

LES NOUVEAUX
CAHIERS

Sciences et techniques sanitaires et sociales CORRIGÉ

Des ATT pour s'entraîner au BAC

Un carnet de bord pour le projet technologique

T^{le} ST2S

Sous la direction de
K. Abbadi

C. Barbalat, P. Benchimol,
I. Bouslimane, M. Aïnseba
Elghoul, N. Malardé-
Fournier, C. Moulard,
B. N'Diaye, M. Omont,
N. Ouali Ziane, N. Ziane



LES NOUVEAUX
CAHIERS

Sciences et techniques sanitaires et sociales

Des ATT pour s'entraîner au BAC

Un carnet de bord pour le projet technologique

Tle **ST2S**

Sous la direction de
K. Abbadi

C. Barbalat, P. Benchimol,
I. Bouslimane, M. Aïnseba
Elghoul, N. Malardé-
Fournier, C. Moulard,
B. N'Diaye, M. Omont,
N. Ouali Ziane, N. Ziane

CORRIGÉ

Sommaire

1

ATT Approche historique des politiques de santé publique

Thème 2 Quels politiques et dispositifs de santé publique pour répondre aux besoins de santé ?

I Aux origines de la santé publique	5
Activité 1 La maladie synonyme de fatalité.....	5
Activité 2 La naissance de la santé publique.....	7
II La santé publique aujourd'hui	9
Activité 3 La notion de santé publique.....	9
Activité 4 Les objectifs de la santé publique	11
Synthèse	14

2

ATT Les principes d'intervention en santé publique

Thème 2 Quels politiques et dispositifs de santé publique pour répondre aux besoins de santé ?

I Prévention, éducation et promotion pour la santé	15
Activité 1 La prévention : anticiper l'apparition ou l'aggravation des altérations de la santé en informant les individus	15
Activité 2 L'éducation à la santé : devenir acteur de sa santé	16
Activité 3 La promotion de la santé : devenir responsable de sa santé	18
II La surveillance épidémiologique	20
Activité 4 La veille sanitaire.....	20
Activité 5 La sécurité sanitaire	21
III La restauration de la santé	23
Activité 6 La médecine curative.....	23
Synthèse	26

3

ATT Priorité sanitaire et planification

Thème 2 Quels politiques et dispositifs de santé publique pour répondre aux besoins de santé ?

I Les priorités de santé publique	27
Activité 1 Comment un problème de santé publique devient-il une priorité sanitaire ?	27
Activité 2 Les priorités actuelles.....	30
II La planification de la stratégie de l'État	34
Activité 3 La planification sanitaire.....	34
Activité 4 Le plan de lutte contre le cancer	35
Synthèse	38

4

ATT L'organisation des politiques de santé publique

Thème 2 Quels politiques et dispositifs de santé publique pour répondre aux besoins de santé ?

I Le fonctionnement de la politique de santé publique	39
Activité 1 Les particularités de la politique de santé publique française.....	39
Activité 2 La place de la politique locale de santé	43
II Les acteurs de la politique de santé publique	45
Activité 3 L'intervention de nombreux acteurs.....	45
Activité 4 La nécessaire coordination des acteurs	49
III La place de l'utilisateur dans les politiques de santé	52
Activité 5 La démocratie sanitaire.....	52
Synthèse	54



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

ISBN 978-2-216-13239-3

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).

© Foucher, une marque des Éditions Hatier - Paris 2016

ATT Le système de santé

Thème 7 Quels politiques et dispositifs de santé publique pour répondre aux besoins de santé ?

I Définition	55
Activité 1 Les caractéristiques du système de santé français actuel.....	55
II L'organisation du système de santé français	57
Activité 2 Les différents acteurs du système de santé français.....	57
Synthèse	62

ATT Le dispositif de veille sanitaire

Thème 7 Quels politiques et dispositifs de santé publique pour répondre aux besoins de santé ?

I L'anticipation des risques sanitaires	63
Activité 1 La vigilance sanitaire.....	63
Activité 2 Le rôle des agences régionales de santé dans la veille sanitaire.....	64
II L'acteur pilote de la veille sanitaire	66
Activité 3 L'Institut de veille sanitaire.....	66
Activité 4 L'alerte sanitaire	68
Synthèse	72

ATT Structures et actions de prévention et de promotion de la santé

Thème 7 Quels politiques et dispositifs de santé publique pour répondre aux besoins de santé ?

I La mise en œuvre de la politique de prévention nutritionnelle	73
Activité 1 La prévention.....	73
II De la sensibilisation à la responsabilisation de l'individu	77
Activité 2 La promotion de la santé et le diabète.....	77
Synthèse	80

ATT La production des soins

Thème 7 Quels politiques et dispositifs de santé publique pour répondre aux besoins de santé ?

I L'offre de santé sur le territoire	81
Activité 1 Le service public territorial de santé.....	81
II La mise en œuvre de la mission de service public	85
Activité 2 La continuité du service public.....	85
Synthèse	88

ATT Accès aux soins et réduction des inégalités

Thème 7 Quels politiques et dispositifs de santé publique pour répondre aux besoins de santé ?

I L'accès aux soins en France	89
Activité 1 Les principaux obstacles à l'accès aux soins.....	89
II De l'accès aux soins à la réduction des inégalités de santé	93
Activité 2 Des dispositifs en faveur de la réduction des obstacles d'accès aux soins.....	93
Synthèse	96

ATT L'économie de la santé

Thème 7 Quels politiques et dispositifs de santé publique pour répondre aux besoins de santé ?

