.

2 Présentez ce qui constitue, pour chacun d'entre vous, une situation à risque. Caractérissez cette situation à risque à l'aide du schéma ci-dessous.



3 Imaginez et caractérisez une situation à risque pour un enfant, un adolescent puis pour une personne âgée, à l'aide du tableau suivant.

Caractéristiques Public concerné	Exposition	Danger	Risque
Enfant	Peinture au plomb	Effritement de la peinture	Ingestion du plomb
Adolescent	Réseaux sociaux	Partage de sa vie privée	Harcèlement moral, injures...
Personne âgée	Parquet ciré	Instabilité à la marche	Chute

4 Expliquez pourquoi ces interprétations de situations à risque peuvent varier d'un individu à l'autre.

La perception et l'interprétation de ces situations à risque seront diverses selon les individus. En effet, elles sont influencées par l'âge, le sexe, le groupe d'appartenance, les croyances, les savoirs...

Je construis ma synthèse

Présentez la diversité des approches individuelles des notions de pathologie et de risque.

– La notion de pathologie désigne l'étude des maladies, de leurs causes et de leurs symptômes, ou encore un ensemble de manifestations d'une maladie, des effets morbides qu'elle entraîne.

La présence de symptômes ressentis conduit à un diagnostic médical, ce qui caractérise une pathologie. Les problèmes de santé sont interprétés différemment : les symptômes sont ressentis ou non, et différemment par chaque individu. Ils sont exprimés en fonction du vécu de chacun. Chaque individu identifie une maladie en fonction de ses propres normes de vie, qui dépendent de la société dans laquelle il vit mais également de sa culture et de ses croyances.

Il existe une possibilité d'apparition d'une crise si les symptômes ne sont pas repérés ou pris en compte.

– Le risque est un risque individuel pour la santé lorsque l'individu crée volontairement le risque pour lui et pour les autres. Par exemple, les conduites addictives, les rapports sexuels non protégés, etc., sont des comportements à risque.

Le risque sanitaire désigne un risque, immédiat ou à long terme, et plus ou moins probable, auquel la santé publique est exposée.

Le risque résulte de l'exposition à un danger mais l'interprétation du risque est différente selon les individus et leur vécu, ainsi que selon leurs caractéristiques sociales et individuelles (groupe d'appartenance, sexe, âge, niveau de revenus...).

II

Problèmes de santé et risques sanitaires : la nécessité d'une reconnaissance collective

Activité 3 La reconnaissance d'un risque sanitaire par la collectivité

Objectif ● analyser comment une société identifie un problème de santé ou un risque sanitaire.



Doc 3

L'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest : le point épidémiologique (semaine du 6 octobre 2014)

Ebola : Afrique de l'Ouest – semaine 41 (du 6 octobre au 12 octobre 2014)

Chaque semaine, l'**Institut de veille sanitaire (InVS)** réalise la synthèse des données de veille internationale sur la situation d'Ebola en Afrique de l'Ouest. Les données utilisées pour l'élaboration de ce point épidémiologique sont issues de l'**OMS** : ces données sont basées sur les informations officielles enregistrées par les ministères de la Santé, notifiées à l'OMS. Ces chiffres sont susceptibles d'être modifiés du fait du reclassement possible des cas en attente de confirmation biologique.

Points saillants :

- Au total, 8 397 cas (suspects, probables et confirmés) et 4 032 décès (létalité de 48 %) ont été rapportés par l'OMS dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest (Guinée, Sierra-Leone, Liberia, Nigeria et Sénégal).
- Le Liberia, la Guinée et la Sierra-Leone ont déclaré des cas cette semaine. Le dernier cas déclaré par le Nigeria date du 5 septembre. Le Sénégal n'a, à ce jour, déclaré aucun cas autochtone.
- En dehors de l'Afrique de l'Ouest, les États-Unis et l'Espagne ont déclaré chacun un cas de transmission secondaire chez des professionnels de santé ayant pris en charge un malade rapatrié.

Situation épidémiologique actuelle

- L'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola s'est déclarée le 19 mars 2014 au sud-est de la Guinée. À ce jour, trois pays rapportent une transmission soutenue du virus Ebola : Guinée, Liberia, Sierra-Leone (cf. carte p. 108).

Pays	Nombre cas ¹ total	Nombre cas confirmés	Nombre de décès ²	Létalité observée	Nouveaux cas ³	Nouveaux décès ³
Guinée	1 350	1 097	778	57,6 %	151	39
Liberia	4 076	943	2 316	56,8 %	242	247
Sierra-Leone	2 950	2 593	930	31,5 %	513	307
Nigeria	20	19	8	40,0 %	0	0
Sénégal	1	1	0	0	0	0

1. Cas total = cas confirmés + probables + suspects.

2. Inclus les décès parmi l'ensemble des cas (confirmés + probables + suspects).

3. Nouveaux cas et décès rapportés depuis les dernières données transmises entre le 29/09 et le 08/10/2014.

À ce jour, le nombre de professionnels de santé affectés par le virus est de 401 cas et 232 décès (létalité observée de 57,9 %) sur l'ensemble des quatre pays (Guinée, Liberia, Nigeria et Sierra-Leone).



Doc 3

Nombre de cas¹ cumulés rapportés à l'OMS, par date de déclaration par les pays touchés par l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest

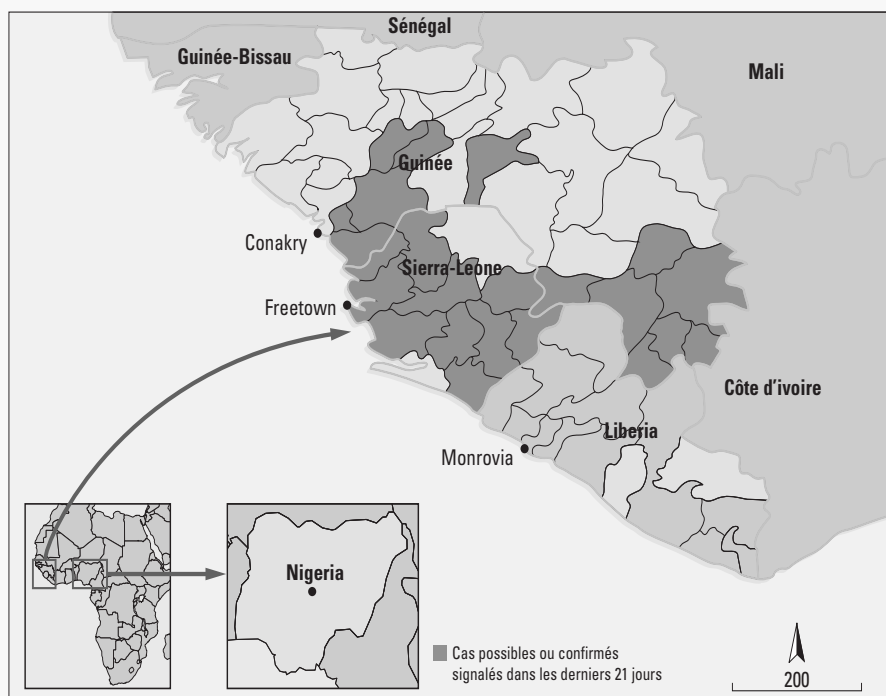


1. Le nombre de cas indiqués dans l'ensemble des graphiques du point épidémiologique comprend les cas probables, les cas suspects et les cas confirmés.

* Données non consolidées pour cette semaine.

OMS (MAJ au 10/10/2014)

Épidémie de fièvre Ebola en Afrique de l'Ouest



InVS – Données OMS au 10/10/2014
www.invs.sante.fr, 13 octobre 2014

Doc 4 – L'épidémie d'Ebola en Afrique : les mesures des autorités sanitaires

Dispositif de surveillance épidémiologique

La situation épidémiologique – nationale et internationale – est suivie avec attention par l'**Institut de veille sanitaire (InVS)**, chargé d'assurer les actions de surveillance, de vigilance et d'alerte sur le virus Ebola. Un dispositif de veille sanitaire spécifique à Ebola a été mis en place, dès mars 2014, afin d'identifier, de prendre en charge et d'isoler très précocement toute personne susceptible d'être contagieuse sur le territoire [...].

Pour éviter que le virus ne se propage hors des zones actuellement touchées, des mesures de prévention spécifiques ont été prises par les pays concernés, mais également par les autorités sanitaires françaises :

- › au niveau des pays touchés par le virus, un dépistage des voyageurs est réalisé par des soignants, avant l'embarquement dans les aéroports des pays à risque ;
- › pour parer à tout risque d'importation du virus en France, le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes met à disposition des compagnies aériennes des dépliants d'information destinés aux passagers de vols directs voyageant entre la France et les zones à risque ;
- › les mesures de prévention consistent également à prendre en charge très rapidement tout cas suspect de retour d'un pays à risque, afin de pouvoir l'isoler très rapidement et le prendre en charge dans des conditions optimales.

Dispositif de détection et de prise en charge de possibles cas suspects

À partir de l'avis du Haut Conseil de santé publique (HCSP) du 10 avril 2014, le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes a défini un dispositif de prise en charge dans l'hypothèse où un cas serait détecté en France (signalements de cas, protocoles de prise en charge, dispositifs de renfort éventuels, etc.).

Une procédure établie par le ministère prévoit les conditions de transport, d'isolement dans une structure hospitalière adaptée, de réalisation des examens sans risque d'exposition des professionnels et de prise en charge thérapeutique des possibles cas suspects.

Le ministère a établi la liste des établissements de santé de référence habilités (ESRH) pour la prise en charge des patients, cas possibles ou confirmés de maladie à virus Ebola (sur la base des évaluations sur site menées par les agences régionales de santé). Cette liste est actualisée en [cas] de besoin [...].

Les professionnels de santé ont été informés de ce dispositif via des messages d'alerte (« DGS-Urgent » pour les médecins libéraux et messages d'information spécifiques pour les établissements hospitaliers). Des consignes leur ont été adressées sur la conduite à tenir devant une personne susceptible d'être atteinte par la maladie, aussi bien sur les modalités de diagnostic biologique, que sur la procédure d'alerte des autorités sanitaires et le dispositif de prise en charge médicale. Les procédures à respecter pour

assurer leur propre protection leur ont également été rappelées. Des mises à jour leur sont adressées en fonction de l'évolution de la situation.

Dispositif de prévention et d'information

Pour prévenir toute importation du virus en France, le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes met en œuvre des actions d'**information et de sensibilisation** régulières à l'attention des divers publics concernés :

Professionnels de santé et professionnels des transports

- › **Établissements de santé et Centres 15** : informations sur le dispositif de prise en charge des cas confirmés d'Ebola et mise en ligne, sur le site du ministère, d'un dossier Internet dédié à Ebola à destination **des professionnels de santé**.
- › Sensibilisation des personnels **des compagnies aériennes et des personnels portuaires** sur les risques encourus.
- › **Sociétés d'assistance en charge des rapatriements** : rappel de la nécessité d'informer systématiquement la Direction générale de la santé (DGS) de toute suspicion de cas d'Ebola.

Recommandations aux voyageurs

Le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes actualise régulièrement le dispositif d'information aux voyageurs à destination des zones à risque en fonction de l'évolution de la situation épidémiologique, en lien avec le ministère des Affaires étrangères.

Depuis le 31 juillet 2014, le ministère des Affaires étrangères et du Développement international et le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes recommandent aux Français de suspendre, sauf raison impérative, tout projet de voyage dans les pays où des cas de fièvre hémorragique à virus Ebola sont avérés (Guinée, Sierra-Leone, Liberia, Nigeria).

Cette recommandation est disponible sur le site du ministère des Affaires étrangères.

Les voyageurs à destination ou de retour de ces pays peuvent trouver des informations sur les recommandations sanitaires sur les sites du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et du ministère des Affaires étrangères.

Les Français résidant dans les pays touchés doivent se conformer aux recommandations sanitaires locales ainsi qu'aux recommandations émises par **les postes diplomatiques français** sur place.

Informations destinées au public

Des informations sur la maladie à virus Ebola sont mises à la disposition du public sur les divers sites :

- › ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes ;
- › Organisation mondiale de la santé (OMS) ;
- › **ECDC**. [...]

Actions menées dans les pays d'Afrique concernés

Le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes a participé, en concertation avec **le ministère**

Doc 4

des Affaires étrangères et du Développement international, à la définition des modalités de poursuite de la mission bilatérale d'expertise médico-scientifique en place auprès du ministère de la Santé guinéen.

Plusieurs experts ont ainsi été dépêchés (épidémiologistes, virologues, infectiologues), notamment le directeur du centre national de référence et des réserves sanitaires de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences

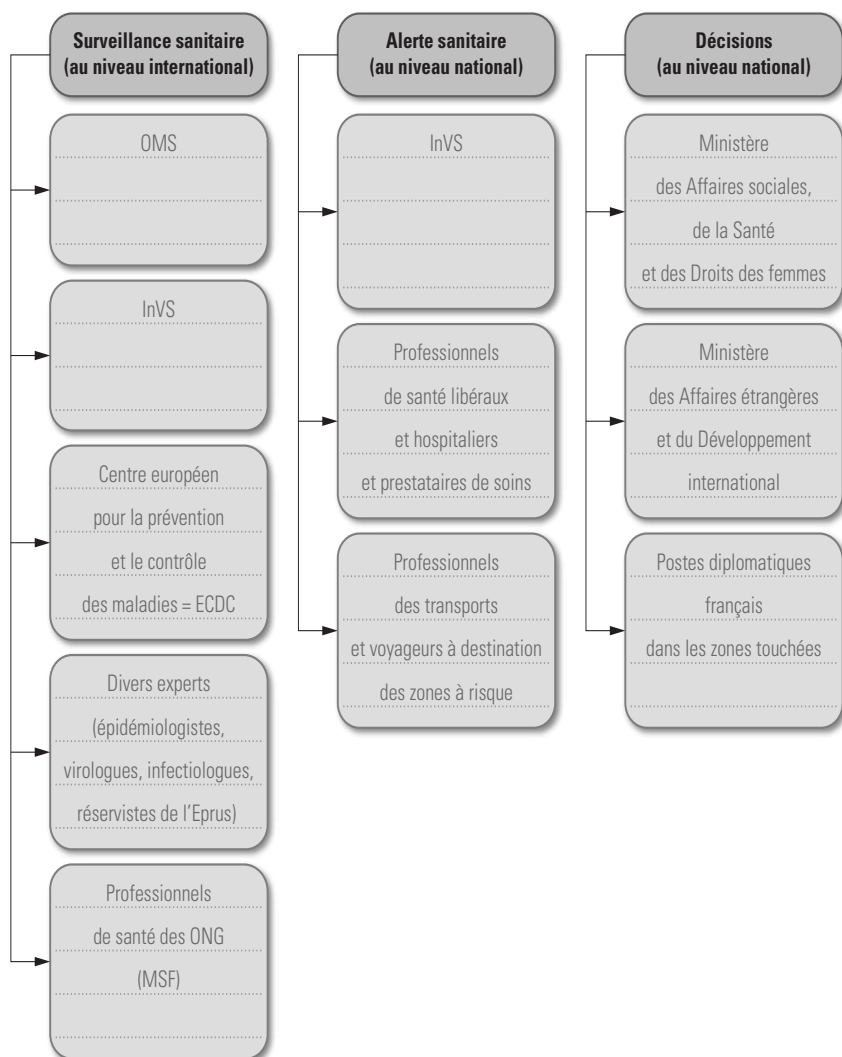
sanitaires (Eprus). À ce jour, quatre missions ont été menées entre avril et mai pour aider les autorités guinéennes à organiser la réponse à l'épidémie d'Ebola et à améliorer la prise en charge des patients.

Le ministère poursuit en outre un travail de recensement des professionnels de santé susceptibles de participer à la nouvelle mission de l'OMS.

www.sante.gouv.fr, 10 octobre 2014

1 Repérez dans les doc. 3 et 4 les **acteurs chargés** de recueillir les données relatives à la **surveillance de la pathologie** à virus Ebola puis les **acteurs participant à l'alerte** sanitaire et enfin les **acteurs décideurs**, en les surlignant de trois couleurs différentes.

2 Classez ces acteurs en fonction de leurs missions à l'aide du schéma suivant.



Activité 4 La place de l'épidémiologie dans la reconnaissance d'un risque sanitaire

Objectif ● montrer la place relative de l'épidémiologie dans la reconnaissance des problèmes de santé.



1 Précisez quels sont les indicateurs présentés dans le doc. 3.

Les indicateurs présentés sont des indicateurs de morbidité (incidence = nouveaux cas, prévalence = nombre de cas cumulés) et des indicateurs de mortalité (nombre de décès et taux de létalité).

2 À l'aide du doc. 3, présentez l'évolution de ces indicateurs dans les quatre principaux pays touchés.

Entre le 19 mars et début juin, l'épidémie à virus Ebola ne touche que la Guinée.

Entre début juin 2014 et le 8 octobre 2014, l'épidémie à virus Ebola touche essentiellement la Guinée, le Liberia, la Sierra-Leone et le Nigeria.

Au 8 octobre 2014, la prévalence s'élève à 8 396 cas et la mortalité est de 4 032 dans ces quatre pays.

Au 13 octobre 2014, l'incidence est de 906 cas en Guinée, au Liberia et en Sierra-Leone, et l'absence de nouveaux cas et de nouveaux décès au Nigeria.

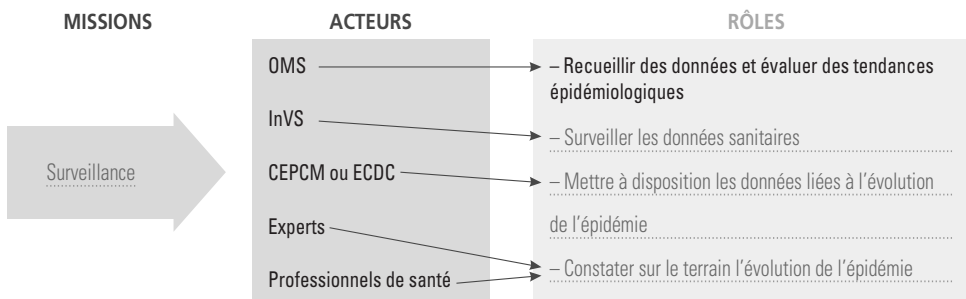
Depuis fin juin 2014 et jusqu'à début octobre 2014, on constate une augmentation fulgurante de la prévalence épidémique dans ces trois pays.

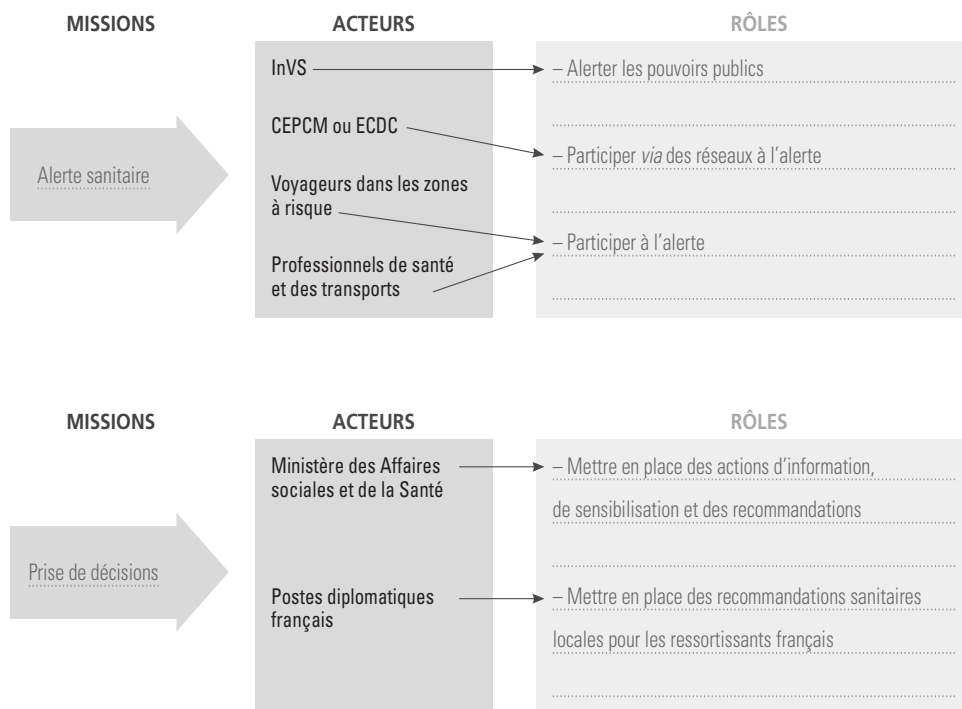
3 Présentez les objectifs de la surveillance puis expliquez-les. Qualifiez ensuite cette surveillance (doc. 3 et 4).

Cette surveillance a pour objectifs :

- de surveiller l'état de santé de la population dans les zones touchées, afin de détecter au plus vite les cas potentiels d'infection par le virus ;
 - de pouvoir gérer le risque sanitaire potentiel dans d'autres zones grâce aux capteurs de l'information (professionnels de santé, InVS pour la France...), qui alerteront à leur tour les autorités concernées ;
 - de pouvoir évaluer le risque lors des voyages et pendant les transports dans les zones touchées, ce qui limitera voire empêchera la propagation du virus Ebola à des zones non touchées ou très peu touchées. Cela permettra alors de contenir la maladie à virus Ebola.
- L'objectif pour l'OMS est de mettre fin à la transmission partout dans le monde dans les 6 à 9 mois. Il s'agit d'une surveillance épidémiologique.

4 Déterminez par des verbes d'action le rôle de chacun des acteurs dans la surveillance ainsi que dans l'alerte sanitaire ou dans la prise de décisions, à l'aide des schémas ci-dessous (doc. 3 et 4).





Je construis ma synthèse

Expliquez comment un risque sanitaire (ou un problème de santé) est identifié par la société.

Différents acteurs interviennent dans la reconnaissance d'un risque sanitaire ou d'un problème de santé. Chaque acteur a une ou des mission(s) et un ou des rôle(s) bien déterminé(s) dans le cadre de la reconnaissance du risque sanitaire : des missions de surveillance (OMS/InVS/experts/professionnels sur le terrain), d'alerte sanitaire (InVS/population concernée/professionnels de santé) et de prise de décisions (ministère des Affaires sociales et de la Santé et d'autres ministères).

Justifiez l'importance des études épidémiologiques dans la reconnaissance de ce problème de santé.

Le problème de santé ne peut être repéré qu'à travers l'étude d'indicateurs (morbidité et mortalité) et de déterminants de santé. Cette étude d'indicateurs et de déterminants de santé se fait elle-même grâce à l'épidémiologie, qui permet alors de recueillir, d'interpréter et d'utiliser l'information en rapport avec les problèmes de santé. Grâce aux études épidémiologiques, l'état de santé de la population est évalué ou l'évolution du problème de santé ou du risque est surveillée, ou encore des décisions sont prises pour éviter l'apparition du problème de santé.

III Des risques aux crises sanitaires

Activité 5 L'évolution d'un risque sanitaire vers une crise sanitaire

Objectif ● expliquer comment apparaît une situation de crise sanitaire.



Doc 5 Les différentes facettes des crises sanitaires

Drame du sang contaminé, crise de la vache folle, plusieurs crises ont fait vaciller le système de santé français à la fin du ^{xx}e siècle. Divers types d'analyses existent pour décrire le phénomène des crises sanitaires. On peut les voir comme le produit de dysfonctionnements dans la gestion des risques sanitaires, ayant par la suite un retentissement social et politique, ou au contraire comme étant avant tout la conséquence de dynamiques sociales

et politiques initiées par des acteurs extérieurs au champ de la santé publique. Certaines crises peuvent également être lues comme révélatrices de jeux de pouvoir impliquant des acteurs du champ même de la santé publique. La multiplicité de ces angles de vue montre qu'il n'est pas aisé de décrire avec un modèle unique ce que l'on entend par « crise sanitaire ».

IReSP, *Questions de santé publique* n° 12, mars 2011

www.iresp.net

À l'origine, le mot « crise » était un terme employé dans le domaine médical. En passant dans le domaine du langage courant, il est devenu petit à petit synonyme de désorganisation, de déséquilibre, de trouble, de dérèglement puis, de retour dans le domaine médical, il désigne aujourd'hui les situations pendant lesquelles le système de prise en charge sanitaire se retrouve dépassé.

www.eprus.fr

Kit de protection distribué au moment de l'épidémie de grippe aviaire.



Doc 6 Les catastrophes sanitaires

Parmi les différentes menaces citées précédemment, il convient de distinguer celles qui sont à l'origine des catastrophes sanitaires. On entend par « catastrophe sanitaire » tout événement entraînant une crise majeure pendant laquelle, par définition, la réponse sanitaire n'est plus suffisante pour prendre en charge l'afflux de victimes. Cette situation entraîne inexorablement une désorganisation du système de soins habituel. Une catastrophe sanitaire se distingue à la fois par le nombre de victimes et par le délai réduit de leur apparition.

On peut répertorier les aléas à l'origine d'une catastrophe sanitaire en plusieurs catégories :

- risques technologiques (ex. : AZF, Tchernobyl) ;
- risques naturels (ex. : tsunami en Indonésie, tremblement de terre au Pakistan, ouragan Katrina à La Nouvelle-Orléans) ;
- risques terroristes [...] (ex. : attentat au gaz sarin à Tokyo en 1995, anthrax, menace de variole potentielle) ;
- risques épidémiques (ex. : pandémie de grippe, Sras, peste, rage, chikungunya, dengue, variole, Ebola, virus).

Dans chacun de ces exemples, on dénombre un potentiel de victimes très élevé avec une croissance du nombre de victimes qui est très rapide dans le temps. La capacité de réponse du système de soins présent dans la zone où se déroule la catastrophe est dépassée et des renforts sont nécessaires. La réserve sanitaire a pour vocation de déployer rapidement, en complément des moyens de renfort locaux et zonaux existants, les renforts nécessaires pour la prise en charge de ces nombreuses victimes. Le temps est un enjeu central de la réponse à mettre en œuvre dans ce genre de contexte.

Il existe par ailleurs des risques liés à l'environnement ou à l'alimentation (amiante, plomb, OGM, ondes radio, encéphalopathie spongiforme bovine [« ESB »], mélamine, etc.) qui se sont traduits jusqu'à présent par des événements à cinétique lente. Toutefois, une pollution ou l'émergence d'un nouvel aléa pourrait également entraîner un grand nombre de victimes dans un délai très court.

www.eprus.fr

Doc 7 — Quelles menaces pour quelle santé ?

Les menaces pesant sur la santé dans le monde

Dans son rapport de 2007 sur la santé dans le monde, l'OMS s'est intéressée aux grandes menaces qui pèsent sur la sécurité sanitaire mondiale et qui seraient consécutives à l'activité humaine. Il s'agit de toute forme d'interaction de l'homme avec son environnement, ou encore des événements de nature chimique ou radiologique, y compris les accidents industriels et les phénomènes naturels. Si les causes de ces menaces peuvent être diverses (naturelles, industrielles, environnementales, accidentelles, délibérées), elles sont souvent liées à des comportements humains générateurs de risque.

› **Insuffisance des investissements en santé publique** : ce manque d'investissement peut être motivé par la fausse impression de sécurité que peut donner l'absence d'épidémies de maladies infectieuses. Cela a pour conséquences un relâchement général de la prévention, une baisse de la vigilance, une surveillance insuffisante et un manque de données comportementales souvent nécessaires pour élaborer une prévention efficace.

› **Changements de politique inattendus** : le changement de politique de santé publique constitue un facteur de risque. Au Nigeria, en août 2003, un vaccin antipoliomyélique est suspecté d'être dangereux, ce qui conduit le gouvernement à suspendre la vaccination dans plusieurs États, avec des conséquences désastreuses : une flambée épidémique dans le nord du pays, des milliers d'enfants paralysés par la maladie (poliomyélite) et la réinfection de zones auparavant débarrassées de la maladie.

› **Conflits armés** : outre les victimes directes, les conflits armés ont des impacts collatéraux sur le système de santé (affaiblissement, destruction). Les facteurs de risque sont un accès aux soins restreint et une vulnérabilité accrue face aux maladies, du fait des déplacements et de la déstabilisation du système de santé. Les déplacements de population et la promiscuité accrue occasionnent des expositions plus importantes aux flambées de maladies infectieuses [...].

› **Élevage et transformation des aliments (ESB, Nipah etc.)**. Exemple avec le virus Nipah : les encéphalites déclenchées par ce virus sont mortelles pour 75 % des personnes affectées. Cette sorte d'agent pathogène émerge occasionne un risque de confusion initiale au cours du diagnostic. Cela retarde la détection du virus, incite à prendre des mesures inadaptées et se traduit par une surmortalité plus élevée.

› **Climat et maladies infectieuses** : les conditions climatiques extrêmes (de plus en plus fréquentes) associées aux facteurs environnementaux, épidémiologiques, socioéconomiques et culturels modifient l'exposition des populations aux maladies infectieuses.

› **Événements radionucléaires et chimiques** : assimilables aux risques technologiques. Il peut s'agir d'accidents ou d'utilisation délibérée en cas de conflit ou de terrorisme. Pour la gestion de ces risques, l'OMS recommande l'application des mêmes principes de surveillance, de détection précoce et d'intervention que ceux appliqués aux menaces biologiques.

› **Accidents industriels** : ils sont également assimilables aux risques technologiques. De manière générale, les pays développés se sont dotés de réglementations pour prévenir et se préparer aux accidents graves. Les pays les plus pauvres ont une gestion de ces risques plus aléatoire, car ils manquent de capacités techniques et d'infrastructures réglementaires. La croissance de l'urbanisation est un facteur aggravant, amplificateur de risque, en particulier pour les populations les plus précaires qui n'ont pas de réel choix pour leurs lieux de résidence : ce sont elles qui se trouvent souvent à proximité de ces installations à risque.

› **Phénomènes naturels** : séismes, tsunamis, cyclones, et parfois aussi empoisonnements chimiques, comme en 1986 dans le cas du lac Nyos au Cameroun, où le dégazage d'une poche de CO₂ contenue dans le lac, consécutive à un glissement de terrain, a causé la mort de 1 800 personnes pendant leur sommeil.

Cet abord des grandes menaces sanitaires est à rapprocher de la définition de la santé proposée par l'OMS ; au-delà de l'absence de maladies et d'infirmités, elle décrit la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social, déterminé par toute une série de facteurs qui constituent les déterminants de la santé.

Des risques particuliers liés à l'environnement urbain

› **Les incendies urbains** : en France, ils représentent 800 morts par an et environ 10 000 victimes de brûlures graves.

› **L'automobile** : en plus des accidents de la route, l'automobile participe de manière très importante à l'aggravation des risques sur la santé par pollution de l'air et au dérèglement climatique.

› **Le bruit** : constitue-t-il une gêne, une nuisance ou un risque ? La perception du bruit varie considérablement d'une personne à l'autre. La préoccupation en



Inondation causée par la tempête tropicale Mario à Quezon, aux Philippines (septembre 2014).

Doc 7

est pourtant aussi ancienne que le fait urbain et est aujourd'hui considéré comme un risque par nos sociétés (risque social et sanitaire) : il est traité comme tel avec une législation spécifique.

➤ Les risques liés aux constructions : amiante (matériaux de construction) et plomb (peintures et canalisations d'eau) constituent des menaces pour la santé publique finement identifiées et bien documentées. La pollution de l'air intérieur par des agents chimiques, notamment des composés organiques libérés par les peintures ou

verniss, constitue également un risque de mieux en mieux connu. Enfin, il faut souligner les risques liés aux dysfonctionnements des systèmes de climatisation et de distribution d'eau, propices au développement de bactéries pathogènes.

➤ Les risques liés à l'insécurité et aux violences urbaines : dans nos sociétés de plus en plus urbaines, la gestion politique des questions liées à l'insécurité et aux violences urbaines est devenue une préoccupation centrale.

Observatoire régional du Nord-Pas-de-Calais, 2010
www.orsnpdc.org

Doc 8 – La défiance des citoyens : l'intervention des spécialistes des sciences sociales

La mobilisation des sciences sociales

La crise Ebola a un impact majeur sur les sociétés dans les pays affectés, avec notamment des réticences à renoncer aux pratiques rituelles et des refus de consulter les soignants. Ces phénomènes ne sont pas inédits. « Ils se sont déjà manifestés dans d'autres situations, par exemple lors de campagnes de vaccination contre la polio, dans lesquelles il existe une méfiance à l'égard du vaccin et des motifs de la campagne d'éradication, en particulier envers le rôle des acteurs internationaux. Au Liberia, cette défiance s'est aussi manifestée par la violence et même par le meurtre d'agents vaccinant contre la polio et de policiers chargés de les protéger », explique l'anthropologue Heidi Larson (London School of Hygiene and Tropical Medicine).

« Nous avons connu cette défiance au début du sida, mais avec Ebola il y a de grosses différences en raison des caractéristiques de la transmission, qui dans le cas présent est liée à des actes de la vie courante, remarque Jean-François Delfraissy, directeur de l'Institut thématique de microbiologie et des maladies infectieuses. Ebola fait peur, touche

indistinctement les populations, affecte les soignants, amène à isoler voire à rejeter les personnes malades, sans qu'il existe de traitement efficace. De plus, la réponse à Ebola interfère avec le culte des morts, très important en Afrique. L'épidémie survient dans des pays qui sortent de crises et connaissent beaucoup de mouvements de population. »

Favoriser la confiance

Anthropologue et chercheur à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), Laurent Vidal travaille au Cameroun sur l'accès aux soins pour le VIH. Lui aussi note des analogies entre les deux épidémies : « C'est le cas dans le discours des politiques ou des médias et en ce qui concerne les réactions de la population. Les politiques ont vite eu le réflexe de la mise en quarantaine. [Les malades] des quartiers de Monrovia, au Liberia, ont été considérés comme des "coupables" plus que comme des "victimes". De même, on a retrouvé des rumeurs évoquant une responsabilité occidentale dans l'épidémie. Ces peurs et ces discours ne concernent pas que des citoyens ignorants, mais aussi des intellectuels. » Cette crise de confiance n'est pas irrémédiable. « Il faut aller sur le terrain – avec des spécialistes des sciences sociales –, répéter qu'il s'agit de mesures exceptionnelles face à une crise exceptionnelle. L'implication de personnes ayant guéri d'Ebola peut rendre les recommandations sanitaires plus acceptables », suggère M. Vidal.

Heidi Larson abonde dans ce sens en soulignant l'importance « de développer la confiance en identifiant et en impliquant les responsables locaux et les membres de la communauté les plus reconnus pour contribuer étroitement à trouver la réponse à l'épidémie ». Pour elle, « sans l'intégration de l'éclairage qu'apportent les sciences sociales dans la conception des interventions de santé publique, nous continuerons à voir des épisodes, grands et petits, similaires à ce que nous voyons actuellement dans le cas d'Ebola ».

P. Benkimoun, *Le Monde*, 10 septembre 2014



Campagne de sensibilisation et de prévention de l'Unicef face à la propagation du virus Ebola (Liberia, juin 2014).

1 Définissez ce qu'est une crise sanitaire (doc. 5 et 6).

Une crise sanitaire est une menace pour l'état de santé de la population lorsqu'un risque est devenu avéré, c'est-à-dire lors qu'il se réalise. On parle de crise sanitaire lorsque la catastrophe a eu lieu et qu'elle provoque le désordre, le chaos et la désorganisation des autorités.

2 Caractériser la crise sanitaire (doc. 5, 6 et 8).

Les caractéristiques d'une crise sanitaire sont :

- la connaissance de cet événement soudain par la collectivité → le danger s'est déclaré subitement et est porté à la connaissance de la collectivité ;
- des conséquences sur l'état de santé de la population → mortalité et/ou morbidité. Beaucoup de personnes sont concernées (victimes réelles) ou risquent de l'être (victimes potentielles) ;
- un dysfonctionnement des pouvoirs publics (voire du système de santé) → les autorités sont dépassées ;
- un changement de comportement au niveau collectif → panique, défiance des citoyens : l'émotion de la population est souvent favorisée par les médias.

3 Exposez les nouvelles menaces ou les risques réels qui pourraient entraîner des crises sanitaires (doc. 6 et 7).

Les nouvelles menaces ou les risques réels sont :


- naturels ;
- épidémiques ;
- industriels, technologiques ;
- politiques, terroristes ;
- liés à l'environnement urbain ;
- liés au système de soins.

4 Comment certaines menaces peuvent-elles être évitées ? Pourquoi est-il difficile de reconnaître ces risques et d'éviter ainsi une crise sanitaire (doc. 6 et 7) ?

Certaines menaces peuvent être évitées en agissant sur les comportements humains générateurs de ces risques.

Il est difficile de reconnaître ces risques car parfois, les mesures de prévention décidées peuvent être interprétées comme un signe de gravité du danger, ou contestées lorsque le danger semble lointain. De plus, la reconnaissance d'un risque dépend d'intérêts divers, qui peuvent générer des conflits entre les différents acteurs (ex. : lutte contre le tabagisme VS intérêts des buralistes ; lutte contre les OGM et pesticides VS intérêts des sociétés productrices).

Activité 6 La perception des crises sanitaires

Objectif ● expliquer comment est perçue une situation de crise sanitaire. 

1 Expliquez comment sont perçues les crises sanitaires par la population concernée (doc. 8).

Les crises sanitaires entraînent une perte de confiance voire une défiance de la population. Les mesures de précaution et de prévention délivrées par les acteurs de terrain ne sont pas prises en compte et sont rejetées.

2 Indiquez ce que propose M. Vidal, anthropologue et chercheur à l'Institut de recherche pour le développement, afin d'apaiser la population concernée et de lui faire accepter les recommandations sanitaires (doc. 8).

M. Vidal propose que des spécialistes des sciences sociales aillent sur le terrain avec des responsables locaux et des membres reconnus de la communauté, afin d'apaiser la population concernée et de lui faire accepter les recommandations sanitaires préconisées.

Je construis ma synthèse

Expliquez comment apparaît une situation de crise sanitaire.

Un risque sanitaire devient une menace pour la population concernée, si ce risque est avéré ou réel. Si quatre caractéristiques sont réunies, cette menace débouche sur une crise sanitaire. Les quatre caractéristiques sont : une prise de connaissance soudaine de l'événement par la collectivité ; des conséquences sur l'état de santé de la population concernée (morbidité et mortalité) ; un dysfonctionnement des pouvoirs publics et un changement des comportements au niveau collectif (panique, défiance des citoyens).

Le jour du bac

Avec les pilules de troisième génération et de quatrième génération, sans oublier l'antiacnéique Diane 35 largement prescrit comme contraceptif, la France est entrée, à la mi-décembre 2012, dans une de ces crises sanitaires dont elle semble s'être fait une spécialité.

P. Benkimoun, « Une crise sanitaire mal gérée », *Le Monde*, 2013
Session 2014, épreuve orale de contrôle

→ À partir d'un exemple de votre choix, expliquer comment apparaît une crise sanitaire.

Synthèse

ATT

6

Problèmes de santé, risques et crises sanitaires

Reconnaissance au niveau collectif d'un risque et/ou d'un problème de santé

par

différents acteurs :
– de la surveillance
– de l'alerte sanitaire
– de la prise de décisions

Si
conséquences

- Caractère inattendu de l'événement
- Morbidité et/ou mortalité importante dans la population
- Autorités publiques dépassées
- Panique, défiance des citoyens favorisée par médias

alors

CRISE SANITAIRE

L'intérêt d'une étude

ATM

6

Pour faire le lien avec l'ATT

Toute étude épidémiologique suit une démarche d'étude rigoureuse. Nous allons donc réinvestir cette démarche dans l'**activité 7**. En effet, celle-ci est utile dans la connaissance de l'état de santé des populations et la reconnaissance d'un problème de santé, telles les épidémies, et permet aux pouvoirs publics de mettre en place des dispositifs (mesures...). Ce sera précisément le sujet de l'**activité 8**.

Activité 7 La démarche d'étude (réinvestissement)

Objectif • présenter les étapes d'une démarche d'étude.



Doc 9 Facteurs de risque d'infection de la grippe A (H1N1) dans la population générale

Des suivis de cohortes se poursuivent actuellement. Le programme CoPanFlu devrait être riche d'enseignements. Il s'agit d'une étude en population générale permettant d'évaluer des déterminants individuels et collectifs du risque d'infection par A (H1N1) [de] 2009, par exemple le taux d'anticorps résiduels, le mode de vie ou encore le statut socioéconomique. Il comprend trois volets, l'un en France métropolitaine [...], un deuxième [...] à La Réunion désormais achevé et un troisième [...] dans plusieurs pays en voie de développement (Laos, Sénégal, Bolivie et Mali). Le volet Réunion [...] a déjà montré que, parmi les personnes infectées lors de l'épidémie A (H1N1) [de] 2009,

deux tiers n'ont pas développé de symptômes, que les moins de 20 ans étaient les plus touchés et qu'un certain taux d'anticorps au moment de l'épidémie protégeait de l'infection.

D'autres travaux visent à modéliser la transmission virale. L'un d'eux [...] a permis d'évaluer le risque d'épidémie dans une école primaire (6-12 ans), en relevant le nombre et la nature des contacts entre les individus. Les auteurs ont rapporté plus de 75 000 contacts entre 242 personnes en deux jours ! Autant de sources de contamination à prendre en compte pour développer des campagnes de prévention en cas d'épidémie.

B. Murgue, Institut de microbiologie et des maladies infectieuses (Aviesan), janvier 2012, www.inserm.fr

Doc 10 Étude CoPanFlu-France : déterminants et conséquences de l'infection par le virus grippal A(H1N1) en phase pandémique

Présentation de l'étude

Madame, Monsieur,

Vous avez récemment été contacté par l'institut Ipsos, au nom du Pr Fabrice Carrat, pour vous proposer de participer à l'étude CoPanFlu et nous vous remercions de votre participation. Cette recherche de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) suivra pendant 2 ans le risque d'infection par le nouveau virus grippal A(H1N1) de 1 000 ménages sur la France entière. [...]

copanflu.u707.jussieu.fr

Doc 11 CoPanFlu – cohortes de suivi**CoPanFlu – Cohorte de suivi de la pandémie de grippe A à Dakar**

Lancé dans un contexte d'épidémie de grippe H1N1, le programme CoPanFlu International vise à acquérir des connaissances sur les déterminants collectifs et individuels de risque d'infection virale ; les facteurs associés à l'expression clinique qui est variable ; la nature de la réaction immunitaire ; l'efficacité des méthodes de prévention et des thérapeutiques ; les changements comportementaux induits par cette apparition virale, aussi bien que les conséquences sociales et économiques de la pandémie.

Dans le cadre du suivi pendant 2 ans d'une cohorte de 500 foyers habitant le grand Dakar, le but de ce programme est de dépister les premiers cas de grippe A, et d'étudier l'épidémiologie, l'immunologie et les déterminants virologiques de l'infection par le virus H1N1.

www.aird.fr, janvier 2009 – juin 2012

CoPanFlu – Cohorte de suivi de la pandémie de grippe A à La Réunion

L'étude est développée [...] autour d'une cohorte [...] sur l'île de La Réunion, comportant 820 ménages suivis pendant un an avec enquêtes sur questionnaires, avec un suivi actif des événements cliniques au niveau de la cellule familiale, et des prélèvements biologiques pour les investigations sérologiques et virologiques. [...]

www.la-reunion.ird.fr, juillet 2009 – décembre 2011

Schématisez les différentes étapes de la démarche d'étude à l'aide des doc. 9 à 11.

**Étape 1 :
éléments
à l'origine
des études**

- Un nouveau virus est apparu en 2009 et se répand dans le monde entier.
- Mieux comprendre les caractéristiques de ce virus afin de prendre des mesures adaptées et de limiter son impact dans le cadre du programme CoPanFlu International.

**Étape 2 :
les commanditaires
et les commandités**

- Les commanditaires : l'Inserm et l'EHESP
- Le commandité : les enquêteurs professionnels de l'institut Ipsos

**Étape 3 :
le public étudié**

- En France : 1 000 ménages ; au Sénégal : 500 foyers ; à La Réunion : 820 ménages

**Étape 4 :
la période
des études**

- De janvier 2009 à juin 2012 pour le Sénégal
- Sur 2 ans, de 2009 à 2011, pour d'autres et un an pour La Réunion

**Étape 5 :
le lieu de réalisation
des études**

- En France, à La Réunion
- Dans plusieurs pays en voie de développement (Sénégal...)

**Étape 6 :
l'objectif des études**

- Évaluer les déterminants individuels et collectifs du risque d'infection par le virus

**Étape 7 :
les hypothèses
de départ**

- Parmi certaines personnes infectées par l'épidémie, certaines ne développent pas de symptômes. Cela signifie qu'un certain taux d'anticorps, au moment de l'épidémie, protégeait de l'infection ces personnes.

Activité 8 L'intérêt d'une étude

Objectif ● mettre en évidence l'apport d'une étude à la connaissance de l'état de santé des populations.



Doc 12 Les mesures contre la grippe aviaire (H5N1)

Les mesures d'hygiène à visée préventive

Le virus de la grippe aviaire se propage en général par contact avec des oiseaux infectés. L'une des principales mesures de sécurité pour endiguer la maladie consiste donc à observer de bonnes pratiques d'hygiène (lavage régulier des mains, port d'un masque). [...]

Les mesures en France en cas de pandémie

La première mesure de lutte consiste à supprimer tous les réservoirs aviaires susceptibles de contribuer à la propagation de l'épidémie (abattage systématique de poulets et autres volailles). Le premier élevage industriel touché serait donc dépeuplé et un vide sanitaire serait organisé. Il en

serait de même pour les autres élevages de volailles dans un rayon fixé par les autorités vétérinaires.

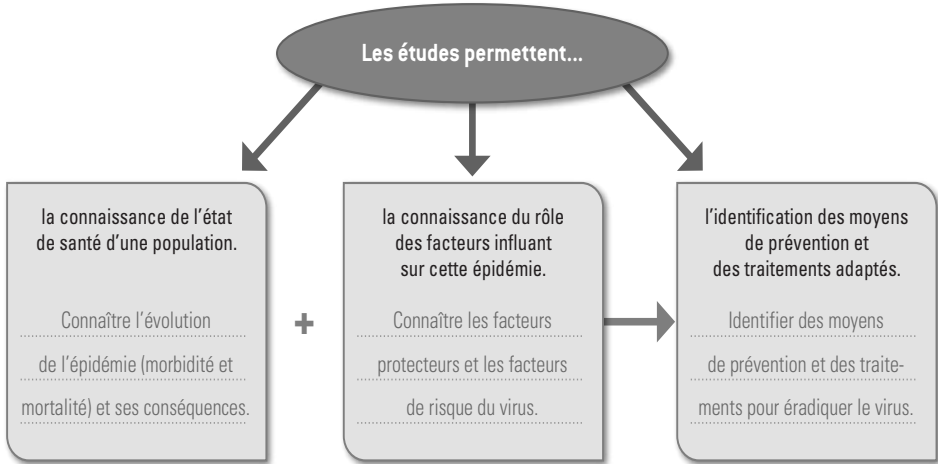
Si le risque de pandémie se précisait, des mesures draconiennes pourraient être imposées : limitation des déplacements, fermeture des frontières, arrêt des transports en commun... Certaines de ces mesures pourraient être prises dès la confirmation de cas de transmissions d'homme à homme. [...]

Les traitements

Il faut entre 6 et 8 mois pour développer un vaccin, d'où l'importance des traitements antiviraux pour combattre la pandémie dans un premier temps.

www.pasteur.fr, novembre 2012

1 Indiquez l'apport des études dans la connaissance de l'état de santé d'une population, puis dans celle du rôle des facteurs qui influent sur cette épidémie, et enfin dans l'identification des moyens de prévention et dans la mise en place de traitements adaptés, à l'aide du schéma ci-dessous. Pour cela, formulez à l'aide d'un verbe d'action ce que permettent ces études dans chaque cas (doc. 9 à 12).



2 Présentez les actions et les moyens mis en place pour lutter contre la grippe aviaire (H5N1) (doc. 12).

– Mise en place de mesures à visée préventive et curative afin d'endiguer l'épidémie.

– Recommandation de mesures d'hygiène, tels que le lavage des mains ou le port d'un masque, voire l'abattage systématique de poulets et d'autres volailles dans un périmètre défini par les autorités vétérinaires.

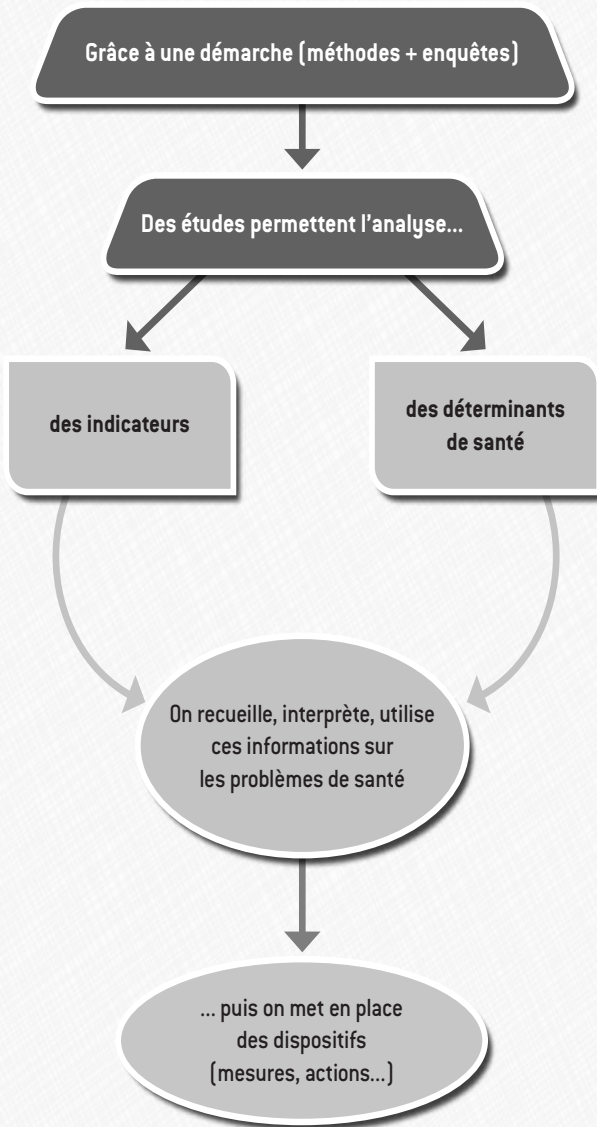
– Proposition de traitements antiviraux puis développement d'un vaccin en cas d'étendue de l'épidémie.

Synthèse

ATM

6

L'intérêt d'une étude



ATT 6

Problèmes de santé, risques et crises sanitaires

INTENTIONS PÉDAGOGIQUES

Sur ce chapitre complexe, les conseils sont présentés par activité, afin d'avoir une vue plus précise et détaillée du déroulement pédagogique.

• **Activité de découverte**

Pré-requis : notion de problématique en méthodologie ; notion de symptômes et virus en biotechnologie.

I. L'approche individuelle des problèmes de santé et des risques sanitaires

• **Activité 1. L'approche individuelle du problème de santé**

Pré-requis : notion de santé individuelle et de santé définie par l'OMS.

Question 2. Le choix du problème de santé doit se réaliser de façon collégiale et non par le professeur qui imposerait celui-ci. De plus, le choix de la pathologie se portera sur une pathologie connue de tous.

Chaque élève du groupe notifiera individuellement ces signes sur papier. Puis on confrontera chaque résultat au sein de chaque groupe. Pour cela, le rapporteur de chaque groupe lira à haute voix tous les signes et le secrétaire les notera au tableau.

Demander aux élèves d'être précis sur ces signes, en y ajoutant un adjectif qualificatif par exemple.

Remarque : ces signes ici peuvent être assimilés à des symptômes.

Certains signes paraîtront être très différents voire contradictoires au sein d'un même groupe et entre les groupes.

Ce même travail sera effectué avec la notion de risque à l'activité suivante.

• **Activité 2. L'approche individuelle du risque sanitaire**

Question 1. Les élèves peuvent également construire une définition à partir du schéma : un risque sanitaire est l'exposition à un danger probable perçu ou non par la population, et qui peut entraîner potentiellement des conséquences sur la santé de la population.

Questions 2 et 3. Chaque élève du groupe notifiera individuellement son risque sur papier. Puis on confrontera chaque résultat au sein de chaque groupe. Pour cela, le rapporteur du groupe lira à haute voix tous les risques par public et le secrétaire les notera au tableau en réalisant le tableau où les différents risques seront visualisés par public (adolescent/enfant/personne âgée).

Question 4. Il sera relevé que la perception et l'interprétation de ces situations à risques seront diverses selon les individus.

II. Problèmes de santé et risques sanitaires : la nécessité d'une reconnaissance collective

• **Activité 3. La reconnaissance d'un risque sanitaire par la collectivité**

Pré-requis : notions de données sanitaires, sociales ou institutionnelles (en méthodologie) et de déterminants de santé et d'indicateurs (en thématique).

Questions 1 et 2. Les élèves reformuleront au préalable la consigne en donnant un synonyme du terme « acteur » et rappelleront ce qu'est le recueil de données (= organisme, institution, instance, professionnel intervenant dans la collecte de ces données). Ils rechercheront aussi ce que signifient les notions de surveillance et d'alerte sanitaire et de décideurs sur le site de l'InVS par exemple.

Ensuite, ils devront repérer les sources de ces documents, puis analyser les documents en décortiquant les titres, les sous-titres et le contenu pour repérer les acteurs qu'il faudra surligner en utilisant un code couleur (une couleur par type d'acteur).