I Les comptes nationaux de la santé	97
Activité 1 L'évolution des comptes nationaux de la santé.....	97
II La nécessaire régulation des comptes de la santé	101
Activité 2 La régulation du système de santé.....	101
Synthèse	104

ATT Approche historique : entre bienfaisance, action sociale et développement social local

Thème 8 Quels politiques et dispositifs sociaux pour favoriser le bien-être social ?

I De la solidarité à la politique sociale	105
Activité 1 La politique du logement : une politique sociale.....	105
Activité 2 La solidarité, base des politiques sociales.....	106
II L'évolution des politiques sociales	107
Activité 3 La place grandissante de l'usager.....	107
Synthèse	114

ATT L'intervention sociale (diversités des approches et des modes d'intervention)

Thème 8 Quels politiques et dispositifs sociaux pour favoriser le bien-être social ?

I La pluralité des choix de politiques sociales par les pouvoirs publics	115
Activité 1 Les caractéristiques de l'intervention sociale.....	115
Activité 2 La diversité des approches en politique sociale.....	116
II De l'assistance au développement social local : une pluralité de modes d'intervention	120
Activité 3 Les différents modes d'intervention	120
Synthèse	124

ATT L'élaboration des politiques sociales (priorités/organisation)

Thème 8 Quels politiques et dispositifs sociaux pour favoriser le bien-être social ?

I L'intérêt d'un diagnostic local	125
Activité 1 Des priorités sociales	125
II Les principaux acteurs de la politique sociale et leur organisation	132
Activité 2 L'organisation institutionnelle des politiques sociales.....	132
Synthèse	136

ATT L'accès aux droits sociaux

Thème 8 Quels politiques et dispositifs sociaux pour favoriser le bien-être social ?

I L'accès aux droits des personnes en difficulté	137
Activité 1 Les droits reconnus par la société	137
Activité 2 La non-effectivité de ces droits	138
II Les structures spécialisées dans l'accès aux droits des jeunes	141
Activité 3 Les missions locales	141
Synthèse	146

ATT Les dispositifs et actions dans l'urgence ou dans la durée

Thème 8 Quels politiques et dispositifs sociaux pour favoriser le bien-être social ?

I Les prestations et l'offre de services	147
Activité 1 La redistribution des ressources.....	147
Activité 2 Un dispositif d'insertion sociale en lien avec le diagnostic des besoins : le RSA.....	149
II La pluralité des dispositifs : dispositifs dans l'urgence et dispositifs dans la durée	152
Activité 3 Les dispositifs d'accès à l'hébergement ou au logement	152
Synthèse	156

ATT Structures, diversité et complémentarité

Thème 8 Quels politiques et dispositifs sociaux pour favoriser le bien-être social ?

I Le rôle des différents acteurs de la lutte contre l'exclusion	157
Activité 1 Une pluralité et une diversité d'interventions.....	157
II La coordination des acteurs pour une meilleure complémentarité	161
Activité 2 Une importante coordination des acteurs.....	161
Synthèse	166

ATM La notion d'organisation

Thème 9 Comment les organisations sanitaires et sociales mettent en place un plan d'action pour améliorer la santé ou le bien-être social des populations ?

Activité 1 Les composantes d'une organisation	167
Activité 2 Les différents types de relations.....	169

ATM La démarche de projet

Thème 9 Comment les organisations sanitaires et sociales mettent en place un plan d'action pour améliorer la santé ou le bien-être social des populations ?

Activité 1 Décrire un projet d'action « Mobilité et atelier mécanique ».....	171
---	-----

Carnet de bord du projet technologique	175
---	-----

Approche historique des politiques de santé publique

ATT

1

I Aux origines de la santé publique

Activité 1 La maladie synonyme de fatalité

Objectif repérer les fléaux sanitaires du passé.



Doc 1 Une histoire des épidémies

La première maladie à apparaître est la peste bubonique, qui a frappé en 541 et 542. Elle a ravagé des zones de l'Europe moderne, de l'Afrique du Nord et de la Russie, tuant jusqu'à 5 000 personnes par jour au plus fort de la crise. Les malades se plaignaient de fièvre, de migraines, de fatigue, de nécroses (la mort du tissu corporel) et du gonflement des ganglions lymphatiques, en particulier dans les aisselles ou dans l'aîne.

La peste noire de 1346 à 1350 a frappé l'Europe, le Moyen-Orient, la Russie et l'Asie du Nord, tuant environ 2/3 des malades en quatre jours seulement. En 1665, elle a refait son apparition à Londres, décimant environ 100 000 personnes, soit près de 15 % de la population londonienne de l'époque.

L'épidémie a été provoquée par la bactérie *Yersinia pestis*, généralement transmise par la piqûre d'une puce infectée. Bien sûr, à l'époque, personne ne savait à quoi était due la maladie. Ainsi donc les Londoniens avaient-ils recours à diverses superstitions afin de se protéger. Certains s'abreuvaient de « charmes de chance », d'autres de « poudre de licorne » ou encore de plumes de poulet pour éliminer le poison du corps. D'autres enfin plaçaient de l'argent dans des bols de vinaigre ou fumaient du tabac, suivant ainsi les conseils du Collège des Physicians.

Endémie : persistance d'une maladie infectieuse au sein d'une population ou d'une région.

Épidémie : développement et propagation rapide d'une maladie contagieuse, le plus souvent infectieuse, dans une population.

Pandémie : épidémie étendue à toute la population d'un continent, voire au monde entier.

Prophylaxie : ensemble des moyens médicaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies.



La peste à Marseille, toile de Michel Serre (détail), début XVIII^e siècle, musée des Beaux-Arts de Marseille.

La seconde pandémie de choléra qui eut lieu de 1829 à 1851 affecta la grande majorité de l'hémisphère nord, tuant plus de 100 000 personnes. Comme la première fois, elle prit « racine » le long du Gange en Inde. De là, elle se répandit le long des routes d'Asie, arrivant en Europe puis en Amérique du Nord : les malades souffraient de vomissements, de déshydratation et de diarrhée.

La grippe espagnole de 1918 est, quant à elle, apparue à la fin de la Première Guerre mondiale. Elle a frappé le monde entier, devenant l'une des pires pandémies de l'histoire, ôtant la vie à au moins 75 millions de personnes entre 1918 et 1923. Les malades de la grippe espagnole souffraient de fièvre, de tremblements, de migraines, d'éternuements, de maux de gorge et de fatigue.

Doc 1

→ Avec 500 millions de morts, la variole remporte le triste titre de la maladie la plus mortelle de l'histoire. Selon quelques experts, elle aurait tué l'équivalent de 90 % de la population du Nouveau Monde. La variole est une maladie infectieuse causée par la variole majeure ou la variole mineure. Elle a émergé dans les populations humaines environ 10 000 ans avant Jésus-Christ : son premier signe physique connu correspond à l'éruption de pustules sur le corps momifié du Pharaon Ramsès V d'Égypte. Le dernier cas de variole diagnostiqué remonte au 26 octobre 1977.

La rougeole, quant à elle, a tué 200 millions de personnes, soit un million de plus que la grippe espagnole. La

pire endémie de rougeole eut lieu en 1918 quand la maladie infecta 500 millions de personnes, jusqu'en Arctique et dans les îles du Pacifique. Sur les 500 millions de malades, 75 millions d'entre eux succombèrent.

Le sida, cinquième maladie la plus mortelle de l'histoire humaine, a causé, depuis son apparition dans les années 80, près de 40 millions de morts dans le monde entier.

Enfin, le typhus a tué environ 4 millions de personnes. Il a tendance à apparaître en temps de guerre et de privation. Lors de la Seconde Guerre mondiale, il a tué des centaines de milliers de prisonniers dans les camps de concentration nazis.

www.atlantico.fr, 14 octobre 2014

Doc 2 – Le rapport de la population à la maladie

L'amélioration de l'hygiène est loin d'être continue et universelle ; il faut noter, en particulier, que l'extension des villes, où l'habitat populaire est souvent précaire, crée bien souvent des îlots d'insalubrité. L'histoire des sociétés européennes est de ce fait rythmée par le retour régulier d'épidémies (peste, choléra, variole...). La fréquence et l'ampleur de ces maladies infectieuses s'expliquent par les conditions d'existence (la promiscuité favorise la contagion) et l'insuffisance des connaissances thérapeutiques.

Mais il convient surtout de souligner leurs conséquences sur le rapport de la population à la maladie, et donc sur les mentalités collectives. Face à un mal qui peut survenir à n'importe quel moment, le sentiment d'insécurité se généralise. À ce qui apparaît, aux yeux du plus grand nombre, comme une fatalité, on trouve des explications extranaturelles : l'épidémie serait soit un châtement des péchés, soit l'aboutissement de complots ourdis par des forces maléfiques (au Moyen Âge, on accusait les Juifs d'empoisonner les puits et les fontaines d'eau potable, et le même bruit courut à Paris pendant l'épidémie de choléra de 1832).

Les épidémies furent à l'origine de peurs collectives, vécues par toutes les classes de la société, bien

qu'expliquées de manière différente. De là une conception de la maladie comme anomalie absolue. Les malades les plus gravement atteints furent considérés comme dangereux, et de ce fait frappés d'exclusion. Le cas des lépreux, cantonnés dans des quartiers réservés, contraints à porter des vêtements spéciaux, témoigne de ce phénomène de rejet. D'autres catégories de malades – les grands invalides en particulier – sont victimes d'un sort identique. Les malades sont, dans une large mesure, traités comme des boucs émissaires : on les châtie parce qu'ils sont tenus pour responsables du malheur public. Ils rejoignent ainsi la catégorie de ceux qui sont exclus pour des raisons sans rapport avec la santé : sorciers, hérétiques, juifs, etc.

Cette attitude irrationnelle à l'égard de la maladie s'atténue avec les progrès de la prophylaxie et de l'éducation, mais elle laisse dans l'imaginaire collectif des traces profondes : la croyance dans l'hérédité fatale, répandue à la fin du XIX^e siècle, la peur de la contagion des tuberculeux le montrent clairement. L'apparition du sida dans les années 1980, et la persistance d'idées fausses sur ses modes de contamination, montrent que ces hantises ne sont pas totalement surmontées aujourd'hui.

Encyclopédie Larousse

1 Analysez le contexte sanitaire des populations à travers l'histoire.

Depuis l'antiquité, les populations vivaient dans la peur de contracter une maladie infectieuse contagieuse (choléra, peste, variole, grippe espagnole...) due à la pollution de l'environnement (habitat, eaux usées polluées...) ou véhiculée par des animaux (transmissibles à l'homme). Les chances de guérison étant faibles, la survie à ces maladies était alors considérée comme un « don du ciel ». Le manque d'hygiène dans les habitations, la promiscuité des populations défavorisées et l'absence de canalisations et d'égouts, les comportements humains, en plus du manque de professionnels de santé qualifiés sont autant de facteurs qui allaient à l'encontre d'un contexte sanitaire satisfaisant.

2 Expliquez la perception collective de la maladie dans ces populations.

La maladie, en raison de son caractère incurable, était considérée comme une punition divine ou une malédiction, d'autant plus que l'Église avait en charge les malades dans les hospices. Les superstitions étaient nombreuses autour des moyens de traiter les pathologies, mais également autour de leur apparition (complots, vengeance...). La peur panique suscitée par la maladie engendrait des comportements irrationnels et des actes de cruauté collective.