Ici, il est question de la surveillance d'une pathologie à risque épidémique que représente la pathologie à virus Ebola. Mais il s'agit également de l'alerte sanitaire en cas de menace de la population, au niveau national, et des décisions prises pour éviter cette menace. Il faut donc distinguer les acteurs participant à la surveillance de la pathologie à virus Ebola ; ceux participant à l'alerte sanitaire au niveau national et enfin ceux qui prennent des décisions.

• **Activité 4. La place de l'épidémiologie dans la reconnaissance d'un risque sanitaire**

Question 4. Une recherche sur les sites de l'InVS, de l'ECDC et celui de l'OMS peut être proposée afin de déterminer le rôle de ces acteurs et de pouvoir ainsi compléter le schéma.

Nous pouvons aussi présenter chaque type d'acteurs et leur rôle ou bien présenter les acteurs et leur rôle en fonction de leur niveau d'intervention (international ; européen ; national et local).

Au niveau international, nous avons l'OMS qui surveille les données épidémiologiques en recueillant les données auprès de réseaux existant dans les 194 pays membres, notamment pour les pathologies à déclaration obligatoire ou certaines épidémies. Cette surveillance permet de déterminer les zones où les populations sont les plus touchées et ainsi d'évaluer les tendances de certaines pathologies et/ou épidémies (nombre de cas et de décès) et qui nécessiteraient alors des interventions supplémentaires.

L'InVS participe, dans le cadre de ses missions, à l'action européenne et internationale de la France, notamment à des réseaux internationaux de santé publique dédiés à la surveillance et à l'alerte sanitaires.

Le Centre européen de prévention et contrôle des maladies (CEPCM soit ECDC en anglais) participe à la surveillance épidémiologique de la pathologie à virus Ebola en mettant à disposition du public des données liées à l'évolution de cette épidémie. Il participe aussi à l'alerte sanitaire.

Plusieurs experts (épidémiologistes, virologues, infectiologues, le directeur du Centre national de référence, des réservistes de l'EPRUS) sont sur le terrain pour aider les autorités guinéennes à organiser la réponse à l'épidémie d'Ebola et à améliorer la prise en charge des patients. Ils constatent donc sur le terrain l'évolution de cette épidémie, ce qui contribue à sa surveillance. Il en est de même pour les ONG et leurs professionnels de santé.

Les postes diplomatiques français dans les zones touchées ont pris la décision de mettre en place des recommandations sanitaires locales, auxquelles les Français présents dans ces territoires doivent s'y conformer.

Les décideurs : le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes en lien avec le ministère des Affaires étrangères et du Développement international ont décidé de mettre en place des actions d'information et de sensibilisation (dépliants d'information) à destination des voyageurs dans les zones à risques ainsi que des recommandations sanitaires et des mesures de prévention auprès de professionnels de santé et des professionnels des transports. Tous ces acteurs participent donc à l'alerte sanitaire.

« **Je construis ma synthèse** ». Le risque sanitaire est un risque collectif que les élèves doivent définir au préalable.

III. Des risques aux crises sanitaires

• **Activité 5. L'évolution d'un risque sanitaire vers une crise sanitaire**

Cette activité est à réaliser en binôme.

Question 1. Pour ce travail, demander aux élèves de commencer par l'événement à l'origine de celle-ci. Ils peuvent partir du schéma de l'activité 1 pour repérer également cet événement.

Question 2. Demander aux élèves d'indiquer les éléments qui décrivent une crise sanitaire, leur préciser qu'il en existe 4. Pour cela, les élèves devront sélectionner dans les documents ces éléments.

Question 3. Ici les risques sont assimilés aux menaces, bien qu'en réalité les risques soient à nuancer des menaces. En effet, une menace est liée à un comportement humain, qui engendre donc un risque pour une population.

• **Activité 6. La perception des crises sanitaires**

Activité à réaliser en binôme puis la synthèse en individuel.

« **Je construis ma synthèse** ». Les élèves doivent faire tout d'abord le lien entre l'événement à l'origine de la crise puis les 4 caractéristiques (en leur demandant d'utiliser des connecteurs logiques ou des conjonctions de coordination). Ils doivent ensuite comprendre que cet événement a été reconnu auparavant par la collectivité, et que le point de départ est donc bien la reconnaissance par la collectivité de l'événement à l'origine de la crise (c'est-à-dire le risque avéré ou la menace réelle). Enfin, les 4 caractéristiques remplies débouchent sur une crise, et celles-ci sont à développer.

Pour terminer, l'argumentation est illustrée par un exemple ou des exemples de risques ou menaces à l'origine de crise(s), présentées sur le site eprus.fr notamment.

LE « JOUR DU BAC » : ÉLÉMENTS DE CORRIGÉ

À partir d'un exemple de votre choix, expliquer comment apparaît une crise sanitaire.

Prenons l'exemple de la canicule en 2003.

Le risque lié aux conditions climatiques (canicule) et aux conditions environnementales (isolement géographique, désert médical) est devenu une menace pour les personnes fragilisées et/ou âgées et/ou dépendantes, lorsque ce risque est devenu réel. Celui-ci a ensuite entraîné une crise sanitaire car 4 caractéristiques sont réunies :

- la connaissance de cet événement soudain par la collectivité : le danger s'est déclaré subitement et est porté à la connaissance de la collectivité.
- des conséquences sur l'état de santé de la population : mortalité et morbidité. Beaucoup de personnes sont concernées (victimes réelles : 15 000 personnes décédées entre le 1^{er} et le 20 août 2003).
- un dysfonctionnement des pouvoirs publics (voire du système de santé) : les autorités ont été dépassées car les personnes âgées n'ont pas été prises en charge (ou prises en charge tardivement).
- un changement de comportement au niveau collectif : panique, défiance des citoyens, vive émotion de la population, souvent favorisée par les médias.

SYNTHÈSE RÉDIGÉE

I. L'approche individuelle des problèmes de santé et des risques sanitaires

Activité 1. L'approche individuelle du problème de santé

• **Notion de problème de santé** : étude des maladies, de leurs causes et de leurs symptômes. Ou ensemble des manifestations d'une maladie, des effets morbides qu'elle entraîne. (Dictionnaire Le Petit Larousse)

La présence de **symptômes** ressentis conduit à un **diagnostic** médical, ce qui caractérise une pathologie.

• **Interprétation des problèmes de santé** : les symptômes sont ressentis ou non ou différemment par chaque individu. Ils sont exprimés en fonction du vécu de chacun. Chaque individu identifie une maladie en fonction de ses propres normes de vie, ces normes étant en rapport avec la société dans laquelle il vit mais également en rapport avec sa culture, ses croyances.

Il existe une possibilité d'apparition d'une crise si les symptômes ne sont pas repérés ou pris en compte.

Activité 2. L'approche individuelle du risque sanitaire

• **Notion de risque** : on parle de risque individuel pour la santé lorsque l'individu crée volontairement le risque pour lui et pour les autres. Ce sont, par exemple, les comportements à risque comme les conduites addictives, les rapports sexuels non protégés...

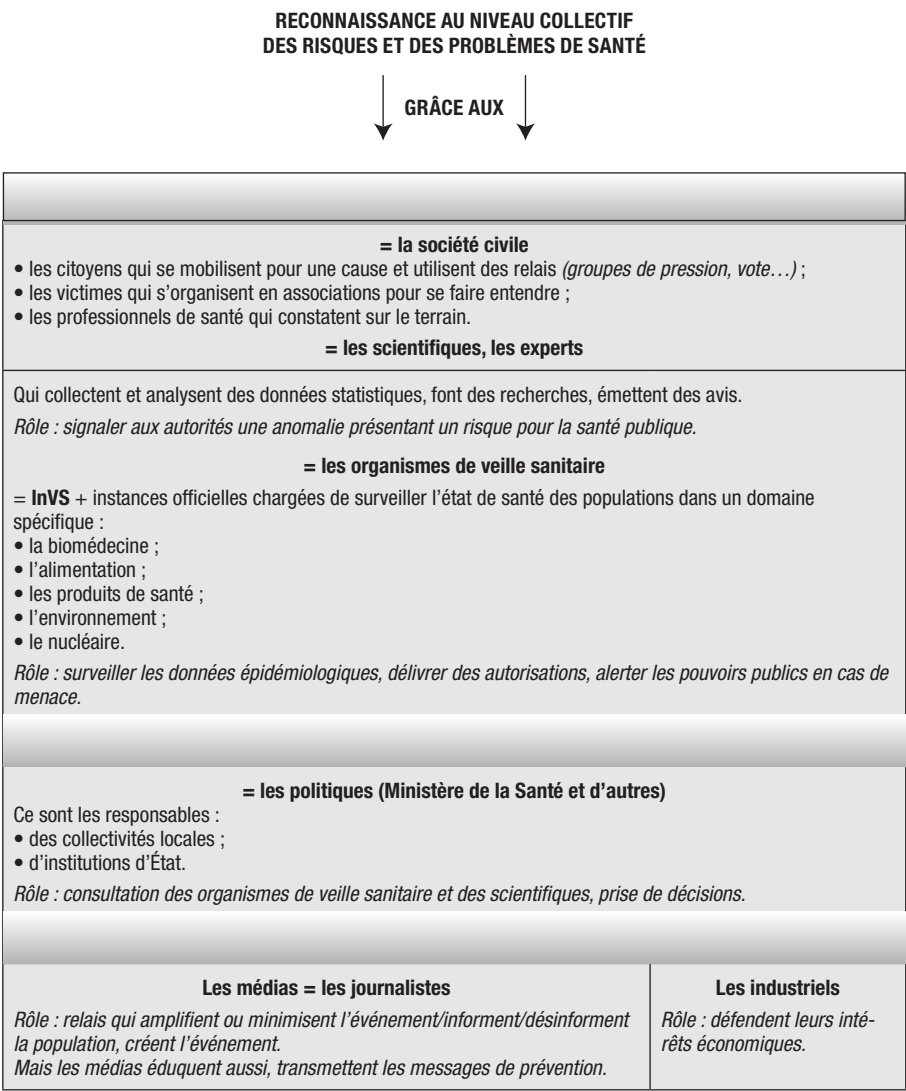
• **Notion de risque sanitaire** : un risque sanitaire désigne un risque, immédiat ou à long terme, plus ou moins probable auquel la santé publique est exposée. (www.risques.gouv.fr)
Le risque résulte de l'exposition à un danger. Mais l'interprétation des risques (ou des symptômes) peut être :

- différente selon les individus ;
- influencée par le groupe d'appartenance, le sexe, l'âge, le niveau de revenu des individus.

IDENTIFICATION AU NIVEAU INDIVIDUEL		
DES RISQUES		DES PROBLÈMES DE SANTÉ
INDIVIDUELS	- liés aux comportements	Symptômes ressentis conduisant à un diagnostic médical
COLLECTIFS	- naturels - épidémiques - industriels, technologiques - politiques, terroristes - liés à l'environnement urbain - liés au système de soins	OU crise si symptômes non pris en compte ou non repérés

II. Problèmes de santé et risques sanitaires : une reconnaissance collective nécessaire

Activité 3. La reconnaissance d'un risque sanitaire par la collectivité



Il s'agit de **risque collectif**, lorsqu'un danger atteint la santé de la population c'est-à-dire que les victimes (effectif important de la population concernée) ou les dégâts (coûts matériels, impacts sur l'environnement) sont importants.

On peut donc définir le **risque sanitaire** comme l'exposition à un danger éventuel plus ou moins prévisible. Cet événement peut entraîner des conséquences sanitaires pour la population (mortalité et morbidité), économiques et sociales.

Différents acteurs interviennent dans la reconnaissance d'un risque sanitaire ou d'un problème de santé. Chaque acteur a un ou des rôle(s) bien déterminé(s) dans le cadre de la reconnaissance du risque sanitaire. Ces acteurs interviennent à différents échelons dans

cette reconnaissance, aux niveaux : international (OMS), européen (ECDC en anglais ou le Centre européen de prévention et contrôle des maladies CEPCM), national (InVS) et local (la société civile et les experts). Les acteurs aux niveaux internationaux et européens n'apparaissent pas sur le schéma qui représente la reconnaissance au niveau national.

Pour aller plus loin :

Il existe différents niveaux de reconnaissance du risque et de réponses possibles.

Niveaux de reconnaissance du risque		Niveaux de réponse
Risque avéré = objectif, vérifié scientifiquement	Il est repéré à partir d'une information scientifique (nécessitant des recherches). Ex. : le risque est mesuré en comparant des groupes de sujets qui diffèrent soit par la présence d'un facteur de risque (exposés/non exposés), soit par la présence d'une maladie (cas/témoins).	La prudence : on connaît le risque et sa probabilité de survenue. Ex. : la prudence me conseille de m'assurer.
		La prévention : on connaît le risque mais pas sa probabilité de survenue
Risque potentiel = subjectif	Il est repéré à partir de la perception du danger par les individus. Remarque : rôle important des médias dans la représentation d'un risque (effet anxiogène possible).	La précaution : on ne connaît ni la réalité du risque, ni la probabilité de sa survenue, mais les conséquences peuvent être très graves voire irréversibles.

Activité 4. La place de l'épidémiologie dans la reconnaissance d'un risque sanitaire

Le problème de santé ne peut être repéré qu'au travers de **l'étude d'indicateurs** (morbidité et mortalité) et de **déterminants** de santé.

L'étude d'indicateurs et de déterminants de santé se fait grâce à **l'épidémiologie** qui permet de recueillir, d'interpréter et d'utiliser l'information sur les problèmes de santé.

L'épidémiologie est une discipline qui a pour objet **l'étude** des problèmes de santé dans une population et le rôle des facteurs qui influent sur ces problèmes. On peut définir l'épidémiologie comme des méthodes.

Ces **méthodes** permettent **d'évaluer l'état de santé d'une population**, de **suivre** au cours du temps **l'évolution de certains problèmes de santé** (la surveillance), et **d'enquêter** sur la survenue de problèmes de santé nouveaux ou inhabituels (telles les épidémies). Pour les responsables de la santé publique (les décideurs), l'épidémiologie est un **outil** indispensable **d'aide à la décision**.

L'épidémiologie est particulièrement utile pour identifier des moyens de prévenir certains problèmes de santé. Il n'est souvent pas nécessaire d'attendre l'explication du mécanisme de la pathologie par lequel un facteur de risque favorise la survenue d'une maladie pour **proposer des moyens préventifs**. Par exemple pour éviter l'apparition de la maladie à virus Ebola sur le territoire national ou d'autres territoires, un dispositif de surveillance épidémiologique et des recommandations sont faits par l'OMS et le Ministère de la santé dans le secteur du transport et aux frontières. Ces recommandations permettent d'évaluer les risques lors des voyages et pendant le transport dans les zones touchées.

La **connaissance** et la **reconnaissance** des problèmes de santé évoluent grâce à ces études (ou méthodes) qu'est l'épidémiologie.

Pour aller plus loin :

Les enjeux de la reconnaissance d'un problème de santé

- La reconnaissance d'un problème dépend d'intérêts divers. La perception même du risque de santé varie selon la place et le rôle occupés par les acteurs. Il y a souvent conflit d'intérêts (économiques, sanitaires, écologiques...). Ex. : lutte contre le tabagisme et intérêts des buralistes/café restaurants, lutte contre les OGM et pesticides et intérêts des sociétés productrices.
- La réponse politique doit arriver au bon moment :
 - si elle est trop rapide, les mesures prises dans l'urgence peuvent être inadaptées ou incomplètes, ou avoir des conséquences imprévues.
 - si elle est trop tardive, le risque peut se transformer en crise ou catastrophe.
- Les connaissances scientifiques disponibles peuvent être partielles (voire partiales) ou hypothétiques. D'où l'apparition de controverses scientifiques qui se transforment en des controverses sociales, avec la prise de position des différents acteurs.
- Les mesures de prévention décidées peuvent être :
 - interprétées comme signe de gravité du danger ;
 - contestées lorsque le danger semble lointain (cas d'application du principe de précaution).

III. Des risques aux crises sanitaires

Activité 5. L'évolution d'un risque sanitaire vers une crise sanitaire

Notion de crise sanitaire : c'est une menace pour l'état de santé de la population lorsqu'un risque est devenu avéré, c'est-à-dire qu'il se réalise. On parle de crise sanitaire lorsque la catastrophe a eu lieu et qu'elle provoque le désordre, le chaos et la désorganisation des autorités.

Caractéristiques d'une crise sanitaire :

- La connaissance de cet événement soudain par la collectivité : le danger s'est déclaré subitement et est porté à la connaissance de la collectivité.
- Des conséquences sur l'état de santé de la population : mortalité et/ou morbidité. Beaucoup de personnes sont concernées (victimes réelles) ou risquent d'être concernées (victimes potentielles).
- Un dysfonctionnement des pouvoirs publics (voire du système de santé) : les autorités ont été dépassées.
- Un changement de comportement au niveau collectif : panique, défiance des citoyens : l'émotion de la population, souvent favorisée par les médias.

Les **nouvelles menaces** ou les risques sont :

- naturels ;
- épidémiques ;
- industriels, technologiques ;
- politiques, terroristes ;
- liés à l'environnement urbain ;
- liés au système de soins.

Activité 6. La perception des crises sanitaires

Ainsi, les **défauts d'information et/ou de communication** par les décideurs sur les risques perçus et les risques réels envers la population suscitent une méfiance et une non-acceptabilité du risque réalisé par celle-ci.

Les crises sanitaires entraînent toujours : l'incertitude, la multiplication du nombre d'acteurs impliqués, le débordement des autorités, la perte de confiance de la population, la remise en cause des experts et un retentissement général sur l'organisation du pays car elles sont de moins en moins bien acceptées. Lorsqu'une crise éclate, on constate donc surtout : des difficultés pour gérer la situation, une remise en question de la crédibilité et de l'efficacité des autorités sanitaires, des conflits et des désaccords.

De même, des défauts d'information et/ou de communication sur les crises sanitaires auprès de la population concernée entraînent une défiance et une non prise en compte des mesures de précaution et de prévention délivrées par les acteurs de terrain.

En conclusion : l'identification des problèmes de santé et des risques sanitaires est primordiale pour leur reconnaissance dans la société et leur prise en compte par les pouvoirs publics. Parfois les risques sanitaires engendrent des crises sanitaires.

L'émergence des problèmes sociaux

ATT

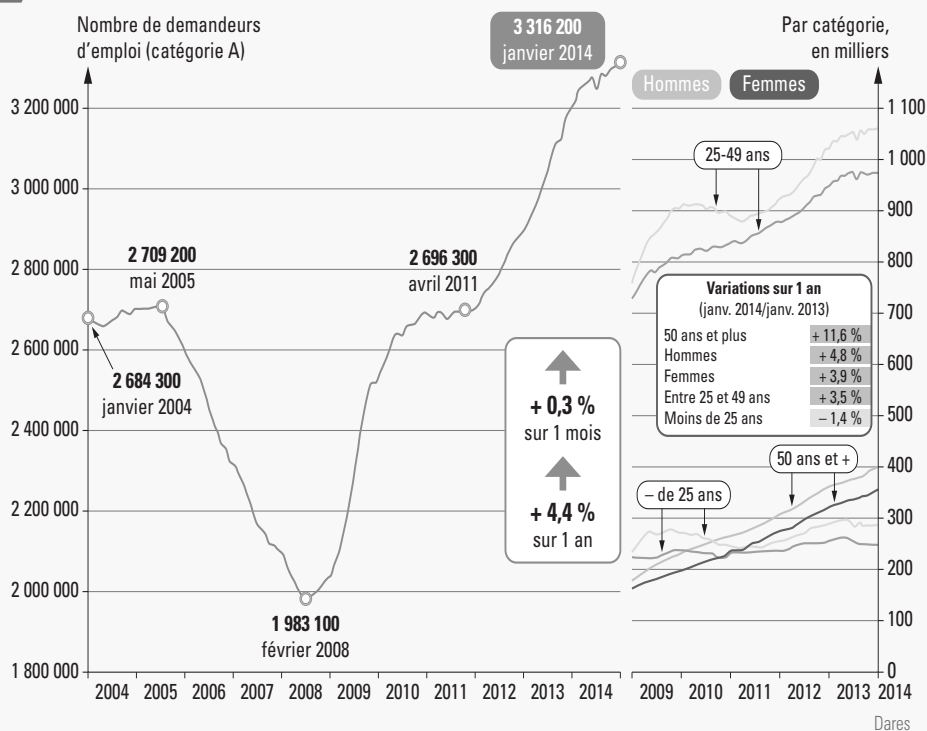
7

Activité de découverte

Objectif • expliquer comment les inégalités sociales portent atteinte à la cohésion sociale.



Doc 1 Le chômage



Personnes venant s'enregistrer au centre Pôle emploi.

Doc 2 La cohésion sociale

Selon le Conseil de l'Europe, la cohésion sociale est « la capacité de la société à assurer le bien-être de tous ses membres, incluant l'accès équitable aux ressources disponibles, le respect de la dignité dans la diversité, l'autonomie personnelle et collective et la participation responsable ». Elle implique de façon générale le renforcement du lien social pour l'ensemble de la population mais aussi, plus spécifiquement, l'inclusion sociale des personnes vulnérables.

www.mayotte.pref.gouv.fr

1 À l'aide des doc. 1 et 2 et de vos connaissances, définissez avec vos propres mots la notion de chômage.

Le chômage désigne la situation des personnes – hommes et femmes de plus de 15 ans – privées d'emploi et en recherchant un...

2 Expliquez en quoi le chômage constitue un problème pour l'individu et comment il peut porter atteinte à la cohésion sociale.

L'emploi est le principal revenu et la principale source d'utilité sociale, de reconnaissance sociale et de lien social. Lorsque les individus perdent leur emploi, ils risquent de perdre ces liens. La société subit alors une fracture entre les chômeurs et les autres individus. Le chômage est donc synonyme d'exclusion sociale et de précarité.

I Les problèmes sociaux aujourd'hui

Activité 1 La descente vers l'exclusion

Objectifs • montrer que l'exclusion est le résultat d'un processus ;
• définir précarité, pauvreté et exclusion.



Doc 3 – La perte d'emploi, porte d'entrée dans la précarité

Si l'emploi n'est pas une condition suffisante pour garantir l'inclusion sociale, son absence ou sa perte est en revanche un facteur de risque de basculement vers la précarité, laquelle peut conduire, si d'autres facteurs s'y surajoutent, à la pauvreté et à l'exclusion.

La définition même de la précarité fait une place centrale au paramètre « emploi ». Ainsi, selon celle donnée par le père Joseph Wrezinski, fondateur de l'association ATD Quart-Monde, « la précarité est l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi ».

D'après une enquête menée sur des SDF et citée par M. Patrick Dugois, délégué général d'Emmaüs France, cette perte d'emploi, au même titre que d'autres « accidents de la vie », peut générer une série de conséquences allant jusqu'à l'exclusion : « Il existe des moments clés conduisant les personnes à la rue : la perte d'un emploi, la fin des allocations chômage, un décès, un divorce, etc. Il s'agit de ce que nous appelons communément les « accidents de la vie. » [...]

Dans une société stable, marquée par le plein emploi, une personne fragile confrontée, par exemple, à une activité professionnelle insupportable peut démissionner et changer d'employeur, en raison de l'abondance du travail. Dans la société actuelle, une telle attitude n'est plus possible. Il est très facile aujourd'hui de se retrouver à la rue. Tout peut aller très vite pour celui [qui est] victime d'un moment de faiblesse ou d'une perte d'emploi à la suite d'une dépression grave. Le responsable France d'Emmaüs a cité à la mission l'exemple, qui n'est plus rare aujourd'hui, d'un cadre commercial qui, en deux ans, a été licencié, a divorcé avant d'échouer dans un petit studio, puis dans la rue.

Selon Julien Damon, professeur associé à Sciences-Po et rapporteur général du Grenelle de l'insertion, « les pertes de travail et la dégradation des relations sociales et amicales constituent les principales raisons amenant les gens à vivre dans la rue. Il arrive souvent que des personnes aient une famille stable, mais qu'elles s'en soient éloignées pour chercher du travail à Paris où elles vivent dans la rue ».

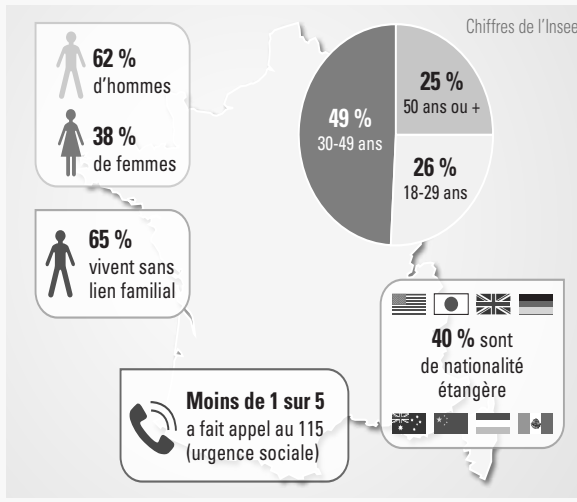
Les centres communaux d'action sociale confirment, sur le terrain, que la perte d'une activité professionnelle est de plus en plus à l'origine d'un basculement dans la grande précarité. M. Daniel Zielinski, délégué général de l'Unccas (Union nationale des centres communaux d'action sociale), a indiqué qu'y avait été repérée « l'arrivée de nouveaux publics pauvres », au premier rang desquels « des personnes venant de perdre leur emploi ».

M. Jean-Baptiste de Foucauld, président de Solidarités nouvelles contre le chômage, a dit des mots très justes devant la mission pour exprimer la rupture radicale d'avec la société ressentie par les « inactifs contraints ». « Ceux qui vivent le chômage se découragent, se sentent plus jugés qu'aider et n'ont plus confiance dans la société. Nous ne sommes pas suffisamment conscients du caractère moralement dévastateur dû à l'insuffisance quantitative d'emplois et de ses effets délétères sur l'ensemble du tissu social. [...] La souffrance sociale relative au chômage ne génère pas de réflexes de solidarité, contrairement aux autres catastrophes sociales. Le chômage, phénomène complexe et anxiogène, délie le lien social là où, au contraire, il devrait créer de la solidarité. »

www.senat.fr

Doc 4 – Quel est le portrait du SDF aujourd'hui en France ?

Portrait-robot du SDF en France, en 2012



❶ En vous appuyant sur vos connaissances, expliquez pourquoi l'auteur parle d'« accidents de la vie » dans le doc. 3.

Les accidents de la vie sont la perte d'un emploi, la fin des allocations chômage, un décès, un divorce, la maladie (ex. : un cancer), etc. Ce sont des événements qui peuvent survenir à tout moment de la vie et concernent tout le monde. Ils ont souvent des conséquences lourdes sur un individu et son existence. Les conséquences possibles sont la dépression grave, l'obligation de vivre dans la rue faute de logement, la dégradation des relations sociales et amicales.

❷ Identifiez en quoi ces « accidents de la vie » constituent des problèmes sociaux (doc. 3).

Ils peuvent générer des conséquences allant de la précarité jusqu'à l'exclusion des individus concernés de la société.

❸ Repérez les caractéristiques des personnes exclues de la société (doc. 4).

Pour la majorité, ce sont des hommes (62 % des SDF), âgés de 30 à 49 ans (49 % des SDF) et de nationalité étrangère (40 % des SDF). 65 % des SDF n'ont pas de liens familiaux.

❹ À l'aide du doc. 3 et d'un dictionnaire, définissez les termes suivants : précarité, pauvreté, exclusion sociale, inégalités sociales.

La précarité est une situation instable qui ne laisse aux individus qu'une faible capacité d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux.

On parle de pauvreté lorsque le niveau de vie d'un individu est inférieur au seuil de pauvreté.

L'exclusion sociale correspond à un processus progressif de rupture des liens sociaux.

Les inégalités sociales correspondent aux écarts, aux différences entre les conditions de vie.

5 Montrez le lien de toutes ces notions avec les problèmes sociaux.

Un problème social correspond à une situation menaçante ou conflictuelle pour la société. Il peut être le résultat de la somme des problèmes individuels.

L'accumulation des inégalités sociales, de la pauvreté, de l'exclusion dans différents domaines peut conduire à l'émergence de problèmes sociaux.

Activité 2 L'échec scolaire : un exemple de processus d'exclusion

Objectif ► expliquer le lien entre processus d'exclusion et insertion sociale.



Doc 5 L'échec scolaire : cette maladie « chronique » de notre système éducatif

L'échec scolaire ! Parlons-en encore. Il est là, malheureusement toujours présent dans nos établissements scolaires.

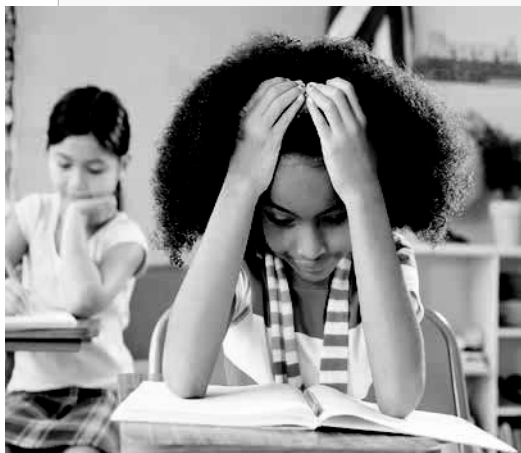
Dans notre pays, plus de 300 000 élèves sont exclus chaque année de l'école. Cependant 50 % des enfants qui ne maîtrisent pas la lecture ou le calcul au premier palier n'apprennent jamais à lire ou à faire des mathématiques dans les années à venir ; ces enfants ont le sentiment qu'ils ont manqué une marche et qu'ils ne sont pas comme les autres, et ce sentiment-là est terrible. Donc le problème n'est pas un problème de rythme scolaire mais de savoir si on laisse cet échec s'installer ou pas, parce qu'une fois qu'il est installé il devient difficile de revenir en arrière avec un enfant en difficulté scolaire [...]. On n'a pas normalement le droit de faire sortir l'enfant d'un établissement scolaire s'il [ne s'est pas approprié] les outils pour affronter une qualification et s'insérer dans le monde du travail. Que peut-on faire dans ces cas-là ? Eh bien, il faut essayer de

faire ce que font les Finlandais, par exemple, dans leur système éducatif considéré comme l'un des plus performants au monde, à savoir qu'il existe à côté du maître d'école un assistant d'éducation qui est là pour faire le répétiteur et la remédiation et réparer la difficulté d'apprentissage [...]. Du coup cet enfant n'est pas stigmatisé, il n'y a pas de redoublement, et [il] n'est pas mis de côté ; il n'a pas le sentiment qu'il est différent des autres et on a donc une remédiation qui marche tout le temps et tout de suite, avant que l'échec scolaire ne s'installe [...].

L'échec scolaire a-t-il un impact psychologique sur l'enfant ?

Effectivement, l'échec scolaire, c'est d'abord une souffrance terrible pour l'enfant parce que tout le monde a envie de réussir et [...] il n'y a aucune raison qu'il soit exclu de cette envie de réussir. Donc un enfant qui ne réussit pas c'est un enfant qui se sent coupable de cet échec, coupable par rapport à ses parents, coupable par rapport à ses enseignants. Il se sent finalement très honteux par rapport à [lui-même parce qu'il] a bien conscience que les attentes qui pèsent sur ses épaules sont énormes ; la pression [actuelle] est très importante et un enfant qui est en échec scolaire, c'est un peu comme s'il envoyait à ses parents un message d'incompétence pour leur dire : je n'arrive pas à être celui qui réussit.

Donc l'échec scolaire pour un jeune scolarisé, c'est vraiment une souffrance par rapport à [lui-même] et [...] aux autres et cet échec va se manifester selon la personnalité de l'enfant, soit par des manifestations assez bruyantes, assez échevelées, c'est-à-dire un enfant qui va être très agité, très turbulent, qui va bouger en permanence ou même qui va [...] devenir très agressif, très [intolérant] à la frustration, très vite en colère. Ou, à l'inverse, on va avoir une forme plus pesante, plus lourde de cet échec et là on va être plutôt dans l'inhibition, dans l'évitement [...].



Doc 5

→ l'enfant va se replier complètement sur lui-même, va refuser d'aborder tout type d'apprentissage. D'ailleurs, il y a une confusion à laquelle je crois qu'il faut être très attentif [...] : il ne faut pas confondre la note scolaire et la valeur de l'élève. On a toujours tendance à dire à l'enfant qui a eu une mauvaise moyenne en fin de trimestre : « Tu es nul ! tu n'arrives jamais à rien ! tu n'as aucun avenir !... » Donc, il est [...] important de bien distinguer les choses, c'est-à-dire qu'il peut arriver [qu'un enfant soit] en difficulté dans une matière, ou [ait] des difficultés dans la mémorisation, mais ce n'est pas parce qu'il est en difficulté à l'école [qu'il] est un enfant ou un adolescent qui n'a pas de valeur, pas de personnalité. [Cependant] il y a une telle attente par rapport à l'école que très vite on stigmatise l'échec : l'enfant va se retrouver entraîné malgré lui dans une spirale de l'échec vers une démotivation, [et celle-ci] va renforcer sa difficulté et engendrer des troubles

psychologiques plus ou moins graves. Évidemment, cela débute par la perte de confiance en soi [et peut aller] jusqu'à la forme la plus grave [...], la phobie scolaire.

Il y a une **urgence réelle** parce que l'enfant est [un être] en développement et qu'un échec scolaire peut vraiment le marginaliser et avoir de graves incidences au niveau de son développement psycho-professionnel et social. Cet échec scolaire peut conduire aussi l'enfant à la fugue ou à des conduites aggravantes, telle que la toxicomanie, voire tragiques comme le suicide.

Sur le plan strictement scolaire, l'élève peut réagir de deux manières : soit prendre l'échec comme un stimulant qui le pousse à faire davantage d'efforts pour se rattraper et obtenir de meilleurs résultats, [soit rejeter] totalement tout ce qui rappelle l'étude et la vie scolaire [...].

M. Moulessouiga, www.reflexiondz.net

1 À l'aide du dictionnaire et du doc. 5, donnez une définition de la notion d'insertion sociale.

L'insertion sociale est le fait, la manière de s'insérer dans un groupe, dans une société et de s'y intégrer (dictionnaire Larousse).

2 Repérez dans le doc. 5 la raison pour laquelle l'école constitue un moyen pour s'insérer dans la société.

L'école permet à l'enfant d'obtenir une qualification et de s'insérer dans le monde du travail.

3 Expliquez pourquoi l'auteur parle de risque de « marginalisation » pour un enfant en échec scolaire (doc. 5).

L'échec scolaire, pour un jeune scolarisé, est une souffrance pour lui-même et par rapport aux autres. Cet échec va se manifester, selon la personnalité de l'enfant, par des comportements comme l'agitation, l'agressivité, le repli sur soi ou le refus d'apprendre.

L'échec scolaire peut donc avoir de graves incidences au niveau de son développement psycho-professionnel et social. L'échec scolaire peut aussi conduire l'enfant à la fugue ou à des conduites aggravantes, telle que la toxicomanie, voire au suicide dans un cas extrême.

4 Montrez que l'échec scolaire est considéré comme un véritable problème social en France et aboutit à un processus d'exclusion.

En France, plus de 300 000 élèves sont exclus chaque année de l'école. Cependant 50 % des enfants qui ne maîtrisent pas la lecture ou le calcul au premier palier n'apprennent jamais à lire ou à faire des mathématiques dans les années à venir. Ces enfants ont donc le sentiment qu'ils ont raté une étape et qu'ils ne sont pas comme les autres. Ce sentiment engendre alors les conséquences citées précédemment.

Je construis ma synthèse

Expliquez, avec vos propres mots, à partir de l'exemple de l'échec scolaire, le lien entre processus d'exclusion et insertion sociale.

Le doc. 5 montre que l'insertion de l'enfant se réalise notamment par l'école. Le processus d'exclusion peut débuter pour l'enfant lorsqu'il est en échec scolaire parce qu'il est en rupture avec l'apprentissage, et la formation qu'il peut lui apporter mais aussi avec les liens que l'école peut lui permettre d'avoir.

L'insertion de l'individu dans la société se réalise en particulier par l'intermédiaire de la famille, de l'école, de l'emploi... Le processus d'exclusion peut débuter lorsque l'individu est en rupture avec une ou plusieurs de ces instances. On peut ainsi citer l'échec scolaire pour l'enfant, la perte d'un emploi ou la survenue d'une maladie ou d'un accident pour l'adulte.

Complétez le schéma suivant qui représente les différentes étapes d'un processus d'exclusion sociale.

Perte ou absence d'une ou plusieurs sécurités (chômage, maladie, divorce...)



Fragilisation de l'individu (perte de ressources, problèmes de santé, familiaux...)



Dépendance aux aides sociales (assurance chômage, assurance maladie...)



Sortie du système d'assistance et perte des liens sociaux



Exclusion de l'individu (ex. : sans domicile fixe)

II De l'émergence des problèmes sociaux à leur reconnaissance collective

Activité 3 L'émergence des problèmes sociaux

Objectif ► analyser les conditions d'émergence d'un problème social.



Doc 6 L'émergence d'une nouvelle pauvreté

Dans les années 1980, apparaît la notion d'exclusion qui désigne une nouvelle forme de pauvreté. Les dispositifs classiques de protection sociale ne parviennent pas à traiter cette nouvelle pauvreté. L'exclusion donne ainsi naissance à des mesures « d'insertion » destinées aux jeunes qui rencontrent des difficultés pour accéder à un emploi, aux chômeurs de longue durée incapables de se réinsérer professionnellement, et aux familles précarisées qui ne

tiennent plus dans les normes sociales en matière d'éducation, de logement ou d'accès aux soins.

1^{er} octobre 1981 : Bertrand Schwartz remet au Premier ministre un rapport préconisant, face au développement du chômage des jeunes et aux sorties de l'école sans diplôme, la mise en œuvre d'une politique d'insertion sociale et professionnelle des jeunes, reposant sur des structures locales, partenariales et transversales.

Doc 6

→ Mars 1982 : création de missions locales pour l'emploi des jeunes et de permanences d'accueil d'information et d'orientation (PAIO) sur l'ensemble du territoire français (ordonnance n° 82-273 du 26 mars 1982).

25 novembre 1982 : présentation à la presse par Jean Le Garrec des résultats provisoires de la campagne lancée le 4 octobre en faveur des demandeurs d'emploi de longue durée ; annonce de nouvelles mesures en leur faveur : augmentation des stages d'insertion professionnelle ou octroi d'aides pour une réinsertion provisoire.

26 janvier 1983 : en Conseil des ministres, adoption des grandes orientations du plan pour l'insertion professionnelle et sociale des jeunes de 16 à 25 ans : prolonger

l'action éducative de l'école et de l'université (accueil d'un plus grand nombre, formation en alternance) ; faciliter l'insertion professionnelle des jeunes sans emploi (maintien du contrat formation ; création d'une formule allégée de contrat emploi-adaptation) ; améliorer l'orientation des jeunes et encourager leurs initiatives. Adoption de nouvelles mesures de solidarité contre la pauvreté et la précarité : améliorer l'accueil des personnes en situation difficile ; éviter les ruptures de prestations ; veiller au risque de pauvreté de groupes sociaux particulièrement exposés (chômeurs de longue durée), s'attaquer aux causes de pauvreté (lutte contre l'analphabétisme) ; favoriser le développement social (formation de jeunes au travail social) [...].

www.vie-publique.fr



Manifestation à Paris de jeunes étudiants et professionnels contre la précarité sociale.

1 Présentez le problème social exposé dans le doc. 6.

Dans les années 1980, apparaît la notion d'exclusion désignant une nouvelle forme de pauvreté qui n'existait pas auparavant.

2 Identifiez le public concerné par ce problème (doc. 6).

Des jeunes rencontrent des difficultés pour accéder à un emploi, des chômeurs de longue durée sont incapables de se réinsérer professionnellement et des familles précarisées ne tiennent plus dans les normes sociales en matière d'éducation, de logement ou d'accès aux soins.

3 Expliquez pourquoi et comment les pouvoirs publics ont réagi face à ce problème social.

Les dispositifs classiques de protection sociale ne parviennent pas à traiter cette nouvelle pauvreté. Les pouvoirs publics vont réagir en mettant en place différentes mesures. Ainsi, un rapport préconise la mise en œuvre d'une politique d'insertion sociale et professionnelle des jeunes, la création de missions locales, le développement de stages d'insertion professionnelle ou l'octroi d'aides pour une réinsertion provisoire, un plan pour l'insertion professionnelle et sociale des jeunes de 16 à 25 ans. On note aussi l'adoption de nouvelles mesures de solidarité contre la pauvreté et la précarité : améliorer l'accueil des personnes en situation difficile ; éviter les ruptures de prestations ; veiller au risque de pauvreté de groupes sociaux particulièrement exposés...

Activité 4 La reconnaissance des problèmes sociaux par la collectivité

Objectif ► analyser la reconnaissance d'un problème social par la collectivité. 1 h 30

Doc 7 Synthèse des résultats : baromètre d'opinion de la Drees en 2013



Depuis 2000, le baromètre d'opinion de la Drees est un outil de référence pour analyser l'évolution de l'opinion des Français sur leur santé, sur la protection sociale (assurance maladie, retraite, famille, handicap-dépendance, pauvreté-exclusion), ainsi que sur les inégalités sociales.

Les données de la vague 2013 ont été collectées du 14 octobre au 26 novembre, auprès d'un échantillon, important pour ce type d'enquête, de 4 000 personnes, représentatif de la population âgée de 18 ans ou plus en France métropolitaine (méthode des quotas).

Les Français s'inquiètent de la montée des inégalités

Huit Français sur dix considèrent en 2013 que les inégalités vont plutôt continuer à augmenter dans l'avenir.

Seulement moins de sept sur dix partageaient ce constat au début des années 2000. Cette préoccupation concerne avant tout les inégalités de revenu, qui sont considérées comme les plus répandues par les Français (42 % d'entre eux, soit une majorité relative). Viennent ensuite les inégalités liées au logement, jugées les plus répandues par 14 % des Français.

Les données de l'Insee confirment que le rapport entre le niveau de vie des 10 % les plus riches et celui des 10 % les plus pauvres s'est accru, mais principalement à partir de 2008 (il est passé de 3,4 en 2008 à 3,6 en 2011). Les Français jugent que les inégalités d'accès aux soins sont les moins acceptables (22 % des réponses), devant les inégalités de revenu (19 %) et les inégalités de logement (16 %).

www.drees.sante.gouv.fr,
février 2014

Doc 8 La lutte contre la pauvreté et l'exclusion : une responsabilité à partager

La multiplicité des organismes d'observation et d'évaluation

De nombreux organismes d'observation et d'évaluation effectuent des analyses, des enquêtes et des évaluations dans le domaine de la lutte contre l'exclusion : Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale, Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (Onpes), Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas), Centre d'analyse stratégique (Cas), Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), Inspection générale des affaires sociales (Igas), Observatoire national des zones urbaines sensibles

(Onzus), Observatoire des inégalités, Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Cre-doc), Centre d'étude et de recherche sur les qualifications (Cereq), etc.

Ainsi, selon Mme Agnès de Fleurieu, présidente de l'ONPES, « il existe une multitude d'observatoires et d'observations. Ainsi, l'observatoire national des Zus a-t-il pour champ d'étude l'exclusion urbaine, tandis que nous nous intéressons à l'exclusion dans sa globalité ».

www.senat.fr

Doc 9 Un exemple de complémentarité entre différents acteurs



Lutter contre l'exclusion

Dans le sillage des interpellations d'Emmaüs Défi et de l'association Aurore notamment, la Mairie de Paris a fait de la lutte contre l'exclusion sa priorité. Le 18 septembre dernier, 350 acteurs de la solidarité ont ainsi assisté au lancement de cette grande cause, ambitieuse mais nécessaire [...]. Le 18 septembre, Paris a donné le coup d'envoi d'un chantier qui sera la grande cause de cette mandature : la lutte contre la grande exclusion. Pour apporter des réponses à ces situations dramatiques et intolérables vécues par les personnes en très grande précarité, la Ville a dit vouloir mobiliser toutes les énergies : ses services, l'État, les associations, les entreprises et les citoyens. Concrètement, trois groupes de travail sur les thèmes



Doc 9

→ « Prévenir », « Intervenir » et « Insérer durablement » ont été mis en place et devraient aboutir, en janvier 2015, à la signature d'un « pacte de lutte contre la grande exclusion » associant tous les acteurs engagés dans cette démarche.

emmaus-france.org



1 À l'aide des doc. 7 à 9 et de vos connaissances, identifiez les différents acteurs de la lutte contre l'exclusion et leurs rôles respectifs.

Acteurs	Rôles	Intitulés
Organismes d'observation et d'évaluation	Ils effectuent des analyses, des enquêtes et des évaluations dans le domaine de la lutte contre l'exclusion.	Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale, Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (Onpes), Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas), Centre d'analyse stratégique (Cas), Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), Inspection générale des affaires sociales (Igas), Observatoire national des zones urbaines sensibles (Onzus), Observatoire des inégalités, Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Credoc), Centre d'études et de recherches sur les qualifications (Cereq), etc.
État (gouvernement)	Il prend des mesures, met en place des actions.	Président de la République, Premier ministre, ministres.
Communes	Elles agissent au niveau local.	Centre communal d'action sociale.
Associations	Elles accompagnent les personnes les plus démunies.	Ex. : Emmaüs

2 Repérez ce qui est observé et analysé dans l'étude (doc. 7).

L'étude permet d'observer et d'analyser l'évolution de l'opinion des Français sur leur santé, sur la protection sociale (assurance maladie, retraite, famille, handicap-dépendance, pauvreté-exclusion), ainsi que sur les inégalités sociales.

3 Expliquez pourquoi il est important de prendre en compte l'opinion publique dans l'observation et l'évaluation des différents problèmes sociaux.

L'opinion publique correspond à l'expression de la population. La population joue un rôle central dans l'émergence des problèmes sociaux puisqu'elle permet de sensibiliser et de faire réagir les pouvoirs publics, mais aussi les médias et les groupes de pression.

Les pouvoirs politiques tiennent leur légitimité du peuple. Ils dépendent donc de l'opinion publique et de son pouvoir lors des élections. Les pouvoirs publics vont donc très régulièrement sonder la population à travers des études, des observations et des évaluations menées par des organismes publics.

Doc 10 Exemples de médias



Foucher, 2015

Doc 11 La reconnaissance des problèmes sociaux par les médias

C'est la reconnaissance de la société qui donne naissance à un problème social. Pour que le problème social suive son cours et ne disparaisse pas prématurément, il doit cependant acquérir une forme de légitimité sociale. Cela peut paraître étrange de parler de recherche de légitimité à propos des problèmes sociaux. Pourtant, après avoir été reconnu initialement, un problème social doit acquérir une reconnaissance spécifique si l'on veut prendre sa carrière sérieusement en main et la faire avancer. Pour être considéré dans les arènes de la discussion publique, le problème doit gagner un certain degré de respectabilité. Dans notre société, ces arènes publiques sont la presse et d'autres médias de communication. [...]

Si un problème social ne dispose pas d'une respectabilité suffisante pour entrer dans de telles arènes, sa carrière est vouée à stagner. Ce n'est pas parce que des groupes de personnes s'efforcent, par leur agitation dans une société, de faire porter l'attention sur une situation qu'ils jugent grave, que cette situation parviendra nécessairement à être reconnue comme telle. Au contraire, il se peut que le problème ainsi énoncé soit considéré par le reste de la société comme insignifiant, comme n'étant pas digne d'intérêt ou comme faisant partie de l'ordre établi (il est alors en quelque sorte « intouchable »).

H. Blumer, « Les problèmes sociaux comme comportements collectifs », *Politix* n° 97, vol. 17, 2004
www.persee.fr

4 Quelle est la particularité des acteurs présentés dans le doc. 10 ?

Il s'agit des médias : la télévision, la radio, la presse et Internet.

Ce sont des modes de diffusion de masse de l'information. Ils permettent de s'adresser à toute la population.

5 Dans le doc. 11, expliquez pourquoi l'auteur qualifie les médias d'« arènes publiques » pour la reconnaissance des problèmes sociaux.

L'auteur les qualifie d'« arènes publiques » car, pour qu'un problème social puisse être reconnu comme tel par la société et devenir collectif, il doit être traité et diffusé par les médias. Le cas échéant, il peut passer inaperçu.

Les médias donc ont le pouvoir de choisir quel problème social faire émerger et de sensibiliser à la fois l'ensemble de la population et les pouvoirs publics.

Les médias jouent par conséquent un rôle important : ils constituent une étape dans la reconnaissance des problèmes sociaux.

Je construis ma synthèse

Classez dans l'ordre les différentes étapes et les différents acteurs dans l'émergence et la reconnaissance d'un problème social, en complétant le schéma ci-dessous.

Étapes :

- rendre sensible le problème qui devient collectif ;
- agir en prenant des mesures pour lutter contre le problème ;
- vivre une situation sociale difficile.

Acteurs : population/médias ; gouvernement ; individus.



Le jour du bac

« L'accès à une alimentation saine et équilibrée est un besoin fondamental qui n'est pas complètement satisfait dans notre pays, notamment pour les plus démunis. C'est pour répondre à ce besoin que le secteur associatif s'est mobilisé fortement depuis les années 1980 (Fédération française des banques alimentaires, Restos du cœur, Secours populaire, Croix-Rouge...). Aujourd'hui, en France, près de 3 millions de personnes bénéficient de l'aide alimentaire. »

Enquête qualitative sur les bénévoles et les bénéficiaires de l'aide alimentaire, INPES, 2006
Session 2012, Polynésie

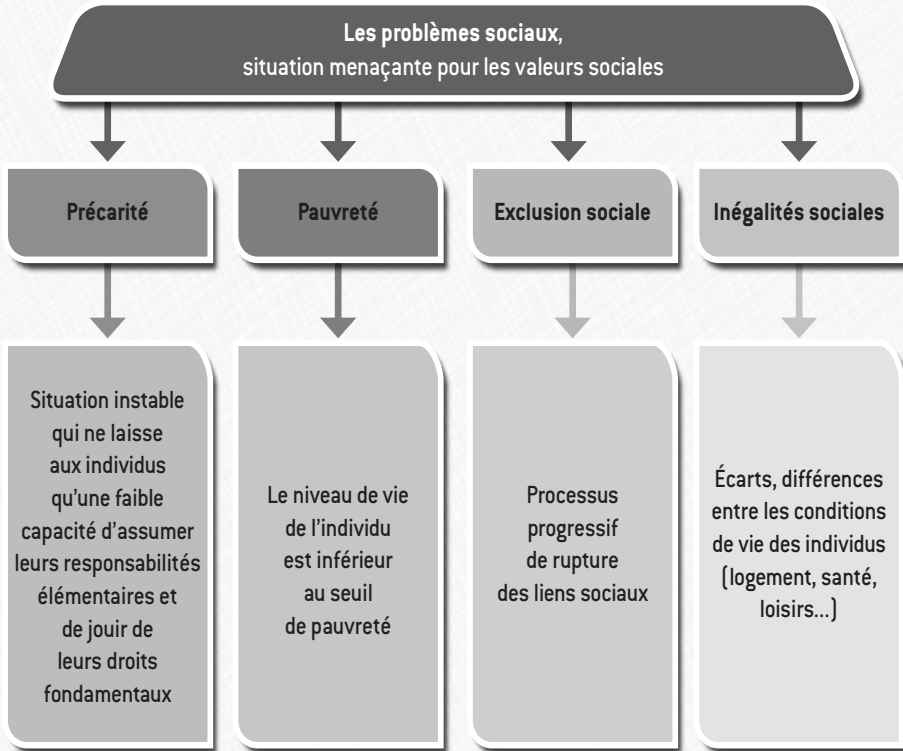
→ Des actions et des initiatives sont développées dans le cadre de l'aide alimentaire. Depuis plusieurs années, elles témoignent de la volonté des pouvoirs publics et des associations d'agir afin d'améliorer la situation des bénéficiaires. Présenter l'intérêt de la complémentarité des acteurs pour répondre aux besoins des bénéficiaires.

Synthèse

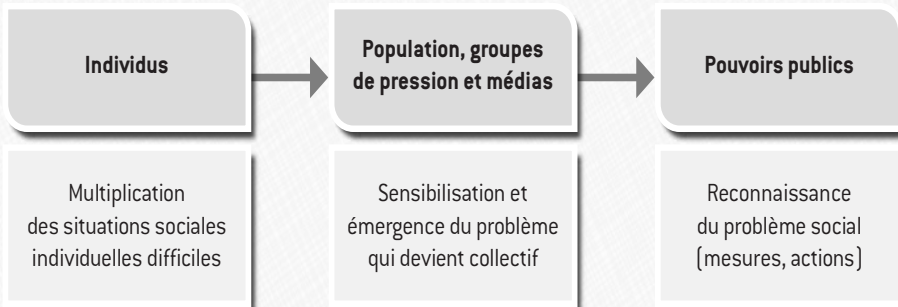
ATT

7

L'émergence des problèmes sociaux



Les différentes étapes et les différents acteurs de l'émergence et de la reconnaissance d'un problème social



Présenter l'information

ATM

7

Pour faire le lien avec l'ATT

Dans notre partie thématique (chapitre 7), le **doc. 7** de l'**activité 4** correspond à l'extrait d'une synthèse de résultats réalisée et présentée par la Drees. Il s'agit des résultats d'une enquête sur l'évolution de l'opinion des Français sur leur santé, la protection sociale et les inégalités sociales.