Activité 2 La naissance de la santé publique

Objectif • démontrer la nécessité d'une prise de conscience collective à partir du XIX^e siècle.

1 h 30

Doc 3 À l'origine de la santé publique

À l'origine des préoccupations de santé publique, on trouve un « Comité consultatif d'hygiène publique » de France installé en 1848 au ministère du Commerce, chargé des questions sanitaires (salubrité des villes et de l'habitat, alimentation en eau potable, surveillance des denrées alimentaires, hygiène industrielle, protection légale des travailleurs, etc.) et des mesures prophylactiques destinées à empêcher la propagation d'épidémies et d'épizooties¹ (isolement, désinfection, prophylaxie sanitaire maritime, etc.).

Au cours des années 1889-1902, les principaux services d'hygiène sont transférés au ministère de l'Intérieur, tuteur naturel des collectivités locales, autrement dit confiés aux conseils généraux et aux municipalités déjà chargés de l'administration des hôpitaux et des hospices. Dès lors, l'hygiène sociale, censée moraliser les comportements individuels (alcoolisme, sexualité, etc.), est prise en charge par l'administration préfectorale et par des associations ou ligues de droit privé avec lesquelles elles sont en relation.

Simultanément, la prophylaxie pasteurienne fondée sur la vaccination et la sérothérapie, lesquelles sont souvent présentées comme l'archétype de la prévention sanitaire, ouvre de nouvelles perspectives dans la lutte contre les maladies sociales (tuberculose, maladies vénériennes, etc.).

1. Épidémie qui frappe les animaux.



« Vaccination d'un enfant par le Dr Émile Roux en présence de Louis Pasteur », illustration tirée des *Belles images d'histoire*, vers 1950.

J.-F. Picard et V. Viet, « Quelques jalons pour une histoire de la santé publique en France du XIX^e siècle à nos jours », décembre 2014, www.histrecmed.fr

Doc 4 Une première ébauche de politique de santé publique

La Grande Guerre a suscité la mise en œuvre, pour la première fois, d'une politique sanitaire conduite par les pouvoirs publics. Cet impératif rend l'État attentif à la défense sanitaire des populations militaire et civile contre les épidémies (apparition et systématisation des premiers dispositifs de veille sanitaire et d'alerte, généralisation des vaccinations contre la variole et les fièvres typhoïdes, sérothérapies), mais aussi à la lutte contre les fléaux sociaux susceptibles d'entamer la capacité laborieuse de la population (tuberculose, maladies vénériennes, alcoolisme, cancer) grâce au concours des œuvres françaises et étrangères (Croix-Rouge, fondation Rockefeller), soutenues de loin en loin par l'État et les collectivités locales.

Elle est même devenue le confluent des actions privées et publiques à vocation préventive et pédagogique (éducation sanitaire, propagande publique, accompagnement social,

formation de personnels spécialisés, visiteuses et infirmières, multiplication des ligues et des associations...). Avec le soutien de la fondation Rockefeller, le sénateur Justin Godart, revenu à la tête d'un grand ministère des Affaires sociales en 1924, crée un Office national d'hygiène sociale (ONHS), doté d'un budget dont les trois quarts sont initialement abondés par la fondation américaine.

L'ONHS est chargé de dresser des statistiques sanitaires, de s'occuper d'éducation sanitaire et de coordonner l'action des pouvoirs publics et des œuvres privées. Doté d'outils de communication et de propagande modernes, l'organisme a lancé les premières grandes campagnes d'information et de prévention, essentiellement axées sur la lutte antituberculeuse.

www.histrecmed.fr

1 Identifiez les raisons qui ont progressivement conduit à l'intervention des pouvoirs publics.

En raison de l'importance du nombre de décès dus aux épidémies et maladies, mais aussi des mouvements de panique générés, les services publics, d'abord communaux, ont été contraints de réagir pour essayer de ralentir les phénomènes sanitaires (empêcher la propagation d'épidémies et d'épizooties) avec l'assainissement de l'eau des villes, la création des égouts, les mises en quarantaine lors d'épidémie, l'incinération/inhumation des corps... Ce n'est qu'au XIX^e siècle que l'État français se saisit de la santé publique avec la création, en 1848, du Comité consultatif d'hygiène publique. Il s'agissait alors de lutter contre les pathologies (tuberculose, cancer, MST) avec la collaboration de nombreuses associations. Le premier ministère de la Santé ne verra le jour qu'en 1920, devenant ainsi « responsable » de la protection de la santé de tous les Français.

Doc 5 L'hygiénisme et la première loi d'hygiène publique

« Nous buvons 90 % de nos maladies » disait Pasteur.

Jusqu'à la Première Guerre mondiale, des épidémies de choléra et de typhoïde sévissaient partout en Europe, faisant chaque année des milliers de victimes.

Dès 1854, le docteur Snow démontrait le rôle de l'eau dans l'épidémie de choléra de Londres. Promoteur de l'épidémiologie de terrain, il établit une carte de la résidence des cas de choléra et remarqua qu'ils se concentraient autour d'un point d'eau public de Broad Street. Suspectant le rôle de l'eau délivrée par cette pompe dans la diffusion de l'épidémie et confronté à l'incrédulité des autorités auprès desquelles il formulait cette hypothèse, il scia le bras de la pompe de Broad Street afin d'en empêcher l'usage. L'épidémie déclina rapidement.

Les recherches ultérieures confirmèrent le rôle de l'eau dans la dissémination du vibron cholérique et du bacille

de la typhoïde. Snow et Pasteur sont maintenant considérés comme des précurseurs de l'école hygiéniste, qui rassemblait des experts de différents horizons (hommes politiques, ingénieurs, médecins, etc.).

Dès la fin du XIX^e siècle, des réseaux d'eau potable furent ainsi construits dans les grandes villes permettant d'amener l'eau au domicile des habitants, tandis que la construction d'égouts répondait au besoin d'évacuer les eaux usées. L'usage généralisé de l'eau courante, notamment pour le bain et la toilette corporelle, date de cette époque. En 10 ans, la consommation d'eau par jour et par habitant, est passée de 10 L à 100 L.

Aujourd'hui, le contrôle des épidémies et l'hygiène publique s'inspirent encore largement de la première loi d'hygiène publique de 1903.

www.invs.sante.fr

Doc 6 — L'histoire de la vaccination

Vaccination : acte consistant à prévenir la maladie en injectant dans l'organisme une petite dose de la bactérie ou du virus qui lui est associé afin de créer une immunité.

La première méthode efficace de lutte contre la variole est la vaccination mise au point en 1796 par le médecin anglais Edward Jenner, sur la base de l'observation suivante : la maladie ne touchait pas les préposés à la traite des vaches qui avait préalablement contracté la vaccine, ou cow-pox (la variole de la vache), maladie bénigne transmise par les pustules des pis des femelles atteintes. [...]

Le succès de la vaccination – effectuée de bras à bras avant que Louis Pasteur ait recours à l'inoculation de cultures de bactéries atténuées – est tel que le mot a été conservé pour désigner plus largement la pratique qui consiste à prévenir une maladie en injectant une petite dose de la bactérie ou du virus qui lui est associé.

www.larousse.fr

2 Caractérisez les facteurs de risque évoqués dans les docs 4 à 6 et la prise de conscience collective qui s'y attache.

Il s'agit principalement de la pollution des eaux et des nappes phréatiques qui alimentaient les foyers pour leur consommation et leur toilette. La présence d'agents bactériologiques pathogènes avait de graves conséquences sur la santé publique, et l'évacuation des eaux usées n'était pas assurée. Par ailleurs, les logements mal isolés et insalubres contribuaient à la morbidité. Ce sont les hygiénistes tels que Pasteur qui ont démontré le lien entre ces déterminants et l'apparition des maladies, interpellant ainsi l'opinion publique.

3 Quelles sont les avancées thérapeutiques de la vaccination ? Citez les vaccins obligatoires aujourd'hui (et pourquoi) et ceux recommandés par les autorités sanitaires.

La vaccination permet d'immuniser l'individu contre certaines bactéries et virus lui permettant ainsi de ne pas contracter la maladie. C'est donc un moyen préventif. La vaccination a permis de faire disparaître la majorité des maladies infantiles et infectieuses. Certains vaccins sont imposés à partir du moment où nous vivons en collectivité comme le BCG contre la tuberculose, contre la diphtérie et la coqueluche, et le ROR. D'autres sont simplement recommandés comme ceux contre l'hépatite B, le cancer du col de l'utérus...

II La santé publique aujourd'hui

Activité 3 La notion de santé publique

Objectif • définir et délimiter le concept de santé publique.



Doc 7 — Définition

La santé publique est une discipline qui prend en charge toutes les dimensions administratives, sociales, politiques et économiques de la santé. Elle s'occupe de préserver la santé, de la protéger au niveau d'un groupe

d'individus, d'un pays ou mondial. Elle s'occupe de tous les aspects de la santé, tant au niveau préventif que curatif, c'est l'ensemble des moyens mis en place pour soigner et promouvoir la santé.

www.sante-medecine.net

Doc 8 La définition de l'OMS



Organisation mondiale de la Santé

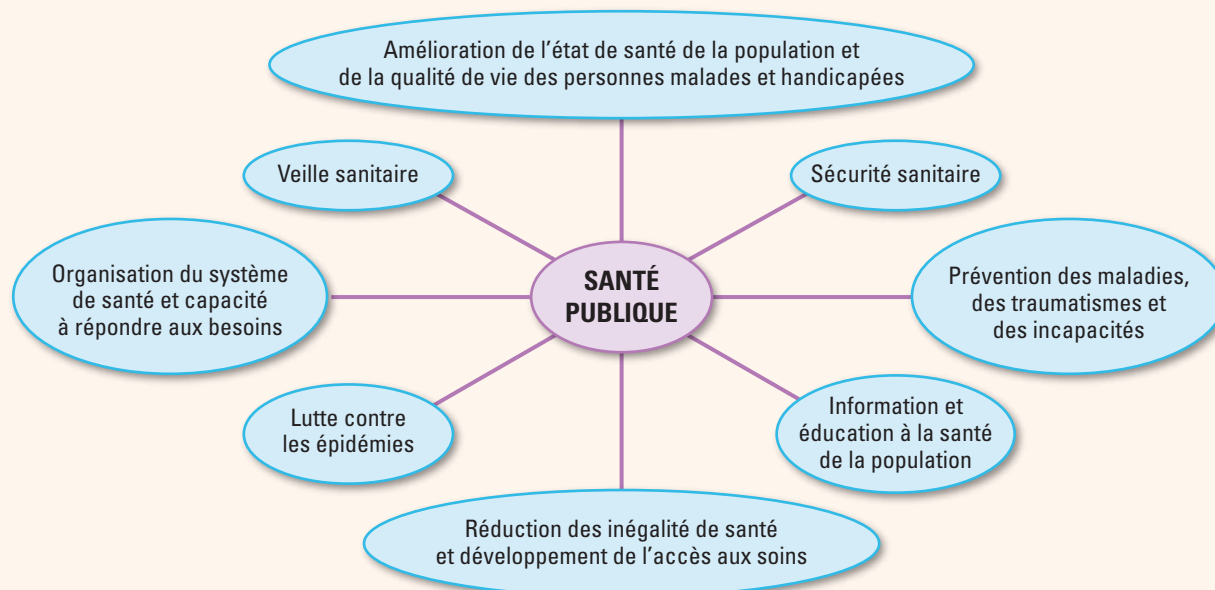
En 1952, l'OMS définit la santé publique comme la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif.