Pour réaliser cette enquête, la Drees a notamment utilisé un outil de recueil de données : le questionnaire (revoyez les grands principes du questionnaire dans l'ATM du chapitre 4).

À l'issue de cette enquête, la Drees a présenté ses résultats sous la forme d'un rapport (revoyez la démarche d'étude dans l'ATM du chapitre 3).

Activité 5 L'enquête par questionnaire (réinvestissement)

Objectif • analyser des données et leur traitement.  2h

voir Doc 7 p. 130

Doc 7 – Synthèse des résultats : baromètre d'opinion de la Drees en 2013



Depuis 2000, le Baromètre d'opinion de la Drees est un outil de référence pour analyser l'évolution de l'opinion des Français sur leur santé, sur la protection sociale (accidents, maladie,

Seulement moins de sept sur dix partageaient ce constat au début des années 2000. Cette préoccupation concerne avant tout les inégalités de revenu, qui sont considérées comme les plus répandues par les Français (42 % d'entre eux ont une insécurité relative). Viennent ensuite les ind.

1 Par groupes de trois élèves, prenez connaissance du **doc. 12** (questionnaire) qui a servi à l'élaboration du **doc. 7** (synthèse des résultats).

Doc. 12



Questionnaire sur le baromètre d'opinion réalisé par la Drees en 2013

http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/baro_opinion_drees_quest2013.pdf

2 Expliquez comment a pu être réalisé le dépouillement de ce questionnaire (**doc. 12**).

Un code est attribué à chaque question. Les réponses des questions fermées ont un numéro, ce qui facilite le dépouillement. Les questions ouvertes requièrent une lecture complète puis une analyse des réponses. Le dépouillement peut se faire à l'aide d'un logiciel.

3 Comment les réponses peuvent-elles être formulées (**doc. 12**) ?

Les réponses sont formulées essentiellement en chiffres, en statistiques.

4 Sous quelle forme peuvent être présentés les résultats du questionnaire ?

Les résultats peuvent être présentés sous forme de graphique ou de tableau.

Activité 6 La présentation de l'étude : le rapport d'étude

Objectif ► expliquer l'importance de la présentation d'une étude et de sa diffusion.



Le rapport d'étude : définition et présentation

Définition	Document écrit qui décrit et synthétise les résultats de recherches, d'observations, d'enquêtes réalisées sur un sujet donné.
Objectif	Décrire les différentes étapes, les méthodes et les outils utilisés pour réaliser l'étude, les résultats et les conclusions de cette même étude.
Intérêt	<ul style="list-style-type: none"> ► Permettre au destinataire de l'étude de prendre la décision d'agir. ► La rédaction d'un rapport répond, dans la plupart des cas, à une demande des pouvoirs publics qui ont besoin de s'informer sur une question pour prendre une décision, mettre en place une mesure ou une action.
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> ► Page de garde (intitulé de l'étude, réalisateur et destinataire de l'étude, dates de réalisation et de publication). ► Sommaire du rapport. ► Introduction : objectifs de l'étude, cadre du problème, plan du rapport. ► Développement : présentation des méthodes et outils utilisés, présentation des résultats, conclusions tirées et recommandations éventuelles. ► Annexes. ► Bibliographie.
Présentation	<ul style="list-style-type: none"> ► Rigoureuse dans sa structuration et son contenu. ► Les résultats de l'étude doivent être explicites et utiles. ► Les destinataires doivent pouvoir s'y repérer et donc trouver les éléments qui leur sont nécessaires pour prendre connaissance du sujet, mettre en place des mesures ou des actions.

Doc. 13



Rapport d'étude complet sur le baromètre d'opinion de la Drees (2013)

http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/barometre_drees_synthese2013.pdf

1 Présentez l'objectif et les destinataires de l'étude réalisée par la Drees (doc. 13).

L'objectif de l'étude est d'évaluer l'évolution de l'opinion des Français sur leur santé, sur la protection sociale ainsi que sur les inégalités sociales en France métropolitaine.

Le destinataire de cette étude est le ministère des Affaires sociales et de la Santé.

2 Expliquez l'importance de la présentation d'une étude.

La présentation d'un rapport d'étude est essentielle. Elle doit être rigoureuse dans sa structuration et son contenu. Les résultats de l'étude doivent être explicites et utiles. Les destinataires doivent pouvoir s'y repérer et donc trouver les éléments qui leur sont nécessaires pour leur connaissance du sujet et la mise en place de mesures ou actions.

3 À partir de recherches sur Internet, proposez le plan du rapport d'étude de la Drees et montrez l'importance de la structuration de ce plan (doc. 13).

Le plan d'un rapport d'étude doit être structuré et clair car ce plan permet de rendre la lecture du rapport explicite, rapide et efficace, notamment lors de la recherche d'un élément précis de l'étude.

Le sommaire peut être retrouvé à partir des recherches documentaires faites sur le lien suivant : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/barometre_drees_synthese2013.pdf

Introduction : vue d'ensemble

Développement :

I. Focus 1 : Que feriez-vous si l'un de vos proches devenait dépendant ?

II. Focus 2 : Quel budget minimum faut-il tous les mois pour vivre ?

III. Focus 3 : Baisse de revenu au moment de la retraite : ce que les Français perçoivent, anticipent, et ce qu'ils jugent acceptable

IV. Focus 4 : La qualité et l'accessibilité des soins en question

Annexes :

– Présentation du baromètre

– Pour en savoir plus

4 Justifiez l'importance de l'apport de l'étude à la connaissance du bien-être social des populations.

Le rapport permet à son destinataire de prendre la décision d'agir. La rédaction d'un rapport répond dans la plupart des cas à une demande des pouvoirs publics, qui ont besoin de s'informer sur une question pour prendre une décision. C'est donc l'étude qui va être à l'origine de la mise en place d'une mesure ou d'une action.

Synthèse

ATM

7

Présenter l'information

LE RAPPORT D'ÉTUDE

1. Définition : document écrit qui décrit et synthétise les résultats de recherches, d'observations, d'enquêtes réalisées sur un sujet donné.

2. Objectifs : décrire les différentes étapes, méthodes et outils utilisés pour réaliser l'étude, les résultats et les conclusions de cette étude.

3. Intérêt de l'étude :

- permettre à son destinataire de prendre la décision d'agir
- répondre dans la plupart des cas à une demande des pouvoirs publics qui ont besoin d'être informés pour prendre une décision
- mettre en place une mesure ou une action

4. Contenu :

- sommaire
- introduction
- développement
- annexes
- bibliographie

ATT 7

L'émergence des problèmes sociaux

INTENTIONS PÉDAGOGIQUES

Les ATT précédents ont permis à l'élève de découvrir et de s'approprier les notions de bien-être social, de normes sociales, d'insertion sociale et de cohésion sociale. L'élève a aussi acquis les indicateurs et les déterminants de ce bien-être social et son niveau en France.

Ces notions sont essentielles pour aborder cette nouvelle ATT. En effet, l'ATT 7 a pour but de faire découvrir et faire comprendre à l'élève comment l'individu peut être amené à se retrouver dans une situation de mal-être, dans une situation de problème social et tout particulièrement son processus (ex. : l'exclusion scolaire ou encore la pauvreté sont des illustrations types de problèmes sociaux actuels).

À l'issue de cette ATT, l'élève doit être aussi capable de comprendre pourquoi et comment un problème social devient un problème social public, comment il est reconnu et géré par la société, tant au niveau individuel que collectif.

Il est impératif pour chaque activité d'amener l'élève à bien rappeler la signification de ces termes déjà vus tel que le bien-être social ou les normes sociales, mais aussi de mettre l'accent sur les nouvelles notions abordées dans les activités telles que l'exclusion ou la précarité. Enfin, il est primordial que l'élève réussisse à faire le lien entre toutes ces notions et leur enchaînement.

C'est une ATT qui permet à l'élève de mieux appréhender les problèmes sociaux qui régissent la société aujourd'hui, et comment les problèmes sont gérés par cette même société.

Pour cela, l'enseignant doit utiliser des outils tels que le dictionnaire, Internet mais aussi faire appel aux acquis de l'élève et le sensibiliser à l'actualité.

LE « JOUR DU BAC » : ÉLÉMENTS DE CORRIGÉ

Présenter l'intérêt de la complémentarité des acteurs pour répondre aux besoins des bénéficiaires.

• Les attentes

Il est attendu du candidat qu'il maîtrise la notion de complémentarité des acteurs pour en faire une analyse pertinente.

Le candidat doit savoir repérer les acteurs et les réponses apportées, et doit mettre en évidence la complémentarité des acteurs dans les réponses apportées au regard des besoins.

Différents classements sont possibles s'ils sont pertinents (ex. : selon l'échelon, le rôle...).

• Exemple de corrigé possible

La complémentarité correspond à un complément, qui vient s'ajouter à d'autres choses de même nature pour les compléter. Ce sont des actes, des actions, de personnes qui se complètent l'une l'autre.

L'aide alimentaire s'adresse à des publics en situation de précarité ou d'exclusion. Il s'agit d'une aide sociale en nature versée essentiellement sous différentes formes : distribution de colis, autorisation d'accès à une épicerie sociale, repas, collations dans la rue...

L'aide alimentaire est ainsi essentiellement non monétaire mais elle représente aussi un soutien financier non négligeable.

Pour le soutien financier, il y a une requête initiale qui se fait auprès des services publics qui se traduit, en général sous la forme d'une demande financière ou matérielle : emploi, RSA, logement, régularisation, demande d'argent ponctuelle, etc.

L'aide alimentaire est donc une réponse par défaut, une aide économique accordée pour gérer les situations d'urgence, prévue pour une courte durée mais aussi de longue durée qui peut se prolonger des années.

Ainsi, plusieurs acteurs vont intervenir : l'État, les communes et les associations :

- l'État pour les aides économiques, matérielles et financières pour des situations d'urgence, ponctuelles et prolongées.
- les associations telles que le Secours populaire pour des aides non monétaires dans des situations d'urgence et permanentes.

L'aide alimentaire du Secours populaire est principalement distribuée dans ses « libres services » présents sur tout le territoire national où les personnes bénéficiaires font leurs courses comme tout un chacun en contrepartie d'une participation financière et peuvent ainsi gérer leur budget. Les libres services proposent aussi : aide vestimentaire, actions culturelles, projets vacances...

Le Secours populaire intervient également dans les situations d'urgence (grand froid, catastrophes...) et vient au-devant des personnes qui ne font pas la démarche de solliciter de l'aide auprès des associations, comme les sans domicile fixe ou certaines familles démunies. Parmi des exemples d'actions dans le cadre de l'aide alimentaire, il existe l'épicerie solidaire du CCAS (Centre communal d'action sociale).

La création de l'épicerie solidaire est le fruit d'un travail de partenariat mené avec la commune et les associations.

Ainsi, le Secours populaire assure la coordination matérielle de l'action, l'accueil des usagers. Les travailleurs sociaux (Conseil général) sont chargés de l'étude et de l'orientation du public, la conseillère ESF (Économie sociale familiale) de la CAF (Caisse d'allocations familiales) anime les actions collectives.

Le CCAS a un rôle de coordinateur pour cette action. Il est également membre de la commission d'attribution avec le conseil général et la CAF (cf. annexe sujet).

Les pouvoirs publics agissent au niveau économique, financier et matériel. Ils mettent en place des mesures telles que des aides au logement, le RSA.

Les associations et certains services publics comme le CCAS ou la CAF interviennent au plus près des populations, directement sur le terrain, au niveau matériel ou dans les démarches administratives et de manière immédiate.

SYNTHÈSE RÉDIGÉE

I. Les problèmes sociaux aujourd'hui

Activité 1. La descente vers l'exclusion

La précarité est une situation instable qui ne laisse aux individus qu'une faible capacité d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux.

On parle de **pauvreté** est lorsque le niveau de vie d'un individu est inférieur au seuil de pauvreté.

L'exclusion sociale correspond à un processus progressif de rupture des liens sociaux.

Les inégalités sociales correspondent aux écarts, aux différences entre les conditions de vie.

La perte d'un emploi, la fin des allocations chômage, un décès, un divorce, la maladie (ex. : un cancer), etc., correspondent à des événements qui peuvent survenir à tout moment de la vie et à tous.

Ils peuvent avoir des conséquences graves sur un individu et sur sa vie. Les conséquences possibles sont la dépression grave, la perte d'un logement, la dégradation des relations sociales et amicales.

Ce sont des événements qui peuvent générer des conséquences allant de la précarité jusqu'à l'exclusion de ces individus de la société.

Activité 2. L'échec scolaire : un exemple de processus d'exclusion

L'insertion sociale est le fait, la manière de s'insérer dans un groupe, dans une société et de s'y intégrer (dictionnaire Larousse).

L'école, un emploi, une famille, etc., sont des instances qui permettent à l'individu d'obtenir une place dans la société.

Ainsi, dans l'exemple de notre activité 2, l'école permet à l'enfant d'obtenir une qualification et de s'insérer dans le monde du travail.

L'échec, la rupture peuvent constituer une fragilité dans l'un de ces domaines pour l'individu. Ils peuvent occasionner une souffrance physique, morale, matérielle, financière, tant par rapport à l'individu lui-même que par rapport aux autres.

Cet échec, cette rupture peuvent se manifester différemment selon l'individu et son environnement, par des comportements comme le repli sur soi ou l'isolement. L'échec peut avoir de graves conséquences au niveau psychologique, professionnel et social.

Ainsi, il peut conduire à des conduites aggravantes telles que l'alcoolémie, la toxicomanie, voire tragiques comme le suicide. Progressivement, l'individu est entraîné vers la précarité, perd ses liens sociaux avec la famille, les collègues ou les amis puis finit par être exclu de l'entourage, de la société (ex. : les sans domicile fixe).

II. De l'émergence des problèmes sociaux à leur reconnaissance collective

Activité 3. L'émergence des problèmes sociaux

Un problème social correspond à une situation menaçante ou conflictuelle pour la société. Il peut être le résultat de la somme des problèmes individuels.

L'accumulation des inégalités sociales, de la pauvreté, de l'exclusion dans différents domaines peut conduire à l'émergence de problèmes sociaux.

Ainsi le problème social constitue une difficulté pour l'individu et il peut porter atteinte à la cohésion sociale.

Les instances telles que l'école, la famille, l'emploi sont source d'utilité sociale, de reconnaissance sociale, de lien social et de revenu pour l'individu.

Lorsque les individus sont en rupture avec l'une de ces instances, ils risquent de perdre ces sources, ces liens et se retrouvent en difficulté. La société subit alors une fracture entre ces individus démunis et les autres individus. Les problèmes sociaux sont donc synonymes d'exclusion sociale, de précarité et peuvent donc porter atteinte à la cohésion du tissu social. Dans les années 1980, apparaît la notion d'exclusion qui désigne une nouvelle forme de pauvreté qui n'existait pas auparavant.

Des jeunes rencontrent des difficultés pour accéder à un emploi, des chômeurs de longue durée sont incapables de se réinsérer professionnellement et des familles précarisées ne tiennent plus dans les normes sociales en matière d'éducation, de logement ou d'accès aux soins.

Les dispositifs classiques de protection sociale ne parviennent pas à traiter cette nouvelle pauvreté.

Les pouvoirs publics vont réagir en mettant en place différentes mesures de solidarité contre la pauvreté et la précarité telles que la mise en œuvre d'une politique d'insertion sociale et professionnelle des jeunes, l'amélioration de l'accueil des personnes en situation difficile, de nouvelles prestations...

Activité 4. La reconnaissance des problèmes sociaux par la collectivité

Différents acteurs interviennent à divers niveaux et étapes pour à la fois faire émerger, reconnaître et lutter contre les problèmes sociaux et leurs conséquences sur les individus.

Ainsi, des **organismes d'observation et d'évaluation** effectuent des analyses, des enquêtes et des évaluations de situations de pauvreté, de précarité, d'échec.

Le **gouvernement** prend des mesures et met en place des actions. Les collectivités territoriales telles que les communes agissent aussi en mettant en place des actions au niveau local. Des **associations** accompagnent les individus dans leurs difficultés (ex. : les restos du cœur, Emmaüs, petits frères des pauvres...).

Enfin, la **population** joue un rôle central dans l'émergence des problèmes sociaux puisqu'elle permet de sensibiliser et de faire réagir les pouvoirs publics (État et collectivités territoriales) mais aussi les médias et les groupes de pression (ex. : certains lobbies comme des industries alimentaires, pharmaceutiques...) à travers notamment différents types de manifestations.

Les pouvoirs publics tiennent leur légitimité du peuple, en particulier lors des élections. Les pouvoirs publics vont donc très régulièrement sonder la population (ce qu'on appelle l'opinion publique) à travers des études, des observations et des évaluations menées par des organismes publics.

Des droits sociaux aux risques sociaux

ATT

8

Activité de découverte

Objectif • comprendre l'intérêt d'une protection sociale.

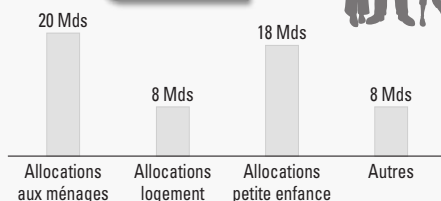


Doc 1 — Le coût et les déficits de la protection sociale

PRESTATIONS FAMILIALES

6,7 millions de bénéficiaires
52 milliards d'euros

Déficit :
6 milliards d'euros



ALLOCATIONS FAMILIALES

5,3 millions de bénéficiaires
12 milliards d'euros

2 enfants : 127 euros
3 enfants : 290 euros
4 enfants : 452 euros



ASSURANCE CHÔMAGE
3,1 millions de bénéficiaires
2,6 milliards d'euros

REVENU ET PATRIMOINE

Revenu moyen net d'un retraité : 1 591 euros/mois

Patrimoine : 365 000 euros

Revenu moyen net à 50-64 ans : 1 797 euros/mois

Patrimoine : 476 000 euros

Revenu moyen net à 31-49 ans : 1 619 euros/mois

Patrimoine : 231 000 euros

Revenu moyen net à 21-30 ans : 1 422 euros/mois

Patrimoine : 37 000 euros



RETRAITÉS : 13 millions

Déficit
du régime général :
6 milliards d'euros



ASSURANCE MALADIE

Déficit :
6 milliards d'euros

Caisse nationale d'allocations familiales, Minefi, Insee, Unedic, Cour des comptes

Doc 2 — La protection sociale en France

La protection sociale en France est l'ensemble des mécanismes de prévoyance collective qui permettent aux individus ou aux ménages français de faire face financièrement aux conséquences des risques sociaux, c'est-à-dire aux situations pouvant provoquer une baisse des ressources ou une hausse des dépenses (maladie, vieillesse, invalidité, chômage, charges de famille...).

Foucher, 2015

1 Selon vous et d'après les doc. 1 et 2, en quoi consiste la protection sociale et quelle est sa finalité ?

La protection sociale consiste en la prévoyance collective qui protège la population en cas de chômage, de maladie, de retraite, de constitution d'une famille, de handicap, de vieillesse ou d'absence de revenus. Sa finalité est de compenser les conséquences financières parfois lourdes de tous les événements qui jalonnent l'existence (baisse des revenus, augmentation des dépenses).

2 Citez quelques exemples de structures de protection sociale d'après les documents et vos connaissances.

Le Pôle emploi pour le chômage et la formation professionnelle, les CAF pour les prestations familiales, la CPAM pour l'assurance maladie, la Sécurité sociale pour l'assurance retraite, etc.

3 Quelle est la situation financière de la protection sociale ?

La protection sociale coûte très cher et elle se trouve en déficit en raison du nombre élevé de bénéficiaires. Le déficit du régime de retraite est de 6 milliards d'euros, celui de l'assurance maladie de 6 milliards d'euros, celui de l'assurance chômage de 2,6 milliards d'euros, celui des prestations familiales de 6 milliards d'euros en 2013.

I La protection sociale

Activité 1 Des droits fondamentaux aux droits sociaux

Objectif ► repérer l'origine des droits sociaux.



Doc 3 Les droits fondamentaux

Les droits fondamentaux sont l'ensemble des droits subjectifs primordiaux de l'individu, assurés dans un État de droit et une démocratie. Ils sont constitués :

- des droits de l'homme ;
- des libertés publiques ;
- de nouveaux droits comme les garanties procédurales ou les droits relatifs à l'environnement.

En France, les principaux textes garantissant les droits fondamentaux sont :

- la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 (DHC) ;
- le Préambule de la Constitution de 1946 et le Préambule de la Constitution de 1958 ;
- la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH) ;
- la Charte de l'environnement (incluse dans la Constitution depuis 2005).

Les droits de l'homme sont :

- **inaliénables**. Cela signifie que l'individu ne peut pas les perdre, car ils sont inhérents à l'existence [humaine]. Dans certaines circonstances particulières, certains de ces droits peuvent se trouver suspendus ou limités. Par exemple, un individu accusé d'un crime peut être privé de liberté ;
- **imprescriptibles** et intimement liés. Cela signifie que des droits différents sont intrinsèques, n'ont pas de limite dans le temps et sont valables la vie durant ;
- **universels**. Cela signifie qu'ils s'appliquent également à tous les individus partout dans le monde, sans limite de temps. Chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés « sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation ».

www.toupie.org

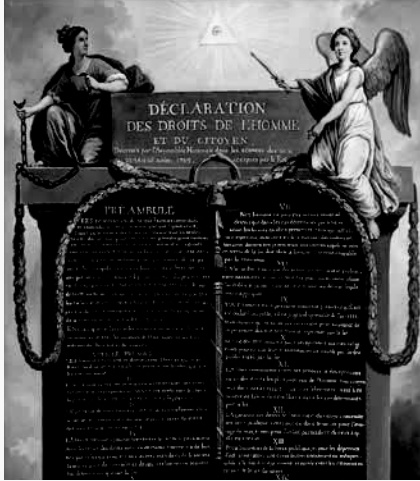
1 Expliquez ce que désignent les droits fondamentaux et leurs caractéristiques.

Ce sont des droits essentiels garantis par l'État dans les régimes démocratiques. Il s'agit des droits de l'homme et des libertés individuelles, qui se caractérisent par leur universalité (chaque individu y a droit), leur imprescriptibilité (ils sont valables toute la vie) et leur inaliénabilité (ils ne peuvent être cédés ni donnés). Ils appartiennent à l'individu et lui sont propres.

Doc 4 – La Déclaration des droits de l'homme et du citoyen

En France, la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen est le texte fondateur. Il date de 1789. La Constitution française s'y réfère, intégrant ainsi les droits de l'homme dans les lois de la République.

Les droits de l'homme et la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen sont le produit du courant philosophique des Lumières, en réaction aux problèmes politiques et sociaux de l'époque.



Les philosophes des Lumières réagissaient à des conditions politiques et sociales :

- › pour inscrire la source des droits de l'homme dans la nature humaine et non dans la divinité ;
- › pour sauvegarder les libertés individuelles face au pouvoir politique monarchique ;
- › pour le respect du pluralisme religieux et ethnique (après les guerres de religion) ;
- › pour le respect mutuel (par rapport à la tendance des hommes à se disputer violemment des ressources alors rares) ;
- › pour accueillir les populations opprimées d'autres pays ne respectant pas ces droits.

www.citoyendemain.net

Art. 1^{er}. – Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. [...]

Art. 4. – La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui. [...]

DHC, 1789

Doc 5 – Les droits des citoyens

Art. 5. – Chacun a le devoir de travailler et le droit d'obtenir un emploi. Nul ne peut être lésé, dans son travail ou son emploi, en raison de ses origines, de ses opinions ou de ses croyances.

Art. 6. – Tout homme peut défendre ses droits et ses intérêts par l'action syndicale et adhérer au syndicat de son choix.

Art. 7. – Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent. [...]

Art. 10. – La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement.

Art. 11. – Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence.

Art. 12. – La Nation proclame la solidarité et l'égalité de tous les Français devant les charges qui résultent des calamités nationales.

Art. 13. – La Nation garantit l'égal accès de l'enfant et de l'adulte à l'instruction, à la formation professionnelle et à la culture. L'organisation de l'enseignement public gratuit et laïque à tous les degrés est un devoir de l'État. [...]

Préambule de la Constitution de 1958

2) Quels sont les textes fondateurs des droits fondamentaux, quelles sont leur date et leur portée (doc. 3 à 5) ?

Les textes ayant consacré les droits fondamentaux en France sont la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 ainsi que la Constitution de 1946 et celle de 1958. Dès lors, ces droits s'imposent à tous, sont garantis à l'ensemble des citoyens français et peuvent être réclamés.

Doc 6 — Les droits sociaux

Les droits sociaux peuvent être définis comme l'ensemble des droits dont bénéficie un citoyen dans ses relations avec les autres individus, avec des groupes ou avec l'État. Mais ils ne peuvent être réalisés que si les pouvoirs publics fournissent des prestations permettant de les garantir tout au long de la vie du citoyen.

De manière plus restrictive, les droits sociaux désignent les prestations à la charge de l'employeur ou de la collectivité en lien avec le contrat de travail ou les dispositifs d'assurance de la Sécurité sociale. Ils peuvent englober d'autres droits comme le droit à l'éducation ou le droit au logement.

Journal officiel, Sénat, 21 octobre 1999

- 3 Après avoir défini ce qu'est un droit social, relevez dans les différents articles du Préambule de la Constitution de 1958 les droits sociaux que chaque citoyen français peut revendiquer et exercer (doc. 5 et 6).

Un droit social est un droit dont bénéficie tout citoyen dans ses relations avec les autres ou avec l'État, à travers diverses prestations pécuniaires (minima de ressources) ou des services publics (éducation, santé...).

Chaque citoyen possède : le droit au travail, le droit de grève, le droit de protection de la santé, le droit à la sécurité matérielle, le droit au repos et aux loisirs, le droit à une aide financière en cas de difficulté pour vivre convenablement. Mais aussi le droit à l'instruction, à la formation professionnelle et à la culture.

Doc 7 — Qu'est-ce que le service public ?

Un service public est une activité exercée directement par l'autorité publique (État, collectivité territoriale ou locale) ou sous son contrôle, dans le but de satisfaire un droit social.

Par extension, le service public désigne aussi l'organisme qui a en charge la réalisation de [cette activité]. [Ce] peut être une administration, une collectivité locale, un établissement public ou une entreprise de droit privé [à qui a été confiée] une mission de service public.

Certaines de ces activités sont liées à la souveraineté de l'État (activités dites « régaliennes » comme la justice, la police, la défense nationale, les finances publiques...) ; d'autres relèvent du secteur marchand, notamment lorsque les prix et le niveau de qualité des prestations ne seraient pas ceux attendus par le pouvoir politique si elles étaient confiées au secteur privé.

Le fondement de la notion de service public est que certaines activités sociales considérées comme essentielles et stratégiques doivent être gérées selon des critères spécifiques pour permettre un accès à tous et contribuer à la solidarité et à la cohésion de la société. Ces activités doivent donc échapper à la logique du marché et à la recherche du profit.

Les trois grands principes auxquels sont soumises les missions de service public sont la mutabilité (capacité d'adaptation aux conditions et aux besoins), l'égalité (dans l'accès au service et dans les tarifs) et la continuité.

Exemples de services publics : Sécurité sociale, santé, enseignement, réseaux de transport, de communication, d'électricité, d'eau, d'assainissement...

www.toupie.org

- 4 Relevez comment l'État, garant des droits fondamentaux, assure leur accès à chaque citoyen français (doc. 7).

Les pouvoirs publics organisent des services publics (éducation, justice, santé...), ou confient à des entreprises privées une mission de service public (transport, communication...), qui vont mettre en œuvre les différents droits sociaux. L'objectif est que chacun des individus ait accès aux droits et le tout gratuitement, car il est exclu que les services publics réalisent des bénéfices.

- 5 Citez et justifiez les principes auxquels doivent obéir les services publics.

Pour être qualifié de service public ou réalisant une mission de service public, un service doit s'adapter à la population (au public) dans la satisfaction des besoins formulés, doit être égalitaire en permettant à tous d'y accéder et doit en assurer la continuité, c'est-à-dire veiller à ce que les services fonctionnent sans interruption (police, santé, sécurité) pour ne pas mettre la population en danger.

Activité 2 L'évolution des droits sociaux

Objectif ● illustrer l'influence des contextes sociopolitiques et économiques dans l'évolution des droits sociaux.



Doc 8 – Dix ans d'évolution des inégalités en France : le bilan

Les dix ans qui se sont écoulés ont été marqués par une très nette hausse des inégalités de revenus ; depuis 2008, un phénomène nouveau apparaît : les revenus des plus pauvres, touchés de plein fouet par la crise, diminuent. Les catégories populaires sont les premières victimes de la détérioration de la situation économique : le chômage s'amplifie et concerne de plus en plus les personnes les moins qualifiées, les habitants des zones urbaines sensibles ou les immigrés. La précarité de l'emploi touche tout particulièrement les jeunes, pour qui la situation vis-à-vis du logement et du chômage notamment était loin d'être satisfaisante au début des années 2000 et reste toujours aussi dégradée. L'école, quant à elle, demeure inégale. Les enfants des plus diplômés y réussissent toujours le mieux. Les écarts d'accès au baccalauréat, notamment, restent très marqués selon l'origine sociale.

Observatoire des inégalités, 19 novembre 2013



La pauvreté augmente fortement

Le nombre de personnes pauvres est passé de 4,2 à 4,9 millions entre 2000 et 2011, au seuil de 50 % du revenu médian, soit environ 700 000 personnes supplémentaires sur la période qui vivent avec moins de 814 euros par mois. Et encore, depuis 2011, la situation des plus défavorisés s'est dégradée avec la montée du chômage. Il s'agit d'un retournement historique : depuis les années 1970, le taux de pauvreté n'avait cessé de diminuer. [...]

Les inégalités de santé

Il existe en France de fortes inégalités sociales de santé (ISS), c'est-à-dire des différences d'état de santé entre des individus de situations sociales différentes (revenu, éducation, catégorie sociale).

Ces inégalités sont socialement construites donc en partie évitables, et perçues comme particulièrement injustes.

Ces inégalités constituent un objectif prioritaire de santé publique : il est donc nécessaire de trouver des leviers d'action. [...]

Insee, *Portrait social de la France*, septembre 2014

6 ans et demi...

C'est le nombre d'années supplémentaires que peut espérer vivre un cadre de 35 ans par rapport à un ouvrier. Pour les femmes, l'écart d'espérance de vie entre une cadre et une ouvrière de 35 ans se réduit à 3 ans. Le taux de mortalité avant 60 ans des ouvriers est de 13 %, deux fois plus que celui des cadres (6 %). [...]

29,9 % et 44 %...

C'est le taux d'emploi des jeunes (15-24 ans) et des seniors (plus de 55 ans) en France en 2011. C'est moins que la moyenne européenne – respectivement 33,6 % et 51 %. Le marché du travail français se caractérise par un fort taux d'emploi (81,6 %) aux âges intermédiaires (25-49 ans), au-dessus de la moyenne européenne (78 %). [...]

85 % des parents isolés sont des femmes

Entre 1990 et 2009, le nombre de familles monoparentales a été multiplié par 1,7 en France. Cette hausse touche les femmes les moins favorisées : 14 % des femmes les moins diplômées sont des mères de famille monoparentale contre 10 % des femmes diplômées du supérieur. [...]

1 Quel constat faites-vous en ce qui concerne la réalisation des droits sociaux (doc. 8) ?

Selon les situations sociales, la satisfaction des droits sociaux n'est pas équitable en matière de santé (accès aux soins, espérance de vie), de revenus, d'instruction, de sécurité matérielle, ou d'accès à l'emploi (taux de chômage plus élevé chez les jeunes, les seniors, les femmes et les étrangers). L'écart entre les catégories sociales est tel qu'il est vécu comme une injustice.

Doc 9 – La lutte contre les inégalités sociales de santé

Constitution de l'OMS (1946)

- › La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité.
- › La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre est un droit fondamental de tout être humain.

La loi « hôpital, patients, santé et territoires » de 2009 évoque explicitement les inégalités sociales de santé

- › Le projet régional de santé : l'accès à la prévention, personnes démunies.
- › Le plan stratégique de santé : articulations avec la santé au travail, en milieu scolaire, la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.
- › Les missions de lutte contre l'exclusion des établissements de santé.

Politique-cadre de la « santé pour tous » de la région européenne de l'OMS (1985)

- › Affirmation de l'importance de la réduction des inégalités sociales et économiques pour améliorer la santé de l'ensemble de la population.
- › Comblent l'écart de santé dans les pays avec pour objectif, à l'horizon 2000, de réduire de 20 % les différences d'état de santé entre groupes au sein des pays.

Principe de la « santé pour tous » de l'OMS (1977)

Permettre à tous les citoyens du monde de jouir, à l'horizon 2000, d'un niveau de santé qui leur permettrait de mener une vie socialement active et économiquement productive.

Foucher, 2015

2 Quel est le principe affirmé par les textes du doc. 9 ?

Il s'agit du droit à la santé pour chaque individu, à savoir qu'il faut permettre de manière équitable et satisfaisante l'accès aux soins et garantir à chacun un « bon » état de santé. L'État doit, selon la loi, réduire les inégalités sociales de santé. C'est un principe affirmé tant au niveau régional (ARS), national, européen qu'international (OMS).

Doc 10 – La France : un « État providence »

La mise en place, en France, d'un État providence développé s'est concrétisée par la création de la Sécurité sociale le 4 octobre 1945. Le système français de protection sociale conjugue aujourd'hui les dimensions d'assistance et d'assurance sociale afin de garantir contre les « risques » vieillesse, maladie, chômage et famille.

Cette expression désigne :

- › au sens large, l'ensemble des interventions économiques et sociales de l'État ;

› dans un sens plus restreint, uniquement l'intervention de l'État dans le domaine social, particulièrement à travers le système de protection sociale.

Depuis la fin des années 1970, on parle de « crise de l'État providence ». Le ralentissement de la croissance, la montée du chômage et les difficultés de financement de la protection sociale remettent en cause l'efficacité [de l'État providence] et son adaptation aux nouveaux besoins sociaux (exclusion, vieillissement démographique).

www.vie-publique.fr

3 À l'aide du doc. 10, expliquez ce que désigne l'expression « État providence ».

En France, l'État providence multiplie les actions économiques mais surtout sociales pour garantir à chaque citoyen l'exercice de ses droits sociaux, et plus particulièrement aux personnes en difficulté. Grâce à la protection sociale, il protège l'ensemble de la population contre les risques qui peuvent la fragiliser.

Doc 11 Les fondements de la protection sociale

La protection sociale est progressivement devenue universelle en couvrant tous les individus.

À ses origines (fin du ^{xx}e siècle), la protection sociale s'est construite sur une logique d'assurance sociale professionnelle. Elle était liée à l'exercice d'une activité professionnelle et compensait le risque de perte du revenu due à l'inactivité forcée (accident, maladie, chômage, vieillesse). Elle ne couvrait que les travailleurs et leur famille. Le droit aux prestations sociales dépendait du versement de cotisations sociales, proportionnelles aux salaires.

Les non-salariés, ou les individus n'ayant pas cotisé au cours de leur activité professionnelle, n'avaient droit qu'à l'aide sociale, réservée aux cas de détresse extrême.

Dès sa création, le 4 octobre 1945, la Sécurité sociale affiche l'objectif de généraliser progressivement la protection sociale à l'ensemble des résidents du territoire. Une logique de solidarité fait son apparition. Chaque membre de la collectivité nationale a droit à la garantie d'un minimum

vital, indépendamment de l'exercice ou non d'une activité professionnelle, ou de sa capacité à s'ouvrir des droits aux prestations sociales en versant des cotisations.

Ainsi, la loi du 22 août 1946 étend les allocations familiales à pratiquement toute la population et [celles-ci deviennent] universelles en 1978.

La couverture du risque vieillesse est quasi-universelle depuis la création du minimum vieillesse (1956) garantissant à chacun une retraite minimale. La couverture du risque maladie est devenue universelle par la mise en place de l'assurance personnelle en matière de maladie (1978) et surtout de la couverture maladie universelle (CMU, 27 juillet 1999), permettant à chacun d'accéder à un minimum de soins.

Par ailleurs, les « minima sociaux », comme le revenu de solidarité active (RSA), offrent à chacun une garantie minimale de ressources, afin de lutter contre le risque d'exclusion de la société.

www.vie-publique.fr

4 Relevez, dans le doc. 11, quels étaient les objectifs de la protection sociale à l'origine et comment ils ont évolué.

À sa création, la protection sociale ne concernait que les travailleurs et leur famille, qui étaient assurés en contrepartie du versement de cotisations sociales, pour compenser le risque de perte d'emploi ou de revenu, d'accident, de maladie et de vieillesse. Tous ceux qui ne travaillaient pas en étaient exclus. Mais en 1945, avec l'apparition de la Sécurité sociale, elle s'est généralisée à l'ensemble de la population et est devenue progressivement universelle afin de couvrir tous les risques sociaux.

Je construis ma synthèse

Après avoir rappelé quels sont les droits sociaux parmi les droits fondamentaux, expliquez dans quelle mesure ceux-là s'imposent à l'État.

Les droits sociaux sont ceux qui se rapportent à l'éducation, au travail, au logement, à un minimum de sécurité matérielle, aux loisirs, à la santé... D'une part, ils font partie des droits fondamentaux propres à chaque individu ; d'autre part, ils sont énoncés par des textes internationaux que la France a ratifiés. Elle s'engage donc à les garantir à chaque citoyen, qui serait en droit de les exiger s'il ne pouvait pas les satisfaire par lui-même. Par conséquent, pour chacun de ces droits, il existe un service public organisé par l'État, gratuit et permettant leur accessibilité en toute égalité. L'existence des services publics fait de l'État français un État providence.

II Le risque social

Activité 3 La définition du risque social

Objectif ► caractériser la notion de risque social. 

Doc 12 Panorama des risques sociaux

Le terme de « **risque social** » désigne un événement dont la survenue est certaine ou imprévue, provoquant une diminution du niveau de vie :

- soit parce que les dépenses augmentent ;
- soit parce que les ressources diminuent.

Il devient social [dès lors qu'il est] pris en charge par la collectivité.

[On distingue les risques :]

- professionnels : accident du travail ou maladie professionnelle ;
- non professionnels : maladie, maternité, vieillesse, décès, veuvage.

www.vie-publique.fr



1 D'après la définition du risque social et les photos du doc. 12, remplissez le tableau suivant.

Risques augmentant les dépenses	Risques augmentant les dépenses et diminuant les revenus	Risques diminuant les revenus
<ul style="list-style-type: none"> • famille • grossesse • handicap • accident 	<ul style="list-style-type: none"> • maladie • vieillesse 	<ul style="list-style-type: none"> • chômage • retraite

2 Expliquez dans quelle mesure chacun des risques sociaux augmente les dépenses ou diminue les revenus.

La constitution d'une famille multiplie les dépenses autant de fois qu'il y a de membres. La grossesse nécessite une surveillance médicale très suivie, en plus du séjour en maternité et de l'arrivée du nourrisson. Le handicap sous-entend l'assistance d'une tierce personne pour les tâches de la vie quotidienne, qui devra être rémunérée. L'accident provoquera des dépenses d'hospitalisation et peut-être de réparation des dommages causés à autrui.

La maladie et la vieillesse augmentent les dépenses (de soins, d'hébergement, d'assistance) et diminuent les revenus car il y a une interruption provisoire ou définitive de l'activité professionnelle. Le chômage, tout comme la retraite, sont des périodes d'inactivité professionnelle, donc de perte de revenus.

Activité 4 L'évolution des risques sociaux

- Objectifs
- identifier les risques traditionnels ;
 - analyser l'émergence des nouveaux risques sociaux.



Doc 13 — L'ordonnance du 4 octobre 1945 : création de la Sécurité sociale

L'ordonnance du 4 octobre précise : « L'organisation de la Sécurité sociale assure dès à présent le service des prestations prévues par les législations concernant les assurances sociales, pour les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès. La loi du 22 août 1946 étend les allocations familiales à pratiquement toute la population et la loi

du 30 octobre 1946 intègre la réparation des accidents du travail à la Sécurité sociale ».

La loi du 22 mai 1946 pose le principe de la généralisation de la Sécurité sociale à l'ensemble de la population.

www.ecosanté.fr

Doc 14 — Les risques sociaux traditionnels

Les prestations santé regroupent les prestations liées à la maladie, à l'invalidité et aux accidents du travail. Le poste le plus important de ces dépenses correspond au remboursement partiel ou intégral des soins de santé des ménages. La prise en charge des soins de santé par la Sécurité sociale dans le secteur public hospitalier, au moyen de la dotation globale hospitalière, constitue une composante de ces soins en tant que prestation de services sociaux.

À côté des pensions (vieillesse) ou dérivés (survie), les prestations classées dans le risque vieillesse-survie incluent des avantages non contributifs et des aides accordées dans le cadre de l'action sociale développée par les différents régimes.

Au sein des prestations du risque maternité-famille, celles versées au titre de la maternité sont essentiellement composées d'indemnités journalières, de l'allocation pour jeune enfant (APJE) courte (intégrée depuis 2004 à

la prestation d'accueil du jeune enfant, PAJE) et des remboursements de soins de santé. Les prestations versées au titre de la famille incluent, à côté des prestations familiales au sens strict, des interventions qui entrent dans le cadre de l'action sociale familiale.

Au sein du risque emploi, le risque chômage regroupe toutes les prestations versées à des personnes privées d'emploi qui ne remplissent pas les conditions normales de droit à la retraite et dont la cessation d'activité n'est pas envisagée comme définitive. Parallèlement aux prestations liées à l'indemnisation du chômage, le risque chômage comprend également les préretraites. Le risque insertion et réinsertion professionnelle correspond à la recherche et à l'adaptation à un nouvel emploi, et aux versements compensant la perte de salaire due à l'absence de travail pour cause de formation professionnelle.

www.irdes.fr

1 Relevez les risques sociaux traditionnels et dites de quoi ils se composent (doc. 13 et 14).

Lors de la création de la Sécurité sociale en 1945, les risques sociaux couverts étaient la maladie, l'invalidité, la vieillesse et le décès. S'y ajoutent en 1946 le risque famille et les accidents de travail. Le risque santé inclut la maladie, l'invalidité et les accidents de travail. Le risque vieillesse se compose de la retraite et de la survie du conjoint.

Le risque famille comprend la maternité et les prestations familiales, tandis que le risque emploi concerne le chômage et la préretraite.

Doc 15 — Les risques émergents

1. Le risque pauvreté-exclusion : il est la conséquence de plusieurs risques précédemment cités. L'exclusion sociale est un risque car elle entraîne une diminution des ressources et dans certains cas une augmentation des dépenses (ex. : les marchands de sommeil qui surfacturent le prix des logements). Par ailleurs, depuis la fin des Trente Glorieuses, la pauvreté est de moins en moins héritée mais peut toucher tous les individus, y compris les

classes moyennes et moyennes supérieures [...]. La prise en charge de ce risque est collective (RSA, CMU, droit au logement opposable...).

2. Le risque logement : il est pris en charge collectivement par la caisse d'allocations familiales qui peut verser des prestations logement en cas de ressources modestes. Le logement devient d'ailleurs un problème de plus en plus aigu dans notre pays.



Doc 15

3. Le risque formation professionnelle : la vie professionnelle est de plus en plus mouvementée. Il est de plus en plus difficile de trouver et de s'adapter à un nouvel emploi. Les prestations chômage sont là pour assurer des revenus mais certaines prestations sont liées au besoin de formation professionnelle continue (allocation formation-reclassement, congés de formation, financement de stages...) ; certains envisagent même la création d'une Sécurité sociale professionnelle.

4. Le risque dépendance : la dépendance (c'est-à-dire le fait de ne pas pouvoir effectuer seul les actes de la vie quotidienne) est un nouveau risque, compte tenu du vieillissement de la population. Mais les personnes handicapées de tous âges sont aussi concernées. Pour l'instant, la dépendance est prise en charge par une multitude de prestations d'origine différente (APA, allocation de compensation, forfait soins des sections de cure médicale, etc.).

Un « risque émergent » se définit comme étant tout risque à la fois nouveau et croissant.

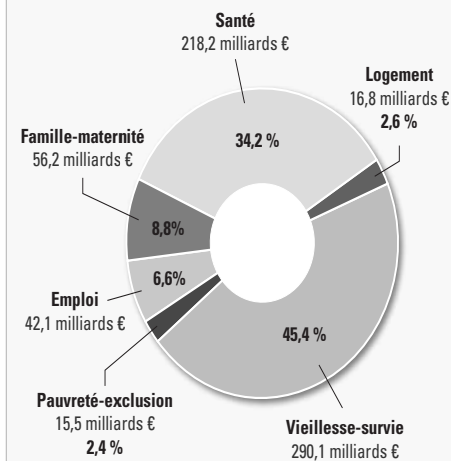
www.irdes.fr

2 Définissez les risques émergents et expliquez pourquoi ils émergent (doc. 15).

Les risques émergents sont des risques nouvellement apparus et se développant rapidement (ex. : la pauvreté, l'exclusion et par extension le logement), en raison d'une conjoncture économique difficile qui fragilise les populations, diminuant leurs revenus et les obligeant à être tributaires de prestations sociales.

Le marché du travail étant en pleine mouvance par rapport aux nouvelles exigences technologiques, les besoins en formation professionnelle qualifiante augmentent. Le vieillissement de la population française et l'augmentation du nombre des personnes du 4^e âge imposent une plus grande demande en matière de structures d'accueil et de personnels au service du grand âge.

Doc 16 Les prestations de protection sociale par risque en 2012



www.irdes.fr

Doc 17 La répartition des prestations sociales par risque

Risque santé		34,2 %
Maladie		79,8 %
Invalidité		15,0 %
Accidents du travail		5,3 %
Risque vieillesse-survie		45,4 %
Vieillesse		86,9 %
Survie		13,1 %
Risque famille-maternité		8,8 %
Famille		86,3 %
Maternité		13,7 %
Risque emploi		6,6 %
Chômage		86,9 %
Insertion professionnelle		13,1 %
Risque logement		2,6 %
Logement		100,0 %
Risque pauvreté-exclusion		2,4 %

www.ecosante.fr

3 Relevez et expliquez la part de chaque risque dans le versement des prestations sociales (doc. 16 et 17).

Le risque vieillesse-survie, avec 45,4 %, est celui dont la part est la plus importante dans les prestations de protection sociale, soit 290 milliards d'euros, dont 86,9 % financent les retraites. Viennent ensuite, à hauteur de 218,2 milliards d'euros, soit 34,2 % des prestations, le risque santé et plus particulièrement la maladie, qui représente à elle seule 79,8 % de ce risque et 15 % pour les invalidités.

Le risque emploi, quant à lui, représente 6,6 % des prestations, soit 42,1 milliards d'euros.

Le risque famille représente 8,8 % des prestations (56,2 milliards d'euros), dont 86,3 % sont versés au titre des prestations familiales.

Viennent ensuite les risques émergents : le logement (16,8 milliards, soit 2,6 %) et la pauvreté-exclusion (15,5 milliards, soit 2,4 %).

Je construis ma synthèse

Quelles sont les conséquences des risques sociaux et comment sont-ils pris en charge par la collectivité ?

La diminution des revenus et/ou l'augmentation des dépenses qui résultent de la survenue d'un risque social sont supportées par la collectivité, c'est-à-dire par l'ensemble de la population selon le principe de la solidarité nationale établie par la Constitution. La protection sociale est chargée de gérer le système. Les risques sociaux les plus lourds sont la vieillesse et la maladie, et doivent être financés par la collectivité. En effet, les ressources de la protection sociale proviennent des cotisations sociales, des impôts et des taxes, qui vont amputer les revenus de l'activité professionnelle. Le chômage, en augmentant, réduit le nombre de cotisants, tandis qu'en parallèle le nombre des bénéficiaires des diverses prestations sociales augmente. La solidarité nationale est arrivée à ses limites.

Le jour du bac

L'État providence face à la mutation des risques sociaux

L'État providence et le mode de protection sociale qui lui est lié sont en pleine mutation. En France comme ailleurs, la nature et le poids relatif des risques sociaux ont changé : la vieillesse a cessé d'être un risque pour devenir partie intégrante de l'existence en raison de l'allongement de l'espérance de vie ; les politiques de la santé, de la famille, de l'emploi se transforment ; de nouveaux risques, liés à la précarité et à l'exclusion, prennent une place croissante [...].

Cette crise que connaît aujourd'hui l'État providence, en France et ailleurs, doit être l'occasion de reconsidérer l'articulation des risques, la finalité et la hiérarchie des prestations, et de re-questionner les responsabilités des acteurs concernés. [...]

L'apparent succès de l'État social dissimule mal de nombreuses difficultés : les finalités de la protection sociale se sont multipliées, son équité comme son efficacité sont contestées, sa régulation est incertaine

et son coût constamment croissant. Les auteurs dressent un bilan de l'évolution des risques et des dérives qui menacent aujourd'hui, non pas une ou plusieurs branches de la Sécurité sociale, mais le système de protection sociale dans son ensemble. Les prestations ayant une croissance plus rapide que le PNB, elles relèguent au dernier rang d'autres priorités, font l'impasse sur l'ouverture internationale qui met en compétition les régimes sociaux entre eux et sur la mutation des risques eux-mêmes. La santé et la retraite n'ont plus le même sens qu'il y a cinquante ans, et ce, au moment même où d'autres risques émergent, telles que la précarité, l'employabilité, l'insertion ou la dépendance. Il y a urgence à reclasser les missions de l'État dans le domaine social, ce qui est le cas de certains pays européens. [...]

F. Wald, Fondapol
Proposition de sujet

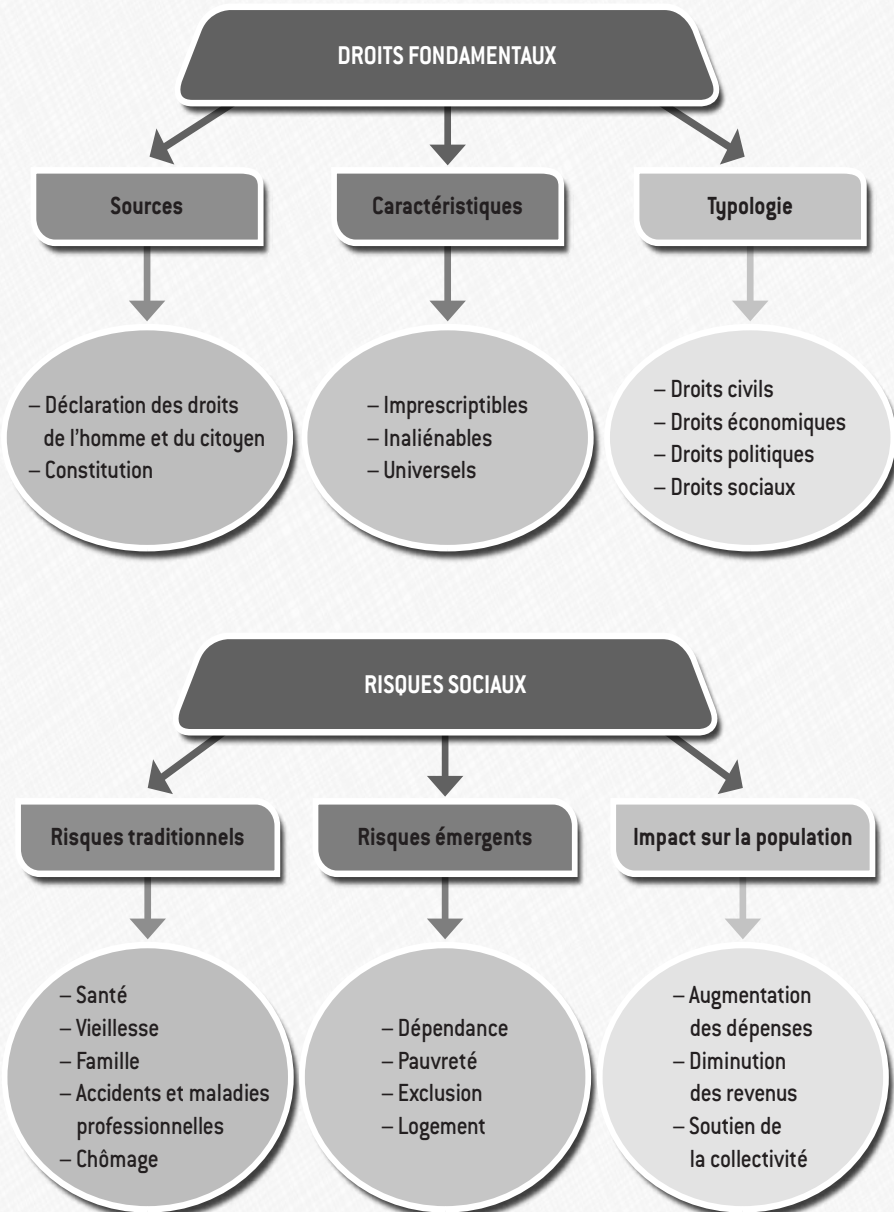
→ Relever quelles sont les difficultés que rencontre l'État providence dans le domaine de la protection sociale et ce qu'il est préconisé de faire à l'avenir pour rééquilibrer le système de protection sociale.

Synthèse

ATT

8

Des droits sociaux aux risques sociaux



Le recueil de données : illustration de la recherche documentaire

ATM

8

Pour faire le lien avec l'ATT

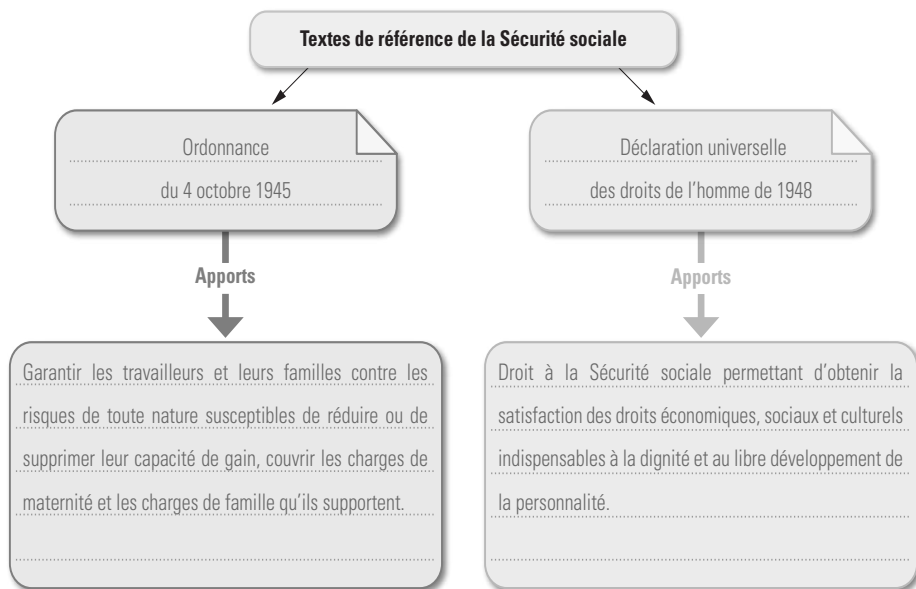
Dans un contexte de surabondance d'informations et de supports, la recherche documentaire en ligne est privilégiée pour sa rapidité et son accessibilité, notamment lorsqu'il s'agit de démarches à accomplir. Nous allons nous intéresser aux démarches à suivre dans le cadre de la protection sociale, et l'ATM du chapitre 2 sera à réinvestir.

Activité 5 La recherche cyberdocumentaire (réinvestissement)

Objectif ● analyser des informations à partir de bases de données en ligne.



- 1 Rendez-vous sur le lien www.securite-sociale.fr, et cliquez sur l'onglet « comprendre la Sécurité sociale ».
- 2 Retrouvez les deux textes de référence de la Sécurité sociale et complétez le schéma suivant.



ARBORESCENCE

Vos droits et démarches

À partir de 16 ans, vous pouvez choisir d'être remboursé directement sur votre propre compte bancaire ou postal, si vous demandez à votre caisse d'assurance maladie de bénéficier du statut d'ayant droit autonome.

Vous êtes lycéen

Ayants droit de vos parents ← Vous êtes ← **Vous avez moins de 20 ans**

RUBRIQUES

Vos remboursements

- Frais médicaux remboursés sur le compte bancaire du parent dont le lycéen dépend.
- À partir de 16 ans, possibilité d'être remboursé directement sur son propre compte bancaire ou postal, si demande a été faite à la caisse d'assurance maladie de bénéficier du statut d'ayant droit autonome.

Votre carte vitale

À partir de 16 ans, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie reçoit une carte vitale à son nom, sur laquelle figure sa photo.

Vous travaillez pendant vos études

Couverture en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle dès votre embauche.

CMU complémentaire

En cas de rupture des liens avec la famille, dès l'âge de 16 ans, possibilité de demander à bénéficier à titre personnel de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire.

Il faut aller sur l'onglet « droits et démarches », puis « Déclaration du médecin traitant ». On est ensuite redirigé sur le site ameli.fr et le formulaire est disponible en PDF, en bas de la page.

ATT 8

Des droits sociaux aux risques sociaux

INTENTIONS PÉDAGOGIQUES

Il est conseillé dans un premier temps de présenter les contextes économique, politique et social dans lesquels a été créée la protection sociale telle que nous la connaissons aujourd'hui.

À l'entre-deux-guerres et plus particulièrement après 1945, les individus étaient en proie à un certain nombre d'incertitudes et d'insécurité. Ayant vécu des périodes très difficiles et à l'heure de la reconstruction de la France (ouvriers du bâtiment), de la relance industrielle et du repeuplement du pays au nom du nationalisme et devoir citoyen, les individus avaient besoin de garanties d'avenir pour eux-mêmes et leur famille.

D'autant que les Français avaient sous les yeux les exemples de l'Allemagne et de l'Angleterre précurseurs en matière de protection sociale.

Les premières formes de protection sociale en France sont des créations ouvrières. C'est l'invention d'un mécanisme de solidarité, la nécessité de dépasser les limites du salaire à partir de la conscience d'une même situation devant les risques, tels la maladie, les accidents du travail fréquents et mortels. Les risques peuvent aussi correspondre à la perte de l'emploi et les maladies, dont beaucoup sont professionnelles. La vieillesse est redoutable, souvent accompagnée d'invalidité, d'une mort désespérée à l'hospice. En réaction vont naître les Sociétés de secours mutuels ; certaines existent depuis longtemps (la mutuelle des menuisiers en meubles date de 1760). À la veille de la Révolution de 1830, les mutuelles se multiplient. Le point d'appui que constitue la mutuelle pour soutenir des actions de grève et de solidarité traduit une volonté de résistance, d'indépendance : échapper à l'aliénation de la charité pratiquée par l'Église et la bourgeoisie et l'expression d'une solidarité qui s'élargit à de nouvelles pratiques.

La mutualité habituera les travailleurs à discuter de leurs intérêts communs, elle va les conduire à se concerter pour résister aux empiétements du capital. Le développement du capitalisme se poursuit, les difficultés de l'existence aussi ; par conséquent, les mutualités et les résistances ne satisfont plus aux exigences ouvrières. Parallèlement à ces propres rythmes, il y a formation d'une conscience politique.

La mutuelle est sélective à cause des cotisations. Ce sont, sans doute, les ouvriers de métiers qui y adhèrent, car ils disposent relativement de plus de moyens et ont un peu plus conscience des incertitudes de l'existence. On peut, en effet, estimer qu'à partir du moment où les besoins d'entretien les plus élémentaires (nourriture, vêtements, habitation, etc.) qui constituent alors l'essentiel des budgets ouvriers, sont un peu moins mal satisfaits, naissent ou se développent d'autres besoins.

La volonté du peuple français était de généraliser la protection sociale à l'ensemble de la population pour réduire les inégalités ressenties.

LE « JOUR DU BAC » : ÉLÉMENTS DE CORRIGÉ

Relever quelles sont les difficultés que rencontre l'État providence dans le domaine de la protection sociale et ce qu'il est préconisé de faire à l'avenir pour rééquilibrer le système de protection sociale.

• Les attentes

Un travail préliminaire de recherche est à prévoir :

- recherche du ou des verbe(s) d'action de la question : ici, relever = citer + expliquer ;
- recherche des mots-clés de la consigne : difficultés, État providence, protection sociale, préconisé, avenir, rééquilibre, le système de protection sociale.
- Certains mots seront à définir : État providence, protection sociale et ceux qui ne sont pas compris par l'élève devront être reformulés avec des synonymes.
- la présence d'une conjonction de coordination dans la formulation de la question (et), donc la réponse sera en 2 temps :
- montrer les difficultés que rencontre l'État providence vis-à-vis de la protection sociale.
- montrer ce qu'il est préconisé de faire à l'avenir...

Ce travail est nécessaire puisqu'il permet de délimiter le sujet, pour éviter les hors sujets mais aussi les réponses partielles/incomplètes.

• Exemple de corrigé possible

La France est un « État providence » car elle étend son champ d'intervention et de régulation dans les domaines économiques et sociaux. Elle se traduit par un ensemble de mesures ayant pour but de redistribuer les richesses et de prendre en charge différents risques sociaux comme la maladie, l'indigence, la vieillesse, l'emploi, la famille... L'État providence est fondé sur la solidarité entre les différentes classes sociales et la recherche de la justice sociale.

Cependant, depuis la fin des années 1970, l'État providence est victime de son succès, et subit aujourd'hui une crise caractérisée par une mutation des risques sociaux trop lourds à supporter par la collectivité. Les risques vieillesse et maladie prennent une ampleur démesurée compte tenu des transformations démographiques, l'allongement de l'espérance de vie et de l'essor des maladies chroniques entre autres. De nouveaux risques liés à la conjoncture économique (précarité, pauvreté, mal logement...) viennent se greffer aux précédents.

Le ralentissement de la croissance, la montée du chômage et les difficultés de financement de la protection sociale remettent en cause son efficacité et son adaptation aux nouveaux besoins sociaux.

Les prestations sociales connaissent une croissance plus rapide que celle du PIB, notamment les dépenses de santé, qui remettent en cause son objectif d'équité de départ. Mais certains économistes doutent aussi de la réelle efficacité de ce système, puisque les différents abus et dérives ont dénaturé la protection sociale de 1945 qui, nous devons le rappeler, est un ensemble de mécanismes de prévoyance collective prévu pour permettre aux individus de faire face financièrement aux conséquences des risques sociaux.

Que ces risques soient prévus ou imprévus, heureux ou malheureux, ceux-ci ont effectivement pour conséquence de réduire les revenus et d'augmenter les dépenses des individus, les mettant ainsi en difficulté.

Il faudrait à l'avenir que l'État responsabilise davantage chaque individu dans l'apparition des risques sociaux, pour lui faire prendre conscience que l'intérêt commun et collectif suppose que chacun fasse des efforts, notamment en santé où la notion de responsabilité est de plus en plus mise en avant pour réduire les dépenses.

Les prestations doivent être dorénavant hiérarchisées par priorité d'intervention, en tenant compte des nouveaux besoins.

En outre, l'État se doit de réajuster ses missions et prérogatives dans le domaine social, en étant moins interventionniste.

SYNTHÈSE RÉDIGÉE

I. La protection sociale

Activité 1. Des droits fondamentaux aux droits sociaux

Les droits fondamentaux (ou libertés fondamentales) sont l'ensemble des droits subjectifs primordiaux de l'individu, assurés dans un État de droit et une démocratie.

Ils sont constitués :

- des Droits de l'Homme ;
- des libertés publiques ;
- de nouveaux droits comme les garanties procédurales ou les droits relatifs à l'environnement.

Il s'agit des libertés et les droits reconnus par la **Constitution**, la **Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789**, le **préambule de la Constitution de 1946** (repris par celle de 1958), la **Charte de l'environnement** (intégrée dans le préambule de la Constitution en 2005) et les principes fondamentaux auxquels ces textes renvoient. Ils sont à la base de la démocratie.

On peut distinguer différentes catégories.

• **Les droits liés à la condition humaine** sont pour la plupart établis par la Déclaration de 1789. Il s'agit de l'égalité (art. 1), de la liberté, de la propriété, de la sûreté et de la résistance à l'oppression (art. 2), de l'égalité des sexes, mais aussi de l'égalité devant la loi, l'emploi, l'impôt, la justice, l'accès à la culture.

Le principe de liberté induit l'existence de la liberté individuelle, d'opinion, d'expression, de réunion, de culte, de la liberté syndicale et du droit de grève.

Le droit à la sûreté justifie l'interdiction de tout arbitraire, le respect des droits de la défense, la protection de la liberté individuelle par la justice.

• **Les droits sociaux** correspondent aux prestations à la charge de la collectivité : le droit à l'emploi, à la protection de la santé, à la gratuité de l'enseignement public...

• **Les droits dits « de troisième génération »** sont énoncés dans la Charte de l'environnement, qui affirme le droit de chacun de « vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé » et qui consacre la notion de développement durable et le principe de précaution.

Selon la Déclaration de 1789, l'exercice de ces droits et libertés fondamentaux n'a de limites « que celles qui assurent aux autres membres de la société la jouissance de ces mêmes droits » (art. 4).

Dès lors que ces droits sont garantis par la Constitution, l'État en devient garant et responsable vis-à-vis de l'ensemble de la population. À ce titre, il met en place des services publics pour permettre l'accès à chacun de ces droits. On s'intéressera tout particulièrement aux droits sociaux :

Droits sociaux	Services publics
Instruction	Éducation nationale
Emploi	Pôle emploi
Santé	Service public hospitalier
Justice	Tribunaux
Sécurité	Services de l'ordre public
Transport	Transports en commun
Sécurité matérielle	Aide sociale

L'État doit permettre l'égal accès à ces services en respectant les principes de gratuité, de non-discrimination, d'équité, de traitement et de continuité.

Activité 2. L'évolution des droits sociaux

Les données sur le non-recours montrent que nous sommes loin du compte en matière d'accès de tous aux droits économiques et sociaux.

Trois grands types de **non-recours** apparaissent et se combinent le plus souvent :

- la **non-connaissance**, lorsque l'offre n'est pas connue, par manque d'information ou d'incompréhension.

Ex. : la cause systématique du non-recours aux aides sociales facultatives liées au RSA variant entre 40 et 90 %, ou du non-recours à l'aide pour l'acquisition d'une complémentaire santé – cas de l'Aide complémentaire santé – mesuré à 80 %.

- la **non-réception**, lorsqu'elle est connue, demandée mais pas obtenue (par difficulté à mener une démarche administrative ou du fait des procédures voire des pratiques des agents).

- la **non-demande**, quand elle est connue mais pas demandée (par désintérêt pour l'offre, par lassitude des faces aux parcours administratifs trop compliqués, par la présence d'alternatives, l'autolimitation ou parfois même la perte de l'idée d'avoir des droits). Il n'existe aucun taux global de non-recours.

Ex. : le non-renouvellement de la CMU-Complémentaire s'explique essentiellement par un défaut d'information, un oubli ou une non-compréhension des démarches nécessaires.

Les études montrent aussi la présence d'une non-demande dont les formes et les explications peuvent être diverses : des travaux sur le « renoncement aux soins » font apparaître une forte corrélation avec l'isolement relationnel des personnes, que celles-ci soient précaires ou non du point de vue des ressources financières. Pour varier les exemples, en matière d'aides aux vacances ou aux loisirs pour lesquelles des CAF s'inquiètent d'une baisse des demandes : le reste à payer n'explique pas tout, c'est aussi l'offre proposée qui ne correspond plus aux souhaits.

La France se caractérise comme la plupart des pays européens par un paradoxe assez marquant : un état de santé plutôt positif mais des inégalités sociales très prononcées et qui vont en crescendo. Se sont succédé plusieurs lois et mesures tendant à lutter contre ce phénomène dans tous les domaines (santé, emploi, logement, éducation...), mais qui n'ont pas obtenu les effets escomptés car il a été observé qu'elles avaient tendance à rester cloisonner. Des politiques transversales voire globales seraient susceptibles d'être plus efficaces.

L'État français est un « État providence » qui vient se substituer à tous les individus qui n'auraient pas eu accès à leurs droits sociaux en le leur permettant, mais ce système s'est essoufflé. Il faut réfléchir à d'autres modes d'intervention.

II. Le risque social

Activité 3. La définition du risque social

Les risques sociaux sont par définition des événements dont la survenue est prévue ou incertaine, heureux ou malheureux ayant comme points communs d'avoir des conséquences sur les revenus des individus, soit en augmentant les dépenses (maladie, handicap, naissance...), soit en diminuant les revenus (chômage, retraite, veuvage...). Ils sont supportés financièrement par la collectivité (population active occupée).

Les risques sociaux sont :

- pour la plupart liés au cycle de la vie : maladie, vieillesse, maternité, décès ;
- liés à l'activité professionnelle : maladie professionnelle, accident de travail, chômage ;
- liés aux mutations démographiques et socioéconomiques : exclusion, dépendance, précarité, mal logement ;
- liés à la dégradation de l'environnement : impact sur la santé publique.

Risques traditionnels

Vieillesse Survie, retraite	C'est le risque plus important et il ne cesse d'augmenter : 45,4 % des prestations.
Santé	Représente 34,2 % des prestations, en constante augmentation (12 % du PIB).
Accidents du travail et maladies professionnelles (MP)	Couvre les accidents et maladies résultant de l'activité professionnelle, soit sur le lieu même, soit sur le trajet tel qu'il est défini dans la loi. La Sécurité sociale tient une liste des MP.
Famille, maternité	La politique familiale date de l'entre-deux-guerres, ayant pour objectif de verser des prestations aux familles pour les aider à faire face aux dépenses dues aux enfants (modes de garde, rentrée scolaire...). Elle représente 8,8 % des prestations.
Chômage	Représente 6,6 % des prestations, en progression en raison de la récession économique. Il touche particulièrement les femmes, les jeunes et les moins diplômés.

Risques émergents

Logement	Pris en charge par la CAF qui verse des prestations logement (APL). Le droit opposable au logement est applicable depuis mai 2004. Représente 2,6 % des prestations.
Précarité, pauvreté, exclusion	Risques qui concernent les populations les plus vulnérables qui cumulent un certain nombre de handicaps sociaux. Ils représentent 2,4 % des prestations versées relevant de l'aide sociale et de l'action sociale.
Dépendance	L'augmentation du nombre de personnes âgées constitue un véritable défi pour la protection sociale ; le 4 ^e âge va se multiplier par 4 d'ici 2040 : financement de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie), des services de soins à domicile...

Activité 4. L'évolution des risques sociaux

L'ordonnance du 4 octobre 1945 créant la Sécurité sociale par Pierre Laroque ne prévoyait que les risques sociaux dits traditionnels, à savoir : la maladie, l'invalidité, la vieillesse, le décès. En 1946, la loi du 22 août intègre le risque famille et celle du 30 octobre, les risques d'accidents du travail et les maladies professionnelles.

Depuis les années 1970, on voit émerger de nouveaux risques comme la précarité, le mal logement, la dépendance, qui sont causés par des transformations de la société tant sur le plan démographique qu'économique. Ils concernent de plus en plus d'individus dans la population, et donc tout naturellement le devoir de solidarité nationale doit s'appliquer.

La protection sociale face à des risques sociaux obéit à deux principes :

- **le principe de solidarité** : entre malades et bien portants, entre travailleurs et sans emploi, entre classes d'âge, entre cotisants et ayants droit... Ce principe se retrouve dans les techniques d'assurance (de base et complémentaire) financées par une contribution des bénéficiaires, mais aussi dans les techniques d'assistance financées par l'impôt.
- **le principe d'universalité** : toute personne a droit à une protection sociale minimale, quels que soient son origine, ses ressources, son niveau de cotisation. Ce principe nécessite la mise en place de techniques d'assistance financées par l'État et les collectivités locales.

La solidarité devient nationale de par son mode de financement (impôts, taxes).

La protection est dite sociale parce qu'elle s'appuie sur un système collectif (facultatif ou imposé) qui va au-delà des solidarités familiales ou de proximité. Le mode de financement (contribution ou bien impôt) permet de différencier deux modèles de protection sociale, qui souvent se complètent : l'assurance et l'assistance.

Les deux techniques (assurance/assistance) coexistent face à un risque social traditionnel. En revanche, seule la technique d'assistance existe face à des risques sociaux émergents.

Le système de protection sociale : construction et organisation générale

ATT

9

Activité de découverte

Objectif • montrer que la protection sociale participe à la cohésion sociale.



Une conseillère en économie sociale et familiale (CESF) encadre une personne handicapée.

Consultation chez le médecin.

Doc 1 – La protection sociale, c'est quoi ?

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, une série d'ordonnances organise la création en octobre 1945 de la Sécurité sociale et pose ainsi la première pierre de la politique française de protection sociale. Cette dernière entend protéger les individus contre les conséquences souvent financières des « risques » de la vie : maladie, invalidité, vieillesse, dépendance, chômage, exclusion...

Aujourd'hui, la notion de protection sociale s'est élargie à toute mesure solidaire et paritaire assurant l'avenir de chacun. À ce titre, elle englobe également la formation professionnelle et l'accès aux connaissances.

Qui protège-t-elle ?

Devenue petit à petit universelle, la protection sociale couvre les frais de tous, actifs ou non, qu'ils soient liés à la santé, à la perte d'un emploi, à la famille, à la retraite...

Afin de lutter contre le risque d'exclusion, elle garantit, grâce aux minima sociaux, un revenu aux personnes en situation de précarité.

Projet DCSTE,

www.protection-sociale-et-moi.eu

Cohésion sociale : fait que les membres d'une société sont unis par des normes et des valeurs acceptées par tous et qui renforcent les liens sociaux.

1 Présentez l'objectif de la protection sociale (doc. 1).

Protéger les individus (familles, personnes âgées, personnes dépendantes, personnes malades, personnes pauvres, chômeurs...)

contre tous les risques sociaux.

2 Repérez dans quels domaines la protection sociale intervient (doc. 1).

La protection sociale intervient au niveau social (chômage et aide sociale) et au niveau de la santé (Sécurité sociale).

3 Expliquez comment la protection sociale permet de consolider la cohésion sociale.

Elle constitue un important facteur de cohésion sociale en mêlant assurance et solidarité entre les individus.

I La construction du système français de protection sociale

Activité 1 L'évolution du système de protection sociale français

Objectif ► présenter l'évolution du système de protection sociale français.



Doc 2 – L'émergence de la protection sociale – L'Antiquité et l'entraide

Au sein des sociétés primitives et antiques, la survie du groupe repose sur l'entraide. Cette solidarité se manifeste notamment lors de la prise en charge des rites funéraires par la communauté.

Ainsi, à Rome, les compagnons d'esclavage cotisent pour financer des funérailles décentes à l'un des leurs. [...]

Du Moyen Âge à l'Ancien Régime

Dès le Moyen Âge, l'exercice d'un même métier rapproche les hommes au sein des corporations (boulangers, charpentiers, serruriers...).

Leurs buts : la défense des intérêts de leurs membres et l'aide collective aux plus démunis. Selon la tradition, leur organisation remonterait à la construction du Temple de Salomon, entre 970 et 931 avant J.-C. [...]

La solidarité est organisée au sein de chaque profession : une caisse commune de secours vient en aide aux compagnons malades ou invalides, qui ne peuvent plus travailler et subvenir aux besoins de leur famille. [...]

La nécessité de disposer d'une main-d'œuvre abondante pour la prospérité du royaume explique les premières mesures sociales des souverains [...]

► dès la fin du XII^e siècle, Aliénor d'Aquitaine fait rédiger des mesures visant à soigner les marins en cas d'accident de service et à les indemniser à la charge du maître de la nef ;

► dès le début du XVII^e siècle, Henri IV accorde aux mineurs le remboursement des frais de médication et de chirurgie en cas d'accident du travail ;

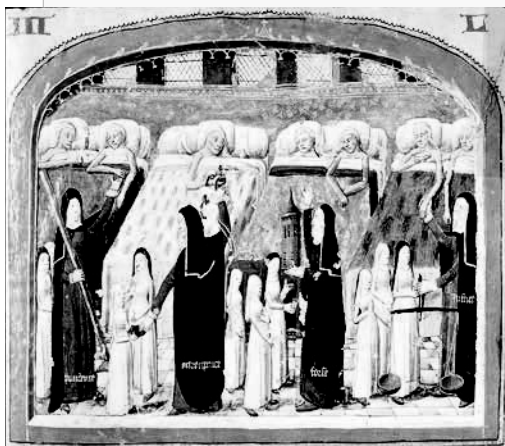
► à la fin du XVII^e siècle, le règlement du roi prévoit la protection sanitaire et sociale des marins de la marine royale. Il crée deux hôpitaux – l'un à Rochefort, l'autre à Toulon – qui dispensent des soins gratuits et allouent des pensions d'invalidité et de vieillesse.

Fait novateur pour l'époque : les marins doivent participer au financement de leur couverture sociale par le paiement d'une cotisation prélevée sur leurs appointements et soldes.

La période révolutionnaire : le devoir d'assistance de l'État

L'effervescence des Lumières

Les Encyclopédistes, Montesquieu notamment, insufflent l'idée que « l'État doit à tous les citoyens une subsistance assurée, la nourriture, un vêtement convenable et un genre de vie qui ne soit pas contraire à leur santé » (*L'Esprit des lois*). Dans les cahiers de doléances, expression des besoins populaires, émergent des idées force telles que : l'administration des hôpitaux et des maisons de charité par l'État, la médecine et l'hôpital gratuit pour les pauvres, l'instauration de pensions pour les vieillards, les pères de famille nombreuse, les infirmes.



Patients soignés par les sœurs de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu, in J. Henry, *Le Livre de la vie active de l'Hôtel-Dieu*, 1482.

Doc 2

→ L'assistance, un devoir de santé

« L'assistance est un devoir de la société, il faut développer l'emploi pour diminuer l'indigence », déclaration du comité de santé présidé par La Rochefoucault-Liancourt. En ce sens, l'Assemblée constituante adopte des décrets en 1790. Toutefois, aucun crédit ne sera versé pour leur mise en œuvre.

La Révolution française, dans la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1793, reconnaît le droit pour chaque citoyen à l'assistance et à la protection sociale : article 21 : « Les secours publics sont une dette sacrée. La société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assumant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler. » [...]

L'assistance, droit de l'homme et monopole d'État

Après la suppression des corporations par la loi Le Chapelier (1791), toute défense organisée des intérêts collectifs devient impossible.

Dès 1793-1794 sont décrétées : la nationalisation des hôpitaux et des maisons de secours, la constitution d'un fonds de secours, la fourniture de travaux temporaires pour les chômeurs valides, l'inscription des indigents sur le Livre de la bienfaisance nationale pour recevoir des secours financiers.

Mais l'État ne peut assumer ce devoir. Le Directoire transfère l'organisation de l'assistance aux communes et restitue aux hôpitaux leur patrimoine pour augmenter leurs ressources.

Les acquis révolutionnaires pour l'avenir

L'hôpital devient lieu de soins, puis d'enseignement de la médecine. L'hospice sert d'asile aux enfants abandonnés, aux vieillards et aux invalides. Les bureaux de bienfaisance accordent des secours aux nécessiteux. Simultanément, s'esquisse un contrôle répressif des soins délivrés par les médecins.

Le XIX^e siècle : de la mutualité aux assurances sociales

Le contexte économique et social

Au XIX^e siècle, la révolution industrielle, l'urbanisation, la naissance de la classe ouvrière et du paupérisme bouleversent la société rurale et artisanale.

Dans ce contexte, la bienfaisance, la philanthropie et l'aide sociale au bénéfice des indigents sont inadaptées pour répondre aux besoins d'une société en mutation. [...]

Malgré leur interdiction par la loi Le Chapelier de 1791, des associations de secours se maintiennent dans la clandestinité.

Autorisées en 1852, sous contrôle des préfets, les sociétés de secours mutuel règlent les frais médicaux et pharmaceutiques, les pensions et le capital décès de leurs membres. La Charte de la mutualité (loi d'émancipation du 1^{er} avril 1898) favorise la libre création des sociétés de secours mutuel qui se structurent en 1902 avec la constitution de la Fédération nationale de la mutualité française.

L'essor de la médecine hygiéniste

L'action législative résolue de médecins et d'hommes politiques en faveur de lois de santé publique, alliée à la révolution pasteurienne (microbiologie), à la médecine hygiéniste (assainissement et désinfection) et préventive, changent la donne de la pratique sanitaire qui gagne en efficacité. Un ministère de l'Hygiène publique est créé en 1920.



G.Chicotot, *Le tubage*, début XX^e siècle. Paris, musée de l'Assistance publique.

Les prémices de la Sécurité sociale

Les premières tentatives de mise en place d'une Sécurité sociale apparaissent :

- › loi du 9 avril 1898 relative à l'indemnisation des accidents du travail ;
- › loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes.

Mais ce sont les effets de la Première Guerre mondiale qui justifient l'intervention de l'État pour :

- › venir en aide aux mutilés de guerre et à leurs familles ;
- › encourager la natalité par le retour des femmes au foyer et le versement d'allocations familiales ;
- › mettre en place une protection sociale obligatoire sur l'ensemble du territoire, à l'instar des assurances allemandes créées en 1881 par le chancelier Bismarck dont bénéficiait l'Alsace-Moselle depuis 1883.

Ainsi, la loi du 30 avril 1930 met en place le régime obligatoire des assurances sociales en France pour les salariés du commerce et de l'industrie en dessous d'un certain plafond de revenus.

L'assurance concerne les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès. Enfin, la loi du 11 mars 1932 rend obligatoire le versement d'un sursalaire familial à partir du premier enfant et oblige les employeurs de l'industrie et du commerce à s'affilier à des caisses de compensation agréées. Les allocations familiales sont généralisées par le décret-loi du 29 juillet 1939 dit Code de la famille.

1945-1950 : création de la Sécurité sociale

[...] L'ordonnance du 4 octobre 1945 est le texte fondateur de la Sécurité sociale. Ambroise Croizat, ministre du Travail et de la Sécurité sociale, contribue à la mise en place et à l'organisation administrative de ce système.

www.musee-assurance-maladie.fr

1 Repérez et présentez de manière synthétique les grandes étapes de la construction du système de protection sociale, en précisant les périodes, le système instauré et la population concernée (doc. 2).

Périodes	Système instauré	Population concernée
L'Antiquité	L'entraide/la solidarité privée.	Tous les individus
Du Moyen Âge à l'Ancien Régime	La solidarité privée est organisée au sein de chaque profession.	Les corporations
À la fin du XVIII ^e siècle	Le règlement du roi prévoit la protection sanitaire et sociale des marins de la marine royale.	Les marins
La Révolution française	La Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1793 reconnaît le droit pour chaque citoyen à l'assistance et à la protection sociale.	Tous les individus
1791	La suppression des corporations par la loi Le Chapelier (1791).	Les corporations
Dès 1793-1794	La nationalisation des hôpitaux et des maisons de secours est décrétée.	Toute la population
1898-1910	La Charte de la mutualité (loi d'émancipation du 1 ^{er} avril 1898) favorise la libre création des sociétés de secours mutuels, qui se structurent en 1902 avec la constitution de la Fédération nationale de la mutualité française. Loi du 9 avril 1898 relative à l'indemnisation des accidents du travail. Loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes.	Entre les individus Une partie de la population
Après la Première Guerre mondiale	Intervention de l'État pour : – venir en aide aux mutilés de guerre et à leurs familles ; – encourager la natalité par le retour des femmes au foyer et le versement d'allocations familiales ; – mettre en place une protection sociale obligatoire sur l'ensemble du territoire.	Tous les individus (accidentés du travail, mutilés, familles...)
1930	La loi du 30 avril 1930 met en place le régime obligatoire des assurances sociales en France pour les salariés du commerce et de l'industrie en dessous d'un certain plafond de revenus.	Les salariés du commerce et de l'industrie en dessous d'un certain plafond de revenus.
1932-1939	La loi du 11 mars 1932 rend obligatoire le versement d'un sursalaire familial à partir du premier enfant et oblige les employeurs de l'industrie et du commerce à s'affilier à des caisses de compensation agréées. Les allocations familiales sont généralisées par le décret-loi du 29 juillet 1939, dit Code de la famille.	Les familles à partir du premier enfant
1945	L'ordonnance du 4 octobre 1945 crée la Sécurité sociale.	Toute la population

2 Repérez les différents textes encadrant la protection des individus (doc. 2).

La Déclaration des droits de l'homme, différentes lois, le Code de la famille.

3 Expliquez brièvement dans quelle logique a évolué la protection sociale (doc. 2).

On remarque que l'aide privée, individuelle, a longtemps été celle sur laquelle pouvait compter l'individu. Ainsi, au Moyen Âge, la misère était prise en charge par l'Église et par quelques corporations. Exceptionnellement, l'État prenait l'initiative d'une protection particulière. Au cours du XIX^e siècle, l'État va progressivement mettre en œuvre des systèmes fondés sur une solidarité collective.

Activité 2 Les modèles de référence de la protection sociale

Objectif • identifier l'importance des modèles de référence dans la construction du modèle français.



1 À partir d'une recherche documentaire sur Internet (www.viepublique.fr), citez les deux systèmes européens dont s'est principalement inspiré le système de protection sociale français.

Le système allemand bismarckien et le système anglais beveridgien.

2 Présentez les grandes lignes des deux systèmes en complétant le tableau suivant.

Système	Système bismarckien	Système beveridgien
Origine	Allemagne.	Grande-Bretagne.
Date	1880-1890.	1942.
Principe	Proche d'un système d'assurance. Les prestations fournies par des professionnels de santé sont remboursées. Le praticien est choisi librement.	Un seul système unique. Aide identique pour tous les individus sans exception. Le praticien et l'hôpital ne sont pas choisis librement.
Financement	Cotisations (la personne doit travailler).	L'impôt (système gratuit).
Gestion	Par des caisses.	Par l'État.

3 Identifiez de quel système est inspiré le système français.

Le système français s'est inspiré principalement du système bismarckien (système d'assurance, les prestations fournies par des professionnels de santé sont remboursées) mais avec une tendance vers le système anglais (choix du médecin traitant, déremboursement de certains médicaments...).

Je construis ma synthèse

Face à l'évolution des risques sociaux, et notamment des risques émergents dans la société française, montrez l'importance système de protection sociale aujourd'hui.

Aujourd'hui, la protection sociale doit essayer de compenser toutes les inégalités, qui s'expliquent notamment par l'augmentation de la pauvreté, de l'exclusion, le problème du financement des retraites, des difficultés d'accès aux soins, le chômage...

Pour lutter contre ces difficultés, la protection sociale individuelle augmente à travers les associations, la solidarité familiale dans certains domaines, telle que la dépendance.

De ce fait, la protection sociale collective prise en charge par l'État s'impose et s'avère nécessaire pour préserver la cohésion sociale, le bien-être et la santé de tous les individus.

II Les caractéristiques de la protection sociale

Activité 3 Les principes fondateurs de la protection sociale : l'assurance et l'assistance

Objectif ♦ différencier les techniques d'assistance, d'assurance.



1 À l'aide de vos connaissances et du site www.vie-publique.fr, repérez et définissez les deux principales techniques de protection sociale.

L'assurance est la protection offerte en échange du paiement d'une somme d'argent. L'assistance est l'aide apportée à toute personne dans le besoin.

2 Caractérisez chacune des techniques en complétant le tableau suivant.

Techniques	Technique d'assistance	Technique d'assurance
Principe	Redistribution	Contribution/rétribution
Objectif	Garantir un revenu minimum aux plus démunis	Garantir un revenu de remplacement pour ceux qui ont cotisé
Financement	Impôt	Cotisations
Nature des prestations	Prestations non contributives	Prestations contributives
Bénéficiaires	Les plus démunis	Les travailleurs qui ont cotisé

- 3 Expliquez, en vous appuyant sur un exemple, si les deux techniques peuvent être mises en place pour la prise en charge d'un même risque.

Risque	Technique d'assurance	Technique d'assistance
Chômage	Allocation chômage pour ceux qui ont cotisé au préalable suffisamment longtemps.	Allocation de fin de droits pour ceux qui ont épuisé leurs droits ou qui n'ont pas suffisamment cotisé pour s'ouvrir des droits (exemple : RSA).

Activité 4 Les principes de solidarité et de responsabilité

Objectif ● présenter les principes de solidarité et de responsabilité.



Doc 3 La solidarité, un principe de la protection sociale

La Sécurité sociale telle que nous la connaissons aujourd'hui est articulée, depuis la fin de la guerre, sur un principe fondamental de solidarité entre personnes, écartant la notion de charité au profit d'un droit fondé sur les revenus liés au travail.

Personne n'est totalement à l'abri du risque, de l'insécurité et de la misère. Quand on parle de la Sécurité sociale, on pense tout de suite aux mutuelles ou aux remboursements des soins de santé. Or, la Sécurité sociale, c'est bien plus que ça.

Elle gère aussi les pensions, les allocations familiales, le chômage, les congés payés, les maladies professionnelles, les accidents du travail. Elle est fondée sur une

solidarité collective qui intervient lors de certains événements de la vie : naissance, perte de travail, hospitalisation...

Si chacun d'entre nous devait payer individuellement ses soins de santé, la note serait franchement plus élevée. Or, grâce à ce système d'assurance collective, nous bénéficions tous d'un minimum de moyens d'existence : la Sécurité sociale maintient un certain niveau de vie en cas de perte d'emploi, par exemple. Et surtout, par le système de solidarité mis en place, elle redistribue des revenus au profit des plus démunis. Son principe général est en effet de consolider la solidarité entre les actifs et les non-actifs, entre les bien-portants et les malades, entre les riches et les moins riches.

M. Valleteau de Moulliac, www.netsocial.fr, 16 avril 2014

Doc 4 La responsabilité

Art. 1382 et 1384 du Code pénal : la responsabilité est un principe du système de la protection sociale. La responsabilité est le fait, pour une personne qui a causé un préjudice à une autre, de devoir réparation de ce préjudice à certaines conditions. La victime doit engager une action envers le responsable qui doit être solvable, c'est-à-dire en mesure de l'indemniser. C'est un transfert de charge. Lorsqu'une personne cause un préjudice à une autre, elle doit réparation de ce préjudice.

- 1 Définissez les notions de solidarité et de responsabilité (doc. 3 et 4).

La solidarité correspond à l'intervention d'individus d'un même groupe ou d'une même société pour se venir en aide : c'est le partage du risque sur l'ensemble de la collectivité. La responsabilité correspond à l'indemnisation d'un risque ou d'un préjudice due par le responsable à la victime.

- 2 Expliquez comment se traduisent la solidarité et la responsabilité dans le système de protection sociale (doc. 3 et 4).

La solidarité se traduit entre les individus, les cotisants, entre les familles, entre les générations, entre les malades et les bien-portants. La responsabilité se traduit à travers le système d'assurance. Le responsable cotisant rembourse à travers son assurance la victime du préjudice (accident de voiture).

3 Présentez les différences entre la notion de solidarité et la notion d'assistance (doc. 3 et 4).

L'assistance est une technique tandis que la solidarité est un principe. La solidarité est présente à la fois dans la technique

d'assistance et dans la technique d'assurance, mais elle ne concerne pas les mêmes personnes.

Activité 5 Protection individuelle et protection collective

Objectif ♦ caractériser les notions de protection individuelle et collective.



Doc 5 Une protection collective, solidaire et obligatoire

Deux guerres mondiales, une kyrielle de guerres coloniales et postcoloniales accompagnées de leurs cortèges de massacres..., le ^{xx}e siècle ne laissera pas que de bons souvenirs. Mais ne soyons pas injustes, il nous a également légué une des avancées majeures de la civilisation humaine : la protection sociale. [...]

L'économie de marché a transformé le travail en marchandise. Le salarié tire son revenu de la vente de son travail. Cette transformation, qui favorise le développement de l'autonomie de l'individu et le libère des allégeances au groupe familial ou communautaire, pose dans le même temps une redoutable question : que faire de cette liberté quand la vieillesse, la maladie ou le chômage l'empêchent de vendre son travail ?

La protection sociale y répond en mettant en place une protection collective, solidaire et obligatoire. Certes,

les assurances commerciales offrent également une protection collective, puisque c'est l'ensemble des assurés qui financent la couverture de ceux qui subissent un dommage, mais l'assurance n'est pas solidaire. Chaque assuré doit en effet payer en fonction du risque qu'il représente. Avec la protection sociale, les cotisations ne sont pas liées au risque, mais aux revenus de chacun. Enfin, l'assurance, non solidaire, est facultative. Elle favorise de ce fait deux formes d'inégalité : entre ceux qui peuvent se payer une assurance et ceux qui ne le peuvent pas ; entre ceux qui peuvent se payer une « bonne » assurance, qui apporte une large couverture, et ceux qui ne peuvent se payer qu'une assurance de plus mauvaise qualité. La protection sociale solidaire, au contraire, profite à tous parce qu'elle est obligatoire [...].

P. Volovitch, www.alternatives-economiques.fr, hors-série n° 55, janvier 2003

Doc 6 Mais pourquoi les Français épargnent-ils autant ?

Le taux d'épargne des Français a atteint 15,7 % au second semestre 2013. Or, une baisse d'un point de ce taux d'épargne libérerait 14 milliards d'euros pour la consommation et, partant, pour la relance de la croissance économique.

« Notre pays continue à produire beaucoup d'épargne », a déclaré le sénateur UMP Philippe Marini, président de la commission des Finances du Sénat, en préambule aux 23^e rencontres parlementaires sur l'épargne, qui se sont déroulées le 29 janvier, à Paris. [...] Pourquoi les Français jouent-ils autant les fourmis ? La première raison est structurelle, liée à un héritage historique : c'est dans leur ADN : les Français préfèrent mettre de côté l'argent nécessaire à leurs dépenses futures, alors qu'aux États-Unis, par exemple, les achats à crédit sont monnaie courante. La France est également, depuis le ^{xx}e siècle essentiellement, un pays de propriétaires, contrairement à l'Allemagne, par exemple [...].

L'épargne comme substitut aux systèmes de protection collective

Si les Français épargnent autant, c'est également pour des motifs conjoncturels, comme la dégradation de la

conjoncture économique et la montée du chômage, qui alimentent la peur du lendemain. Les ménages se constituent alors une épargne de précaution. Mais aujourd'hui, « le taux d'épargne très élevé des Français renvoie moins à la crise – et encore moins à l'enrichissement – qu'à des anticipations de long terme, comme la façon de sécuriser un parcours de vie qui s'annonce de plus en plus long », estime Alain Tourdjman, directeur des études économiques et de la prospective de la banque BPCE.

Vivre de plus en plus vieux, qu'il s'agisse de soi-même ou de ses proches, implique en effet de réfléchir au financement de la retraite, de la santé, de la dépendance. Toutes choses pour lesquelles les Français n'attendent plus grand-chose de l'État. « Les Français sont très pessimistes quant aux systèmes de protection collective », assure Alain Tourdjman. De fait, selon l'*Observatoire BPCE* paru en juillet 2013, près des trois quarts (72 %) des individus majeurs interrogés estiment que, « dans la société actuelle, chacun doit se prendre en charge et moins compter sur l'État et la protection collective ». D'où une motivation croissante pour épargner.

C. Lejoux, www.latribune.fr, 29 janvier 2014

1 Repérez et définissez, à partir des doc. 5 et 6, les deux types de protection possibles.

La protection individuelle et la protection collective.

2 Relevez et distinguez, dans les doc. 5 et 6, des exemples de techniques de prise en charge qui relèvent de la protection individuelle et de la protection collective.

	Protection individuelle	Protection collective
Exemples de techniques de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> – Assurance privée – Épargne – Charité – Famille – Associations 	<ul style="list-style-type: none"> – Aide financière – Aide sociale (RSA, CMU...) – Assurance

3 À partir du doc. 6, expliquez pourquoi l'auteur parle d'épargne de précaution.

Si les Français épargnent autant, c'est principalement pour des motifs conjoncturels, comme la dégradation de la conjoncture économique et la montée du chômage, qui alimentent la peur du lendemain, du financement de leur retraite, de leur santé, d'une dépendance éventuelle. Les ménages se constituent alors une épargne de précaution.

4 Expliquez pourquoi la protection collective est plus efficace que la protection individuelle.

La protection privée ne permet pas d'assurer à tous une protection sociale égale ; c'est pourquoi l'État a mis en œuvre un système fondé sur une solidarité collective. Ainsi, la collectivité va contribuer, par un effort financier, à la protection sociale de tous ses membres sans exception.

Je construis ma synthèse

Présentez, sous forme de tableau, les différentes techniques de prise en charge qui permettent de caractériser le système de protection sociale et de protéger l'individu contre les différents risques sociaux.

Modes de protection	Techniques de prise en charge
Protection individuelle	Assurance
	Assistance
	Solidarité
Protection collective	Entraide familiale
	Épargne
	Responsabilité
	Assurance privée

III L'organisation générale du système de protection sociale

Activité 6 Les caractéristiques du système de la protection sociale

Objectifs ► illustrer le caractère complémentaire, subsidiaire ou supplémentaire des différentes composantes du système de protection sociale.



Doc 7 Qu'appelle-t-on exactement « protection sociale » ?

La protection sociale désigne l'ensemble des régimes destinés à protéger les personnes contre les conséquences des principaux risques de l'existence, que ceux-ci pèsent sur les individus ou sur les familles : maladie, maternité, invalidité, accident, décès, retraite, chômage, précarité [...].

Souvent assimilée à l'assurance maladie, la protection sociale désigne en fait une réalité beaucoup plus large puisqu'elle inclut notamment les prestations familiales, les régimes de retraites complémentaires, l'aide sociale [...].

D'un pays à l'autre, la protection sociale recouvre des systèmes très différents, aussi bien en termes d'organisation que d'étendue des prestations offertes. Ainsi, dans certains pays, certains risques n'étant pas pris en charge ou très peu couverts, la souscription d'une assurance privée est impérative pour faire face aux différents aléas de la vie. De même, certains pays disposent d'un mécanisme de Sécurité sociale en charge de l'assurance maladie et d'autres n'en sont pas dotés [...]. Le système public de protection sociale recouvre tout ou partie des six domaines suivants :

► assurance maladie : couverture de tout ou partie des dépenses de maladie, de maternité, d'invalidité, de décès, non liées à l'exercice de l'activité professionnelle ;

► accidents du travail et maladies professionnelles : couverture de tout ou partie des dépenses de maladie, d'invalidité, de décès, liées à l'exercice de l'activité professionnelle ;

► vieillesse : prise en charge de la retraite des personnes ayant exercé antérieurement une activité professionnelle ;

► prestations familiales : couverture de tout ou partie des charges familiales relatives aux enfants, au logement [...];

► chômage : couverture de tout ou partie du salaire non perçu lors des périodes de chômage ;

► aide sociale : aide financière destinée aux personnes dont les ressources sont trop faibles pour faire face aux besoins engendrés par le handicap, l'âge, la maladie, les difficultés sociales ou économiques, lorsque les autres formes de solidarité (assurances sociales ou solidarité familiale) sont insuffisantes ou inexistantes.

Pour compléter les différentes prestations proposées par les pouvoirs publics, il est possible de recourir à des assureurs privés qui permettent d'ajuster sa couverture sociale au niveau souhaité.

www.astrium.com

Doc 8 Composition de la protection sociale

	Santé	Retraite	Famille	Emploi
Salariés du privé	Régime général : CPAM	CNAV, CRAM + AGIRC (cadres) et ARRCO (tous salariés)	CAF	Assurance chômage : Pôle emploi (issu de la fusion entre l'ANPE et l'Assedic)
Salariés et exploitants agricoles	Régime agricole : MSA			
Artisans, commerçants et professions libérales	Régime social des indépendants : RSI		CAF	
Fonctionnaires, agents SNCF, marins	Régimes particuliers et spéciaux		CAF	

L'État et les collectivités territoriales, les mutuelles, les institutions de prévoyance, les compagnies d'assurance, les entreprises, les associations participent également à la protection sociale de chacun.

www.protection-sociale-et-moi.eu

1 À partir des doc. 7 et 8 et de vos connaissances, repérez les différents dispositifs qui composent la protection sociale.

La Sécurité sociale, le système d'indemnisation du chômage, l'aide sociale, les organismes de protection complémentaire.

2 À partir des doc. 7 et 8, de vos connaissances et de recherches documentaires sur Internet (www.vie-publique.fr), présentez ces différents dispositifs en précisant leur objectif, le ou les risques couverts et les acteurs qui gèrent ces dispositifs, en complétant le tableau suivant :

Dispositifs	Objectifs	Risques couverts	Acteurs
Sécurité sociale	Compenser la perte financière lorsque le travailleur n'est plus en capacité de travailler	Maladie (maternité, invalidité, accident de travail/maladie professionnelle), vieillesse et famille	Différentes caisses de Sécurité sociale
Indemnisation du chômage	Garantir un revenu de remplacement aux individus privés involontairement de leur emploi et les aider à en retrouver un	Chômage	Unedic et Pôle emploi
Aide sociale	Aider certaines personnes à subvenir à leurs besoins	Tous les risques qui ne peuvent pas être couverts par un autre régime	L'État et les collectivités territoriales
Protection complémentaire	Compléter certaines prestations versées par la Sécurité sociale	Santé et vieillesse	Mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance

3 À l'aide du dictionnaire, définissez les notions de complémentarité, subsidiarité, supplémentaire.

Complémentarité : qui constitue un complément, qui vient s'ajouter à d'autres choses de même nature.

Subsidiarité : qui sert à renforcer quelque chose de principal.

Supplémentaire : qui constitue un supplément, qui s'ajoute.

4 Expliquez pourquoi le système de protection sociale est qualifié de système complémentaire, subsidiaire et supplémentaire.

C'est un système qui regroupe différents dispositifs et techniques de prise en charge, qui peuvent se compléter, se substituer ou se rajouter à un autre selon les besoins de l'individu (chômage et maladie, ou chômage puis vieillesse).

Activité 7 La Sécurité sociale dans le système de la protection sociale

Objectif ► présenter la Sécurité sociale et situer sa place dans le système.



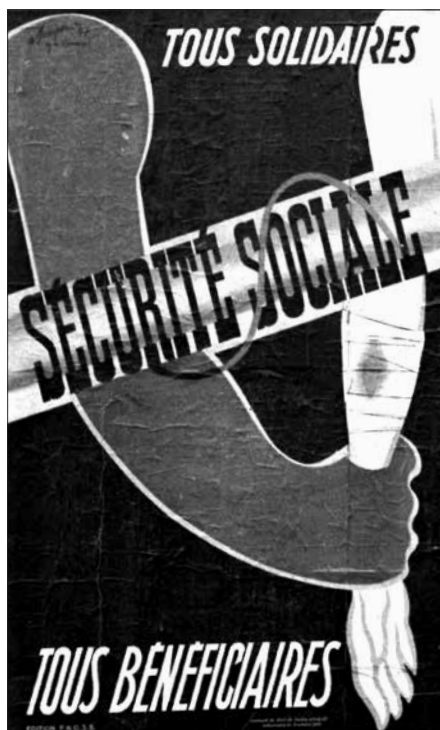
Doc 9 Un modèle de solidarité au service de tous

La Sécurité sociale, on en parle tous les jours. Imagine-t-on l'ampleur des services qu'elle rend ? Jeunes, moins jeunes, malades ou en bonne santé, salariés ou sans emploi, retraités, parents ou enfants... La Sécurité sociale est au service de tous, c'est une assurance qui couvre tous les risques de la vie.

Il s'agit d'une branche professionnelle dont l'activité est fondée sur le principe de solidarité et d'égalité des chances.

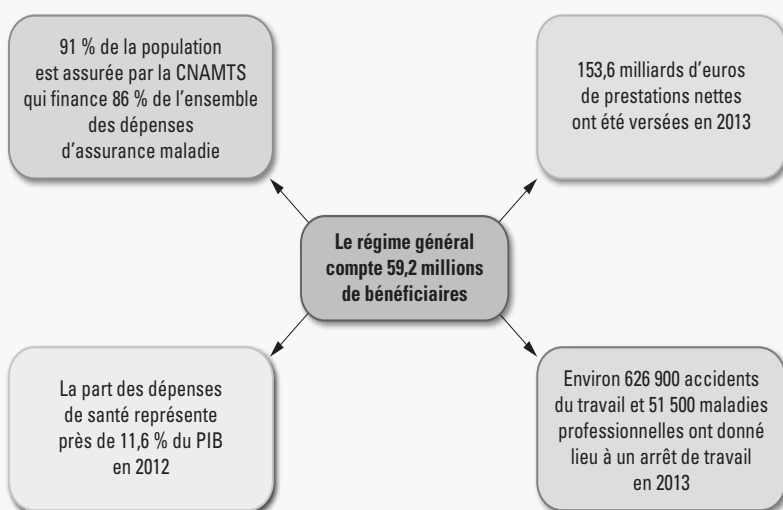
Des organismes qui prennent en compte les impératifs de développement durable dans l'ensemble de leur périmètre d'actions et de responsabilités.

www.lesmetiersdelasecuritesociale.fr



Affiche pour la Sécurité sociale, 1945.

Doc 10 La branche maladie de la Sécurité sociale



D'après www.securite-sociale.fr

Doc 11 — La branche famille de la Sécurité sociale

Près de la moitié de la population française est couverte par au moins une prestation versée par les CAF. Les caisses d'allocations familiales ont versé au moins une prestation à 11 723 974 foyers au titre de décembre 2013. Près de 31 millions de personnes sont couvertes par les CAF (47 % de la population de la Métropole et des départements d'outre-mer [Dom]), dont 13,8 millions d'enfants.