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.

La santé publique est aussi une question sociale : les maladies ont une histoire et une influence sur la société, toutes les catégories de la population n'ont pas le même rapport à elles, et les politiques sanitaires diffèrent selon les pays.

Encyclopédie Larousse

Doc 9 Les domaines de la santé publique



1 À la lumière des deux définitions fournies, expliquez ce qu'implique la notion de santé publique.

C'est une science qui consiste à éviter et anticiper la morbidité et les infirmités, retarder la mortalité et permettre à chacun de vivre sainement. Pour cela, elle doit tenir compte d'un certain nombre de facteurs influant sur la santé : **sociaux** → déterminants sociaux, **économiques** → niveau de vie/rémunération, **politiques**, **environnementaux**. Ces facteurs se combinent et conditionnent la santé de l'individu. La santé publique a ainsi plusieurs champs d'action : la prévention, l'éducation, la promotion de la santé, la médecine curative, la veille sanitaire.

Doc 10 Le champ d'action de la santé publique

Le champ d'action de la santé publique couvre tous les efforts sociaux, politiques, organisationnels qui sont destinés à améliorer la santé de groupes ou de populations entières. Ceci inclut toutes les approches organisées, tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre les maladies, de réadaptation ou de soins orientés en ce sens.

Le terme est également employé comme une catégorie organisationnelle ; cependant les services inclus dans cette catégorie varient d'un pays à l'autre. L'intégration de la rééducation-réadaptation et des soins dans la santé publique n'est pas acceptée par tous. La santé publique peut aussi être considérée comme une institution sociale, une discipline et une pratique.

Banque de données en santé publique, www.bdsp.ehesp.fr

2 En vous appuyant sur les domaines de la santé publique, précisez les différents principes d'intervention.

La vocation de la santé publique est d'intervenir sur la globalité des conditions d'existence de la population, ce qui lui confère une dimension sanitaire (accès aux soins curatifs et préventifs, égalité de traitement...), sociale (accès à une protection sociale...), politique (mise en place de politiques et plans de santé publique), organisationnelle (mise en place d'un service public de santé gratuit et accessible à tous) et de recherche médicale (épidémiologie, étiologie...). Les modes d'intervention sont très variés : prévention, éducation, promotion de la santé, veille et sécurité sanitaires, mais aussi formation des professionnels de santé, organisation de la protection sociale et gestion de son financement. L'ensemble de ces actions consiste à protéger la santé des individus et à garantir le meilleur état de santé possible à la population.

3 Expliquez la nécessité de la complémentarité de ces champs d'action.

La santé est multifactorielle, plusieurs facteurs et déterminants pouvant interagir. Il est donc nécessaire de l'appréhender dans sa globalité pour être efficace. Il s'agit ainsi de prendre en considération la dimension physique, mentale et sociale, mais aussi de privilégier la prévention des maladies (plutôt que de recourir à la médecine curative), en anticipant sur leur apparition et en enseignant à la population des pratiques propices à la préservation de leur santé (éducation à la santé). En parallèle, il convient de prévoir des structures de soins et de santé compétentes et de former du personnel qualifié. Toutes ces mesures se complètent et ne peuvent se dissocier.

Activité 4 Les objectifs de la santé publique

Objectif ➤ repérer les actuels enjeux de santé publique.  1 h 30

Doc 11 Les objectifs de santé publique

La loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, a instauré une démarche structurée pour la définition, la conduite et l'évaluation des politiques de santé en France. Elle a défini cent objectifs de santé quantifiés, susceptibles d'être atteints dans la population ou dans des groupes de population au terme d'une échéance pluriannuelle de cinq ans. Elle les a assortis de plans d'action propres à contribuer à leur réalisation.

Le Haut Conseil de la santé publique, créé par la même loi du 9 août 2004 et mis en place en mars 2007, a pour mission d'évaluer la réalisation de ces objectifs, de contribuer à leur (re)définition, de contribuer au suivi annuel de la mise en œuvre de la loi, ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et des stratégies de prévention.

Ce rapport présente le résultat des travaux réalisés dans le cadre de ces missions, en vue de faire des propositions et des recommandations pour une prochaine loi de santé publique. Il se décompose en deux parties :

- l'évaluation des objectifs de la loi de santé publique d'août 2004 ;
- les propositions d'objectifs pour une prochaine loi. Cette partie porte sur des propositions d'objectifs spécifiques répartis de manière thématique et sur des recommandations d'ordre plus général en matière d'inégalités sociales de santé et de systèmes d'information nécessaires au suivi des objectifs.

www.hcsp.fr

Doc 12 – La loi du 9 août 2004

Pour atteindre ces objectifs, cinq plans nationaux sont prévus pour la période 2004-2008 concernant :

- › la lutte contre le cancer ;
- › la lutte contre la violence, les comportements à risques et les pratiques addictives ;
- › la santé et l'environnement ;
- › la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ;
- › la prise en charge des maladies rares...

www.vie-publique.fr

Doc 13 – L'état de santé des Français

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie chaque année un rapport sur l'état de santé de la population en France, rédigé avec l'ensemble des producteurs de données. À travers plus de 200 indicateurs, ce panorama détaillé de la santé conjugue approches par population, par déterminants et par pathologies, illustrant l'état de santé globalement favorable des Français. Il met également en lumière les principaux problèmes de santé auxquels sont confrontées les politiques publiques, dont les inégalités sociales de santé.