Bénéficiaires de prestations légales au titre de décembre 2013 et montants des prestations versées au titre de l'année 2013

	Métropole		Dom	
	Bénéficiaires	Montants en milliers d'euros	Bénéficiaires	Montants en milliers d'euros
Petite enfance				
► Prestation d'accueil du jeune enfant	2 190 772	12 350 184	75 362	273 155
– primes naissances/adoptions	50 126	612 293	1 921	24 603
– allocation de base	1 772 120	4 031 258	70 805	163 130
– complément libre choix activité	491 181	1 930 490	5 491	26 017
– complément mode de garde	833 115	5 776 143	7 178	59 405
Prestations d'entretien				
► Allocations familiales	4 534 797	11 943 682	287 605	561 190
► Complément familial	791 476	1 570 364	31 822	37 439
► Allocation de soutien familial	639 145	1 106 835	95 745	175 053
► Allocation de rentrée scolaire	2 758 935	1 739 596	180 477	112 892
► Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	206 078	723 317	9 507	34 923
► Allocation journalière de présence parentale et/ou complément	5 724	62 163	23	471
Logement				
► Allocation logement à caractère familial (y compris prime de déménagement)	1 157 503	3 760 719	123 528	504 257
► Allocation logement à caractère social	2 228 656	4 873 083	82 523	200 998
► Aide personnalisée au logement (y compris prime de déménagement)	2 681 983	7 509 884		– 266
Solidarité et insertion				
► Revenu de solidarité active	2 066 716	9 639 698	229 306	1 185 911
– dont RSA socle non majoré	1 389 126	6 627 304	166 949	837 727
– dont RSA socle majoré	201 109	1 127 109	34 009	192 909
– dont RSA activité	476 481	1 525 530	28 348	108 385
– dont prime exceptionnelle de Noël		359 755		46 890
► Allocation aux adultes handicapés	955 854	7 378 464	32 624	290 889
► Ancien complément AAH	243	337	3	8
► Majoration pour la vie autonome	140 717	175 895	3 223	4 143
► Garantie de ressources personnes handicapées	65 183	146 113	660	1 601
► Revenu de solidarité		– 32	10 430	63 545
Autres				
► Allocation différentielle	11 480	33 848		
Ensemble¹	11 212 559	63 485 958	511 415	3 451 939

1. Les montants et chiffres de cette ligne ne sont pas la somme des lignes précédentes.

www.caf.fr, décembre 2013

Doc 12 — La branche vieillesse de la Sécurité sociale

13,5 millions de personnes étaient retraitées du régime général en 2013 sur l'ensemble de la France. 105,9 milliards d'euros de prestations nettes ont été versés en 2013 par la caisse nationale d'assurance vieillesse. Les dépenses de l'ensemble des régimes de retraite de base et complémentaires représentent 13,6 % du PIB.

www.securite-sociale.fr

1 Rappelez les risques sociaux que couvre la Sécurité sociale.

La Sécurité sociale couvre la maladie (maternité, invalidité, accident de travail/maladie professionnelle), la vieillesse et la famille.

2 Identifiez dans les doc. 9 à 11 les bénéficiaires de la Sécurité sociale.

Les bénéficiaires sont les salariés et leur famille, les retraités, les parents, les personnes malades, les personnes handicapées, les personnes démunies. 91 % de la population est assurée par la CNAMTS. 59,2 millions de bénéficiaires.

Près de la moitié de la population française est couverte par au moins une prestation versée par les CAF.

13,5 millions de personnes étaient retraitées du régime général en 2013 sur l'ensemble de la France.

3 À l'aide des doc. 9 à 11, montrez la place de la Sécurité sociale dans le système de protection sociale.

La part des dépenses de santé représente près de 11,6 % du PIB en 2012.

Les dépenses de l'ensemble des régimes de retraite de base et complémentaires représentent 13,6 % du PIB.

153,6 milliards d'euros de prestations nettes ont été versées en 2013 par la caisse d'assurance maladie.

Les CAF ont versé au moins une prestation à 11 723 974 foyers au titre de décembre 2013.

105,9 milliards d'euros de prestations nettes ont été versés en 2013 par la caisse nationale d'assurance vieillesse.

La Sécurité sociale occupe une place importante au sein du système de protection sociale à travers notamment les dépenses que les risques sociaux entraînent et les prestations qu'elle verse.

Je construis ma synthèse

À l'aide de vos connaissances, expliquez pourquoi la Sécurité sociale constitue un dispositif essentiel dans la prise en charge des risques sociaux.

La Sécurité sociale a pour objectif de protéger la population, en faisant appel à la solidarité de chaque individu, en partageant les richesses produites par le travail. Ainsi, elle peut financer la réponse aux besoins sociaux et de santé de tous.

Le jour du bac

« Notre pays a les cheveux qui blanchissent... Sur le plan individuel, c'est une bonne nouvelle : devenir centenaire n'est plus une utopie... Sur le plan collectif, en revanche, les métamorphoses qu'implique cette nouvelle pyramide des âges constituent un véritable défi. La société française et notre système de protection sociale doivent aujourd'hui répondre aux attentes des plus âgés et de leurs proches. En particulier lorsque le grand âge s'accompagne d'une perte d'autonomie [...] »

S. Chambaretaud, mission recherche, Haute Autorité de santé,
Actualité et dossier en santé publique, septembre 2006
 Sujet test, national, juin 2008

→ Exposer les conséquences de cette évolution démographique sur la prise en charge des risques sociaux par le système de protection sociale. Déduisez-en les enjeux pour les principes fondateurs de la protection sociale.

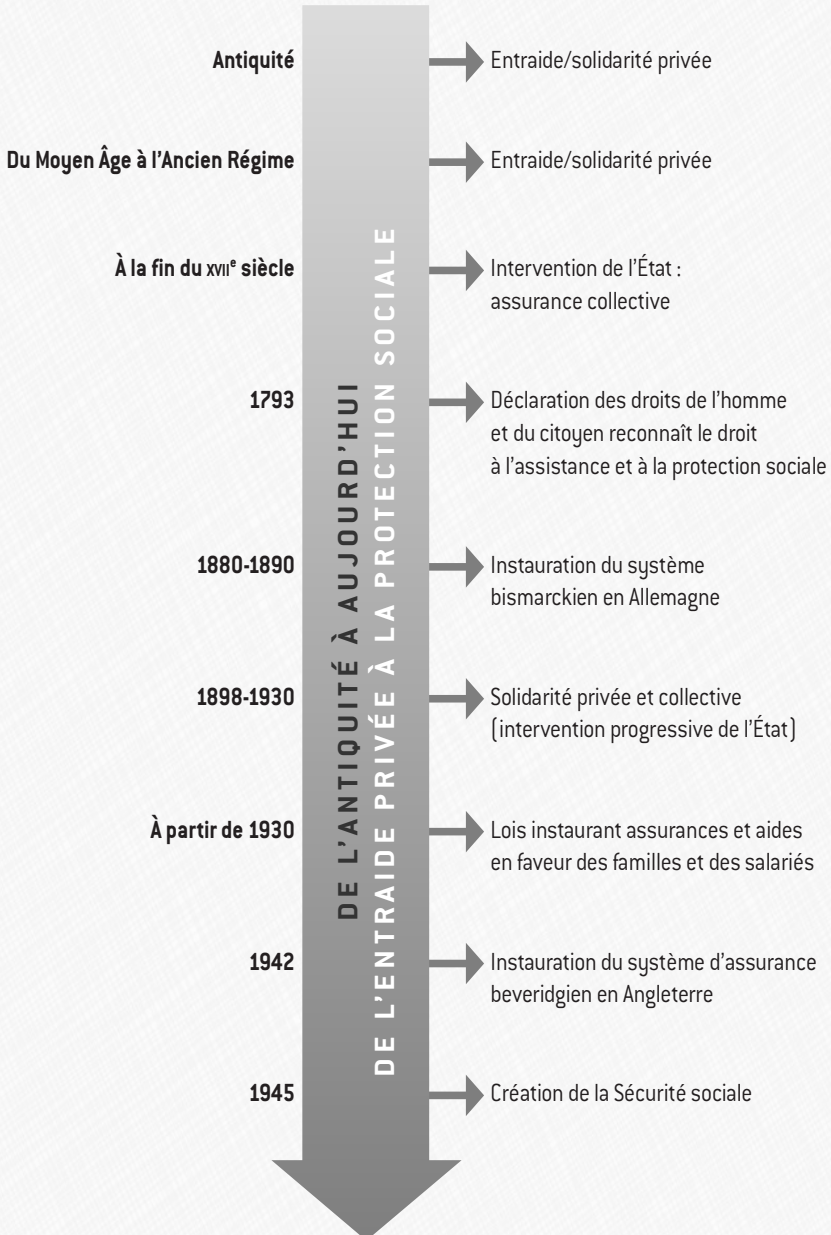
Synthèse

ATT

9

Le système de protection sociale : construction et organisation générale

Les grandes étapes de construction du système



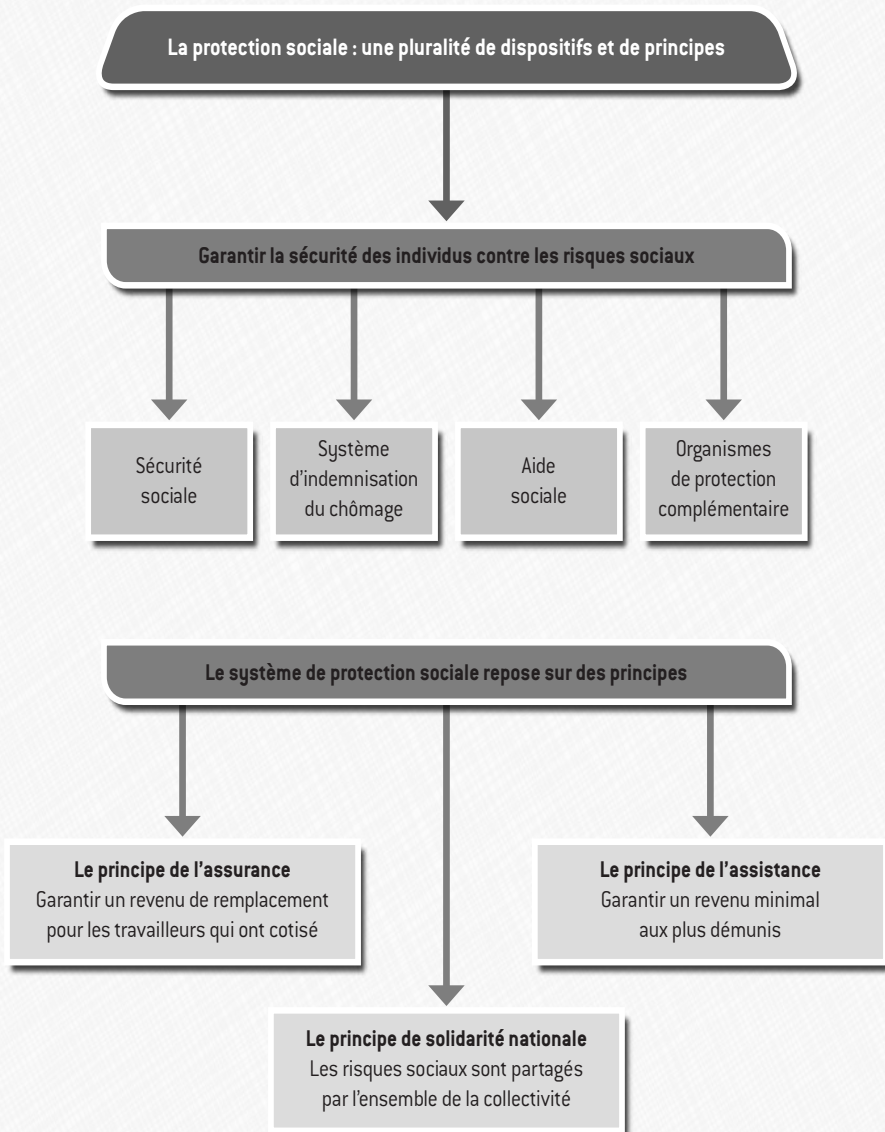
Synthèse

ATT

9

Le système de protection sociale : construction et organisation générale

L'organisation générale du système



Présenter une bibliographie ou une sitographie

ATM

9

Pour faire le lien avec L'ATT

Pour étudier le système de protection sociale français dans notre partie thématique nous avons dû nous appuyer sur divers documents (articles de presse, textes juridiques, sites internet...).

Auparavant, cette étude a nécessité une recherche documentaire (voir l'ATT du chapitre 2).

L'une des étapes essentielles de cette recherche documentaire est la présentation d'une bibliographie et d'une sitographie. En effet, la présentation d'une bibliographie et d'une sitographie implique le respect de normes bien précises et donc d'une organisation rigoureuse.

Activité 8 L'organisation et l'intérêt d'une bibliographie

Objectif • savoir structurer et présenter l'information.



Comment organiser une bibliographie ?

1. Classer les ouvrages par supports

La bibliographie (livres, journaux, imprimés...) doit être distincte de la sitographie (liste de sites internet) et de la partie indiquant les films et documentaires visionnés.

2. Classer les ouvrages par genres de documents

Les dictionnaires et encyclopédies doivent être cités en premier et à part.

Les ouvrages sont ensuite rangés par thème ou par ordre alphabétique.

1 Expliquez, d'après vos connaissances, pourquoi il est important de présenter une bibliographie.

Citer ses sources est obligatoire pour justifier la validité et la fiabilité des informations.

La bibliographie permet aussi de répondre aux questions liées aux droits d'auteur.

Une bibliographie permet de restituer les références des ouvrages et autres supports utilisés pour la recherche documentaire. Elle montre ainsi la qualité du travail effectué.

2 Expliquez pourquoi il est important de respecter les règles de présentation d'une bibliographie.

Cela permet de restituer de manière complète et claire les références des ouvrages et autres supports utilisés pour la recherche. De plus, elle permet à tout lecteur sans exception de retrouver les sources utilisées, de s'y référer très rapidement et très facilement.

Activité 9 La présentation d'une bibliographie

Objectif • réaliser une bibliographie.



Les normes de présentation

Les références des différentes informations, une fois structurées, doivent être présentées selon la norme Afnor, qui prévoit différentes présentations selon la nature du document.

Documents	Présentation
Extrait d'encyclopédie	Nom de l'auteur de la partie (en majuscule), prénom (en minuscule), titre de la partie, <i>in nom de l'encyclopédie</i> (en italique), volume, lieu d'édition, éditeur, date d'édition, pagination.
Extrait d'ouvrage	Nom de l'auteur (en majuscule), prénom (en minuscule), titre de l'ouvrage (souligné ou en italique), éditeur, collection s'il y a lieu, année d'édition, nombre de pages.
Article de presse	Nom de l'auteur (en majuscule), prénom (en minuscule), titre de l'article entre guillemets, titre du périodique (souligné ou en italique), numéro, date de parution, la ou les pages.
Texte législatif (loi, arrêté, Code...)	Ministère, intitulé du texte : partie concernée.
Site internet	Nom de l'auteur (en majuscule), prénom (en minuscule), titre (en italique), date de création et/ou de modification, adresse URL, date de consultation.
Film	Titre original (et titre de la version française), metteur en scène, acteurs principaux, pays, année de sortie en salles, durée.
Émission de télévision	Titre précis de l'émission et de son sujet, genre de l'émission, réalisateur, animateur, chaîne, date d'heure du début, durée.
Images, photographies, dessins, peintures (diapositives, transparents)	Titre, mention d'édition, nom de l'éditeur, année de publication, nombre et type de documents, titre de la collection.

1 Repérez et listez, à partir du tableau ci-dessus, les éléments qui doivent apparaître impérativement pour chaque document dans la bibliographie.

Le ou les auteurs (nom, prénom) ; le titre (en italique ou souligné) ; l'éditeur ; la date d'édition ; le nombre de pages ou la page concernée.

2 Choisissez un système de protection sociale mis en place dans un pays européen.

Exemple de choix possible : le système de protection sociale en Espagne.

3 Présentez, à l'aide de recherches documentaires et par groupes de 3 élèves, ce système de protection sociale (pays, date de mise en place, principes de fonctionnement, public concerné, prestations, financement, gestion...).

Date de mise en place	À partir de 1900
Principes de fonctionnement	Système universel à deux niveaux : contributif et non contributif. Un régime général et des régimes spéciaux. Trois branches : les soins de santé, les prestations contributives en espèces, les prestations non contributives.

Public concerné	Les soins de santé sont dispensés gratuitement à toutes les personnes résidant en Espagne, même lorsqu'elles ont des ressources insuffisantes et ne cotisent pas à la Sécurité sociale. Tous les salariés de l'industrie et du commerce sont assujettis au régime général, ainsi que les résidents ayant des ressources insuffisantes, et les ayants droit des assurés. Les travailleurs agricoles, les marins, les employés de maison, les travailleurs indépendants, les étudiants et les fonctionnaires sont couverts par des régimes spéciaux.
Prestations	– Les prestations contributives en espèces comprennent les prestations de maladie et de maternité, d'invalidité, de vieillesse, de décès, de chômage, familiales. Les prestations non contributives couvrent la santé, la sécurité sur le lieu de travail, la formation, la réadaptation des personnes handicapées, l'aide aux personnes âgées et aux personnes marginalisées. Elles incluent notamment les pensions de retraite ou d'invalidité non contributives, l'assistance chômage... Bien qu'il n'existe pas de revenu minimum garanti au niveau national, les communautés autonomes en ont toutes instauré un.
Financement	Les ressources destinées au financement de la Sécurité sociale proviennent : pour environ 70 %, des cotisations patronales et salariales ; à hauteur de 28 % environ, des subventions de l'État qui peuvent être allouées sur le budget général de la Sécurité sociale ou accordées pour des prises en charge exceptionnelles ou conjoncturelles ; pour le solde, soit 2 %, des revenus d'intérêts des ressources patrimoniales de la Sécurité sociale. Le budget global de la Sécurité sociale est utilisé pour financer, notamment, l'ensemble des prestations non contributives et environ 73 % des dépenses de santé.
Gestion	– La gestion du système de Sécurité sociale est confiée à des personnes morales de droit public, chargées d'une mission de service public. Elles font partie de l'administration mais jouissent d'une autonomie relativement large en matière d'organisation et de gestion. – Aux trois branches de la protection sociale correspondent quatre organes de gestion : l'Insalud pour les soins de santé, l'Inss pour les prestations contributives en espèces, à l'exception toutefois des prestations de chômage qui relèvent de la compétence de l'Inem, et l'Insero pour les prestations non contributives.

4 Présentez une bibliographie-sitographie de vos recherches selon les normes de présentation énoncées.

Ouvrage	LEFAIVRE Mireille, AUDOUS Gervaise, BES Nathalie, CAROTTI Sabine, HO Tsz-Hoi, MARX Laurence, WLOSZCZOWSKI Muriel, <i>Sciences et techniques sanitaires et sociales</i> , ST2S première, Éditions Foucher, avril 2012, 271 pages.
Sites internet	SERVICE DES AFFAIRES EUROPÉENNES au Sénat, la protection sociale, décembre 1995, http://www.senat.fr/lc/lc10/lc103.html , consulté le 20 janvier 2015. COMMISSION EUROPÉENNE, vos droits en matière de Sécurité sociale en Espagne, juillet 2013, http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Spain_fr.pdf , consulté le 18 janvier 2015.

Synthèse

ATM

9

Présenter une bibliographie ou une sitographie

Bibliographie : liste de tous les documents, tous supports confondus, utilisés lors de l'élaboration d'une étude, d'un dossier.

Sitographie : bibliographie de sites internet.

- Classer les ouvrages par supports
- Classer les ouvrages par genres de documents
- Les références présentées selon la norme afnor, en fonction de la nature du document

1. Des sources textuelles :

- encyclopédies, dictionnaires
- ouvrages
- presse
- textes législatifs

2. Des sites internet

3. Des supports visuels :

- films
- télévision
- iconographie (photos...)

ATT 9

Le système de protection sociale : construction et organisation générale

INTENTIONS PÉDAGOGIQUES

Dans l'ATT précédente, l'élève a pu découvrir la formation du concept de protection sociale. Il s'est familiarisé avec les notions de droits sociaux et de risques sociaux.

Ces notions sont essentielles pour aborder l'ATT 9.

L'ATT 9 permet à l'élève de comprendre la construction du système de protection sociale : ses fondements, ses principes et ses techniques de fonctionnements.

Il est essentiel de bien distinguer les étapes importantes de la construction de la protection sociale.

Ainsi, les activités s'attachent à mettre en évidence qu'on est passé d'une logique socioprofessionnelle, d'une organisation mutualiste et d'un fondement assurantiel à un système qui tend à devenir universel.

Ces deux présentations sont importantes car elles devraient permettre à l'élève de comprendre la complexité du système actuel.

L'ATT 9 permet ensuite de découvrir l'organisation générale du système de protection sociale qui est essentiellement abordée de façon schématique. Cette approche permettra à l'élève de situer clairement les différentes composantes : la diversité des formes de protection et leur caractère complémentaire, supplémentaire ou subsidiaire et la place de la Sécurité sociale dans la protection sociale.

Il est primordial que l'élève s'attache à bien distinguer chacune de ces notions et de savoir le lien entre elles.

LE « JOUR DU BAC » : ÉLÉMENTS DE CORRIGÉ

Exposer les conséquences de cette évolution démographique sur la prise en charge des risques sociaux par le système de protection sociale. En déduire les enjeux pour les principes fondateurs de la protection sociale.

• Les attentes

Les références aux principes peuvent être abordées tout au long de cette partie en lien avec chacun des éléments constitutifs de la protection sociale.

Il est attendu une référence au concept de protection sociale, une définition de la notion de risque social, des éléments composant le système de protection sociale français.

Il est attendu également les principes auxquels fait référence chacun des éléments constitutifs de la protection sociale française (assurance, solidarité (nationale) et assistance).

L'élève doit préciser les conséquences dans la prise en charge des risques sociaux. Il peut structurer sa réponse à partir des différents constats réalisés (vieillesse de la population qui entraîne un déséquilibre actifs/inactifs, augmentation du nombre de personnes âgées susceptibles de développer un état de dépendance à moyen ou long terme).

L'élève fera des liens entre ces constats et leurs conséquences dans la prise en charge de chacun des risques sociaux développés.

La consigne, telle qu'elle est formulée, invite à un développement de la réflexion à partir de ces conséquences respectives, pour chacune des branches de la Sécurité sociale concernée par les effets du vieillissement, mais également pour chacun des autres éléments constitutifs de la protection sociale en France.

• **Exemple de corrigé possible**

Conséquences pour la Sécurité sociale

• La branche maladie :

- Le vieillissement, l'allongement de l'espérance de vie, engendrent des pathologies chroniques (affections longues durées) prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale.
- Augmentation des dépenses dans le cadre des prestations.
- En parallèle, les recettes de la branche maladie vont diminuer du fait de la diminution du nombre des actifs.

• La branche vieillesse :

- Augmentation des dépenses liées au versement des pensions vieillesse : plus d'inactifs ; ceux-ci auront une espérance de vie plus importante, d'où une augmentation de la durée de versement de ces pensions. De même, les dépenses pourraient être accentuées dans le cadre du versement du minimum vieillesse (allocation de solidarité aux personnes âgées) versé à une population active ayant occupé des emplois précaires.
- En parallèle, diminution des recettes du fait de la diminution du nombre des actifs.

Conséquences pour les mutuelles et assurances privées

- Plus de personnes âgées et notamment plus de personnes âgées dépendantes donc augmentation des dépenses dans le cadre de la prise en charge du ticket modérateur.
- Répercussions au niveau des cotisations ou primes d'assurances : les patients devront s'acquitter de montants plus élevés.

Conséquences pour l'Aide sociale

- Dépenses liées à l'hébergement risquent d'augmenter donc plus de dépenses pour les services départementaux du Conseil général.
- Risque de répercussions sur le plan de l'imposition des ménages.
- Augmentation du nombre des personnes âgées dépendantes : accroissement donc des situations de handicap.

Enjeux pour les principes fondateurs de la protection sociale

Les principes assurantiels et de solidarité risquent d'évoluer.

Les conséquences du vieillissement remettent en cause les principes fondateurs de la protection sociale dans le sens où les cotisations des actifs (pour l'assurance maladie et l'assurance vieillesse) ne suffiront pas pour financer les montants des prestations en nature de l'assurance maladie et des prestations liées à l'assurance vieillesse.

Un nouvel équilibre est donc à rechercher : éventuellement par le biais d'une augmentation des cotisations des actifs, une réduction de la prise en charge des frais médicaux et paramédicaux, ce qui pourrait entraîner une participation plus importante de la personne âgée à ses dépenses de santé. Cette nouvelle charge peut également être supportée par les organismes de protection sociale complémentaire, qui répercuteront probablement ces nouvelles données sur les montants des cotisations ou primes.

En ce qui concerne le principe de solidarité (aide sociale à la charge des départements pour personnes âgées ou financement de la dépendance *via* la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), les conditions d'attribution pourraient évoluer afin de maintenir un équilibre financier (pistes de réflexion des pouvoirs publics : récupération sur succession de l'APA, augmentation du ticket modérateur APA).

SYNTHÈSE RÉDIGÉE

I. La construction du système français de protection sociale

Activité 1. L'évolution du système de protection sociale

Dès l'Antiquité jusqu'au Moyen Âge, l'entraide et la solidarité entre les individus s'organisent.

À partir du Moyen Âge, certaines corporations organisent une assistance, limitée entre professionnels qui y adhèrent. En 1791, le décret d'Allarde met fin à ce premier dispositif d'entraide, professionnel et privé. Il sera néanmoins remplacé par les « sociétés de secours mutuels » qui seront par la suite encouragées.

Les sociétés de secours mutuels sont les ancêtres des mutuelles : elles pouvaient dès leur époque proposer des prestations à tous, même si elles restaient trop coûteuses pour la population.

À partir de 1830, un système d'assistance publique et un système de libre prévoyance s'instaurent.

Ainsi, parmi les textes importants, on peut citer :

- la loi du 15 juillet 1893, qui institue une assistance médicale gratuite pour tout Français malade et privé de ressources ;
- la loi du 27 juin 1904, créant le service départemental d'aide sociale à l'enfance ;
- la loi du 14 juillet 1905 crée un dispositif d'assistance aux personnes âgées infirmes et incurables ;
- la loi du 5 avril 1910, créant un régime d'assurance obligatoire pour les salariés du commerce et de l'industrie ;
- les lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930 créant pour les salariés titulaires d'un contrat de travail une assurance pour les risques maladies, maternité, invalidité, vieillesse et décès ;
- la loi du 30 avril 1928, qui met en place un régime spécial pour les agriculteurs ;
- la loi du 11 mars 1932, qui prévoit des allocations couvrant les charges familiales financées par des versements patronaux.

La Seconde Guerre mondiale a fait prendre conscience de l'importance d'une solidarité nationale, et ce principe se met progressivement en place.

- L'ordonnance du 4 octobre 1945 prévoit un réseau coordonné de caisses se substituant à de multiples organismes.
- L'ordonnance du 15 octobre 1945 concerne les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès.
- La loi du 22 août 1946 étend les allocations familiales à pratiquement toute la population.
- La loi du 30 octobre 1946 rajoute la réparation des accidents du travail à la Sécurité sociale.
- La loi du 22 mai 1946 pose le principe de la généralisation de la Sécurité sociale à l'ensemble de la population.

À partir de cette date, le système de protection sociale va s'instaurer et ainsi permettre de couvrir l'ensemble de la population face aux différents risques.

L'aide privée, individuelle, a quant à elle longtemps été celle sur laquelle pouvait compter l'individu. Ainsi, au Moyen Âge, la misère était prise en charge par l'Église et dans quelques corporations. Exceptionnellement, l'État prenait l'initiative d'une protection particulière. Au cours du XIX^e, l'État va progressivement mettre en œuvre des systèmes fondés sur une solidarité collective, jusqu'à la création progressive du système de protection sociale.

Aujourd'hui, la protection sociale doit essayer de compenser toutes les inégalités qui s'expliquent notamment par l'augmentation de la pauvreté, de l'exclusion, le problème du

financement des retraites, des difficultés d'accès aux soins, le chômage, etc. (voir ATT 7 : l'émergence des problèmes sociaux).

Pour lutter contre ces difficultés, la protection sociale individuelle augmente à travers les associations, la solidarité familiale dans certains domaines tels que la dépendance. Mais cette forme de solidarité a des limites puisque les difficultés se creusent, avec en particulier le vieillissement de la population.

De ce fait, la protection sociale collective prise en charge par l'État s'impose et est nécessaire pour préserver la cohésion sociale, le bien-être et la santé de tous les individus.

Activité 2. Les « références » de la protection sociale

Le système de protection sociale française s'est inspiré principalement du système allemand bismarckien (système d'assurance, où les prestations fournies par des professionnels de santé sont remboursées), mais avec une tendance vers le système anglais beveridgien (choix du médecin traitant, déremboursement de certains médicaments...).

II. Les caractéristiques de la protection sociale

Activité 3. Les principes fondateurs de la protection sociale : l'assurance et l'assistance

Les deux principales techniques de protection sociale sont :

- l'assurance, qui est la protection offerte en échange du paiement d'une somme d'argent.
- l'assistance, qui est l'aide apportée à toute personne dans le besoin.

La technique d'assurance repose sur le principe de la contribution et la redistribution. Son objectif est de garantir un revenu de remplacement pour ceux qui ont cotisé. Son financement se réalise par les cotisations des travailleurs.

La technique de l'assurance repose sur le principe de la redistribution. Son objectif est de garantir un revenu minimum aux plus démunis. Son financement se réalise par l'impôt.

Les deux techniques peuvent être mises en place pour la prise en charge d'un même risque (ex. : le chômage)

Activité 4. Les principes de solidarité et de responsabilité

La **solidarité** correspond à l'intervention d'individus d'un même groupe ou d'une même société pour se venir en aide ; c'est le partage du risque sur l'ensemble de la collectivité.

La **responsabilité** correspond à l'indemnisation d'un risque ou d'un préjudice faite par le responsable.

Dans le système de protection sociale, la solidarité se traduit entre les individus, les cotisants, les familles, les générations, les malades et les bien portants.

L'assistance est une technique tandis que la solidarité est un principe.

La solidarité est présente à la fois dans la technique d'assistance et dans la technique d'assurance, mais elle ne concerne par les mêmes personnes.

La responsabilité se traduit à travers le système d'assurance. Le responsable cotisant rembourse à travers son assurance la victime du préjudice (accident de voiture).

Activité 5. Protection individuelle et protection collective

Deux types de protection possibles sont :

- la protection individuelle (l'assurance privée, l'épargne, la charité, la famille, les associations) ;
- la protection collective (l'aide financière, l'aide sociale telle que le RSA, la CMU, etc., l'assurance).

La protection collective reste plus efficace que la protection individuelle. En effet, la protection privée ne permet pas d'assurer à tous une protection sociale égale. C'est pourquoi l'État a mis en œuvre un système fondé sur une solidarité collective. Ainsi, la collectivité va contribuer par un effort financier à la protection sociale de tous les individus sans exception.

III. L'organisation générale du système de protection sociale

Activité 6. Les caractéristiques du système de la protection sociale

Les différents dispositifs qui composent la protection sociale sont la Sécurité sociale, le système d'indemnisation du chômage, l'aide sociale et les organismes de protection complémentaire.

Chaque dispositif couvre les différents risques (maladie, chômage, vieillesse, famille...). Ils permettent de compenser une perte financière, de garantir un revenu de remplacement aux individus, d'aider certains individus à subvenir à leurs besoins et de compléter certaines prestations versées par la Sécurité sociale.

Le système de protection sociale est qualifié de système complémentaire, subsidiaire et supplémentaire. C'est un système qui regroupe différents dispositifs et techniques de prise en charge qui peuvent se compléter ou se substituer, se rajouter selon les besoins de l'individu (chômage et maladie ou chômage puis vieillesse).

Activité 7. La Sécurité sociale dans la protection sociale

La Sécurité sociale couvre les risques maladie (maternité, invalidité, accident de travail/maladie professionnelle), vieillesse et famille.

Les bénéficiaires de la Sécurité sociale sont les salariés et leur famille, les retraités, les parents, les personnes malades, les personnes handicapées, les personnes démunies, ce qui correspond à 91 % de la population et 59,2 millions de bénéficiaires.

La Sécurité sociale occupe une place importante au sein du système de protection sociale à travers notamment les dépenses qu'elle entraîne et les prestations qu'elle verse.

La Sécurité sociale constitue un dispositif essentiel dans la prise en charge des risques sociaux. Ce dispositif a pour objectif de protéger dans la solidarité, de partager les richesses produites par le travail pour financer la réponse aux besoins sociaux et de santé de tous les individus.

L'objectif de la protection sociale est de protéger les individus contre tous les risques sociaux (famille, personnes âgées, personnes dépendantes, personnes malades, personnes pauvres, chômeurs...).

Elle intervient dans le social (chômage et aide sociale) et la santé (Sécurité sociale).

Elle constitue un important facteur de cohésion sociale en mêlant assurance et solidarité entre les individus.

Le régime général

ATT

10

Activité de **découverte** Les différents régimes de la Sécurité sociale

Objectif • présenter les différents régimes de la Sécurité sociale.



Doc 1 — Les différents régimes de la Sécurité sociale



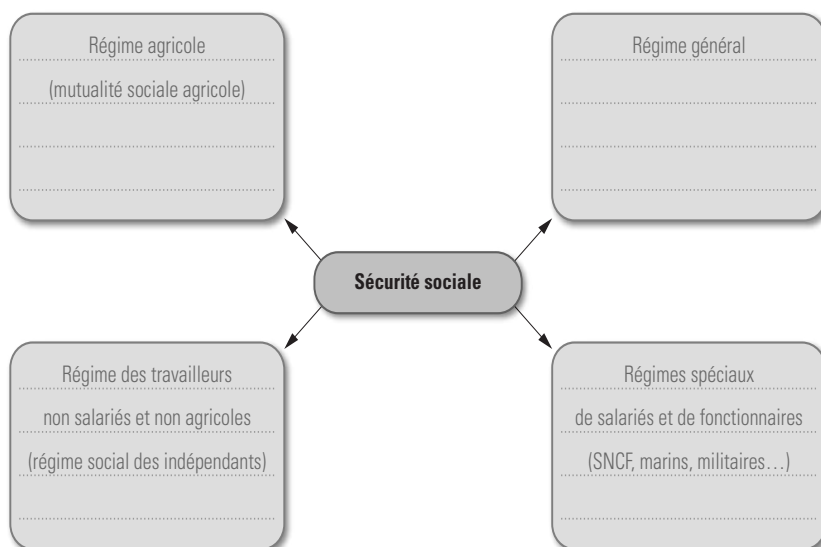
Doc 2 — Pourquoi la Sécurité sociale est-elle divisée en différents régimes ?

Les raisons de cette division de la Sécurité sociale, dès sa création, sont multiples et de nature différente. La première raison réside dans une forte réticence de certains groupes socioprofessionnels (salariés et exploitants agricoles, professions libérales, etc.) à intégrer le même

système de protection sociale que les salariés du secteur privé marchand, au risque de leur être assimilés. [...] La deuxième raison se manifeste dans la crainte exprimée par certains secteurs d'activité de perdre les avantages liés à des systèmes antérieurs à celui de la Sécurité sociale. [...]

www.vie-publique.fr

1 À partir des photos illustrant les différentes professions couvertes par la Sécurité sociale et de vos connaissances, repérez de manière schématique les différentes composantes de la Sécurité sociale (doc. 1).



2 Recherchez, à l'aide du dictionnaire, la définition de la notion de régime.

Un régime est un mode d'organisation. C'est une manière d'administrer un groupe d'individus.

3 Précisez comment le terme de régime s'articule à la Sécurité sociale.

On parle de « régime » dans la Sécurité sociale car les professions sont regroupées par catégorie. Selon la catégorie, le mode d'organisation et d'administration est différent. La Sécurité sociale est constituée de différents régimes légaux (dits aussi régimes de base), de nature professionnelle (régime agricole) ou catégorielle (régime des salariés, régime des commerçants).

4 Expliquez, à l'aide du doc. 2, quelles sont les causes qui ont poussé l'État à répartir la Sécurité sociale en différents régimes.

Le système de la Sécurité sociale est multiple. Il est marqué par des logiques de distinctions socioprofessionnelles très fortes et des antagonismes importants qui ont façonné son organisation par la division en plusieurs régimes.

I La place du régime général au sein des régimes de la Sécurité sociale

Activité 1 Le régime général : le régime dominant de la Sécurité sociale

Objectif • situer la place du régime général au sein de l'ensemble des régimes de Sécurité sociale.



Doc 3 Le régime général : régime des salariés

Le régime général concerne les travailleurs salariés du secteur privé. C'est le plus important en nombre de personnes assujetties, c'est-à-dire prises en charge au titre des risques maladie, famille, retraite, accidents du travail et maladies professionnelles. Au fur et à mesure de son extension, il a été amené à intégrer dans sa couverture des populations qui ne sont pas salariées du secteur privé, comme les étudiants, les chômeurs ou les agents contractuels de l'État (et les bénéficiaires de la CMU).

Depuis l'ordonnance Jeanneney du 21 août 1967 portant sur l'organisation administrative et financière, le régime général est divisé en cinq branches d'activité ayant à leur tête une caisse nationale autonome.

Trois de ces branches couvrent un ou plusieurs risques :

- › la **branche famille** est pilotée par la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf). Elle prend en charge l'accompagnement des familles dans leur vie quotidienne, l'accueil du jeune enfant, l'accès au logement, la lutte contre la précarité ou le handicap ;
- › la **branche maladie, accidents du travail et risques professionnels** est pilotée par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Elle prend en charge deux types de risques : d'une part, les risques

maladie, maternité, invalidité et décès ; d'autre part, les risques accidents du travail et maladies professionnelles ;

- › la **branche vieillesse** est pilotée par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav). Elle verse les pensions de retraite de base.

Deux autres branches assurent des missions communes et transversales :

- › la **branche recouvrement des cotisations sociales** est pilotée par l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (Acos). Elle assure le recouvrement des ressources affectées aux autres branches de la Sécurité sociale (c'est-à-dire qu'elle reçoit les cotisations sociales – patronales et salariales – transmises par les employeurs) ;
- › la **fédération des employeurs du régime général de Sécurité sociale** est pilotée par l'Union des caisses nationales de Sécurité sociale (Ucanss). Elle prend en charge le dialogue social, des tâches mutualisées de gestion des ressources humaines et des missions d'intérêts communs, comme les opérations immobilières ou les politiques de développement durable.

À côté du régime général, il existe le régime agricole, le régime des travailleurs non salariés non agricoles et de nombreux régimes spéciaux.

www.vie-publique.fr

Doc 4 Les branches du régime général : un financement important

Le financement de la Sécurité sociale est assuré par les cotisations sociales payées par les employeurs et les salariés, la contribution sociale généralisée (CSG) et diverses contributions et taxes. L'Acos (Agence centrale des organismes de Sécurité sociale) est chargée de la trésorerie du régime général et pilote le réseau des Urssaf qui collectent les cotisations et contributions sociales. Près de 441 milliards d'euros de recettes ont été recouvrés en 2012. Les produits consolidés du régime général s'élèvent à 316,1 milliards d'euros en 2012. En voici la ventilation par branche.

Branche maladie

- › Le régime général compte 59,2 millions de bénéficiaires.
- › 91 % de la population est assurée par la CNAMTS qui finance 86 % de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie.
- › 153,6 milliards d'euros de prestations nettes ont été versés.

La CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés) gère la branche maladie du régime général de la Sécurité sociale et pilote le réseau des CPAM (caisses primaires d'assurance maladie).

Branche accidents du travail et maladies professionnelles

- › Environ deux millions d'établissements ont cotisé, qui emploient 18,3 millions de salariés.
 - › Environ 626 900 accidents du travail et 51 500 maladies professionnelles ont donné lieu à un arrêt de travail.
 - › 8,8 milliards d'euros de prestations nettes ont été versés.
- La CNAMTS gère également cette branche et pilote le réseau des Carsat (caisses d'assurance retraite et de la santé au travail) pour la gestion des prestations.

Doc 4

Branche vieillesse

- 13,2 millions de retraités du régime général.
- 102 milliards d'euros de prestations nettes ont été versés.
- Les dépenses des régimes de retraite de base et complémentaires représentent 13,6 % du PIB.

La Cnav (Caisse nationale d'assurance vieillesse) gère la retraite du régime général et pilote le réseau des Carsat (caisses d'assurance retraite et de la santé au travail) pour le service des pensions.

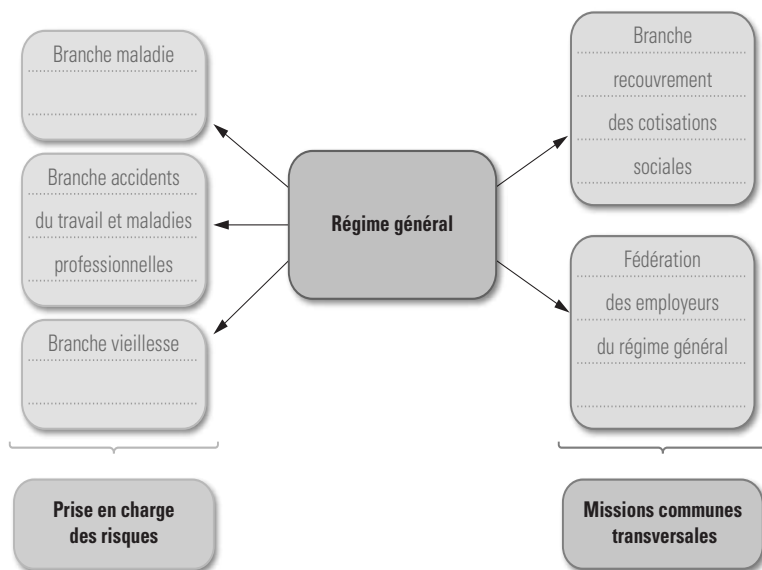
Branche famille

- 12 millions d'allocataires en 2012.
- 40,3 milliards d'euros de prestations nettes financées par la Cnaf en 2012.
- La part des prestations familiales est de l'ordre de 2 % du PIB.

La Cnaf (Caisse nationale d'allocations familiales) gère les prestations familiales et de logement du régime général et pilote le réseau des CAF (caisses d'allocations familiales).

www.economie.gouv.fr et www.securite-sociale.fr, 16 septembre 2013

- 1 Présentez de manière schématique la composition du régime général, en distinguant les branches principales et les branches secondaires (doc. 3).



- 2 Repérez quel est le public protégé par le régime général de la Sécurité sociale (doc. 3 et 4).

Le régime général concerne les travailleurs salariés du secteur privé. Il couvre 90 % de la population. D'une manière plus large, au régime général sont rattachés les salariés et les retraités du secteur privé, les fonctionnaires et toutes les personnes qui ne sont pas attachées à un régime d'assurance maladie particulier.

- 3 Expliquez, à l'aide des doc. 3 et 4, pourquoi le régime général occupe une place particulière par rapport aux autres régimes.

Le régime général est le régime principal car il est celui qui assure le plus grand nombre de personnes.

Activité 2 La place grandissante du régime général

Objectif • présenter l'évolution du régime général au sein des régimes de la Sécurité sociale.



Doc 5 Le financement du régime général

Le régime général de la Sécurité sociale est financé principalement par des cotisations et contributions assises sur les rémunérations. Les cotisations et contributions sociales représentent 80 % du financement du régime général. Les cotisations sont calculées à partir de taux fixés à l'échelon national et sont à la charge pour partie de l'employeur, et pour partie du salarié. La contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) sont à la charge du salarié. [...] La CSG et la CRDS sont prélevées sur les revenus d'activité, les revenus de remplacement, les revenus du patrimoine, les produits de placement et les jeux.

www.cleiss.fr

Doc 6 Le déficit du régime général

La commission des comptes de la Sécurité sociale s'est réunie ce matin pour examiner les comptes du régime général pour 2013, ainsi que les prévisions d'exécution pour 2014. À cette occasion, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, et Christian Eckert, secrétaire d'État chargé du Budget, ont présenté l'avant-projet de loi de financement rectificatif de la Sécurité sociale pour 2014 (PLFRSS 2014).

En 2013, le déficit a diminué de 800 millions d'euros par rapport à 2012

En 2013, le solde du régime général s'établissait à - 12,5 milliards d'euros, en amélioration de 0,8 milliard d'euros par rapport au résultat 2012 et par rapport à la prévision de la dernière loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS).

Ainsi, le déficit du régime général devrait repasser en 2014 en dessous de la barre des 10 milliards d'euros, pour la première fois depuis 2007 et le début de la crise.

Ainsi, les dépenses ont été réduites de 1,4 milliard d'euros par rapport à l'objectif national de dépense d'assurance maladie (Ondam) initial. Sa progression a été contenue à 2,4 %.

L'amélioration est aussi engagée dans le champ de la vieillesse : le déficit de la branche vieillesse s'est réduit de 4,8 à 3,1 milliards d'euros entre 2012 et 2013, et celui du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) de 4,1 à 2,9 milliards d'euros.

www.viva.presse.fr

Doc 7 Le « trou de la Sécu » expliqué en deux points

La ministre de la Santé, Marisol Touraine, a dévoilé lundi 29 septembre le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2015. L'un des principaux enjeux du texte est de rendre compte des mesures qui permettront de réduire le « trou de la Sécu », une fois encore beaucoup plus important que prévu.

Trop de dépenses pour pas assez de recettes

La Sécurité sociale est complexe, car elle mélange deux principes : celui d'une assurance (je cotise pour bénéficier de prestations) et celui de la solidarité (je cotise pour offrir à tous des prestations). Lorsqu'un salarié part à la retraite par exemple, il profite d'une pension générée par la cotisation des salariés actifs et de ce qu'il a lui-même cotisé durant sa vie active. Mais on peut bénéficier du revenu de solidarité active (RSA) sans avoir cotisé à cet effet.

Or, depuis une vingtaine d'années, le rapport masse salariale/bénéficiaires des prestations est en déséquilibre. En cause principalement : le départ en retraite de la génération des *baby-boomers* et le chômage. Ce déséquilibre a progressivement conduit à une dépense plus importante que les recettes générées par les cotisations, et donc à la formation du « trou de la Sécu ».

Aujourd'hui, avec un montant qui s'élève à 236,6 milliards d'euros en 2014, la dette sociale (déficit accumulé) représente 11,7 % de la dette publique française (qui atteint 2 000 milliards d'euros). Le déficit de la Sécurité sociale est principalement causé par le versement des prestations et les insuffisances des recettes, non pas par le coût de gestion (seulement 3 % du déficit). [...]

La branche « maladie », principal poste de dépense

Afin de régulariser les dépenses de l'assurance maladie, un outil de pilotage a été créé en 1996 : l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam). Il s'agit du montant prévisionnel des dépenses de l'assurance maladie en France, qui est voté chaque année par le Parlement. Une sorte de « règle d'or » pour la Sécurité



Doc 7

→ sociale, qui ne doit pas en principe dépasser cette frontière.

Et depuis 2010, l'Ondam n'est plus dépassé, la dépense de la Sécurité sociale étant en deçà de l'objectif voté par le Parlement. Cela ne signifie pas pour autant que les finances de la Sécu s'améliorent, les objectifs de l'Ondam n'étant pas forcément très ambitieux.

Réparti en quatre branches, le régime général de la Sécurité sociale (auquel s'ajoute le Fonds de solidarité vieillesse) voit son déficit grevé par la branche « maladie », principal poste de dépenses, selon les chiffres de la Commission des comptes de la Sécurité sociale.

C. Martel, C. Felix, lemonde.fr,
2 octobre 2014

1 Expliquez comment est financé le régime général de la Sécurité sociale (doc. 5).

Le régime général de la Sécurité sociale est pour partie financé par des cotisations et contributions issues des rémunérations.

2 Expliquez pourquoi l'article parle du « déficit du régime général » (doc. 6).

Le déficit de la Sécurité sociale en France est le déséquilibre entre les recettes et les dépenses des régimes de base obligatoires. Ce déficit induit un besoin de financement complémentaire.

3 Repérez quelle est la branche qui a connu la plus grande évolution ces dernières années (doc. 4 et 6).

La branche « maladie », qui représente le principal poste de dépenses.

4 Expliquez, à l'aide du doc. 7, pourquoi le régime général a connu une évolution ces dernières années.

Le régime général a évolué car le rapport masse salariale/bénéficiaires des prestations s'est déséquilibré, du fait notamment des départs en retraite de la génération des *baby-boomers* et du chômage. Ce déséquilibre a progressivement conduit à davantage de dépenses que de recettes générées par les cotisations, et donc à former le « trou de la Sécu ».

Je construis ma synthèse

Montrez l'importance du régime général au sein des autres régimes de la Sécurité sociale.


Le régime général concerne la plupart des salariés de l'industrie et du commerce, les étudiants, les chômeurs et les bénéficiaires de la CMU.

Le régime général est le plus important des régimes de la Sécurité sociale en termes :

- de bénéficiaires, puisqu'il couvre 91 % de la population ;
- de prestations versées : il verse environ 2/3 des prestations des régimes de la Sécurité sociale ;
- d'organisation : il est composé de nombreuses caisses qui le gèrent.

II L'organisation du régime général

Activité 3 L'organisation administrative du régime général

Objectif • schématiser l'organisation administrative du régime général.  50 min

1 À partir du site Internet <http://www.musee-assurance-maladie.fr/histoire/la-securite-sociale-de-1945-nos-jours/les-evolutions-de-la-securite-sociale-de-1950-nos-jours-partie-4> et de vos connaissances, repérez les différentes branches qui structurent le régime général de la Sécurité sociale. À quels niveaux interviennent-elles ?

Les différentes branches sont :

– la branche maladie : accident du travail (AT)/maladies professionnelles (MP) ;

– la branche retraite ;

– la branche famille ;

– la branche recouvrement.

Elles interviennent aux niveaux national, régional et local.

2 Présentez les différentes caisses/intervenants dans l'organisation administrative du régime général de la Sécurité sociale.

Caisses (sigles)	Signification	Rôle
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés	Elle gère les risques maladie, maternité, invalidité et décès, et dans le cadre d'une gestion distincte, les accidents du travail et les maladies professionnelles.
Cnav	Caisse nationale d'assurance vieillesse	Elle définit les orientations de la branche retraite en matière d'assurance vieillesse.
Cnaf	Caisse nationale des allocations familiales	Elle participe à la politique du logement et à l'amélioration du cadre de vie. Elle accompagne les familles pour les aider à se prémunir contre l'isolement et la précarité.
Carsat	Caisse d'assurance retraite et de santé au travail	Elle accompagne les salariés tout au long de leur vie professionnelle et au moment de la retraite.
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie	Elle permet d'affilier les assurés et de gérer leurs droits à l'assurance maladie
CAF	Caisse d'allocations familiales	Elle soutient financièrement les parents en versant les prestations familiales.

3 Présentez, sous forme de tableau, l'organisation administrative du régime général de la Sécurité sociale.

	Branches	Échelon national	Échelon de proximité (régional et local)
Régime général	Maladie, invalidité, maternité, décès, AT/MP	CNAMTS	CPAM
	Vieillesse, veuvage	Cnav (Caisse nationale d'assurance vieillesse)	CARSAT
	Famille	Cnaf	CAF
	Recouvrement	Acos (Agence centrale des organismes de Sécurité sociale)	Urssaf (Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales)

Activité 4 Le rôle du régime général en faveur du bien-être social et de la santé

Objectif • illustrer le rôle du régime général en faveur du bien-être social et de la santé.



Doc 8 — La Sécurité sociale est un puissant facteur de cohésion sociale

Magistrat à la Cour des comptes, Bertrand Fragonard est un expert français de la protection sociale. Dans son livre Vive la protection sociale ! (Éditions Odile Jacob, 2012), il dresse un véritable plaidoyer en faveur de notre bonne vieille Sécu, généreuse et universelle.

Pourquoi avoir décidé d'écrire ce livre ?

Parce que je suis convaincu que la protection sociale est une belle chose, une grande œuvre. Et sans être béat [devant] notre Sécurité sociale à la française, on peut dire qu'il s'agit d'un bon système. C'est pourquoi il m'a semblé nécessaire, en cette période de crise où l'on pourrait être tenté de la remettre en cause et de l'accuser de tous les maux, de réaffirmer à quel point elle est un puissant facteur de cohésion sociale.

Elle réussit de manière subtile à concilier deux objectifs : celui de couvrir l'ensemble de la population – ce qui n'est pas le cas dans d'autres pays comme les États-Unis, et ce, malgré la réforme Obama –, tout en faisant un effort particulier pour les familles les plus modestes. Elle est, en outre, généreuse avec un bon niveau de prise en charge. Enfin, elle est égalitaire puisque chacun cotise selon ses moyens et en bénéficie selon ses besoins.

Vous dites que notre Sécurité sociale est égalitaire ; pourtant les Français ne le ressentent pas ainsi. Comment l'expliquez-vous ?

La mauvaise perception de notre système de protection sociale par la population est l'une de nos plus grandes

faiblesses. Les Français ont l'impression qu'elle est de plus en plus inégalitaire et qu'ils sont de moins en moins remboursés. Sur ce dernier point, ils n'ont pas tout à fait tort. Car si le taux global des remboursements n'a pas changé depuis des années, – il est toujours aux alentours de 75 % –, ces derniers se concentrent de plus en plus sur les cas lourds et les plus coûteux, c'est-à-dire les frais inhérents à l'hospitalisation et aux maladies chroniques classées en affections de longue durée (Ald) et prises en charge à 100 %.

Pour équilibrer les comptes, on a dû rogner sur les soins de ville qui ne sont plus remboursés qu'aux alentours de 50 %. Aussi, les Français ne se trompent pas quand ils estiment que leur santé leur coûte de plus en plus cher. Cependant, si demain, ces mêmes Français sont victimes d'une grave maladie ou d'un accident de voiture, ils constateront alors qu'ils sont pris en charge totalement pour leur maladie.

Il y a donc un effort de communication à faire pour lutter contre cette insatisfaction ?

Les Français vivent dans le fantasme que certains profitent du système : les plus pauvres, parce qu'ils sont



Doc 8

→ paresseux ; les plus riches, qui ne payent pas assez ; les médecins qui abusent ; les frais de gestion de notre organisation qui sont trop élevés... Notre système de protection sociale relève du contrat social. Si les Français n'en voyaient plus l'utilité, s'ils n'étaient plus prêts à tout faire pour le conserver, il n'y aurait rien de pire. Le risque est plus grand encore en période de crise. Voilà pourquoi il m'a semblé important, dans ce livre, de remettre les choses en perspective.

Vous pointez aussi les lacunes de notre protection sociale...

La protection sociale en France représente 30 % de la richesse du pays. Il s'agit de sommes énormes que nous mettons chaque année sur la table. Cela mérite un débat qui, étrangement, n'a pas eu lieu pendant la campagne présidentielle. Il y a des dépenses inefficaces, des situations de sous-productivité.

Nous avons des efforts à faire, non pas pour dépenser plus, mais pour faire mieux afin de réunir les moyens de prendre en charge certains risques qui sont aujourd'hui peu ou pas assez bien couverts, comme la dépendance. Il nous faut aussi mieux soutenir certaines populations fragilisées comme les ménages modestes ou les jeunes, grands oubliés de la protection sociale en France. Si nous ne réformons pas, le risque est grand que nous soyons obligés de prendre brutalement des mesures drastiques, le

couteau sur la gorge comme vient de le faire l'Espagne en supprimant la Sécurité sociale pour les étrangers.

Comment peut-on réformer notre système d'assurance maladie ?

Le secteur de la santé en France, c'est plus de 2 millions de personnes : médecins, infirmiers, professionnels de santé. Il est donc impossible de prendre des mesures technocratiques ou brutales. Il faut agir de manière progressive, dans la continuité et sans casser toute la baraque. D'ailleurs beaucoup a déjà été fait dans la maîtrise des dépenses, la responsabilisation des acteurs.

Mais on peut gagner encore, en particulier sur deux postes qui, en France, sont en surcoût. Il s'agit de l'hôpital et du médicament. Nos dépenses de médicaments sont plus fortes qu'ailleurs en Europe, leur prescription est plus importante, leurs prix [sont] plus élevés et le recours aux génériques moins développé.

Enfin, les dépenses hospitalières constituent le trou noir de notre système de santé qui est très hospitalo-centré quand tous nos voisins ont engagé, et depuis longtemps, des politiques visant à réduire la place de l'hôpital dans le système de soins en reportant de plus en plus d'actes vers les soins de ville, moins coûteux et souvent exécutés dans des conditions de meilleur confort pour le patient.

A.-M. Thomazeau, www.viva.presse.fr,
6 septembre 2012

Doc 9 — La Sécurité sociale face à la pauvreté

Seule une personne sur cinq dans le monde bénéficie d'une Sécurité sociale adéquate, tandis que la moitié de la population mondiale vit sans aucune protection sociale. En général, dans les pays à faible revenu, plus de 90 % de la population ne sont pas couverts, tandis que, dans les pays à revenu intermédiaire, ce taux se situe entre 20 et 60 %.

L'extension de la Sécurité sociale joue un rôle essentiel dans la prévention et l'atténuation de la pauvreté. En donnant accès aux soins de santé, la Sécurité sociale favorise la productivité et l'employabilité des travailleurs. En fournissant une assurance sociale qui couvre la vieillesse, le chômage, la maladie, l'invalidité, l'incapacité, la maternité ou la perte du soutien familial, elle fait en sorte que les travailleurs et leur famille conservent un niveau de revenu décent. En accordant des prestations financées par les impôts, elle garantit un revenu de base. Une enquête du Bureau international du travail (BIT) montre que les pensions sociales au Brésil ont permis à plus de quatorze millions de personnes d'échapper à la pauvreté. [...]

Il y a, d'une part, des risques liés à l'aptitude au travail et à la cohésion familiale (chômage, sous-emploi, maladie, accident, invalidité, décès, vieillesse...) et, d'autre part, des besoins essentiels (indigence, soins de santé, éducation, logement, alimentation...). Amartya Sen a défini la pauvreté comme un « manque de capacités et de

potentialités ». Il ne fait aucun doute que la satisfaction des besoins essentiels et l'acquisition des capacités fondamentales améliorent les possibilités de travailler, favorisent la cohésion familiale et sociale, et réduisent l'indigence.

Personne ne peut apporter sa pierre à la société et rechercher le bien-être sans en avoir les moyens et si ses besoins essentiels restent insatisfaits. Cet état de fait justifie le financement public en matière de santé et d'éducation, mais aussi d'alimentation et de logement. Les mécanismes de Sécurité sociale peuvent jouer un rôle important dans le financement et l'accès à ces services. L'assurance sociale finance souvent une part importante des soins de santé et plusieurs prestations financées par voie fiscale peuvent améliorer l'accès à l'alimentation, à l'éducation et au logement. Les assurances sociales ont pour principale fonction de protéger contre certaines éventualités qui aliènent les capacités et les potentialités des individus, d'éviter l'endettement et de rendre les dépenses des ménages plus prévisibles. Les prestations financées par l'impôt ont pour mission principale de compléter les faibles revenus et de réduire les dépenses des ménages sur les biens de première nécessité. C'est ainsi que la Sécurité sociale contribue à la lutte contre la pauvreté.

Cependant, la Sécurité sociale doit se définir dans un cadre encore plus large, celui de l'extrême pauvreté, →

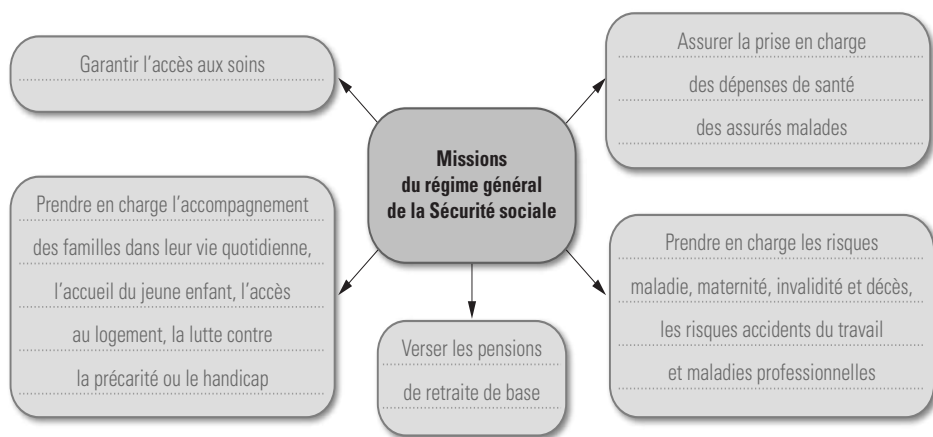
Doc 9

des droits humains et de l'exclusion sociale. Dans son rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Joseph Wresinski a proposé en 1987 la définition suivante, reprise par Leandro Despouy pour la Commission des droits de l'homme : « La précarité conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. » Dans sa conception et sa mise en œuvre, la Sécurité sociale doit en

effet également respecter les droits humains « sociaux », comme la dignité, la sécurité, la justice et la participation politique. Cela est d'autant plus nécessaire que les plus pauvres vivent généralement dans une situation caractérisée par l'isolement géographique, la marginalisation sociale et l'exclusion politique. Or, les services publics, y compris ceux de la Sécurité sociale, sont souvent mal adaptés aux besoins et aux conditions des plus pauvres.

W. Van Ginneken, « La Sécurité sociale face à la pauvreté », revue *Quart Monde* n° 195, « Vivre en sécurité », 2005

- 1 À partir de vos connaissances et du site <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/regimes-securite-sociale/qu-est-ce-que-regime-general-securite-sociale.html>, présentez de manière schématique les missions du régime général de la Sécurité sociale.



- 2 Expliquez, à l'aide des doc. 8 et 9, du site <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/regimes-securite-sociale/qu-est-ce-que-regime-general-securite-sociale.html> et de vos connaissances, comment le régime général de la Sécurité sociale permet de préserver la santé et le bien-être des individus.

Au travers des aides accordées aux individus, la Sécurité sociale aide à la satisfaction des besoins essentiels et à l'acquisition des capacités fondamentales. Elle améliore aussi les possibilités de travailler, la cohésion familiale et sociale. Elle accompagne la population dans sa vie quotidienne, dans toutes ses difficultés d'ordre social et sanitaire (maladie, logement, handicap, vieillesse...) et lui permet l'accès aux soins.

- 3 Repérez pourquoi l'auteur qualifie la Sécurité sociale de « puissant facteur de cohésion sociale » (doc. 8).

La Sécurité sociale, à travers le régime général, est un puissant facteur de cohésion sociale car son système permet de couvrir l'ensemble de la population. C'est un système égalitaire puisque chaque individu cotise selon ses moyens et en bénéficie selon ses besoins. C'est un système qui permet un bon niveau de prise en charge pour tous les individus sans exception (hospitalisation, maladies chroniques prises en charge à 100 %, etc.).

4 Identifiez, dans le doc. 9, comment la Sécurité sociale permet de lutter contre la pauvreté.

En fournissant une assurance sociale qui couvre la vieillesse, le chômage, la maladie, l'invalidité, l'incapacité, la maternité ou la perte du soutien familial, elle fait en sorte que les travailleurs et leur famille conservent un niveau de revenu décent. En accordant des prestations financées par les impôts, elle garantit un revenu de base. La Sécurité sociale satisfait les besoins essentiels et l'acquisition des capacités fondamentales qui améliorent les possibilités de travailler.

doc 10 – Le système de retraite français

Le système de retraite français, tel qu'il existe aujourd'hui, s'est mis en place progressivement depuis 1945. Auparavant, à l'exception des fonctionnaires et des salariés de certaines grandes entreprises publiques, l'ensemble de la population n'était pas véritablement couverte.

En 1945 a été créé le régime général, pour l'ensemble des salariés du privé. Au départ, il avait été prévu que tous les régimes y soient intégrés ; mais les régimes spéciaux, les régimes des fonctionnaires et ceux des indépendants ont finalement conservé leur autonomie. Aujourd'hui, tous ces régimes – ils sont 35 – ont tendance à se rapprocher, réforme après réforme, mais ils demeurent distincts.

À partir de 1947, pour pallier l'insuffisance des pensions servies du régime général, des régimes complémentaires se mettent en place pour certaines catégories professionnelles.

Aujourd'hui, la retraite obligatoire a donc deux composantes : la retraite de base et la retraite complémentaire.

Tous les régimes connaissent cette dualité mais ont tous un point commun : ils sont fondés sur un principe de répartition.

[...] Le système de retraite français est un système dit « contributif » : cela veut dire que les retraités touchent une pension qui est proportionnelle au montant des cotisations qu'ils ont versées au cours de leur carrière, soit leur contribution au système. Le système français n'est cependant plus uniquement contributif : certes, les retraités perçoivent des pensions proportionnelles à leur contribution au système ; mais des dispositifs permettent aussi d'augmenter sa pension ou de prendre sa retraite plus rapidement sans avoir versé de cotisation pour cela. Il s'agit, dans ces cas, de rendre le système plus solidaire. Les chômeurs, les salariés en arrêt maladie, les parents en congé parental, autrefois les appelés du service militaire ne paient pas de cotisations pour la retraite. Ils acquièrent néanmoins des droits à la retraite pendant ces périodes.

www.la-retraite-en-clair.fr

5 Précisez sur quel principe fondamental repose le système de retraite.

Le système de retraite du régime général repose sur la solidarité entre les individus : les individus ayant peu ou n'ayant pas travaillé sont dans la possibilité d'acquérir des droits à la retraite.

Je construis ma synthèse

Montrez que le régime général, à travers son organisation administrative, répond aux besoins de bien-être et de santé de la population.

Le régime général de la Sécurité sociale est organisé à partir des différentes branches, au niveau national, régional et local. Ces trois niveaux, et plus précisément le niveau local, lui permettent d'être au plus près des besoins de santé et de bien-être de la population puisqu'il accompagne et prend en charge les individus dans leur vie de famille, leurs problèmes de santé et leurs difficultés sociales. Il contribue ainsi à préserver la cohésion sociale.

Le jour du bac

Présentez la place de la Sécurité sociale dans le système français de protection sociale.

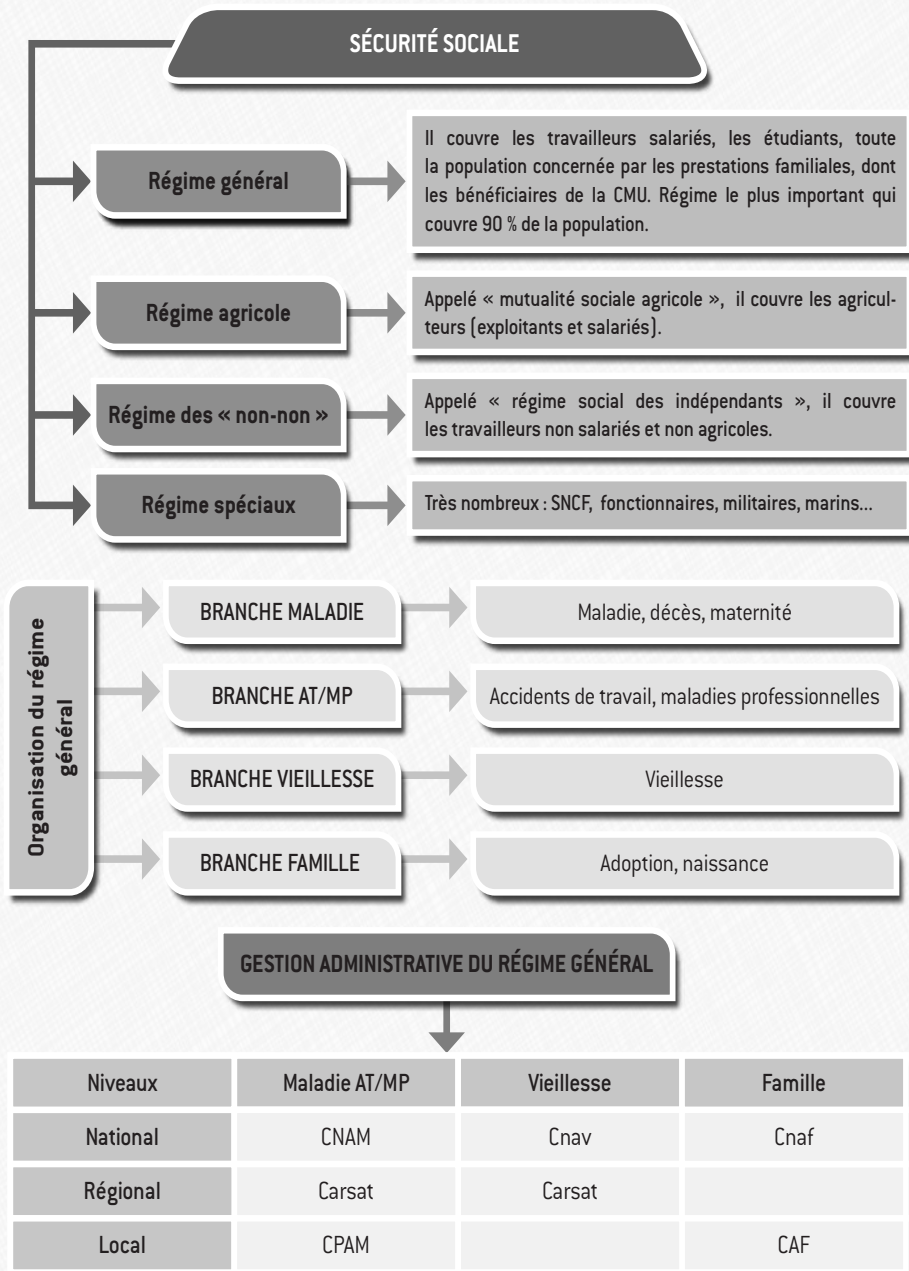
Proposition de sujet

Synthèse

ATT

10

Le régime général



Schématiser l'information

ATM

10

Pour faire le lien avec l'ATT

Dans différentes activités de notre partie thématique (chapitre 10), le régime général de la Sécurité sociale a été présenté sous forme schématique. La variété des formes schématiques dépend du type de données à représenter. Cette présentation schématique implique le respect de règles, tant dans le choix que dans la présentation.





Activité 5 L'intérêt de schématiser l'information

Objectif ● savoir identifier différents schémas et leur fonctionnement. 30 min

Qu'est-ce qu'un schéma ? Quelles sont les règles de présentation ?

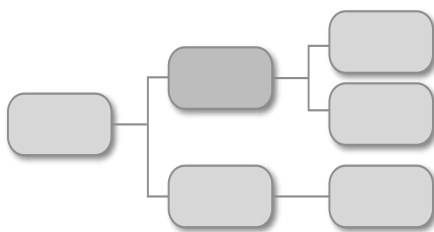
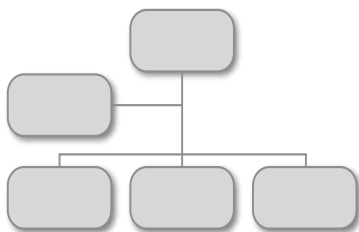
Un schéma est une représentation visuelle qui peut figurer un fonctionnement, une organisation ou un processus.

Un schéma est composé, selon son objectif, de :

- ▶ formes qui indiquent les éléments ayant une même fonction :  
- ▶ traits qui montrent les liens entre les différents éléments du schéma : 
- ▶ flèches qui donnent le sens de lecture : 

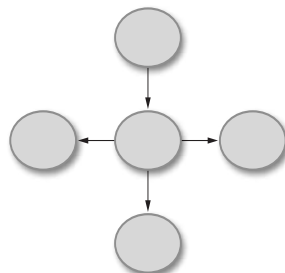
1. L'organigramme : un schéma pour représenter une organisation

L'organigramme est un schéma pyramidal ou en arbre, permettant de présenter la hiérarchie dans une organisation et les relations entre les acteurs de cette même organisation.

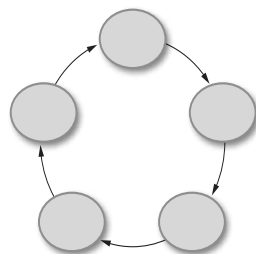


2. Le schéma en étoile : un schéma pour représenter la place centrale d'un élément

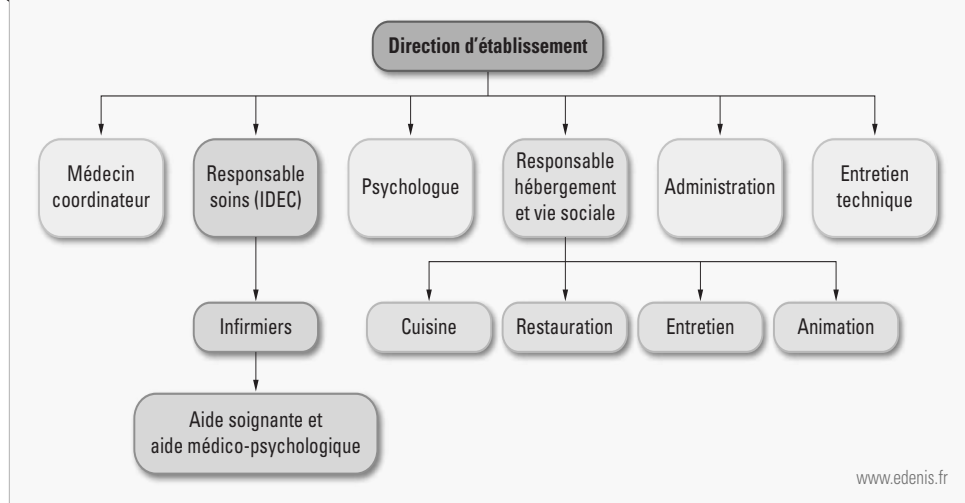
Le schéma en étoile sert à montrer la place centrale d'un élément par rapport à d'autres.



3. Le schéma circulaire : un schéma pour représenter la circulation d'une information entre des acteurs ou au sein d'une structure
Le schéma circulaire est utile pour présenter le mouvement de l'information.



Doc 11 Les acteurs d'une résidence médicalisée pour seniors



1 À partir des différents schémas représentés en amont, repérez le schéma utilisé dans le doc. 11.

Il s'agit de l'organigramme d'une structure accueillant des personnes âgées.

2 Identifiez la structure du schéma présenté dans le doc. 11.

Le schéma est composé de flèches présentant le sens de la lecture et de formes qui indiquent les éléments composant l'organisation, autrement dit les professionnels de la structure. Ces derniers sont aussi distingués dans leur domaine d'intervention par un code couleur.

3 Précisez le rôle de ce schéma.

L'organigramme permet de visualiser la hiérarchie, de déterminer la place de chaque acteur dans l'organisation, et de distinguer les différents services et les relations existant entre eux.

4 Justifiez l'intérêt d'avoir schématisé ces informations (doc. 11).

L'organigramme est utile :

– au personnel : il permet de se situer, de savoir « qui fait quoi ? », « qui dépend de qui ? » et ainsi d'améliorer l'efficacité des contacts.

C'est un outil de communication interne ;

– aux personnes extérieures : il permet de connaître les différents services et personnes de la structure, de les situer les uns par rapport aux autres et donc de s'adresser au bon interlocuteur. C'est un outil de communication externe.

Par rapport à un texte écrit, le schéma permet de repérer immédiatement les différents acteurs, de se repérer de manière plus rapide et donc plus efficace.

- 5** Présentez la structuration du schéma que vous avez élaboré dans l'activité de découverte du chapitre thématique (question 1, page 174).

Le schéma élaboré dans la question 1 de l'activité de découverte est composé de formes placées autour d'un élément central.

L'élément central est la Sécurité sociale et tout autour se situent les différents régimes.

- 6** Proposez un nom à ce type de schéma et justifiez son intérêt.

Ce schéma est appelé schéma en étoile. Il est utile car il présente un élément principal qui se trouve au centre, autour duquel des éléments secondaires circulent. On voit bien qu'il s'agit de la Sécurité sociale et de ses différents régimes.

Activité 6 La réalisation d'un schéma

Objectif • savoir construire un schéma à partir de données textuelles.



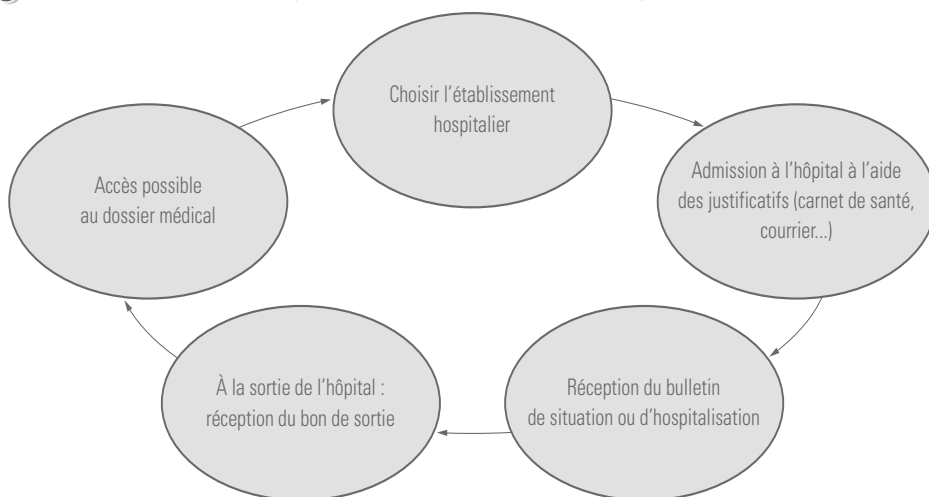
Doc. 12



Les démarches à suivre en cas d'hospitalisation

http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-medicale/vous-allez-etre-hospitalise/quelles-demarches_seine-saint-denis.php

- 1** Présentez de manière schématique les démarches à effectuer en cas d'hospitalisation (doc. 12).



- 2** Justifiez le type de schéma que vous avez choisi (doc. 12).

Le schéma circulaire est pertinent car il permet de résumer un ensemble de données. Il est organisé dans le sens des aiguilles d'une montre. Ce schéma permet de mettre en évidence la succession des étapes à effectuer en cas d'hospitalisation.

- 3** Montrez l'intérêt de représenter une information de manière schématique.

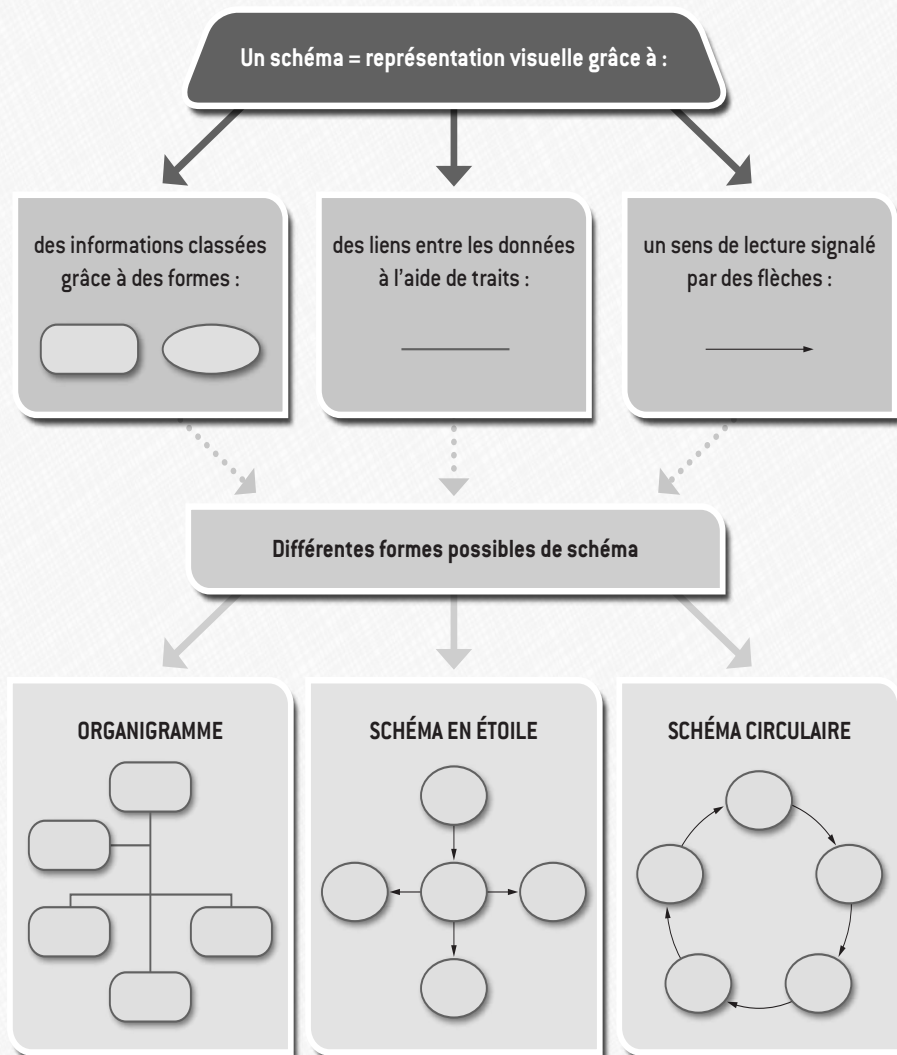
Un schéma présente l'intérêt de pouvoir compléter une présentation orale ou écrite.

Il simplifie l'explication d'un élément.

Par ailleurs, un schéma sert à représenter les différentes étapes d'une action.

Synthèse

ATM 10 Schématiser l'information



ATT 10 Le régime général

INTENTIONS PÉDAGOGIQUES

Il s'agit d'amener l'élève à prendre connaissance de l'organisation générale du système de protection sociale en France et plus spécialement de l'organisation d'un de ses éléments, le régime général de la Sécurité sociale.

La place du régime général sera située au regard de l'histoire de la protection sociale, montrant ainsi comment le système français de Sécurité sociale s'est construit autour de nombreux régimes et caisses, et comment il a évolué par rapport à ses principes initiaux (notamment ceux d'unicité et d'uniformité).

Une présentation schématique de l'organisation administrative du régime général permettra de distinguer les branches et les caisses, afin de comprendre les différents échelons de responsabilité. L'étude d'exemples d'actions du régime général en faveur du bien-être social et de la santé permettra de montrer que la Sécurité sociale intervient au-delà de la protection des risques sociaux.

LE « JOUR DU BAC » : ÉLÉMENTS DE CORRIGÉ

Présenter la place de la Sécurité sociale dans le système français de protection sociale.

La Sécurité sociale est l'une des composantes majeures du système de protection sociale.

La Sécurité sociale est le principal régime de base de protection sociale ; elle couvre une grande partie de la population (salariés, non-salariés, ayants droit) contre la plupart des risques sociaux (« branche santé », accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse, famille).

Elle couvre la quasi-totalité de la population française et elle offre un droit universel aux prestations en nature.

La Sécurité sociale remplit un rôle économique majeur : elle a versé 482 368 millions d'euros de prestations en 2009. Cet impact économique se manifeste au plan individuel par sa contribution au niveau de vie des bénéficiaires.

Mais cette place centrale est en baisse : les difficultés économiques et notamment le chômage ont entraîné des mesures restrictives en matière de retraite, de prise en charge des soins, de prestations familiales.

Cependant, la Sécurité sociale conserve son rôle central au sein du système de protection sociale.

SYNTHÈSE RÉDIGÉE

On dit que le système français est complexe car il comporte une pluralité de régimes et donc, une pluralité de caisses.

Comment définir le régime de Sécurité sociale ? Il s'agit de l'ensemble des règles qui organisent la prise en charge des risques, en contrepartie du versement de cotisations à des organismes. Chaque régime est organisé en branches et chaque branche prend en charge un ou plusieurs risques spécifiques.

I. La place du régime général au sein des régimes de la Sécurité sociale

Activité 1. Le régime général : le régime dominant de la Sécurité sociale

La Sécurité sociale est organisée autour de 4 grands régimes :

- le régime général des travailleurs salariés ;
- le régime agricole ;
- les régimes spéciaux ;
- le régime des « non-non » : non-salariés non-agricoles.

Le régime général est le régime le plus important de la Sécurité sociale. Il couvre la plupart des salariés ainsi que d'autres catégories (étudiants, bénéficiaires de certaines prestations qui, au fil des années, ont été rattachés au régime général).

90 % de la population est assurée par le régime général. Le régime général compte 58,8 millions de bénéficiaires. Les bénéficiaires de la CMU y sont aussi rattachés.

Activité 2. La place grandissante du régime général

Le régime général est le plus important des régimes de la Sécurité sociale en matière de :

- bénéficiaires : il couvre 4 personnes sur 5 ;
- de prestations versées puisqu'il verse environ les 2/3 des prestations des régimes de Sécurité sociale ;
- d'organisation : il compte 102 CAF, 101 CPAM, 88 URSSAF et 16 CARSAT réparties au niveau national.

Le régime général a évolué car le rapport masse salariale/bénéficiaires des prestations s'est déséquilibré, du fait notamment des départs en retraite de la génération des « baby-boomers » et du chômage.

II. L'organisation du régime général

Activité 3. L'organisation administrative du régime général

Trois caisses nationales pilotent les différentes branches :

- la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) pour la branche famille. Les organismes chargés de cette branche sont les Caisses d'allocations familiales (CAF).
- la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) pour la branche vieillesse. Les caisses de base sont les Caisses de retraite et de santé au travail (CARSAT).
- la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) concerne la branche maladie-maternité-invalidité-décès et la branche AT-MP (accident du travail et maladies professionnelles).

Activité 4. Le rôle du régime général en faveur du bien-être social et de la santé

Au travers des aides accordées aux individus, la Sécurité sociale aide à la satisfaction des besoins essentiels et à l'acquisition des capacités fondamentales. Elle améliore aussi les possibilités de travailler, la cohésion familiale et sociale. Elle accompagne la population dans sa vie quotidienne, dans toutes ses difficultés d'ordre social et sanitaire (maladie, logement, handicap, vieillesse...) et lui permet l'accès aux soins.

La Sécurité sociale, à travers le régime général, est un puissant facteur de cohésion sociale car son système permet de couvrir l'ensemble de la population. C'est un système égalitaire puisque chaque individu cotise selon ses moyens et en bénéficie selon ses besoins. C'est un

système qui permet un bon niveau de prise en charge pour tous les individus sans exception (hospitalisation, maladies chroniques prises en charge à 100 %, etc.).

En fournissant une assurance sociale qui couvre la vieillesse, le chômage, la maladie, l'invalidité, l'incapacité, la maternité ou la perte du soutien familial, elle fait en sorte que les travailleurs et leur famille conservent un niveau de revenu décent. En accordant des prestations financées par les impôts, elle garantit un revenu de base. La Sécurité sociale satisfait les besoins essentiels et l'acquisition des capacités fondamentales qui améliorent les possibilités de travailler.

Ainsi, le régime général de la Sécurité sociale est organisé à partir des différentes branches, au niveau national, régional et local. Ces trois niveaux, et plus précisément le niveau local, lui permettent d'être au plus près des besoins de santé et de bien-être de la population puisqu'ils accompagnent et qu'ils prennent en charge les individus dans leur vie de famille et dans leurs difficultés sanitaires et sociales. Le régime général contribue à préserver la cohésion sociale et à augmenter l'espérance de vie.

La prise en charge du risque maladie par le régime général

ATT

11

Activité de découverte

Objectif • identifier le lien entre assurance maladie et santé des populations.



Doc 1 – Le rôle de l'assurance maladie dans l'accompagnement des personnes en difficulté

L'action sanitaire et sociale répond au positionnement de l'assurance maladie : être assureur, solidaire et accompagner les assurés dans la gestion de leur capital santé.

Foucher, 2015



www.leciss.org

Doc 2 – Les actions des caisses d'assurance maladie

Votre caisse Vos services en ligne Droits et démarches

Accueil > Votre caisse - Paris > Nos actions de prévention

Nos actions de prévention

Les actions et campagnes de prévention initiées par votre caisse d'Assurance Maladie

Nos structures de soins

Besoin d'un médecin, d'un spécialiste, d'un chirurgien-dentiste ? Prenez rendez-vous avec l'un de nos centres médicaux

> Lire le dossier...

Santé Active : le service pour préserver ma santé

Gratuit et destiné aux assurés, Santé Active vous permet d'adopter de bons réflexes chaque jour pour préserver votre santé.

> Lire le dossier...

Bilan de santé gratuit pour les adultes

Tous les 5 ans, vous pouvez bénéficier d'un examen complet pris en charge par l'Assurance Maladie. Un moment privilégié pour évaluer votre état général de santé.

> Lire l'article...

Bilan de santé gratuit pour votre enfant

Votre enfant peut bénéficier gratuitement d'examens de santé périodiques, si vous êtes assuré social du régime général de la région parisienne.

> Lire l'article...

Bilan médico-administratif gratuit pour les jeunes de 18 à 30 ans

www.ameli.fr

1 À partir de vos connaissances et des doc. 1 et 2 ci-dessus, citez les interventions de l'assurance maladie.

L'assurance maladie intervient pour protéger l'individu malade. Mais elle met également en place des actions en faveur de la santé

de la population : actions de prévention, structures de soins, bilans gratuits...

2 Selon vous, que signifie l'expression « assureur solidaire » ?

L'assurance maladie accompagne les individus en intervenant pour qu'ils puissent faire face à leurs dépenses de santé, mais aussi en les aidant à être en bonne santé.

3 Montrez que l'assurance maladie contribue à l'amélioration de l'état de santé de la population.

L'assurance maladie intervient lorsque le risque maladie se réalise. Mais elle intervient aussi avant que la maladie apparaisse, par la mise en place d'actions de prévention et de bilans gratuits. Ces actions permettent d'éviter l'apparition d'un problème de santé. Elles peuvent aussi permettre de dépister une pathologie de manière précoce, ce qui évitera son aggravation.

I L'organisation de l'assurance maladie

Activité 1 L'organisation administrative de l'assurance maladie

Objectifs • présenter l'organisation administrative de l'assurance maladie ;

• montrer l'intérêt de la participation des différents acteurs à la gouvernance de l'assurance maladie.  2 h 30

Doc 3 La nouvelle gouvernance de l'assurance maladie

Les dispositions relatives à l'organisation prévoient une réforme importante des institutions de l'assurance maladie avec la création de l'Uncam et une nouvelle distribution des pouvoirs au sein de la CNAMTS. La délégation de compétences confiée aux caisses d'assurance maladie par l'État est élargie et la participation de l'assurance maladie à l'encadrement et à la surveillance des dépenses est accrue. Une autorité scientifique indépendante, la Haute Autorité de santé est créée. Enfin, pour la première fois, en dehors des négociations conventionnelles, une place officielle est accordée dans la prise de décision aux partenaires de l'assurance maladie, institutions de protection complémentaires et professions de santé.

Parmi les réformes résultant de la loi du 13 août 2004, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) apparaît à bien des égards comme une composante essentielle de la nouvelle gouvernance. Elle rassemble dans un même établissement public administratif les trois principaux régimes d'assurance maladie, le régime général, le régime social des indépendants (RSI) et la mutualité sociale agricole (MSA). Cette union des régimes existe au niveau

régional depuis les ordonnances de 1996 qui ont créé les unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam). L'idée qui a présidé à la création de l'une et des autres est identique : la maîtrise des dépenses par une gestion du risque dirigée notamment vers les professionnels de santé. La loi du 13 août 2004 a redéfini les rôles respectifs des syndicats, de l'assurance maladie et de l'État dans la mise en œuvre des objectifs de dépenses fixés par la LFSS¹. Les professionnels de santé sont reconnus comme acteurs essentiels de la gouvernance de l'assurance maladie. Au motif qu'aucune réforme de l'assurance maladie ne peut se faire sans eux, la loi du 13 août 2004 accorde aux professionnels de santé un rôle essentiel dans le processus de décision. Selon son premier article, les professionnels de santé veillent avec les régimes d'assurance maladie « à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre. Ils concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'État ». La loi du 13 août 2004 a affiché la volonté de doter chaque intervenant de responsabilités bien définies.

1. LFSS : loi de financement de la Sécurité sociale.

Rapport de la Cour des comptes 2007, www.ccomptes.fr

1 Citez les principales nouveautés introduites par la loi du 13 août 2004 (doc. 3).

Les nouveautés apportées par cette loi sont :

- la création de l'Uncam ;
- la création de la Haute Autorité de Santé ;
- la participation aux décisions des partenaires de l'assurance maladie : professionnels de santé et organismes de protection complémentaires.

Thème 5 - Quelle protection sociale pour garantir les individus contre les risques sociaux ? **245**

Doc 5 — Le parcours de soins coordonnés

L'ensemble des syndicats représentatifs des médecins libéraux français et les caisses nationales d'assurance maladie sont arrivés à un accord sur l'organisation d'un parcours coordonné des soins, précisant les rôles respectifs du médecin traitant, du médecin correspondant, ainsi que les différentes modalités d'accès aux soins et les mesures tarifaires s'y appliquant. Ce parcours repose sur trois principes.

Améliorer la coordination et la qualité des soins

La qualité de la prise en charge médicale des patients est favorisée à l'intérieur d'une organisation souple, qui privilégie le fonctionnement en réseau des professionnels (dans le cadre de protocoles ou de plans de soins) et s'appuie sur la logique de soins de premiers recours avec passage par le généraliste. Cette amélioration du partage de l'information entre soignants permettra, à terme, d'alimenter régulièrement le dossier médical personnel des patients. La prévention et l'éducation thérapeutique trouvent là un cadre pour se développer et le risque d'actes redondants est diminué.

Préserver et améliorer l'accès aux soins

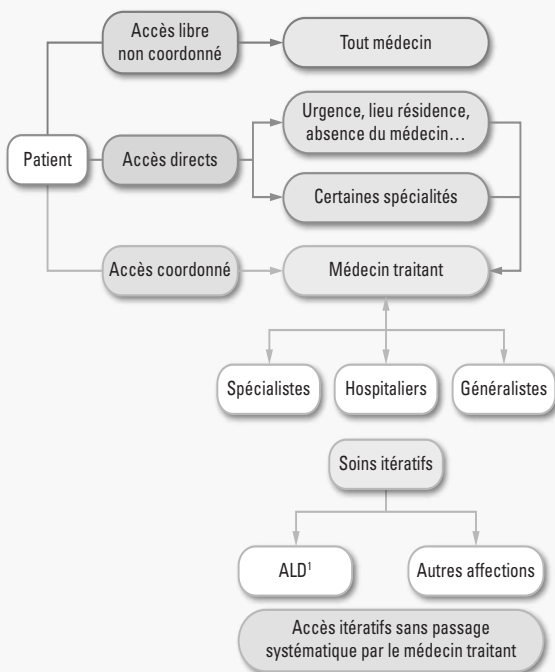
Le recours aux soins et aux compétences respectives des généralistes et des spécialistes est optimisé et l'opposabilité des tarifs préservée lorsque le patient choisit ce parcours.

Respecter le libre choix du patient

Le patient garde le libre choix de son médecin traitant et des spécialistes amenés à intervenir. Il reste libre également de refuser le parcours de soins proposé.

Le médecin traitant, la plupart du temps un généraliste, est l'interlocuteur privilégié du patient. Il assure le premier niveau de recours aux soins. Il prend en charge son patient, le conseille et si besoin l'oriente vers un médecin correspondant, vers un service hospitalier ou vers un autre professionnel de santé. Le médecin correspondant, le plus souvent un spécialiste, assure le recours aux soins de seconde intention sur demande du médecin traitant. Pour certaines situations médicales relevant de la gynécologie, de l'ophtalmologie ou de la psychiatrie, le recours de première intention (accès direct) a été maintenu. De même en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou d'absence du médecin traitant. Le dispositif prévoit trois types d'accès aux soins spécialisés : l'accès coordonné médecin traitant-médecin correspondant qui sera le plus fréquent, les accès directs dans un cadre coordonné et l'accès non coordonné. Ces modes d'accès relèvent du libre choix de l'assuré.

www.hcsp.fr



1. ALD : affections de longue durée.

5 Lorsqu'un patient veut consulter un spécialiste, quels cas de figure s'offrent à lui (doc. 5) ?

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le patient doit consulter son médecin traitant afin qu'il l'oriente vers un médecin spécialiste. Il peut également choisir de consulter un spécialiste sans être orienté, lorsqu'il s'agit de certains spécialistes comme un gynécologue ou un psychiatre par exemple. Enfin, il peut décider de consulter un médecin spécialiste en accès direct.

6 Que se passe-t-il lorsque le patient consulte hors parcours de soins coordonnés ?

Les consultations hors parcours de soins coordonnés ne sont pas prises en charge de la même manière : elles seront moins bien remboursées à l'assuré.

7 Expliquez en quoi la mise en place du parcours de soins coordonnés permet de responsabiliser le patient (**doc. 5**).

Le patient est responsabilisé car cela modifie son comportement. En évitant que le patient se rende chez un spécialiste dans des cas où une consultation avec un généraliste aurait suffi, la réforme implique le patient dans la maîtrise des dépenses de santé.

8 Justifiez la phrase soulignée dans le **doc. 3** et présentez l'importance du rôle des médecins dans l'organisation de l'assurance maladie (**doc. 3 à 5**).

La loi de 2004 met effectivement les professionnels de santé au centre des prises de décision. Par exemple, par le biais des conventions, les médecins sont associés aux mesures mises en place. D'autre part, le dispositif du parcours de soins coordonnés leur donne un rôle de pilier.

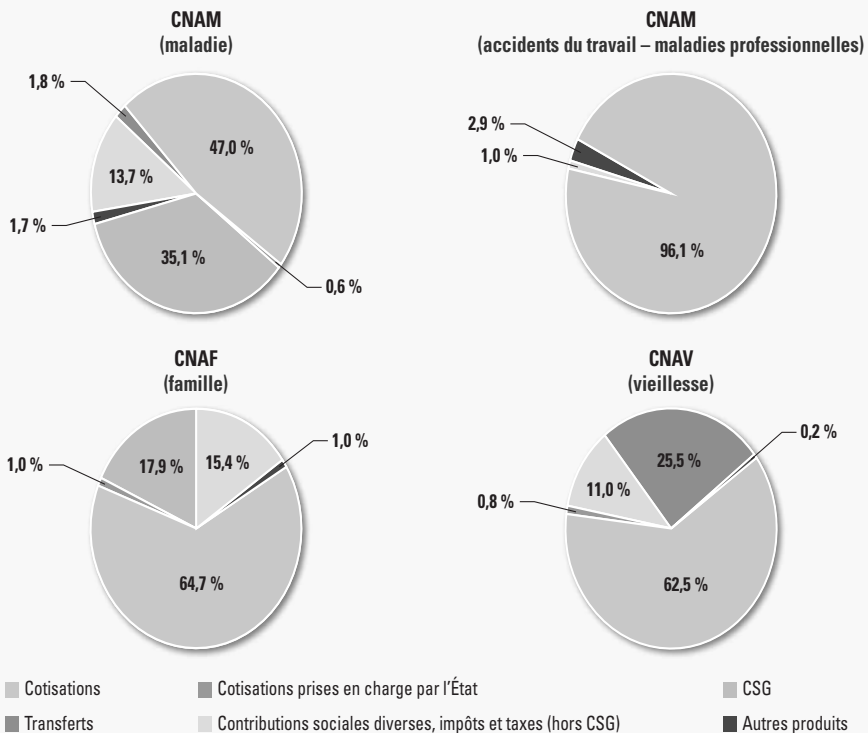
Activité 2 L'organisation financière de l'assurance maladie

Objectifs ▶ présenter l'organisation financière de l'assurance maladie ;

▶ expliquer la nécessité d'une régulation financière.



Doc 6 La structure des recettes du régime général par branche en 2013



Les chiffres clé de la Sécurité sociale 2014, www.securite-sociale.fr

1 Indiquez quelle est la source de financement la plus importante de la branche maladie (**doc. 6**).

La source de financement la plus importante de la branche maladie provient des cotisations : 47 % de l'ensemble des recettes.

2 Comparez cette source de financement avec celle des autres branches. Que constatez-vous (doc. 6) ?

Cette source de financement est plus importante dans les trois autres branches. Les cotisations représentent 96,1 % des recettes de la branche AT/MP, 64,7 % de celles de la branche famille et 62,5 % de celles de la branche vieillesse. On constate que les recettes des trois autres branches proviennent en majeure partie des cotisations, alors que la branche maladie est financée par d'autres recettes ayant un poids important : la CSG, les impôts et les taxes.

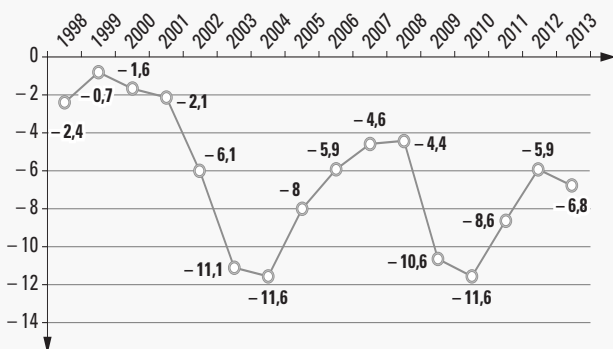
Doc 7 La nécessaire régulation

153,6 milliards d'euros de prestations nettes ont été versées en 2013. La part des dépenses de santé représente près de 11,6 % du PIB en 2012. Le solde de la branche maladie est inquiétant et a connu une évolution irrégulière. La situation est de plus en plus inquiétante. Il est impératif de réguler les dépenses de santé.

Le terme « régulation » désigne l'ensemble des actions qui permettent au système de soins de mieux fonctionner, tout en permettant d'assurer l'accès de tous à des soins de qualité au meilleur coût (dans un budget donné). Face à la situation de déficit, plusieurs mesures ont été mises

en place pour réduire les dépenses et augmenter les recettes. Il y a eu deux grandes étapes dans cette démarche : les ordonnances « Juppé » de 1996 et la loi du 13 août 2004 de réforme de l'assurance maladie. La France disposait déjà de deux outils pour contrôler les dépenses de l'assurance maladie : la LFSS (loi de financement de la Sécurité sociale) et l'Ondam (objectif national des dépenses d'assurance maladie). La LFSS est votée chaque année par le Parlement et contient l'Ondam qui permet de maîtriser la progression des dépenses. La loi de 2004 introduit une nouvelle organisation des soins visant la maîtrise des dépenses de santé. Parmi les mesures mises en place, il y a le DMP. Le dossier médical personnel (DMP) est un dossier unique informatisé, accessible à tous les médecins qui suivent le patient. Certaines mesures ont eu pour objectif de réduire les dépenses tout en responsabilisant et en éduquant les patients. L'obligation de déclarer son médecin traitant en est un exemple. De plus, l'assurance maladie fait participer les patients à chaque remboursement. Une participation forfaitaire est déduite sur chaque remboursement. Par exemple, 1 euro sera soustrait pour une consultation et 0,50 centime par boîte de médicaments.

Évolution du solde de l'assurance maladie
(en milliards d'euros)



Foucher, 2015

3 Expliquez le terme « solde ». Que pouvez-vous conclure sur le solde de la branche maladie (doc. 7) ?

Le solde correspond à la différence entre les sommes positives et les sommes négatives. Pour la branche maladie, il s'agit de la différence entre les recettes et les dépenses. Le solde de la branche maladie est en permanence négatif, ce qui signifie qu'elle connaît un déficit.

4 Présentez l'évolution du solde de la branche maladie (doc. 7).

En 2000, le déficit était de 1,6 milliard d'euros, puis il n'a cessé de s'aggraver jusqu'en 2004 où son montant atteint 11,6 milliards. À partir de 2005, le déficit diminue au point d'atteindre 4,4 milliards en 2008. Mais en 2009 et 2010, le déficit s'aggrave sérieusement et se retrouve au niveau de 2004. Après avoir connu une légère baisse, il s'élève aujourd'hui à 6,8 milliards d'euros.

5 La loi du 13 août 2004 a instauré plusieurs mesures dans le but de limiter les dépenses de santé. Complétez le tableau ci-après. Présentez le contenu de chaque mesure, puis indiquez de quelle manière ces mesures vont permettre de limiter les dépenses (doc. 5 et 7).

Mesure	Présentation de la mesure	Exemples d'effets de la mesure sur les dépenses
La LFSS et l'Ondam	Le Parlement vote chaque année une loi qui fixe un objectif de dépenses ainsi que des moyens pour maîtriser les dépenses.	En fixant des objectifs prévisionnels, l'équilibre financier doit pouvoir être trouvé.
Le DMP	Le DMP permet de centraliser sur un support informatique toutes les informations médicales d'un patient afin d'améliorer son suivi.	Évite de rembourser des examens déjà réalisés.
Le parcours de soins coordonnés	Obligation de déclarer un médecin traitant et obligation de le consulter en premier lieu.	Évite le remboursement de consultations de spécialistes inappropriées.
Les participations forfaitaires	Sommes retenues sur les remboursements de chaque acte.	Incite les patients à moins consommer.

Je construis ma synthèse

L'assurance maladie doit maintenir un certain équilibre. Pour y parvenir, une régulation est mise en place. Cette régulation se fait de deux manières :

- une régulation « organique » : qui repose sur l'implication des acteurs du système ;
- une régulation « financière » : qui permet de réduire les dépenses et d'augmenter les recettes.

Illustrez chacune des deux formes de régulation.

La régulation organique peut être illustrée par la réforme de l'assurance maladie :

- la délégation de pouvoirs élargis à l'assurance maladie ;
- le rôle central assigné aux professionnels de santé ;
- la représentation et la consultation des différents acteurs lors de la prise de décision ;
- les partenariats et les conventions ;
- la responsabilisation des patients avec le parcours de soins coordonnés.

La régulation financière peut être illustrée par :

- le vote de la LFSS et de l'Ondam ;
- la mise en place du parcours de soins coordonnés ;
- l'instauration des participations forfaitaires ;
- le DMP.

Montrez que l'équilibre financier de l'assurance maladie ne peut pas être dissocié du contexte économique et social du pays.

La situation économique et sociale a un impact sur l'équilibre financier de l'assurance maladie. Le taux de chômage, par exemple, a des conséquences sur les cotisations ainsi que sur le pouvoir d'achat.

II Les prestations de l'assurance maladie

Activité 3 Les conditions d'ouverture des droits

Objectif ➤ présenter les conditions requises pour bénéficier des prestations de l'assurance maladie. 

1 Recherchez dans un dictionnaire et sur le site de l'assurance maladie (www.ameli.fr) le sens des termes suivants.

– **Assujettissement/assujetti** : pour bénéficier des droits à l'assurance maladie du régime général, il faut être assujetti au régime général. L'assujettissement est donc le fait d'être rattaché obligatoirement à un régime. Une personne salariée sera assujettie au régime général.

– **Affiliation/affilié** : désigne le rattachement d'un assuré à une caisse de Sécurité sociale qui lui versera les prestations (en fonction de son lieu de résidence).

– **Immatriculation** : c'est une simple opération administrative consistant à attribuer à l'assuré un numéro qui sera inscrit sur sa carte vitale.

– **Ouverture des droits** : dès que l'assuré a rempli les conditions de durée de cotisations, on dit que « ses droits sont ouverts », c'est-à-dire qu'il peut commencer à recevoir les prestations.

Doc 8 Les droits à l'assurance maladie

Nathalie Durand a 35 ans et travaille en tant que salariée d'une entreprise depuis 10 ans. Elle vit en Normandie avec son époux et leur fils âgé de 2 ans. En ce moment elle ne peut pas se rendre à son travail car un virus l'oblige à garder le lit depuis plusieurs jours. Elle reçoit des prestations de l'assurance maladie.

Foucher, 2015



2 Présentez la situation de Mme Durand en utilisant les quatre termes définis dans la question 1 (doc. 8).

Nathalie Durand est *assujettie* au régime général car elle est salariée. Elle est *affiliée* à la caisse de Sécurité sociale de Normandie.

Elle est *immatriculée* et son numéro est inscrit sur sa carte vitale. Ses *droits sont ouverts* car elle travaille depuis de nombreuses années et reçoit des prestations en raison de sa maladie.