Mortalité, espérance de vie à la naissance ou à 65 ans, mortalité cardio-vasculaire : au regard de ces grands indicateurs, l'état de santé en France se révèle globalement favorable, comparé aux autres pays développés. Les Français vivent toujours plus longtemps, même s'ils souffrent davantage de pathologies chroniques et d'incapacités fonctionnelles, conséquences de ce vieillissement de la population. Mais ce bon diagnostic est à nuancer par l'existence de disparités persistantes, notamment entre les femmes et les hommes, entre les régions et entre les différentes catégories sociales.

Ce qui inquiète les experts, c'est que les inégalités sociales se sont aggravées au cours des dernières décennies. « À âge et à sexe égal, l'existence et l'importance des problèmes de santé sont d'abord liés à la position sociale et au niveau d'étude », explique le texte. Plusieurs



Des malades en attente aux urgences du centre hospitalier universitaire de Nice, en octobre 2015.

facteurs entrent en jeu : l'exposition aux risques, l'environnement ou les comportements socioculturels – habitudes de vie, attention portée à la santé, recours aux soins, etc. Le niveau d'étude et de revenus joue aussi : les non-diplômés déclarent plus de problèmes de santé chroniques (50 %) ou de limitations d'activité (40 %).

www.drees.sante.gouv.fr

14 Des disparités sociales de plus en plus fortes

L'espérance de vie progresse mais les écarts se creusent entre catégories socio-professionnelles : les ouvriers vivent sept ans de moins que les cadres, même si les différences sont moins fortes chez les femmes. Malgré son niveau de vie, la France s'en sort moins bien que ses voisins. « Si l'on observe des inégalités sociales de santé

(morbidité, mortalité, santé perçue, santé fonctionnelle) dans tous les pays à des degrés divers, elles demeurent dans notre pays plus importantes que dans la plupart des autres pays européens ».

© lexpansion.lexpress.fr, 30 juillet 2010

15 Le coût des soins dissuasif pour les plus pauvres

Les Français les plus précaires se soignent moins bien que les autres. La couverture maladie universelle (CMU) ne suffit pas toujours à les pousser à consulter. C'est la même chose pour les permanences d'accès aux soins de santé, sensés faciliter la prise en charge dans les hôpitaux ou les associations.

En 2008, 15 % des adultes métropolitains ont déclaré avoir renoncé à des soins pour des raisons financières, soit 2 % de plus qu'un an auparavant. Faute de couverture complémentaire, ils se passent le plus souvent de soins dentaires, de lunettes ou de consultations chez les spécialistes.

© lexpansion.lexpress.fr, 30 juillet 2010

1 Décrivez les apports du texte fondateur de la santé publique.

La loi du 9 août 2004 est le socle de la santé publique puisqu'elle fixe une politique de santé publique. Celle-ci est établie par le gouvernement qui doit fixer des objectifs à atteindre dans un délai imparti (en l'occurrence 5 ans). Cent objectifs ont été définis à partir de l'épidémiologie réalisée au préalable. Cette loi rend l'État responsable de la santé publique et crée le Haut Conseil de la santé publique, chargé de l'évaluation de la réalisation des objectifs.

2 Justifiez le choix des cinq plans de santé publique proposés par la loi de 2004.

Chaque plan s'attache à un problème de santé publique dont les indicateurs sont très élevés en France. Ces pathologies sont souvent liées à des déterminants comportementaux ou environnementaux (cancers, pratiques addictives, lieux de travail...) sur lesquels il est possible d'agir. Ces plans sont fixés à partir des études épidémiologiques. Cependant, le plan d'amélioration de la qualité de la prise en charge des maladies rares consiste à développer la recherche et les connaissances sur des pathologies peu connues scientifiquement et qui n'affectent que peu de personnes en France.

3 Décrivez l'état sanitaire des Français établi par la DREES.

La France a l'une des plus grandes espérances de vie à la naissance, avec toutefois un écart entre les deux sexes. La mortalité recule et le bilan sanitaire est plutôt positif, à l'exception de l'augmentation des maladies chroniques, de la mortalité évitable et de la persistance des inégalités sociales de santé. Aussi, une frange importante de la population, qui n'a pas accès à certains soins, est obligée d'y renoncer par manque de couverture maladie suffisante. Tous les ans, une enquête baromètre santé est faite auprès des Français pour évaluer l'état de santé réel et ressenti : en relevant les problèmes de santé les plus fréquents, elle permet au Ministère de les prendre en considération dans la politique de santé publique.

Synthèse

ATT

1

Approche historique des politiques de santé publique

De l'Antiquité au XIX^e siècle

- Succession de grandes épidémies dévastatrices
- Pollution de l'eau domestique
- Insalubrité des habitations
- Promiscuité de la population
- Absence d'hygiène corporelle
- Absence et inefficacité de la médecine curative

- Populations et villes entières décimées
- Pandémies

- Église
- Œuvres de bienfaisance

Aux XX^e et XXI^e siècles

- Persistance de très nombreuses maladies chroniques
- Surmortalité évitable très élevée
- Comportements à risque trop fréquents (accidents...)
- Inégalités d'accès aux soins

- Taux d'incidence et de prévalence élevés
- Mortalité prématurée et évitable importante

- État
- Collectivités publiques locales

Causes

Conséquences

Acteurs

Les principes d'intervention en santé publique

ATT

2

I

Prévention, éducation et promotion pour la santé

Activité

1

La prévention : anticiper l'apparition ou l'aggravation des altérations de la santé en informant les individus

Objectif identifier le principe de la prévention, distinguer les trois niveaux.