Doc 9 Les règles d'immatriculation des assurés

En tant que salarié, vous êtes rattaché au régime général de Sécurité sociale. Vous bénéficiez, sous certaines conditions, des prestations des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles.



Les conditions d'ouverture des droits

En tant que salarié, vous êtes obligatoirement rattaché au régime général de Sécurité sociale et êtes affilié en qualité d'assuré social à la caisse d'assurance maladie de votre lieu de résidence : caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) en métropole [...].

Le remboursement des soins en cas de maladie et de maternité

Vous avez droit au remboursement des soins pendant deux ans, sous réserve :

- › d'avoir travaillé au moins 60 heures, ou d'avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 60 fois le montant du Smic horaire, pendant un mois civil ou 30 jours ;
- › ou d'avoir travaillé au moins 120 heures, ou d'avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 120 fois le montant du Smic horaire, pendant trois mois civils ou un trimestre ;
- › ou d'avoir travaillé au moins 400 heures, ou d'avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 400 fois le montant du Smic horaire, pendant une année civile.

Le cas échéant, ce droit au remboursement des soins peut être étendu à un ou plusieurs ayants droit.

En revanche, vous bénéficiez de l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles dès votre embauche, sans condition d'ouverture de droits à remplir.

Les indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour maladie

En cas d'arrêt de travail de moins de six mois, pour avoir droit aux indemnités journalières pendant les six premiers mois d'arrêt de travail, vous devez :

- › avoir travaillé au moins 200 heures au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant l'arrêt ;
- › ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du Smic horaire au cours des six mois civils précédant l'arrêt de travail.

Les indemnités journalières en cas de congé de maternité, de congé de paternité/accueil de l'enfant ou de congé d'adoption

Pour avoir droit aux indemnités journalières pendant un congé de maternité, un congé de paternité et d'accueil de

l'enfant ou un congé d'adoption, vous devez justifier de dix mois d'immatriculation, selon le cas, à la date présumée de l'accouchement ou à la date de l'arrivée de l'enfant au foyer, ou à la date de début du congé de paternité et d'accueil de l'enfant. Vous devez également :

- › avoir travaillé au moins 200 heures au cours des trois mois civils précédant, selon le cas, la date du début de grossesse ou du début du congé prénatal, la date du congé d'adoption ou la date du congé de paternité et d'accueil de l'enfant ;
- › ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du Smic horaire au cours des six mois précédant, selon le cas, la date du début de grossesse ou du début du congé prénatal, la date du congé d'adoption ou la date du congé de paternité et d'accueil de l'enfant.

La pension d'invalidité

Pour avoir droit à une pension d'invalidité, vous devez justifier de 12 mois d'immatriculation en tant qu'assuré(e) social(e) au premier jour du mois de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou de la constatation médicale de l'état d'invalidité résultant d'une usure prématurée de l'organisme.

Vous devez également :

- › avoir travaillé au moins 800 heures au cours des 12 mois précédant l'interruption de travail ou la constatation de l'état d'invalidité ;
- › ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du Smic horaire au cours des 12 mois précédant l'interruption de travail ou la constatation de l'état d'invalidité.

Le capital décès

Pour avoir droit au capital décès, vous devez :

- › avoir travaillé au moins 60 heures, ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 60 fois le montant du Smic horaire, pendant un mois ;
- › ou avoir travaillé au moins 120 heures, ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 120 fois le montant du Smic horaire, pendant trois mois.

www.ameli.fr

3 Citez les risques couverts par l'assurance maladie (doc. 9).

La branche maladie prend en charge les risques suivants : maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles.

4 Après avoir cherché dans un dictionnaire le sens du terme « ayants droit », indiquez qui sont les bénéficiaires des prestations de l'assurance maladie (**doc. 9**).

Les ayants droit sont des personnes qui bénéficient de droits grâce à leur lien avec une autre personne. Concernant l'assurance maladie, les ayants droit sont les personnes qui bénéficieront des prestations grâce à leur lien avec l'assuré. Les bénéficiaires de l'assurance maladie sont donc l'assuré ainsi que ses ayants droit (conjoint et enfants notamment).

5 Résumez les deux conditions à remplir afin d'avoir droit aux prestations de l'assurance maladie (**doc. 9**).

Les droits aux prestations de l'assurance maladie ne peuvent être ouverts que si l'assuré peut justifier d'un nombre minimal d'heures de travail ou d'un montant minimal de cotisations et d'une durée minimale d'immatriculation sur une période donnée.

Activité 4 Les différentes prestations de l'assurance maladie

- Objectifs
- présenter les prestations de l'assurance maladie ;
 - distinguer les prestations en nature et les prestations en espèces.



Doc 10 Les prestations de l'assurance maladie

Un vocabulaire particulier est utilisé pour qualifier les prestations versées par l'assurance maladie. Les remboursements des soins sont appelés les « prestations en nature ». Quant aux indemnités journalières, elles sont appelées les « prestations en espèces ». Leur montant sera de 50 % du « gain journalier de base », c'est-à-dire la moitié du salaire moyen de l'assuré. En revanche, un délai de carence empêche le remboursement des trois premiers jours d'arrêt et seuls les assurés peuvent percevoir les prestations en espèces, pas les ayants droit. La santé n'est donc pas complètement gratuite. L'assurance maladie ne rembourse en effet qu'une partie des dépenses de santé engagées par les assurés et leurs ayants droit. Elle détermine le tarif de base de chaque acte et fixe le taux de remboursement qui lui sera appliqué. Par exemple, le tarif de base pour une consultation chez un médecin est de 23 euros pour un généraliste et de 28 euros pour un spécialiste. Si le médecin a signé la convention avec la Cnam, on dit qu'il s'agit d'un médecin « conventionné ». Lorsqu'il exerce en « secteur 1 », le tarif de sa consultation sera le même que

le tarif de base fixé par l'assurance maladie. En revanche, certains médecins pratiquent des dépassements d'honoraires et leurs tarifs peuvent donc être plus élevés que les tarifs de base. Quels que soient les tarifs pratiqués par le professionnel de santé, l'assurance maladie calculera le taux de remboursement par rapport au tarif de base. Ce taux varie selon l'acte. Il est par exemple de 70 % pour les consultations, de 65 %, 30 % ou 15 % pour les médicaments, selon la couleur de la vignette. La partie restante de la somme est donc à la charge de l'assuré, on l'appelle le « ticket modérateur ». D'autre part il existe quelques particularités. Dans certains cas, les frais seront pris en charge en totalité par l'assurance maladie : notamment à partir du sixième mois de grossesse, en cas d'ALD (affection de longue durée) ou en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Enfin, le système du tiers payant permet certaines fois au patient de ne pas faire l'avance des frais qui doivent lui être remboursés par l'assurance maladie. La caisse versera directement le montant de sa prise en charge au professionnel de santé.

Foucher, 2015

Doc 11 L'exercice libéral de la médecine

Les relations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux s'inscrivent dans un cadre conventionnel. Les prestations des médecins libéraux « conventionnés » sont remboursées par la Sécurité sociale suivant un tarif fixé. Il existe différents secteurs conventionnels, dont les principaux sont les secteurs 1 et 2. Un médecin en secteur 1 ou à honoraires « opposables » respecte les tarifs fixés par la Sécurité sociale. Il ne peut facturer de dépassement d'honoraires qu'à titre exceptionnel, en cas d'une exigence particulière du patient. Un médecin en secteur 2

ou à honoraires « différents » a choisi de fixer lui-même ses honoraires. Le prix des consultations et des actes médicaux dépend donc du secteur d'activité du médecin. En secteur 2, des dépassements d'honoraires, parfois élevés et pas toujours couverts par les garanties des complémentaires santé, peuvent être facturés aux patients alors qu'en secteur 1, les tarifs médicaux sont fixés par la Sécurité sociale. Enfin, les médecins « non conventionnés » sont l'exception : leurs honoraires ne sont remboursés qu'à un taux symbolique.

www.leciss.org

1 Complétez le tableau ci-dessous afin de distinguer les deux types de prestations versées par l'assurance maladie (doc. 9 à 11).

Les prestations de l'assurance maladie

	Prestations en nature	Prestations en espèces
Définition	Remboursement des frais médicaux	Indemnités journalières
Objectif	Permettre à l'assuré de faire face aux dépenses engendrées par sa maladie	Compenser la perte de salaire que l'assuré subit en cas d'arrêt de travail
Contenu	Une partie des dépenses de consultations, médicaments, frais d'hospitalisation, examens médicaux, etc.	50 % du gain journalier de base
Sommes non prises en charge	Ticket modérateur Participations forfaitaires Dépassements d'honoraires (médecins secteur 2 et non conventionnés)	Délai de carence de 3 jours
Bénéficiaires	L'assuré et ses ayants droit	Seulement l'assuré

Doc 12 — Un exemple de décompte de remboursement en cas de maladie

N°	Soins du - Concernant	Montant des Soins	Remboursements à		Base de Sécurité Sociale Complémentaire			
			l'Assuré	un Tiers	Remboust	%	Montant	%
1	13.10.14 - PRISCILLA PAYE A PHARMACIE DES HAUTS DE LA	407,22		407,22				
	PHARMACIE DES HAU Pharmacie				407,22	100	407,22	
	Franchise sécurité sociale due						3,00	
	REGLE AU TITRE DE MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE							
2	06.11.14 - PRISCILLA PARCOURS COORDONNE-MEDECIEN TRAITANT OMNIPRATICIEN SECT1 Consultation	23,00	5,10		23,00	70	16,10	
	Participation forfaitaire sécurité sociale retenue						-1,00	
	Recup Part forf. / Franchise sécu soc tiers payant							
	19.02.14 Spécialiste						-1,00	
	22.07.14 Pharmacie						-3,00	
	09.09.14 Pharmacie						-3,00	
	13.10.14 Pharmacie						-3,00	

Feuille de remboursement de la MGEN

2 Les informations concernant la dépense 2 dans le doc. 12 contiennent deux précisions : « parcours coordonné – médecin traitant » et « sect. 1 ». Expliquez ce que cela signifie et ce que cela implique (doc. 5 et 10).

Cette mention indique qu'il s'agit d'une consultation avec le médecin traitant de l'assuré. Cette consultation entre bien dans le cadre du parcours de soins coordonnés, ce qui permet à l'assuré d'être remboursé au taux habituel, soit 70 %. La mention « sect. 1 » correspond au secteur 1 des médecins. Cela signifie que l'assuré a consulté un médecin conventionné et qu'il n'y aura pas de dépassement d'honoraires.

3 Grâce aux informations présentes sur le décompte de remboursement (doc. 12), complétez le tableau ci-dessous pour les dépenses 1 et 2 uniquement dans un premier temps (doc. 9 à 11).

	Partie remboursée par l'assurance maladie	Partie à la charge du patient	
		Ticket modérateur	Dépassements d'honoraires
Dépense 1 Médicaments = 407,22 euros	Taux = 100 % Tarif de base = 407,22 euros Total = 407,22 euros	Taux = 0 Tarif de base = 407,22 euros Total = 0,00 euro	Non
Dépense 2 Consultation médecin généraliste = 23 euros	Taux = 70 % Tarif de base = 23 euros Total = 16,10 euros ⇔ - 1 euro = 15,10 ⇔ - 9 euros = 5,10	Taux = 30 % Tarif de base = 23 euros Total = 6,90 euros	Non
Dépense 3 Consultation médecin spécialiste = 38 euros	Taux = 70 % Tarif de base = 28 euros Total = 16,10 euros ⇔ - 1 euro = 15,10	Taux = 30 % Tarif de base = 28 euros Total = 6,90 euros	38 - 28 = 10 Total = 10 euros

4 Expliquez pourquoi le remboursement de la dépense 1 correspond à la totalité de la somme payée par l'assuré (doc. 10 et 12).

Le taux de remboursement appliqué à la dépense 1 est de 100 % car l'assuré bénéficiait d'une prise en charge totale de ses soins. Il s'agissait peut-être de soins en lien avec une ALD, la maternité ou bien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle.

5 Expliquez pourquoi le remboursement de la dépense 1 n'a pas été versé à l'assuré (doc. 10 et 12).

L'assuré n'a pas reçu le remboursement car il a bénéficié du système du tiers payant : il n'a donc pas avancé la somme que l'assurance maladie lui aurait remboursée. La caisse a versé directement le montant de la dépense au pharmacien (le « tiers »).

6 Expliquez pourquoi l'assuré n'a reçu que 5 euros en remboursement de la dépense 2 (doc. 10 et 12).

Pour une consultation chez un généraliste à 23 euros, l'assuré aurait dû se voir rembourser 70 %, soit 16,10 euros. Mais l'assurance maladie a soustrait plusieurs participations forfaitaires : 1 euro pour la consultation, 1 euro pour une précédente consultation et 9 euros pour plusieurs boîtes de médicaments. Au total, 11 euros ont été retenus sur la somme versée, d'où les 5,10 euros restants.

7 Complétez la dernière ligne du tableau afin de trouver quelle somme restera à la charge du patient après une consultation chez un dermatologue qui lui a coûté 38 euros (dépense 3).

8 Savez-vous comment sont complétés les remboursements effectués par l'assurance maladie ?

Le ticket modérateur peut être pris en charge par un autre dispositif qui vient compléter les remboursements effectués par l'assurance maladie : il s'agit des organismes de complémentaire santé.

Activité 5 Tous couverts ?

Objectifs ➤ présenter le dispositif de couverture maladie pour tous ;

➤ mettre en évidence la nécessité d'une couverture maladie universelle.



Doc 13 La couverture maladie universelle (CMU)

La loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle met en place, à compter du 1^{er} janvier 2000, deux droits fondamentaux pour l'accès aux soins :

➤ un droit immédiat à l'assurance maladie pour toute personne en résidence stable et régulière sur le territoire, aussi bien métropolitain que dans les DOM ;

➤ un droit pour les plus défavorisés, sous condition de ressources, à une couverture complémentaire gratuite, avec dispense d'avance des frais (« tiers payant »).

Le premier volet, pour la couverture de base, améliore l'accès aux soins pour les personnes en situation de grande exclusion, mais aussi pour de nombreuses personnes momentanément ou durablement dépourvues de droit à l'assurance maladie. Il simplifie également nombre de situations, en posant le principe de la continuité des droits : une caisse ne pourra cesser de verser les prestations que si une autre caisse prend le relais à un autre titre ou si l'assuré quitte le territoire national. Le second volet, la création d'une couverture complémentaire gratuite, au titre de la solidarité nationale, s'ajoute à la prise en charge des soins par l'assurance maladie. Cette réforme touche les 10 % les plus défavorisés de la population, répondant à des critères de ressources et de résidence.

www.securite-sociale.fr

mon parcours d'assuré

Comment m'informer au mieux ?

Je me connecte sur **ameli-direct.fr** pour choisir le professionnel de santé qu'il me faut avant de consulter.

J'appelle un conseiller de ma caisse d'assurance maladie pour être accompagné(e) dans mes démarches au 0646. Prendre un rendez-vous dès qu'un point de contact est possible.

J'obtiens toutes les informations sur la CMUC sur **ameli.fr** L'ASSURANCE MALADIE EN LIGNE

BIEN GÉRER MA SANTÉ AVEC LA CMUC

Assurance Maladie

Dépliant d'information de l'assurance maladie sur la CMU complémentaire.

Doc 14 – L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU

La moitié des ménages bénéficiaires déclarent avoir renoncé à des soins avant la mise en place de la CMU. Une question essentielle est bien sûr de savoir dans quelle mesure la CMU a effectivement facilité l'accès aux soins de ses bénéficiaires. Des premiers éléments de réponse sont donnés par l'analyse de leurs dépenses remboursées qui montrent, en montant comme en structure, un rapprochement des dépenses des bénéficiaires de la CMU de celles de l'ensemble de la population, mais avec certaines différences qui demeurent. L'enquête réalisée en novembre 2000 auprès d'un échantillon de bénéficiaires permet d'aller plus loin dans l'analyse. Elle permet en effet de comparer globalement les renoncements aux soins déclarés par les bénéficiaires avant et après l'obtention de la CMU [...]. Globalement, plus d'un ménage bénéficiaire

de la CMU sur deux interrogé fin 2000, déclare avoir, auparavant, renoncé à au moins un soin pour des raisons financières.

Les renoncements auxquels les bénéficiaires de la CMU dans leur ensemble ont été contraints étaient plus fréquents pour les soins mal remboursés par la Sécurité sociale et entraînant un reste à charge considéré comme important. Ils concernaient ainsi principalement les soins dentaires (31 %), l'optique (25 %), les prothèses dentaires (19 %) et la consultation de spécialistes (10 %). Pour les soins de premier recours, les consultations de médecins généralistes et les médicaments, les renoncements déclarés étaient moins fréquents ; ils concernaient respectivement 6 % et 5 % des ménages interrogés.

www.drees.sante.gouv.fr

1 Expliquez le choix de l'adjectif « universelle » pour qualifier le dispositif de la CMU (doc. 13).

Le terme « universelle » renvoie à l'idée que toute la population est couverte. Cet adjectif est utilisé pour qualifier la CMU car son dispositif vise précisément à permettre aux personnes ne remplissant pas les conditions d'accès à l'assurance maladie d'être protégées.

2 Comparez les deux volets de la CMU (doc. 13).

Le premier volet de la CMU correspond à une couverture de base. C'est l'équivalent de la couverture de l'assurance maladie mais pour des personnes qui ne remplissent pas les conditions pour en bénéficier. Le second volet, quant à lui, correspond à une couverture complémentaire venant s'ajouter aux remboursements de la couverture de base. Ce volet n'est accordé que sous condition de ressources.

3 Précisez quelles sont les personnes qui peuvent bénéficier de la CMU.

Le volet de base de la CMU concerne les personnes qui ne remplissent pas les conditions d'ouverture des droits à l'assurance maladie, c'est-à-dire qu'elles ne travaillent pas et qu'elles ne sont pas ayants droit d'un travailleur.

Le volet complémentaire concerne deux catégories de personnes. D'une part, les personnes qui bénéficient de la CMU de base vont presque toutes bénéficier également de la CMU-C. D'autre part, les bénéficiaires de l'assurance maladie pourront bénéficier de la CMU-C lorsque leurs revenus sont inférieurs au plafond fixé.

4 Montrez qu'il était nécessaire de mettre en place un dispositif visant à l'universalité de la couverture maladie (doc. 13 et 14).

Avant la création de la CMU, de nombreuses personnes renonçaient à se soigner pour des raisons financières. Les personnes qui ne travaillaient pas ne remplissaient pas les conditions d'ouverture des droits à l'assurance maladie ; elles devaient donc financer leurs soins. Depuis 1999, elles peuvent bénéficier des mêmes remboursements que les autres pour leurs dépenses de soins. D'autre part, avant cette loi, les actifs dont les ressources ne leur permettaient pas l'acquisition d'une complémentaire santé, renonçaient également à certains soins faute de pouvoir payer le ticket modérateur. La création des deux volets de la CMU était donc nécessaire pour lutter contre le renoncement aux soins.

Je construis ma synthèse

Le principe d'universalité s'applique-t-il dans la prise en charge du risque maladie par le régime général ?

Au vu des conditions d'ouverture des droits, on pourrait conclure que le principe d'universalité ne s'applique pas dans la prise en charge du risque maladie par le régime général. En effet, les personnes qui ne travaillent pas et qui ne cotisent pas en sont exclues. Mais avec la mise en place de la CMU, ces mêmes personnes peuvent aujourd'hui bénéficier d'une couverture de base. On peut donc dire que le principe d'universalité est mis en œuvre dans la prise en charge du risque maladie.

Le jour du bac

Quel chemin pour l'accès aux soins ?

Qu'ils émanent du mouvement mutualiste ou associatif, de chercheurs en économie de la santé ou de professionnels de santé, études et rapports récents sur le thème de l'accès aux soins en font tous état : les inégalités s'accroissent. Déserts médicaux en zones rurales et périurbaines, dépassements d'honoraires, délais d'attente pour les consultations en ville ou à l'hôpital public dans certaines spécialités (singulièrement raccourcis dans le cadre de consultations que des praticiens y donnent à titre privé, ce qui crée un système à deux vitesses), difficultés d'accès à une complémentaire santé, augmentation du reste à charge, des forfaits et franchises... Autant d'obstacles faisant que le renoncement aux soins n'est plus un phénomène marginal. Selon l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) réalisée tous les deux ans par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), 15,4 % des personnes de dix-huit ans et plus ont déclaré, en 2008, avoir renoncé à se soigner pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. [...]

Un système à deux vitesses

Les experts datent de 2000 la dégradation du système. Le taux de remboursement, qui augmentait jusque-là, s'est alors stabilisé. Puis, il a décliné, avec

pour effet la progression du reste à charge : l'assurance maladie ne rembourse plus aujourd'hui que 50 % des soins courants. Les difficultés d'accès aux soins pour des raisons financières touchent des populations de plus en plus larges, « notamment des familles aux revenus modestes ou moyens », observe Didier Tabuteau, responsable de la chaire santé de Sciences Po. Pour Didier Tabuteau, il existe une tentation idéologique d'une dérive à l'américaine, remettant en cause l'idée d'une assurance maladie universelle avec un système à deux vitesses : « D'un côté, un régime général où le reste à charge se fait sans cesse plus important et, dans le même temps, la mise en place de dispositifs de protection des populations les plus défavorisées. » Un filet de sécurité pour les plus modestes, la débrouille avec les complémentaires pour les autres, en somme.

Garantir l'accès aux soins sur tout le territoire

Au centre du système : un parcours de santé imposé et organisé avec un médecin traitant, suivi par un patient cotisant à un régime obligatoire et complémentaire, mais initialement mal remboursé.

I. Guardiola, *Valeurs mutualistes* n° 280, septembre-octobre 2012

Sujet Antilles, session juin 2014

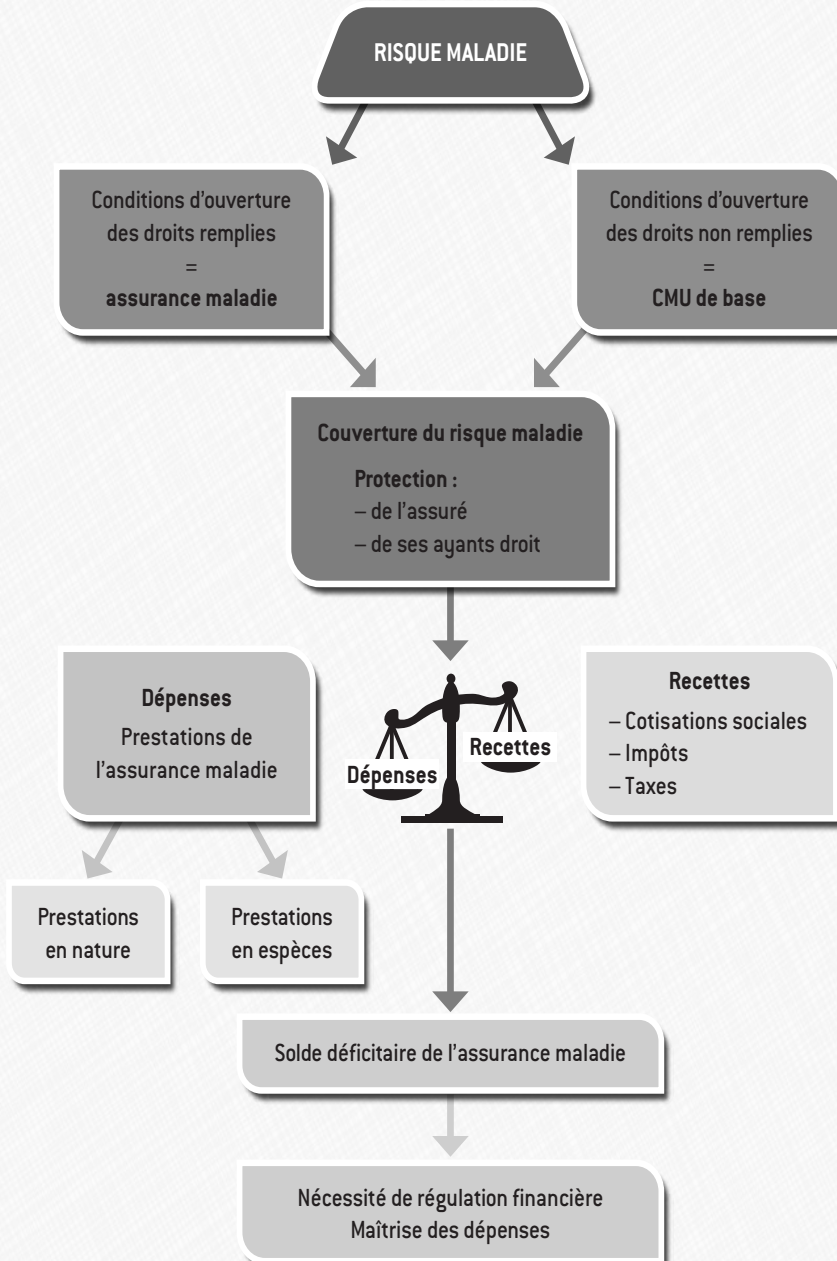
→ Le dispositif français de prise en charge du risque maladie doit permettre à toute personne, même en situation précaire, d'accéder aux soins. Montrer les limites de ce dispositif.

Synthèse

ATT

11

La prise en charge du risque maladie par le régime général



Les enquêtes par échantillon

ATM

11

Pour faire le lien avec l'ATT

Dans le cadre des enquêtes, le choix de la population interrogée est important. La construction d'un échantillon est souvent nécessaire. Les résultats présentés dans le **doc. 13** de la partie thématique de ce chapitre ont été obtenus grâce à une enquête réalisée auprès d'un échantillon.

Activité 6 La construction d'un échantillon

- Objectifs
- présenter les notions d'échantillon et de représentativité des personnes interrogées ;
 - repérer les différentes manières de construire un échantillon ;
 - comprendre l'intérêt de faire porter une enquête sur un échantillon.



Doc 15 Les enquêtes qualitatives réalisées sur la CMU

L'enquête auprès des bénéficiaires de la CMU complémentaire

La Drees a effectué une enquête auprès d'un échantillon de 3 000 ménages bénéficiaires de la CMU complémentaire. L'échantillonnage a été réalisé à partir des fichiers d'assurés des caisses d'assurance maladie des trois principaux régimes (régime général, régime agricole et régime des professions indépendantes) bénéficiaires de la CMU au 30 juin 2000, en tenant compte de la distinction entre anciens bénéficiaires de l'aide médicale et nouveaux bénéficiaires.

L'enquête s'est déroulée de fin novembre 2000 à fin janvier 2001, dans 14 départements.

Les questions ont été posées en face-à-face à une seule personne, répondant pour l'ensemble du ménage. L'enquête porte principalement sur quatre thèmes :

- les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, statut professionnel, revenus perçus au cours du mois) des personnes du ménage ;

- les modalités d'accès à la CMU, et notamment la constitution du dossier ;
- l'accès aux soins : renoncement à des soins pour des raisons financières avant de bénéficier de la CMU, et soins commencés depuis ;
- l'opinion sur la CMU et les relations avec les professionnels de santé.

L'enquête « Santé et protection sociale » du CreDES

Le CreDES effectue tous les deux ans une enquête auprès d'un échantillon aléatoire représentatif de 8 000 ménages (soit environ 20 000 personnes). L'enquête porte principalement sur la consommation de soin et l'assurance maladie (notamment complémentaire) ; elle contient un descriptif socioéconomique (revenus, mode de vie) ainsi qu'un questionnaire de santé, destinés à rapporter les consommations à des facteurs objectifs. L'enquête s'est déroulée en deux vagues : février-mars 2000, puis septembre-novembre 2000.

Drees, *Études et résultats* n° 294, mars 2004, www.drees.sante.gouv.fr

1 Expliquez avec vos propres mots ce qu'est un échantillon dans le cadre d'une enquête.

Un échantillon est une partie d'un ensemble. Parmi le groupe de personnes concernées par une enquête, on isole un plus petit groupe de personnes qui seront interrogées. Cela permet d'obtenir des résultats proches de ceux qui auraient été obtenus si le groupe entier avait été interrogé.

Doc 16 — L'échantillon de l'enquête « Santé et protection sociale » du CreDES

L'enquête ESPS est [...] réalisée à partir d'un échantillon de bénéficiaires majeurs de l'assurance maladie représentatif des bénéficiaires majeurs (ouvrants droit ou ayants droit) des régimes d'assurance maladie inclus dans le champ de l'enquête ESPS en 2012 : la CNAMTS, le RSI et la MSA, soit environ 85 % du champ. Nous l'appellerons « échantillon des bénéficiaires sélectionnés ».

L'enquête ESPS constitue ainsi des échantillons de bénéficiaires sélectionnés, de ménages et de personnes (membres des ménages) que nous rendons représentatifs de la

population de France métropolitaine, vivant en ménage ordinaire, à l'aide de pondérations appropriées.

Les unités statistiques de l'enquête ESPS sont donc les suivantes : les bénéficiaires sélectionnés sont les bénéficiaires majeurs tirés au sort dans les régimes inclus dans le champ de l'enquête ESPS, en 2012 la CNAMTS, la MSA et le RSI.

Irdes, Enquête sur la santé et la protection sociale 2012,
www.irdes.fr

2 Présentez les caractéristiques des groupes de personnes interrogées dans le cadre des deux enquêtes (doc. 15 et 16).

Échantillon de l'enquête de la Drees : 3 000 ménages bénéficiaires de la CMU complémentaire, assujettis aux trois principaux régimes de Sécurité sociale et interrogés dans 14 départements.

Enquête du CreDES : 8 000 ménages bénéficiaires de l'assurance maladie, assujettis aux trois principaux régimes de Sécurité sociale et tirés au sort.

3 Après avoir cherché le sens des mots en bleu dans le doc. 15, expliquez pourquoi l'échantillon de l'enquête du CreDES est appelé « échantillon aléatoire représentatif ».

Est « aléatoire » ce qui dépend d'un élément incertain et soumis au hasard.

Est « représentatif » ce qui fait apparaître convenablement les caractéristiques d'un ensemble. L'échantillon de l'enquête est aléatoire car les personnes ont été tirées au sort. Il est considéré comme représentatif car les ménages choisis ont les mêmes caractéristiques que la population concernée par cette enquête. Par exemple, les personnes interrogées relèvent des trois principaux régimes, afin que le même type de personnes soit retrouvé dans l'échantillon.

4 Expliquez l'intérêt de construire un échantillon.

Faire une investigation sur un échantillon de la population concernée par l'enquête évite d'interroger l'intégralité de cette population. En prélevant une partie représentative de cette population, on obtient des résultats sans avoir à interroger toute la population de référence.

Activité 7 Les études de cohorte

- Objectifs
- ◆ présenter les notions de cohorte et d'enquête longitudinale ;
 - ◆ comprendre l'intérêt des enquêtes longitudinales.



Doc 17 — Les cohortes : intérêts, rôles et positions de l'InVS

Les études de cohorte consistent à observer la survenue d'événements de santé dans le temps au sein d'une population définie. Elles permettent, notamment, d'évaluer les liens entre des facteurs dits d'exposition (démographiques, biologiques, comportementaux, environnementaux, génétiques...) d'une part et la survenue d'événements de santé

(maladie, marqueur biologique...) d'autre part. Développées principalement dans une perspective de recherche étiologique, elles permettent de maîtriser un certain nombre de biais qui affectent les autres méthodes de recherche épidémiologique observationnelle et apportent ainsi des arguments sur l'éventuelle relation causale entre les

Doc 17

→ expositions et les événements de santé mesurés. Elles sont devenues un outil irremplaçable pour étudier les effets sur la santé d'expositions peu fréquentes ou impossibles à évaluer correctement de manière rétrospective. Elles sont cependant lourdes et coûteuses à mettre en place.

Une étude de cohorte est un type d'enquête qui consiste à suivre dans le temps une population définie et de comparer l'incidence d'un événement (ex. : mortalité ou morbidité) observée dans un ou plusieurs groupes d'individus définis

en fonction de critères (âge, profession, conditions de vie, exposition à certains facteurs). Selon l'Institut de santé publique (institut de recherche en santé publique de l'Inserm), une cohorte peut être définie de la manière suivante : « C'est une étude qui repose sur le suivi des sujets y participant selon un protocole préétabli. Elle a pour but de décrire les circonstances de survenue et l'évolution des maladies. »

« Les cohortes : intérêt, rôle et position de l'InVS », opac.invs.sante.fr

1 À partir de vos connaissances et du doc. 17, proposez une définition du mot « cohorte ».

Une cohorte est un groupe de référence composé de personnes qui répondent à des critères prédéfinis et qui sont suivies dans le temps.

Doc 18 – La cohorte « Sirs »

Pour les analyses présentées ici, nous nous sommes appuyés sur une enquête socio-épidémiologique auprès d'une cohorte représentative en population générale : la cohorte « Santé, inégalités et ruptures sociales » (Sirs). Elle est menée auprès d'un échantillon représentatif des adultes francophones vivant à Paris et dans les trois départements de sa première couronne : les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne. En épidémiologie sociale, il s'agit de la première cohorte représentative constituée pour l'étude des déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, surreprésentant les quartiers en difficulté et recueillant, au cours de questionnaires menés en face-à-face, un nombre important de caractéristiques sociales et sanitaires. Les quartiers dans lesquels résident les personnes enquêtées ont été distingués selon la situation socioprofessionnelle moyenne de leurs habitants. De façon conjointe, le classement en tant que zone urbaine sensible (Zus) a aussi été pris en compte. En effet, ce classement établi pour

la politique de la ville est censé cibler les quartiers où se concentrent des difficultés importantes, sur le plan socio-économique notamment. Si la limite de la cohorte Sirs sur laquelle s'appuient nos analyses est de n'être, par construction, représentative que de l'agglomération parisienne, son atout [...] est de s'inscrire dans une dimension longitudinale future. Après un second passage téléphonique en 2007 (18 mois après leur inclusion, en 2005), les personnes incluses dans cet échantillon vont être réinterrogées de façon détaillée au cours du premier trimestre 2009. Les changements observés en trois ans dans la situation sociale et sanitaire des personnes seront riches d'enseignements, notamment sur la situation particulière des habitants des Zus et des quartiers défavorisés et, plus généralement, sur l'évolution des disparités territoriales de santé dans l'ensemble de l'agglomération parisienne.

« Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne », www.programme-sirs.org

2 Expliquez la phrase en bleu dans le doc. 18.

L'enquête s'inscrit dans une dimension longitudinale car elle s'inscrit dans le temps. Elle se déroule sur une période donnée, durant laquelle les mêmes personnes vont être interrogées plusieurs fois.

3 Expliquez l'intérêt de la constitution d'une cohorte dans le cadre d'une enquête longitudinale.

Les enquêtes longitudinales permettent de suivre une cohorte sur une période donnée.

Ce type d'enquête permet d'étudier l'évolution d'un ou plusieurs phénomènes dans le temps, ainsi que d'apprécier ces phénomènes à différentes périodes. Ces enquêtes sont très utiles en épidémiologie, car elles permettent d'identifier les liens entre certains facteurs et l'apparition de problèmes de santé. Les personnes étant interrogées plusieurs fois, si une évolution est constatée, il est possible de l'attribuer à un facteur lié au développement ou à l'environnement des personnes.

4 Connaissez-vous le nom des enquêtes de courte durée destinées à appréhender, au contraire, des phénomènes présents au moment de l'enquête ?

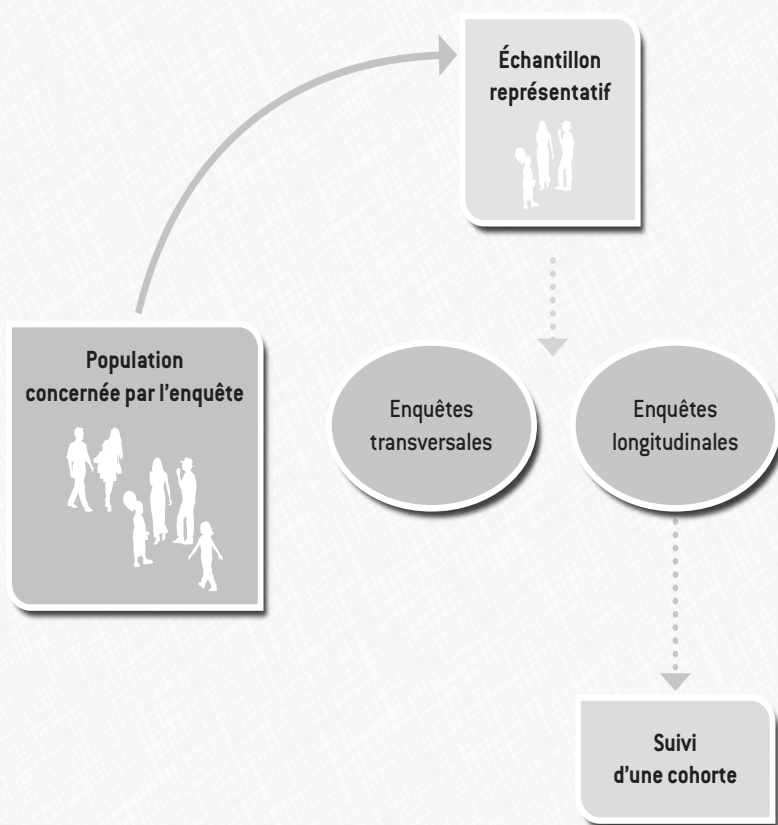
Les enquêtes transversales.

Synthèse

ATM

11

Les enquêtes par échantillon



ATT 11

La prise en charge du risque maladie par le régime général

INTENTIONS PÉDAGOGIQUES

Ce chapitre est le prolongement des chapitres 8, 9 et 10. Il affine les éléments abordés lors de la présentation des risques sociaux, de la protection sociale et de la Sécurité sociale.

Ce chapitre ne présente pas de difficulté particulière en matière d'analyse. En revanche, certaines notions et certains mécanismes peuvent paraître complexes en première lecture. Ces éléments nécessiteront une explication minutieuse, à l'aide d'exemples et de schémas afin d'en faciliter la compréhension.

LE « JOUR DU BAC » : ÉLÉMENTS DE CORRIGÉ

Le dispositif français de prise en charge du risque maladie doit permettre à toute personne, même en situation précaire, d'accéder aux soins. Montrer les limites de ce dispositif.

• Les attentes

Il est demandé aux élèves de montrer les limites des dispositifs de prise en charge du risque maladie. Cette démonstration devra être structurée et illustrée à l'aide d'éléments extraits du document fournis et des documents complémentaires qu'il est possible d'ajouter à ce sujet.

- La maîtrise des connaissances :

Ce sujet nécessite de connaître les dispositifs en question, bien qu'on ne leur demande pas de les détailler. Mais une bonne analyse des limites ne peut néanmoins se faire que si le fonctionnement des dispositifs est compris. D'autre part, le document fourni ne liste pas les limites de manière exhaustive, l'élève doit donc compléter sa réponse à l'aide de ses connaissances.

Certaines notions pourront également être réinvesties, comme par exemple : couverture de base et couverture complémentaire, conventionnement des professionnels de santé, prestations contributives et non contributives, principes d'assurance, d'assistance et d'universalité, droit à la santé.

- L'analyse du sujet :

Le document fourni met clairement en évidence les obstacles que rencontrent les différents dispositifs. Il faut donc être vigilant pour éviter la simple paraphrase. Chaque idée reprise devra être développée et accompagnée d'illustrations.

De plus, les limites ne doivent pas être présentées dans l'ordre dans lequel elles apparaissent dans le document. Elles devront être structurées et classées, soit par thème, soit par dispositif (cette dernière possibilité risque néanmoins d'alourdir la réponse à cause des répétitions).

- L'argumentation :

Il n'est pas attendu que l'élève propose une liste exhaustive des limites. Il est en revanche indispensable qu'à ce stade de l'année sa réponse soit organisée. Chaque catégorie de limites doit être développée et suffisamment illustrée afin de permettre l'argumentation. Il s'agit en effet d'une question qui nécessite que chaque idée soit accompagnée d'une justification personnelle, afin d'expliquer clairement en quoi le phénomène relevé empêche le dispositif d'être pleinement efficace. L'élève doit donc à chaque fois faire le lien entre le dispositif, sa présentation et son ou ses obstacles.

• Exemple de corrigé possible

Le dispositif français de prise en charge du risque maladie est vaste et doit permettre à toute personne d'accéder aux soins. De nombreuses mesures ont été mises en place afin de favoriser l'accès aux soins des plus démunis. L'État français a tenté de lutter contre les inégalités d'accès aux soins grâce à trois dispositifs : la CMU, l'AME et les PRASS. L'État français tente donc de résorber le problème des inégalités d'accès aux soins. Malheureusement, les dispositifs créés présentent des imperfections qui limitent l'efficacité des mesures et qui les empêchent d'être pleinement effectives.

Ces dispositifs ont été mis en place dans le but d'améliorer les conditions d'accès aux soins pour les plus démunis, mais de nombreuses limites existent et font obstacle à leur bon fonctionnement.

Tout d'abord, le principal dispositif reçoit des critiques : l'assurance maladie rembourse de moins en moins bien et de plus en plus de professionnels exercent en secteur 2 alors que le remboursement se fait sur la base du secteur 1, ce qui occasionne des dépassements d'honoraires.

D'autre part, de nombreuses irrégularités de certains dispositifs empêchent les mesures d'atteindre leurs objectifs. Par exemple, on constate que la CMU ne couvre pas toutes les personnes qui en éprouvent le besoin et notamment, elle exclut les personnes en situation irrégulière. Il se trouve également que de trop nombreux professionnels de santé refusent de recevoir des usagers bénéficiant de la CMU ou de l'AME. Ce refus n'est pas légitime et limite l'efficacité de deux dispositifs car les bénéficiaires ne pourront pas être soignés par le professionnel de leur choix, ce qui est une forme de discrimination. D'autre part, certains Centres communaux d'action sociale refusent de procéder à la domiciliation des personnes sans domicile alors qu'il s'agit d'une obligation. Cette illégalité empêche par exemple les sans domicile fixe de constituer un quelconque dossier pour demander une aide ayant pour condition le lieu de domicile. De plus, le principe de la déclaration sur l'honneur est remis en question et les personnes désirant bénéficier de l'AME sont parfois obligées de rapporter des preuves officielles pour attester de leurs revenus ou de leur domicile, ce qui alourdit davantage les démarches. Certaines caisses réclament même illégalement les ressources des personnes qui hébergent le demandeur de l'AME, rendant encore plus difficile son obtention.

On constate aussi que les dispositifs sont trop contraignants et que cette rigidité empêche certaines personnes de bénéficier des aides qui existent. La complexité du système français, les démarches contraignantes et les conditions très strictes de certaines aides rendent les dispositifs existants parfois inaccessibles. Certains patients évoquent des difficultés administratives pour expliquer leurs problèmes d'accès aux soins. Les associations parlent même de « parcours du combattant » pour évoquer les démarches administratives qui empêchent les individus de bénéficier d'aides auxquelles ils ont pourtant droit. Les démarches peuvent en effet souvent apparaître longues avec l'apport de nombreuses pièces justificatives, ce qui peut rebuter certains bénéficiaires potentiels. Par ailleurs, l'effet « plafond » de la CMU-C empêche des personnes ayant un revenu très légèrement supérieur au plafond fixé de bénéficier du volet complémentaire. Toutes ces rigidités évincent de nombreuses personnes du système en ne leur permettant pas de recevoir les aides auxquelles elles ont droit.

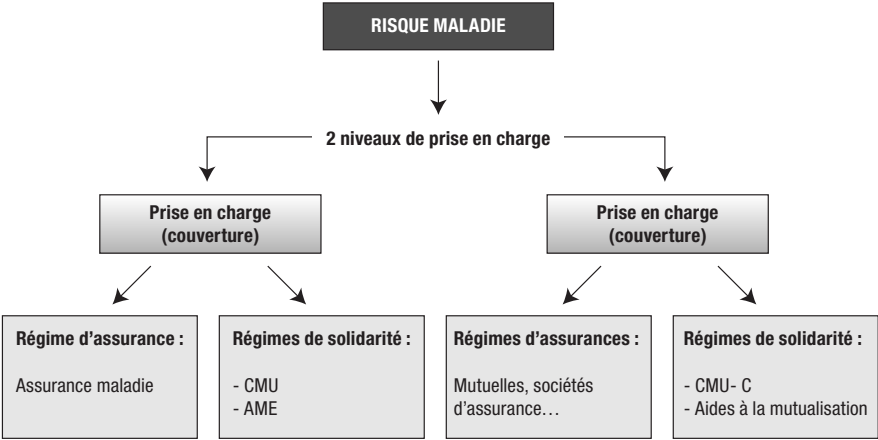
Enfin, ce sont également des difficultés d'informations qui entachent ces dispositifs. En effet, nombreuses sont les personnes qui rencontrent des difficultés pour accéder aux soins à cause de leur méconnaissance des droits. Certaines ne connaissent pas les structures d'aide à l'accès aux soins. Si ces personnes n'ont pas connaissances des aides qui existent et des structures pouvant les aider, il est normal qu'elles ne puissent pas en bénéficier. L'obstacle de la langue empêche également de nombreux patients d'accéder aux soins. Une mauvaise maîtrise du français ne permet pas à ces personnes de connaître l'existence des aides, et représente alors un handicap supplémentaire dans ces lourdes démarches.

Les inégalités d'accès aux soins représentent un phénomène multifactoriel qui touche principalement des personnes en grande précarité. L'État français tente d'y remédier car ce problème de santé publique aggrave leur état de santé. Les dispositifs créés ne sont malheureusement pas parfaits et de nombreuses limites persistent. Il appartient pourtant à l'État de corriger ces obstacles par des actions plus efficaces afin que tous les individus aient les mêmes chances d'atteindre un « état de complet bien-être physique, mental et social » (OMS, 1946).

SYNTHÈSE RÉDIGÉE

Le risque maladie présente une particularité : il est pris en charge par de nombreux organismes et donc selon plusieurs techniques. On peut les classer de plusieurs manières. Une première classification peut se faire en fonction du niveau de couverture : une couverture de base (assurance maladie et CMU de base) par opposition à une couverture complémentaire (organismes de protection complémentaire et CMU-C). Une deuxième classification peut également se faire en fonction de la technique de prise en charge utilisée : les régimes d'assurance (régimes d'assurance maladie et organismes complémentaires) par opposition aux régimes de solidarité (CMU de base, CMU-C, AME et aides à la mutualisation). Le risque maladie repose donc sur les deux techniques : l'assurance et l'assistance.

Présentation générale : une large prise en charge pour un même risque



En France, la couverture de base du risque maladie se décompose elle-même en deux logiques car l'assurance et l'assistance cohabitent. On la qualifie donc d'« universelle » car la grande majorité de la population est protégée contre le risque maladie. Les régimes d'assurances reposent sur la prise en charge d'un risque en contrepartie du versement de cotisations à des organismes. Il s'agit de l'assurance maladie obligatoire. Les travailleurs cotisent pour bénéficier de cette protection : il s'agit donc d'un système contributif. L'affiliation à l'assurance maladie est obligatoire. Les régimes de solidarité, quant à eux, sont des régimes financés par l'État, qui permettent le versement de prestations non contributives et qui utilisent la technique de l'assistance. Le droit à la santé suppose que tous les individus doivent pouvoir accéder aux soins et à la prévention, quels que soient leurs revenus ou leur nationalité. Pour garantir ce droit et pour répondre au principe d'universalité, il fallait donc que tous les individus puissent être protégés contre les conséquences de la maladie. De nouveaux dispositifs ont donc été créés, comme notamment la CMU et l'AME. L'Aide médicale d'État est un dispositif qui permet

l'accès aux soins grâce à une prise en charge à 100 % des soins médicaux et du forfait hospitalier, sans avance des frais. Elle concerne les personnes ne remplissant pas les conditions pour recevoir la CMU : les personnes sans domicile fixe et les étrangers sans titre de séjour, à condition que leurs ressources ne dépassent pas un certain plafond et qu'elles soient sur le territoire depuis au moins 3 mois (sauf si la gravité de leur état de santé le justifie).

L'AME est financé par l'État et gérée par l'assurance maladie, elle fait partie de l'aide sociale. Elle joue aussi un rôle en termes de santé publique car elle évite que des affections contagieuses non soignées ne se propagent dans la population. On peut donc dire qu'elle a un double objectif : humanitaire et social.

I. L'organisation de l'assurance maladie

Activité 1. L'organisation administrative de l'assurance maladie

La situation de l'assurance maladie est de plus en plus préoccupante, c'est pour cela que les pouvoirs publics ont engagé une importante réforme. En octobre 2003, la France a créé le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Il est chargé d'évaluer la situation et de proposer des réformes. La loi du 13 août 2004 a instauré une nouvelle « gouvernance » qui fait intervenir de nombreux acteurs. Cette organisation met l'accent sur la responsabilité de chaque acteur dans l'équilibre financier de l'assurance maladie et vise à permettre une gestion plus efficace.

La « gouvernance » est un terme qui décrit le fonctionnement du système de Sécurité sociale qui met en relation de multiples acteurs : État, caisses, usagers, professionnels, etc. La gouvernance suppose qu'il y ait coopération, négociation et interaction entre les acteurs. Parmi les acteurs qui participent à cette gouvernance, on trouve :

- l'État (Parlement et gouvernement) ;
- la HAS (Haute Autorité de santé) ;
- l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie) ;
- l'UNOC (Union nationale des organismes complémentaires) ;
- l'UNPS (Union nationale des professionnels de santé) ;
- le CEPS (Comité économique des produits de santé) ;
- le Conseil de l'hospitalisation.

La gestion se fait par les caisses :

- au niveau national : la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés) et l'UNCAM (pour le recouvrement) ;
- au niveau régional : les CARSAT (Caisses d'assurance retraite et de santé au travail) et les URCAM pour le recouvrement (Caisses régionales des caisses d'assurance maladie) ;
- au niveau local : les CPAM (Caisses primaires d'assurance maladie).

La place du patient est devenue centrale. Il est au cœur de cette organisation car la plupart des actions sont dirigées vers lui : les professionnels le soignent, les industries pharmaceutiques lui fournissent des médicaments, les organismes de Sécurité sociale lui versent des prestations et les pouvoirs publics veillent au respect de son droit à la santé.

Quant aux professionnels, ils sont fortement impliqués dans le fonctionnement de l'assurance maladie, notamment par le système des conventions médicales.

Activité 2. L'organisation financière de l'assurance maladie

C'est la CNAM qui gère le budget de l'assurance maladie. Ce budget est fortement déficitaire. Les recettes (ou les sources de financement) sont identiques à celles de la Sécurité sociale. On constate que ce sont les cotisations qui représentent la place la plus importante dans le financement de l'assurance maladie.

Les dépenses comprennent : les dépenses de médecine de ville (remboursements des consultations, médicaments, etc.), les dépenses d'hospitalisation et les indemnités journalières.

La France dispose de deux outils pour contrôler les dépenses de l'assurance maladie :

- la LFSS (Loi de financement de la sécurité sociale) : votée chaque année par le Parlement ;
- l'ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance maladie) : fixé dans la LFSS.

Les réformes concernant l'organisation de l'assurance maladie avaient pour objectif d'améliorer son efficience. Le fait d'impliquer tous les acteurs et de les responsabiliser doit permettre d'améliorer la situation de l'assurance maladie. Par exemple, les professionnels cherchent à limiter les soins injustifiés et les patients sont responsabilisés par le parcours de soins coordonnés et les franchises médicales.

II. Les prestations de l'assurance maladie

Activité 3. Les conditions d'ouverture des droits

L'expression « ouverture des droits » désigne l'opération par laquelle un bénéficiaire va pouvoir commencer à recevoir des prestations lorsqu'il remplit les conditions. Pour bénéficier des prestations de l'assurance maladie, il faut avoir travaillé un certain nombre d'heures. En effet, une durée de cotisation préalable est exigée, on parle aussi de durée minimum d'immatriculation.

Les bénéficiaires des prestations de l'assurance maladie sont : l'assuré et ses ayants droit. Les ayants droit sont les personnes qui bénéficieront des prestations de l'assurance maladie grâce à leur lien avec l'assuré (conjoint ou enfants à charge par exemple).

Les droits à l'assurance maladie font intervenir plusieurs notions : l'assujettissement, l'affiliation, et l'immatriculation.

- L'assujettissement désigne le fait d'être rattaché obligatoirement à un régime. Une personne salariée sera assujettie au régime général.
- L'affiliation désigne la démarche administrative par laquelle un assuré est rattaché à une caisse de Sécurité sociale qui lui versera des prestations (en fonction de son lieu de résidence).
- L'immatriculation est une simple opération administrative qui consiste à attribuer à l'assuré un numéro qui sera inscrit sur sa carte vitale.

Activité 4. Les différentes prestations de l'assurance maladie

L'assurance maladie a un double objectif : compenser la perte de salaire lorsque la santé empêche de travailler et compenser les dépenses de soins causées par l'état de santé. C'est pour répondre à ces deux objectifs qu'il existe deux types de prestations versées par l'assurance maladie.

• Les deux types de prestations

Les prestations en espèces sont des prestations versées pour remplacer la perte de salaire due à un arrêt de travail. On les appelle des indemnités journalières. Leur montant sera de 50 % du « gain journalier de base », c'est-à-dire la moitié du salaire moyen de l'assuré. En revanche, un délai de carence empêche le remboursement des trois premiers jours d'arrêt. Seuls les assurés peuvent percevoir les prestations en espèces, pas les ayants droit.

Remarque : lorsque l'entreprise qui emploie l'assuré a signé une convention collective, le salaire peut parfois être remboursé intégralement et le délai de carence peut être supprimé.

Une partie des dépenses liées à la maladie sera remboursée par l'assurance maladie.

Les prestations en nature sont des prestations qui couvrent les frais médicaux : consultations, achat de médicaments, examens, soins paramédicaux, et hospitalisation. Le taux de remboursement sera appliqué sur la base d'un tarif fixé par l'assurance maladie.

• Le « tarif de base »

Les dépenses ne sont pas remboursées de la même manière et des taux différents sont appliqués selon les soins. Par exemple : 70 % pour les consultations, 15 %, 30 % ou 65 % pour les médicaments (selon la couleur de la vignette). Ce taux se calcule par rapport au « tarif de base ». Il est fixé dans la convention médicale et correspond au montant sur lequel l'assurance maladie calculera le taux de remboursement. On l'appelle également « tarif conventionnel » ou « tarif de responsabilité ». Toute consultation qui serait supérieure au tarif de base sera un « dépassement d'honoraires ».

• Le conventionnement médical

Les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé ont signé des conventions nationales. Ces conventions contiennent une nomenclature des actes ainsi que leur taux de remboursement. Les médecins sont libres de fixer leurs honoraires. Dans tous les cas, les médecins doivent afficher leurs tarifs dans leur cabinet et la caisse d'assurance maladie diffuse une liste des médecins selon leur secteur.

Les médecins « conventionnés » sont ceux qui s'engagent à respecter la convention médicale. On distingue les médecins conventionnés de secteur 1, qui appliquent le tarif conventionnel (celui de la convention) et les médecins conventionnés de secteur 2 qui pratiquent des honoraires libres.

Ces derniers sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires mais de manière raisonnable avec « tact et mesure ». Le montant du dépassement ne sera pas remboursé par l'assurance maladie.

En revanche, les médecins « non conventionnés » sont ceux qui ont choisi de ne pas appliquer les tarifs de base. Ils pratiquent souvent d'importants dépassements d'honoraires.

• Le tiers payant

En principe, le patient doit payer directement les professionnels de santé et il se fera rembourser ensuite, c'est ce que l'on appelle le « paiement à l'acte ». Le système du tiers payant évite à l'assuré de faire l'avance des frais qui doivent lui être remboursés.

• Les sommes qui restent à la charge du patient :

- le ticket modérateur : qui correspond à partie des frais non remboursés par l'assurance maladie ;
- le forfait hospitalier : qui correspond aux frais d'hébergement ;
- la participation de 1 euro pour chaque consultation ou examen médical ;
- la franchise médicale de 50 centimes par boîte de médicament ou acte paramédical ;
- les sommes qui dépassent le tarif de base (dépassement d'honoraires) ;
- la différence de prix si le patient refuse un médicament générique ;
- une partie des consultations « hors parcours de soins » (moins bien remboursées).

En revanche, il y a exonération du ticket modérateur dans certains cas dérogatoires : ALD (affections de longue durée), grossesse, accidents de travail et maladies professionnelles ainsi que pour les bénéficiaires de la CMU.

Activité 5. Tous couverts ?

La loi instaurant la CMU fut votée Le 27 juillet 1999. Cette loi fait partie de la politique de lutte contre les exclusions consacrée par la loi du 29 juillet 1998. Ce dispositif se compose de deux volets : le volet de base et le volet complémentaire.

- Couverture : protège la personne car elle sera affiliée au régime général de la sécurité sociale.
- Maladie : concerne le risque maladie et les remboursements des frais médicaux.
- Universelle : tous les individus peuvent avoir accès aux soins même s'ils ne cotisent pas.

La CMU de base donne droit aux mêmes prestations que celles de l'assurance maladie versées par la CPAM : remboursement d'une partie des consultations, des médicaments, hospi-

talisation, etc. Elle concerne les personnes démunies qui ne travaillent pas, et donc qui ne cotisent pas (ou qui n'ont pas encore assez cotisé). Elle concerne également les personnes qui ne sont pas ayants droit d'un assuré. Il n'est pas exigé d'avoir cotisé pour bénéficier de la CMU.

Lorsqu'un individu bénéficie des deux volets de la CMU (CMU de base et CMU-C), la totalité de ses dépenses seront prises en charge et le système du tiers payant s'appliquera.

En conclusion, pour accéder aux soins, le recours à des organismes de protection complémentaire devient de plus en plus indispensable car l'assurance maladie diminue régulièrement ses remboursements. Des inégalités persistent. L'acquisition d'une mutuelle est parfois difficile pour certaines familles. Malgré l'existence de la CMU-C et des aides, certaines personnes n'accèdent encore pas aux soins de manière satisfaisante et sont parfois même obligées de renoncer à se soigner pour des raisons financières.

La protection maladie complémentaire

ATT

12

Activité de découverte

Objectif ● repérer les notions et les questionnements liés à la protection maladie complémentaire.



Doc 1 – La protection maladie complémentaire



Doc 2 – La couverture complémentaire santé

La Sécurité sociale n'est pas le seul acteur du système de financement des dépenses de santé. Les organismes complémentaires y participent également, selon une logique différente. L'accès différencié des différentes catégories de la population au marché de la complémentaire santé contribue aussi à accroître la multiplicité des formes de prise en charge.

Mais, à la différence de la couverture de base, la couverture complémentaire est beaucoup moins uniforme. Elle n'est pas généralisée, même si elle s'est largement diffusée, et procure des garanties différentes. Cet état de fait pose plusieurs problèmes majeurs, notamment celui du renoncement aux soins, celui d'un excès de dépenses, celui du taux d'effort des ménages et celui de la gestion du risque.

M.-C. Viez, FHP, documentation.fhp.fr, novembre 2010

1 Tous les soins sont-ils pris en charge par la Sécurité sociale ? Pourquoi ?

Non, d'autres acteurs financent les dépenses de santé : les organismes complémentaires. La Sécurité sociale ne pourrait pas supporter les dépenses de santé à elle seule.

2 Toute la population française bénéficie-t-elle d'une couverture maladie complémentaire ?

Non, la couverture maladie complémentaire n'est pas généralisée comme la couverture de base.

3 Indiquez alors les problèmes que les doc. 1 et 2 veulent mettre en avant.

Le doc. 1 met en avant le problème du coût des soins qui peut entraîner que l'on renonce à se soigner. Le doc. 2 soulève aussi d'autres problèmes : l'excès des dépenses d'assurance maladie et la gestion du risque maladie.

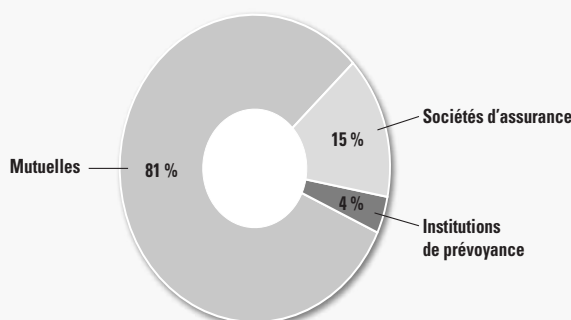
I La nécessité d'une protection maladie complémentaire

Activité 1 Les acteurs de la protection maladie complémentaire

Objectif • présenter les institutions de protection maladie complémentaire. 2h

Doc 3 Les organismes complémentaires santé

Le marché des complémentaires 2012



Drees

Doc 4 La différence entre société d'assurance, mutuelle et institution de prévoyance

Les sociétés d'assurance

Les sociétés d'assurance sont scindées entre les sociétés anonymes (Axa, Allianz, Generali, Aviva...) et les sociétés d'assurance mutuelle. Les sociétés anonymes d'assurance sont des entreprises de capitaux, leur objectif est la réalisation de bénéfices et la redistribution par la suite aux actionnaires. Elles sont régies par le Code des assurances. Elles proposent des tarifs différenciés qui peuvent varier en fonction des risques présentés par une personne, selon son âge, son sexe, son lieu d'habitation, son état de santé. D'autre part, il existe dans ce même groupe les sociétés d'assurances mutuelles. Aussi appelées mutuelles d'assurances (Maaf, Macif, MMA, Groupama...), il est important de ne pas les confondre avec les mutuelles (voir ci-après). Elles ont un statut de société civile sans but lucratif mais sont également régies par le Code des assurances.

Les mutuelles

Les mutuelles (la Mutualité française, la MGEN, la Mutuelle générale, les mutuelles professionnelles...) sont des sociétés de personnes à but non lucratif, immatriculées au registre national des mutuelles. Elles sont régies par le Code de la mutualité et particulièrement par le livre II de ce code. On les appelle aussi les « mutuelles 45 ». Elles ne rétribuent aucun actionnaire et se financent majoritairement grâce aux cotisations de leurs membres. Elles prônent des valeurs de solidarité, notamment en n'imposant aucun critère de sélection.

Les mutuelles d'assurance interviennent avant tout en matière de santé et sont longtemps restées attachées à des corporations ou des branches. Depuis quelques années, elles s'essaient à d'autres produits, liés notamment à la prévoyance (assurance incapacité, assurance décès, assurance dépendance).

Les institutions de prévoyance

Les institutions de prévoyance (AG2R la Mondiale, Malakoff-Médéric) sont des sociétés de personnes de droit privé et sont régies par le Code de la Sécurité sociale. Elles se différencient des sociétés d'assurance et des mutuelles par leur gestion paritaire, car elles sont fondées par accord entre les partenaires sociaux et des branches professionnelles. Elles assurent une égalité de représentation entre eux, les conseils d'administration sont constitués à parts égales de salariés et d'employeurs, qui décident ensemble de la gestion des risques de leurs collaborateurs.

Comme les mutuelles, les institutions de prévoyance (IP) sont des structures à but non lucratif qui ne font pas de sélection des assurés. Elles interviennent historiquement dans la couverture des risques de santé et de prévoyance pour des branches professionnelles, mais gèrent également certaines cotisations retraite de ces mêmes branches, par délégation de la Sécurité sociale.

E. Gardes, www.news-assurances.com, 6 juin 2012

1 Citez les organismes qui constituent la protection complémentaire santé (doc. 3).

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

2 Analysez la part de marché des organismes complémentaires santé (doc. 3).

En 2012, les mutuelles représentent 81 % des organismes complémentaires santé sur le marché ; viennent ensuite les sociétés d'assurance avec 15 % du marché et, enfin, les institutions de prévoyance qui représentent 4 % du marché.

3 Comparez ces organismes de protection complémentaire santé à l'aide du tableau suivant (doc. 4).

Organismes complémentaires Éléments de comparaison	Sociétés d'assurance	Mutuelles	Institutions de prévoyance
Statut juridique	Sociétés anonymes d'assurance ou sociétés d'assurances mutuelles = société civile sans but lucratif	Sociétés de personnes à but non lucratif	Sociétés de personnes de droit privé à but non lucratif
Objectif	Réalisation de bénéfices et redistribution aux actionnaires	Promotion des valeurs de solidarité en protection sociale par la couverture des risques de santé	Couverture des risques de santé et de prévoyance pour certaines branches professionnelles
Texte juridique régissant les obligations	Code des assurances	Code de la mutualité (livre II)	Code de la Sécurité sociale
Mode de gestion administrative et instance de gestion	Actionnaires ou branches professionnelles au CA	Branches professionnelles au CA	Gestion paritaire au CA entre partenaires sociaux et branches professionnelles = salariés et employeurs à part égale
Critères de sélection des assurés	En fonction des risques présentés par l'individu, de son âge, de son sexe, de son lieu d'habitation, de son état de santé	Aucun critère	Aucun critère de sélection

Activité 2 L'étude des prestations de protection maladie complémentaire

Objectifs • présenter la complémentarité entre les prestations de protection maladie complémentaire et les prestations d'assurance maladie de base.



Doc 5 — Comment se passe le remboursement d'une consultation chez le médecin ?

Chez le médecin



Vous présentez
votre carte vitale et
réglez votre consultation



Le médecin traitant
télétransmet votre feuille
de soins

Remboursement complémentaire

Remboursement de base

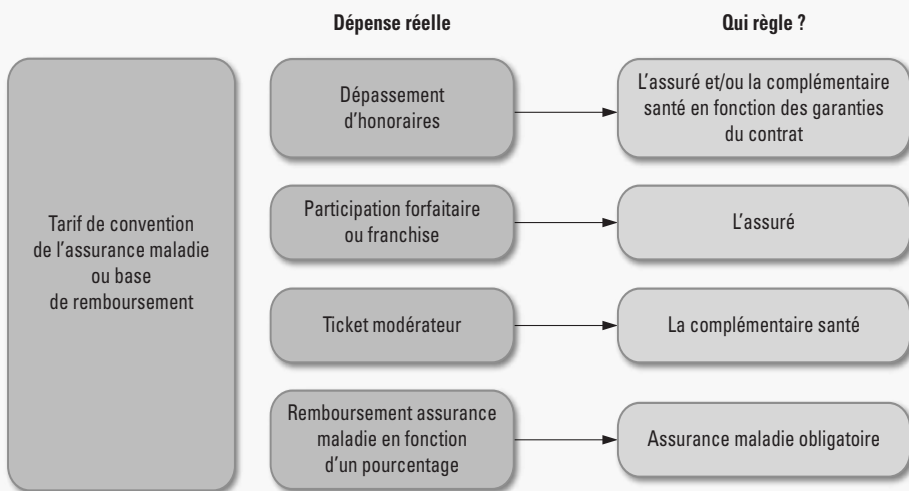
Régime
obligatoire

Mutuelle

Le régime obligatoire
télétransmet votre feuille
de soins

www.digischool.fr

Doc 6 — La structure du remboursement des frais de soins avec une complémentaire santé



corinnegobert.wordpress.com

Doc 7 – Un renoncement important aux soins en 2013**Renoncement à des soins pour des raisons financières**

En 2011

**Variation
2011-2013**

En 2013



↗ + 2,4

Net recul des consultations gynécologiques

Étudiantes n'ayant pas recours à un examen gynécologique



En 2011



En 2013

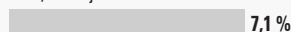
↗ + 4

Homme-femme : une différence de comportement vis-à-vis de la santé

	Hommes	Femmes
Consultation d'un médecin traitant	50,4 %	55,3 %
Attente que cela passe	52 %	55,3 %
Automédication	39,7 %	52,8 %
Demande de conseil à un pharmacien	8,6 %	14,4 %

13,4 % des étudiants ne sont pas satisfaits de leurs choix d'étude

Non, mais je vais continuer

**Total NON
en 2013**

Non, mais j'envisage de me réorienter

**13,4 %**

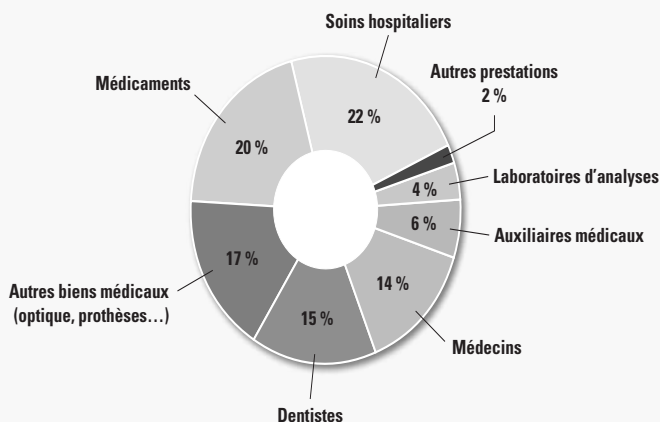
Méthodologie : enquête réalisée entre le 10 janvier et le 17 mars 2013. Échantillon composé de 50 000 étudiants sélectionnés de façon aléatoire par chaque mutuelle étudiante participant à l'enquête.

Les étudiants ont été interrogés par voie postale. Sur les 50 000 étudiants interrogés, 6 134 ont participé. Leurs réponses ont été traitées par l'Institut CSA.

EmeVia

Doc 8 – Les prestations versées par les organismes complémentaires

Prestations versées par les organismes complémentaires :
26,1 milliards d'euros en 2011

Comptes nationaux de la santé, 2011, www.senat.fr

1 Expliquez comment se passe le remboursement d'une consultation médicale (doc. 5). Que prend en charge la complémentaire santé (doc. 6) ?

Lors d'une consultation et après son règlement, le médecin télétransmet grâce à la carte vitale du patient la feuille de soins électronique à l'assurance maladie, qui elle-même se chargera de la télétransmettre à la mutuelle du patient.

La complémentaire santé prend en charge le ticket modérateur et le cas échéant, si le contrat le prévoit, le dépassement d'honoraires.

2 Que se passe-t-il alors si l'individu n'a pas d'assurance maladie complémentaire ? Et s'il en possède une, est-il totalement remboursé par celle-ci (doc. 6) ?

L'individu risque de renoncer aux soins s'il n'a pas d'assurance maladie complémentaire. Même s'il en possède une, il peut aussi renoncer à certains soins car, comme nous l'avons évoqué précédemment, le dépassement d'honoraires peut ne pas être pris en charge. De plus, les organismes complémentaires de santé ne remboursent pas la participation forfaitaire ou les franchises médicales.

3 Analysez alors la répartition des dépenses de santé. Que constatez-vous (doc. 6) ?

Les dépenses en santé sont réparties entre l'assurance maladie, l'assuré et la complémentaire santé. La complémentaire santé ne prend pas en charge le restant total dû par l'assuré : les montants forfaitaires ainsi que certains dépassements d'honoraires.

4 Que permet, pour les assurés, l'instauration de montants forfaitaires non pris en charge par l'assurance maladie ?

Les montants forfaitaires non pris en charge par l'assurance maladie permettent de responsabiliser l'assuré vis-à-vis des dépenses de santé.

5 Quel phénomène cela peut-il aussi entraîner (doc. 7) ?

Cela peut aussi entraîner un renoncement aux soins.

6 Analysez les prestations versées par les organismes complémentaires, en précisant les postes de dépenses les plus importants (doc. 8).

Les organismes complémentaires consacrent 22 % aux remboursements des soins hospitaliers, qui sont la plus grande part des dépenses. Viennent ensuite les dépenses en médicaments avec 20 %, suivies des autres biens médicaux avec 17 %, puis des consultations chez le dentiste avec 15 % et celles chez le médecin avec 14 %. Enfin, les dépenses d'auxiliaires médicaux avec 6 % et des laboratoires d'analyses avec 4 %.

Je construis ma synthèse

Expliquez les modalités de prise en charge des dépenses de santé : les acteurs de la prise en charge et leur remboursement à l'assuré et aux autres prestataires de soins.

Les acteurs de la prise en charge sont l'assurance maladie obligatoire ; les organismes d'assurance maladie complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance) ; et l'assuré lui-même. Un montant est remboursé par l'assurance maladie obligatoire à l'assuré ou aux prestataires de soins. L'organisme complémentaire rembourse le ticket modérateur à l'assuré ou aux prestataires de soins. L'assuré supporte le reste des dépenses, tels les dépassements d'honoraires, non pris en charge dans le cadre du contrat de la complémentaire santé, ainsi que les franchises et la participation forfaitaire.

II Les dispositifs : une caractéristique essentielle des organismes de protection sociale complémentaire

Activité 3 Les dispositifs non contributifs

Objectif ● présenter le dispositif non contributif. (2h)

Doc 9 Les dispositifs : la CMU-C et l'ACS

...SI VOUS AVEZ DES REVENUS ANNUELS PAR FOYER INFÉRIEURS À...

Revenu annuel par foyer	Nombre de personnes
18 153 €	pour 4 personnes
15 540 €	pour 3 personnes
12 967 €	pour 2 personnes
8 645 €	pour 1 personne
24 507 €	pour 4 personnes
21 006 €	pour 3 personnes
17 505 €	pour 2 personnes
11 670 €	pour 1 personne

...vous résidez en France depuis

...vous êtes en situation régulière

...VOUS AVEZ DROIT À...

...la prise en charge de vos soins pendant 1 an, pour votre foyer

C'EST LA CMU-C
Couverture Maladie Universelle Complémentaire

C'EST L'ACS
Aide Complémentaire Santé

Une complémentaire santé entièrement prise en charge

Prise en charge d'une partie de la cotisation annuelle à une complémentaire santé sous forme de chèque

et la possibilité d'éviter l'avance totale ou partielle de vos frais

...POUR EN BÉNÉFICIER VOUS DEVEZ

...vous procurer le formulaire

sur ameli.fr ou auprès de votre Cnam ou à l'hôpital ou auprès d'associations agréées

...envoyer le formulaire et les pièces justificatives à la Cnam

L'Assurance Maladie PARIS

sante-pratique-paris.fr

© Cnam de Paris - Juillet 2013

Doc 10 La mise en œuvre des dispositifs

La CMUC-C ou l'ACS sont des dispositifs non contributifs. Cela signifie que l'assuré bénéficie de cet avantage sans avoir cotisé au préalable.

Les dispositifs de la CMU-C et de l'ACS sont financés par le fonds CMU.

Pour bénéficier des prestations, l'assuré doit choisir un organisme d'assurance maladie parmi la CPAM, une compagnie d'assurance, un organisme mutualiste, une institution de prévoyance.

Ce choix est effectué à partir d'une liste nationale d'organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C. Cela signifie que l'assuré pourra choisir un autre organisme que la CPAM, qui sera alors gestionnaire de sa CMU-C. L'assuré se verra alors proposer un « contrat CMU-C ».

Foucher, 2015

Doc 11 Les recettes du fonds CMU

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Produits														
Dotation de l'État	800	889	1 150	970	1 037	965	346	109	47	0	0	0	0	0
Taxe alcool						386	404	480	349	0	0	0	0	0
Taxe tabac							217	411	372	0	0	0	42	352
Contribution ACS						13	40	65	87	0	0	0	0	0
Contribution des organismes complémentaires	247	223	223	245	291	302	492	494	569	1 791	1 856	1 930	2 031	2 066
Reprises sur provisions		94	159	143	202	22	25	35	28	79	93	10	11	16
Total produits	1 047	1 206	1 532	1 358	1 530	1 418	1 524	1 595	1 452	1 870	1 949	1 940	2 084	2 434

www.cmu.fr

1 Présentez, à l'aide du tableau ci-dessous, les dispositifs non contributifs de la protection maladie complémentaire (doc. 9 et 10).

Dispositifs non contributifs	CMU-C	ACS
Caractéristiques de ces dispositifs		
Conditions de revenus pour une personne (plafond)	Ne pas dépasser 8 645 euros pour une personne seule	Ne pas dépasser 11 670 euros pour une personne seule
Conditions de résidence	Résider en France depuis plus de 3 mois et être en situation régulière	Résider en France depuis plus de 3 mois et être en situation régulière
Modalités de prise en charge d'une complémentaire santé et durée ou validité de cette prise en charge	Entièrement prise en charge pour un an	Prise en charge d'une partie de la cotisation annuelle sous forme de chèque
Modalités de prise en charge des frais	Avance totale des frais	Avance partielle des frais
Organismes d'assurance maladie assurant sa mise en œuvre	La CPAM ; une compagnie d'assurance ; un organisme mutualiste ; une institution de prévoyance	La CPAM ; une compagnie d'assurance ; un organisme mutualiste ; une institution de prévoyance

2 Expliquez quelles démarches il faut entreprendre pour accéder à ces dispositifs (doc. 9).

Pour pouvoir accéder à ces dispositifs, il faut d'abord retirer un formulaire à la CPAM ou à l'hôpital ou auprès d'associations agréées, ou l'imprimer sur ameli.fr, puis le renseigner et l'envoyer à la CPAM avec les pièces justificatives.

3 Indiquez les sources de financement de ces dispositifs en 2013 et précisez quel acteur centralise ces recettes (doc. 11).

En 2013, les sources de financement de ces dispositifs sont la taxe tabac et la contribution des organismes complémentaires. Le fonds CMU centralise ces recettes.

4 Quelle évolution constatez-vous entre 2006 et 2013 quant aux sources de financement de ces dispositifs et quant à leur montant ? Qu'en déduisez-vous (doc. 11) ?

En 2006, d'autres sources de financement existaient, notamment la dotation de l'État, la taxe alcool et la contribution ACS. À partir de 2009, ces sources de financement disparaissent et, en contrepartie, ce sont les organismes complémentaires qui contribuent davantage au financement de ces dispositifs, trois fois plus qu'en 2006. L'État se désengage progressivement de ce financement jusqu'en 2008 et dès 2009 il n'y contribue plus.

Activité 4 Les dispositifs contributifs

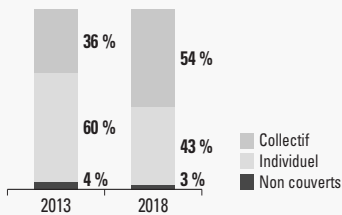
Objectif • présenter le dispositif contributif.



12 Les modalités de souscription aux contrats de protection maladie complémentaire

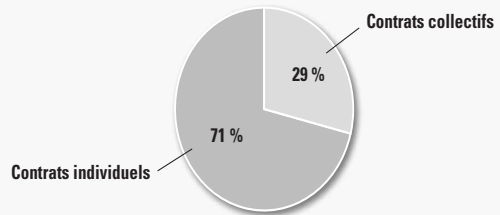
Avec la généralisation de la complémentaire santé pour tous les salariés, le marché bascule majoritairement vers le collectif...

Répartition de la part individuel/collectif



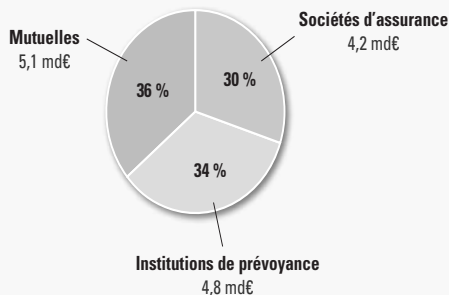
... alors que l'activité des mutuelles s'oriente principalement vers l'individuel

Répartition du chiffre d'affaires santé des mutuelles



Mais les organismes mutualistes n'en sont pas moins les premiers intervenants sur le marché de la collectivité

Part des différents acteurs sur la santé collective



Prévisions Actuaris, Drees, Situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, 2013

Doc 13 — Le coût de la mutuelle modulé en fonction de la qualité de la garantie complémentaire



Doc 14 — Les nouveaux contrats solidaires applicables dès le 1^{er} avril 2015

Le décret sur les contrats responsables et solidaires a été publié au *Journal officiel* du mercredi 19 novembre. Ces contrats entreront en vigueur dès le 1^{er} avril 2015. [...] Le décret prévoit deux volets.

1. Une meilleure prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins. Les remboursements seront plafonnés à 125 % du tarif de la Sécurité sociale, puis, à partir de 2017, ils seront plafonnés à 100 %.
2. L'optique connaît la mise en place de six prix plancher et plafond. Par ailleurs, un observatoire du prix et de

la prise en charge sera élaboré. « Dans la même logique, la prise en charge des dépenses d'optique est encadrée par des plafonds et des planchers », précise le décret. De 50 euros minimum à 470 euros maximum pour des verres simples, 150 euros maximum pour une monture.

Les contrats responsables couvriront obligatoirement l'intégralité du forfait journalier hospitalier, et ce, sans limitation de durée. Ce forfait représente la participation du patient aux frais d'hébergement et d'entretien liés à son hospitalisation et n'est pas remboursé par la Sécu.

M.-C. Carrere, www.news-assurances.com, 19 novembre 2014

- 1** Indiquez le type de contrat de protection maladie complémentaire auquel le salarié d'une entreprise doit souscrire et expliquez son évolution prévisible entre 2013 et 2018 (doc. 12).

Le salarié doit souscrire à un contrat collectif. En 2013, la part des contrats individuels représente 60 % et la part des contrats collectifs représente 36 %. En 2018, avec la généralisation de la complémentaire santé pour tous les salariés (obligation), le marché basculera majoritairement vers le collectif avec une part de 54 % contre seulement 43 % pour l'individuel.

- 2** Indiquez la part de ce type de contrat pour chaque institution de protection maladie complémentaire (doc. 12).

Le marché du contrat collectif est partagé entre les mutuelles avec une part de 36 % ; viennent ensuite les institutions de prévoyance avec 34 %, puis les sociétés d'assurance avec 30 %.

- 3** Selon vous, qu'en est-il pour les non-salariés ? Ce contrat est-il obligatoire ?

Les non-salariés souscrivent aux contrats individuels, qui ne sont pas obligatoires.

- 4** Indiquez ce que perçoivent les institutions de protection maladie complémentaire en contrepartie des prestations qu'elles offrent à leurs adhérents ou clients. Comment le coût de cette assurance maladie complémentaire est-il calculé (doc. 4 et doc. 13) ?

Les institutions de protection maladie complémentaire perçoivent, soit des cotisations (mutuelles et institutions de prévoyance), soit des primes (sociétés d'assurance) en contrepartie des prestations offertes. Le coût de l'assurance maladie complémentaire est calculé en fonction du risque présenté par l'individu, de son âge, de son sexe, de son lieu d'habitation, de son état de santé, pour les sociétés d'assurance. Ce coût varie également en fonction de la nature et des niveaux de prestations pris en compte, aussi bien pour les sociétés d'assurance que pour les mutuelles et les institutions de prévoyance.

5 Expliquez en quoi consistent les nouveaux contrats solidaires : quels sont leurs intérêts et leurs limites (doc. 14) ?

Les intérêts de ce contrat sont :

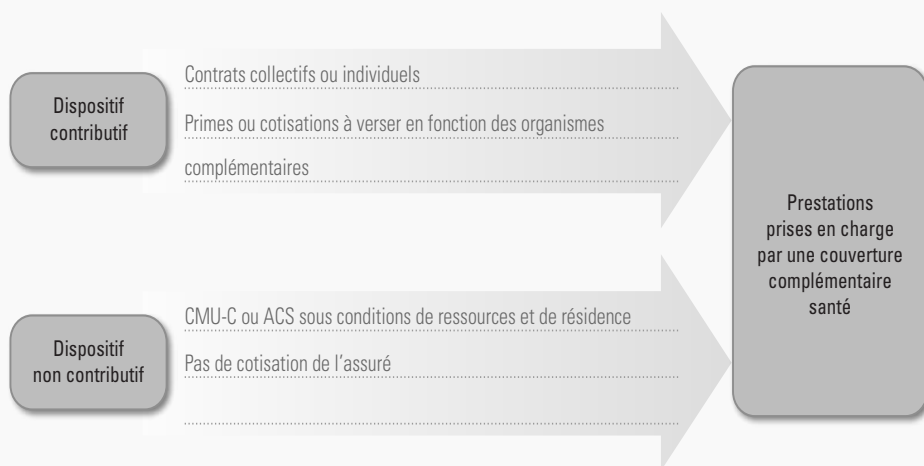
- une meilleure prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins ;
- la couverture intégrale du forfait journalier hospitalier, et ce, sans limitation de durée.

Les limites sont :

- la non-adhésion des médecins à ce contrat d'accès aux soins, qui pénalisera le patient. En effet, dans le cadre de ce contrat solidaire, le patient paiera un dépassement d'honoraires plus important, non pris en charge par les organismes complémentaires. Le patient ne saura pas si le médecin a signé le contrat d'accès aux soins ou non. De plus, la prise en charge des dépassements d'honoraires par les organismes complémentaires n'incitera pas les médecins à baisser leurs factures ;
- une prise en charge optique très encadrée et plafonnée pour les organismes complémentaires engendra un coût plus important pour l'assuré si les opticiens ne baissent pas leurs tarifs.

Je construis ma synthèse

Caractérisez les institutions de protection maladie complémentaire en présentant les deux types de dispositifs : les dispositifs contributifs et les dispositifs non contributifs.



Le jour du bac

L'accord sur la sécurisation de l'emploi du 11 janvier 2013 a institué une obligation pour les entreprises de mettre en place une complémentaire santé pour leurs salariés avec des garanties minimales.

Session de rattrapage, oral de contrôle 2014

→ Présenter la protection complémentaire santé, ses acteurs et ses intérêts.

Synthèse

ATT

12

La protection maladie complémentaire

LA PROTECTION SOCIALE

Les acteurs de l'aide sociale :

- État
- collectivités territoriales
- associations

Les organismes
d'indemnisation
du chômage

LA PROTECTION MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Les institutions de protection
maladie complémentaire :
mutuelles + sociétés d'assurance
+ institutions de prévoyance

Dispositifs
contributifs

Dispositifs
non contributifs

Remboursement à l'assuré
ou aux prestataires
et fournisseurs de soins
et de biens médicaux

Les organismes
de Sécurité sociale

Les institutions
des régimes
complémentaires
de retraite

Vers le projet technologique

ATM

12

Pour faire le lien avec l'ATT

Dans l'**activité 5** de ce chapitre, nous réinvestissons, avec le rapport d'étude, l'ATM du chapitre 7 (présentation de l'information). En effet, le rapport d'étude est indispensable aux acteurs désireux de comprendre un phénomène ainsi que ses facteurs. On peut penser, par exemple, au renoncement aux soins d'une partie de la population française, malgré les dispositifs mis en place pour garantir et améliorer l'état de santé et le bien-être de celle-ci. Ces acteurs pourraient alors concevoir puis mettre en place des projets pour tenter de restaurer l'état de santé et le bien-être de cette frange de la population. C'est ce que nous aborderons dans l'**activité 6** avec la découverte de la notion de projet, notion primordiale qui permettra d'appréhender le projet technologique de la classe de terminale.

Activité 5 Le rapport d'étude (réinvestissement)

- Objectifs
- expliquer l'importance de la présentation d'une étude, notamment de sa méthodologie et de sa diffusion ;
 - mettre en évidence l'apport d'une étude à la connaissance de l'état de santé ou de bien-être social des populations.



Doc 15 Extrait du rapport d'étude menée par l'Irdes sur le renoncement aux soins pour raisons financières : approche économétrique

Cette étude fait partie d'un projet de recherche pluridisciplinaire, soutenu financièrement par la mission recherche (MiRe) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Ce projet vise à approfondir l'étude du renoncement aux soins pour raisons financières et à s'assurer que le concept et sa mesure soient méthodologiquement fondés. Pour cela, il emprunte les outils de l'analyse socioanthropologique, économétrique et de la méthodologie des enquêtes.

C. Després, P. Dourgnona, R. Fantin, F. Jusot,
Questions de l'économie de la santé, n° 170, novembre 2011, www.irdes.fr

- 1 Présentez les méthodes et les outils utilisés dans le cadre du projet de recherche pluridisciplinaire, et notamment de l'étude menée par l'Irdes (doc. 15). Pour cela, recherchez sur Internet ce que signifie l'expression « outils de l'analyse socioanthropologique et économétrique ».

Les méthodes utilisées sont des enquêtes et des démarches de recherche socioanthropologique et d'analyse économétrique. Les outils utilisés sont des entretiens non directifs, des outils socioanthropologiques, tels l'entrevue, le questionnaire, les histoires de vie (outils de recueil de données), et des outils économétriques, c'est-à-dire les mathématiques et les statistiques (outils de recueil et de traitement des données).

2 Expliquez l'intérêt de cette étude et de sa diffusion (doc. 15).

L'étude permet d'analyser les déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières, mais elle peut révéler également d'autres facteurs. De ce fait, le destinataire qui est le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (la Drees) a connaissance des éléments nécessaires afin de pouvoir prendre des décisions.

Activité 6 La notion de projet

- Objectifs
- ◆ comprendre la notion de projet ;
 - ◆ établir le lien entre une étude et un projet.



Doc 16 Définition d'un projet

Un projet est un ensemble d'activités déclinées en actions afin d'atteindre un objectif qui répond à un besoin bien déterminé. Ces actions, avec un début et une fin, nécessitent la mise en œuvre de ressources humaines, matérielles et financières dans un délai imparti. Il existe différents types de projets (recherche, action...).

Foucher, 2015

Doc 17 Fiche-action : améliorer l'accès et lutter contre le renoncement aux soins en Corse (contrat local de santé de la ville de Sartène)

Axe stratégique du CLS¹	Favoriser l'accès aux soins pour les personnes vulnérables.
Objectifs généraux spécifiques	Améliorer l'accès aux droits et lutter contre le renoncement aux soins.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Contribuer à l'actualisation des connaissances des travailleurs sociaux sur la législation AME, CMU, ACS et sur les aides financières individuelles. – Cette actualisation peut également être proposée aux personnes des associations et des structures relais qui sont amenées à aider les familles et à compléter les dossiers de demande d'ouverture des droits.
Coordonnateur	ORS ² .
Acteurs à mobiliser	Organismes de Sécurité sociale, MSA, RSI, conseil général, établissements sanitaires et médico-sociaux, centres d'hébergement, missions locales.
Calendrier	2013-2015.
Suivi/évaluation	Nombre de réunions, formations organisées.

1. CLS : contrat local de santé.

2. ORS : observatoire régional de la santé.

www.ars.corse.sante.fr

1 En vous appuyant sur la définition du terme « projet » (doc. 16), montrez en quoi l'étude de l'Irdes fait partie d'un projet (doc. 15).

L'étude de l'Irdes est réalisée dans le cadre d'un projet de recherche pluridisciplinaire où interviennent plusieurs acteurs : des acteurs institutionnels (chercheurs de l'Irdes), financiers (Drees) et techniques (anthropologues, économistes, statisticiens...).

Cette étude a un début et une fin. Elle répond à un besoin, qui est de mieux comprendre et connaître les difficultés d'accès aux soins pour une partie de la population française. Elle vise aussi à l'atteinte d'un objectif, qui est d'analyser, par différentes approches et méthodes, les déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières.

Nous pouvons en conclure que l'étude de l'Irdes est une partie d'un projet de recherche.

2 Indiquez ce que le projet de recherche mené par l'Irdes permettra d'entreprendre au niveau national pour les acteurs décideurs (les pouvoirs publics ou les élus des collectivités territoriales) (doc. 17).

Le projet de recherche mené par l'IRDES au niveau national permettra aux pouvoirs publics ou aux acteurs locaux (communes) de prendre des décisions pour améliorer l'accès aux soins pour les personnes les plus démunies notamment, ou pour les personnes qui en sont les plus éloignées.

3 Indiquez à quel échelon la fiche-action a été réalisée. Énumérez les éléments qu'elle contient (doc. 17). Que remarquez-vous ? Précisez alors les objectifs.

La fiche-action est réalisée par la commune de Sartène (niveau local). Elle contient un axe du contrat local de santé, des objectifs généraux, la description de l'action, un coordonnateur, les acteurs à mobiliser, un calendrier, et des indicateurs de suivi et d'évaluation.

Ces éléments peuvent constituer la définition d'un projet. Il s'agit d'une action qui fait partie d'un projet dont l'axe stratégique est de favoriser l'accès aux soins pour les personnes vulnérables. Les objectifs généraux de ce projet sont d'améliorer l'accès aux droits et de lutter contre le renoncement aux soins.

Synthèse

ATM

12

Vers le projet technologique

Rapport d'étude :
étude
d'un phénomène

Fiche-action :
mise en place
d'actions pour lutter
contre ce phénomène

Objectif du projet :
amélioration de l'état
de santé et/ou
du bien-être social

ATT 12

La protection maladie complémentaire

INTENTIONS PÉDAGOGIQUES

Après avoir abordé dans le chapitre précédent la prise en charge du risque maladie par l'assurance maladie, nous étudierons dans ce chapitre pourquoi il est malgré tout nécessaire d'avoir une protection complémentaire.

La nécessité d'une protection complémentaire sera mise en évidence par l'étude des différents organismes de protection complémentaire puis celle des prestations permettant de repérer leur intérêt et leur limite. (I)

Cette démonstration amènera à caractériser les dispositifs des organismes de protection sociale complémentaire mettant en relief les enjeux de ceux-ci. (II)

LE « JOUR DU BAC » : ÉLÉMENTS DE CORRIGÉ

Présenter la protection complémentaire santé, ses acteurs et ses intérêts.

La protection complémentaire santé est une couverture complémentaire. Les institutions impliquées dans cette protection sont les CPAM (caisses primaires d'assurance maladie) et les organismes complémentaires tels que les mutuelles, les compagnies d'assurances privées et les institutions de prévoyance. Des prestations sont offertes par chacune de ces institutions. Ce dispositif qu'est la protection maladie complémentaire est nécessaire pour réduire le reste à charge de l'assuré, mais également pour faciliter l'accès aux soins et enfin pour améliorer ou conserver l'état de santé de la population.

SYNTHÈSE RÉDIGÉE

I. La nécessité d'une protection maladie complémentaire

L'assurance complémentaire santé est une protection sociale qui ne fait pas partie du système de Sécurité sociale. Cette protection sociale est un ensemble de moyens collectifs qui assurent la sécurité économique de la population lors de la réalisation d'un risque social. Nous avons vu que la Sécurité sociale fournit une assurance. Cependant, les bénéficiaires ne sont pas couverts à 100 %, il est donc nécessaire de posséder une protection complémentaire. L'assurance maladie complémentaire permet de rembourser en partie ces frais.

La protection sociale complémentaire est à caractère facultatif, c'est-à-dire qu'elle relève de l'initiative individuelle et elle est parfois obligatoire, et donc proposée par les entreprises. Elle est assurée par les mutuelles, les compagnies d'assurances privées et les institutions de prévoyance.

Activité 1. Les acteurs de la protection maladie complémentaire

Les mutuelles restent majoritaires sur le marché de l'assurance complémentaire en santé (81 %), puis viennent les sociétés d'assurance (15 %) et en minorité les institutions de prévoyance (4 %) selon la Drees en 2012.

Organismes Caractéristiques	Mutuelles	Sociétés d'assurance	Institutions de prévoyance
Statut juridique	Privé à but non lucratif	Privé à but lucratif	Privé à but non lucratif
Réglementation	Code de la mutualité	Code des assurances	Code de la sécurité sociale
Adhésion	Facultative (sauf dans certaines entreprises)	Facultative	Souvent obligatoire (dans l'entreprise)
Financement	Cotisations à payer (identiques pour tous les adhérents)	Primes à payer (calculées en fonction des risques couverts)	Cotisations à payer (+ des cotisations patronales)
Gestion	AG = Adhérents CA élu par l'AG	Gestion par les actionnaires	Gestion paritaire par les partenaires sociaux CA = nombre égal entre entreprises adhérentes et salariés
Principes	Solidarité Entraide Prévoyance Lutte contre l'exclusion et la discrimination Pas de sélection des adhérents	Sélection en fonction de l'âge, de l'état de santé, du risque	Solidarité Entraide Prévoyance Lutte contre l'exclusion et la discrimination Pas de sélection des adhérents

Activité 2. L'étude des prestations de protection maladie complémentaire

Organismes Caractéristiques	Mutuelles	Sociétés d'assurance	Institutions de prévoyance
Prestations TM : Ticket modérateur FH : Forfait hospitalier	TM FH Optique, dentaire... Dépassements d'honoraires selon les garanties + Actions sanitaires et sociales + Actions de prévention (dépistage...)	TM FH Optique, dentaire... Dépassements d'honoraires selon les garanties Pas d'actions sociales	TM FH Indemnités journalières complémentaires en cas d'incapacité ou invalidité Capital décès Pension invalidité + Actions sociales

• Les prestations communes

Toutes les complémentaires garantissent à leurs adhérents un certain nombre de prestations :

- le remboursement du ticket modérateur ;

- la prise en charge du forfait hospitalier.

→ Lorsque le montant payé par le patient respecte le tarif de base, il aura une couverture totale de sa dépense.

→ Attention, les franchises médicales et la participation de 1 euro par acte ne seront pas remboursées par les complémentaires santé (sauf CMU-C).

• Les prestations supplémentaires

Certaines sociétés d'assurance ou mutuelles offrent des garanties très variées.

Par exemple, certaines prévoient dans le contrat le remboursement des dépassements d'honoraires.

→ Les contrats sont différents et le prix des cotisations va varier selon le niveau de protection.

Les prestations versées par les organismes complémentaires représentent la part la plus importante des dépenses en soins hospitaliers (22 %) suivies des dépenses en médicaments (20 %), viennent ensuite les dépenses pour les autres biens médicaux (optiques, prothèses...)

(17 %) ; puis pour les dentistes (15 %), les médecins (14 %) et enfin les auxiliaires médicaux (6 %) et les laboratoires d'analyses (4 %).

L'assurance complémentaire santé améliore l'accessibilité aux soins en participant au remboursement des frais de soins restant à la charge des ménages. Cependant, si les remboursements des dépassements d'honoraires ne sont pas effectués par l'assurance complémentaire, alors le renoncement aux soins augmente.

De même, une petite frange de la population, pour des raisons financières, ne dispose pas d'assurance complémentaire, ce qui engendre également une augmentation du renoncement aux soins.

II. Les dispositifs : une caractéristique essentielle des organismes de protection sociale complémentaire

Au total, on peut considérer que la couverture complémentaire s'est largement diffusée car 98 % de la population en bénéficie. Il existe des dispositifs individuels aidés à destination des personnes modestes, la CMU-C et l'ACS ainsi que plusieurs types de contrats : les contrats individuels, les contrats collectifs proposés par les entreprises.

Activité 3. Les dispositifs non contributifs

• La CMU Complémentaire

La CMU-C (CMU complémentaire) est le 2^e volet de la CMU.

Elle correspond à une protection complémentaire.

Peuvent en bénéficier les personnes en situation régulière, vivant sur le territoire depuis plus de 3 mois et ayant des ressources inférieures à un plafond.

Ces personnes bénéficieront de :

- la prise en charge du ticket modérateur et du forfait hospitalier (prestations communes aux protections complémentaires classiques) ;
- les dépassements de tarifs pour les lunettes et appareils dentaires ;
- l'absence d'avance des frais (tiers payant total) ;
- l'exonération de la participation de 1 euro par acte.

La gestion de la CMU-C : les assurés peuvent opter pour leur caisse d'assurance maladie (84 % des bénéficiaires ont fait ce choix en 2011) ou un organisme complémentaire agréé (16 % des bénéficiaires) inscrit sur la liste nationale des organismes participant à la CMU-C. Lorsqu'il est géré par un organisme complémentaire, ce dispositif permet d'accéder, quand le bénéficiaire ne peut plus être couvert par la CMU-C, à un contrat de complémentaire santé à tarif avantageux (370 € par an en 2013 pour une personne seule) durant un an, le « contrat de sortie CMU-C ». Celui-ci offre un niveau de garantie identique à celui de la CMU-C, à l'exception de la prise en charge des participations forfaitaires, des franchises et des majorations du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins, et n'entraîne pas d'interdiction de la pratique de dépassements d'honoraires. Ce contrat de sortie est cumulable avec l'ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé).

• L'aide à la mutualisation

Appelée aussi l'« aide complémentaire à la santé », cette aide a été créée par la loi du 13 août 2004.

Ce dispositif concerne les personnes dont les ressources excèdent de 20 % le plafond de la CMU-C. Cela leur permet de bénéficier d'une réduction sur le prix annuel de la mutuelle qu'ils auront choisie ainsi que du tiers payant pour les consultations dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

La CMU-C et l'ACS sont financées par le Fonds CMU. De 2009 à 2013, ses recettes provenaient exclusivement d'une contribution versée par les organismes complémentaires (taxes).

Activité 4. Les dispositifs contributifs

La couverture complémentaire en santé résulte de l'adhésion, en contrepartie d'une cotisation, à un contrat précisant la nature et la hauteur des dépenses de santé prises en charge ainsi que les personnes couvertes.

• Les contrats individuels

Ce sont les plus nombreux aujourd'hui : ils sont directement souscrits par les ménages. D'après l'enquête de la Drees sur les modalités de souscription aux contrats de protection maladie complémentaire, en 2013, 60 % des personnes couvertes par une assurance complémentaire hors CMU-C le sont par un contrat individuel. Ce type de contrat concerne toutes les catégories professionnelles (fonctionnaires, professions indépendantes, salariés non couverts par un accord collectif comme ceux des particuliers employeurs), les inactifs, les étudiants, les retraités et les chômeurs, non « portés » par les contrats collectifs.

L'enjeu de la couverture des retraités modestes avec la loi Évin

La loi Évin organise pour les retraités ainsi que pour les chômeurs le passage d'une couverture collective à une couverture individuelle privilégiée. Les anciennes garanties sont maintenues et les tarifs sont encadrés. L'ancien salarié bénéficie, pour sa nouvelle couverture, du régime protecteur des contrats collectifs obligatoires (pas de période probatoire ni de sélection médicale) mais surtout d'une garantie sans risque d'exclusion et sans limitation de durée.

• Les contrats collectifs

D'après la Drees, en 2013, les contrats collectifs couvrent 36 % des personnes couvertes par une assurance complémentaire santé hors CMU-C.

La couverture collective est proposée par l'employeur, qui va soit participer au financement de celle-ci, soit permettre un accès d'une offre de couverture à des conditions plus avantageuses qu'en individuel.

Ce marché est partagé en 2013 entre les mutuelles (36 %), les institutions de prévoyance (34 %) puis les sociétés d'assurance (30 %).

Depuis la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, est mise en œuvre la généralisation de la couverture collective santé à l'ensemble des salariés. Avec la généralisation de la complémentaire santé pour tous les salariés, le marché basculera majoritairement sur le collectif (selon les prévisions Actuaris, en 2018 le collectif représentera 54 % contre 43 % pour l'individuel).

Les enjeux de la généralisation de la couverture complémentaire santé par la voie professionnelle sont triples :

- extension de la couverture collective à des salariés dont les branches ou les entreprises en étaient dépourvues ;
- meilleure inclusion dans les accords des salariés les plus précaires ou les plus modestes (CDI à temps partiel, CDD, salariés en situation particulière tels les congés parentaux, malades de longue durée) ;
- portabilité effective de la complémentaire collective aux chômeurs.

C'est un enjeu majeur de l'accord et de la loi qui permettra de résoudre les inégalités de couverture collective et de mieux couvrir les salariés qui ne l'étaient pas en raison de leur situation particulière, souvent caractérisée par la précarité.

En conclusion, nous pouvons rappeler qu'un enjeu de solidarité a donc été réaffirmé par la mise en place des nouveaux contrats solidaires. En effet, l'ANI (Accord national interprofessionnel) conclu le 11 janvier 2013 aura un impact notable sur la couverture santé des salariés. Dès le 1^{er} janvier 2016, chaque employeur devra souscrire pour chacun des salariés une assurance complémentaire santé qu'il cofinancera.

Crédits photographiques

p. 7	ph©WHO	p. 114	ph©Ezra Acayan/ZUMA/REA
p. 8	ph©MFA (hg)	p. 115	ph©Ahmed Jallanzo/EPA/MAXPPP
p. 8	ph©Aisa/Leemage (hd)	p. 123	ph© Marta Nascimento/REA
p. 8	ph©Matton (hg, m, bg)	p. 125	ph©Jacques Demarthon/AFP Photo
p. 8	©INPES	p. 126	ph©JGI/Jamie Grill – www.agefotostock.com
p. 9	ph©Photo12/Alamy	p. 129	ph©Chauveau/SIPA
p. 10	ph©akg-images – Dessin de Fortunino Matania	p. 132	ph©Matton
p. 13	©ARS Guadeloupe – www.mangerbouger.fr	p. 141	ph©Stéphane Piera/Musée Carnavalet/Roger-Viollet
p. 15	ph©Matton (g, d)	p. 143	©Fondation Abbé Pierre, photo Eugenio Recuenco
p. 15	©INPES	p. 146	ph©Ace/Colorise
p. 19	ph©Matton (hg)	p. 146	ph©Money/Colorise
p. 19	ph©BSIP/INGRAM	p. 146	ph©MVC
p. 20	ph©Matton	p. 146	ph©Claude Cortier/Belpress/Andia
p. 23	DMP/ASIP Santé, septembre 2012	p. 146	ph©Gunnar Kullenberg – www.agefotostock.com
p. 25	ph©collection Christophel ©Walt Disney Pictures	p. 146	ph©Astier/Andia.fr
p. 26	ph©Burger/Phanie (doc.4)	p. 146	ph©Photo12/Alamy
p. 26	©Marie-Anne Bonnetterre (doc.5)	p. 146	ph© MVC
p. 28	ph©collection Christophel ©CBS Interactive (g)	p. 153	ph©Voisin/Phanie (g)
p. 28	©La Fête des voisins (d)	p. 153	ph©Burger/Phanie (d)
p. 29	ph©Matton	p. 154	ph©www.bridgemanart.com
p. 31	©Marie-Anne Bonnetterre	p. 155	ph©Photo Josse/Leemage
p. 33	ph©Matton	p. 164	ph©L'illustration
p. 52	©Plantu	p. 173	ph©Matton
p. 61	ph©Matton	p. 177	ph©Matton
p. 63	©www.irbms.com	p. 180	ph©CIT'images/Arleta Chojnacka
p. 64	©Le Nouvel Observateur	p. 189	©CISS
p. 66	©Sophia	p. 196	ph©Lydie Lecarpentier/REA
P. 71	©Mediatoon – Association française des diabétiques	p. 201	©ameli.fr
p. 94	ph©Photaki	p. 209	©Brouck/Iconovox
p. 113	ph©Mychele Daniau/AFP Photo	p. 218	©Chaunu

Malgré nos recherches, il nous a été impossible de joindre certains auteurs ou leurs ayants droit pour solliciter l'autorisation de reproduction. Nous prions les personnes concernées de s'adresser aux Éditions Foucher afin de nous permettre de leur régler les droits usuels.

Maquette intérieure : Florian Hue
Composition et infographies : STDI
Iconographe : Sophie Suberbère
Illustrations : Florence Ollé ; Olivier Prime
Éditions Foucher – Malakoff – Avril 2015 – 01 – SB – CSM/SM – FRP