45 min

Doc 1

Les différents niveaux de prévention de la santé

La prévention primaire veille à prévenir l'apparition de certaines maladies par la réduction des risques, soit en modifiant les comportements ou les expositions qui peuvent entraîner des maladies, soit en améliorant la résistance aux agents infectieux. L'arrêt du tabac et la vaccination en sont des exemples.

La prévention primaire réduit l'incidence des maladies en abordant leurs facteurs de risque ou en améliorant la résistance. Certaines approches prévoient une participation active, comme se brosser les dents régulièrement ou se passer la soie dentaire pour prévenir les caries. D'autres approches sont passives : ajouter du fluorure à l'eau potable municipale pour durcir l'émail des dents et prévenir les caries.

La prévention primaire cible généralement les causes spécifiques et les facteurs de risque de certaines maladies, mais elle cherche également à promouvoir les comportements sains, à améliorer la résistance des hôtes et à favoriser des environnements sécuritaires qui réduisent le risque de maladie, par exemple en nettoyant les salles d'opération pour prévenir les infections postopératoires.

La prévention secondaire comprend les méthodes de détection et de traitement des changements pathologiques précliniques afin d'enrayer l'évolution des maladies. Les méthodes de dépistage (comme la mammographie pour dépister le cancer du sein à un stade précoce) sont souvent la première étape. Elles favorisent l'intervention précoce, ce qui est plus économique que d'intervenir après l'apparition des symptômes.

Les tests de glycémie réguliers administrés aux personnes de plus de 40 ans sont un exemple pertinent de dépistage précoce dans le cas du diabète. Le dépistage est habituellement effectué par des professionnels de la santé lors de rencontres individuelles médecin-patient (comme pour les tests réguliers de la tension artérielle) ou par des programmes de dépistage de santé publique (comme les mammographies).



Une fois qu'une maladie se développe et qu'elle est traitée en phase clinique aiguë, la prévention tertiaire veille à réduire l'impact de la maladie sur les fonctions, la longévité et la qualité de vie du patient. La réadaptation cardiaque après un infarctus du myocarde en est un exemple : on cherche à modifier les comportements du patient pour réduire la probabilité de récurrence.

La prévention tertiaire peut comprendre la modification des facteurs de risque, comme aider un patient cardiaque à perdre du poids ou apporter des changements à l'environnement d'un patient asthmatique pour réduire son exposition aux allergènes.

Doc 1



Si l'affection est irréversible, la prévention tertiaire est axée sur la réadaptation pour aider le patient à vivre avec son incapacité. Si l'affection est réversible, comme c'est le cas de nombreuses maladies cardiaques, la prévention tertiaire peut en réduire la prévalence dans la population,

mais si l'affection ne peut être guérie, la prévention peut en augmenter la prévalence en prolongeant la survie. L'objectif principal de la prévention tertiaire est d'améliorer la qualité de vie.

www.phprimer.afmc.ca

1 Dégagez de ce document une définition générale de la notion de prévention.

La prévention est le principe par lequel on va éviter la survenue d'une maladie ou d'une infirmité, réduire son évolution pour garantir de meilleures chances de guérison et limiter ses conséquences après traitement (rééducation, récurrence...).

2 À l'aide du doc. 1 et de vos connaissances, complétez le tableau suivant.

Niveau de prévention	Objectifs	Exemples
Primaire	Éviter l'apparition des maladies ou infirmités, mener une politique d'anticipation.	Vaccination, ajout du fluor à l'eau potable.
Secondaire	Éviter l'aggravation des maladies et ainsi réduire la prévalence (part de personnes malades).	Dépistages, tests complémentaires dans le cadre d'un traitement.
Tertiaire	Éviter la récurrence, réduire les conséquences des maladies ou infirmités.	Groupes de parole, rééducation fonctionnelle.

Activité 2 L'éducation à la santé : devenir acteur de sa santé

Objectif ► comprendre la notion d'éducation et la distinguer de la prévention.



Doc 2

Le brossage précoce, facteur de bonne santé bucco-dentaire

Les données de la littérature scientifique concluent qu'un brossage précoce et régulier, dès l'apparition des premières dents, est un facteur de bonne santé bucco-dentaire.

Au-delà de l'aspect préventif lié à la carie, il semble important de souligner, au regard des déterminants de santé, la dimension de bien-être pour l'enfant : sentir ses dents lisses et propres, sa bouche fraîche après le repas sont des sensations à développer, afin de lui donner le goût de les retrouver ensuite. Inscire le geste du brossage des dents

très tôt dans le quotidien de l'enfant gardé en collectivité (crèche, garderie, assistante maternelle), puis ensuite à l'école, permet de créer une habitude d'hygiène dentaire, au même titre que le lavage des mains après les activités et le repas. Plus que la technique proprement dite, qui a peu de sens chez un petit enfant, c'est l'habitude et la possibilité de réaliser ce geste dans un lieu collectif qu'il convient de développer.

INPES, *La santé de l'homme* n° 417, janvier-février 2012

Doc 3

La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit !

La contraception parfaite, sans aucune contrainte, qui peut être prise par toutes les femmes sans exception, ça n'existe pas !

Il faut en choisir une en fonction de ses attentes, mais aussi de ses contraintes quotidiennes ou de vie. Qui peuvent changer au fil des ans. Une méthode qui te va très bien à 17 ans ne t'ira peut-être plus quand tu auras 30 ans.

L'embaras du choix

Des méthodes de contraception, il y en a beaucoup ! La plupart des gens ne connaissent que le préservatif, la pilule et le stérilet. Alors, allons-y, citons-les :

- les pilules (combinée ou progestative) ;
- le patch : à coller sur la peau pendant trois semaines sur quatre (un par semaine) ;
- l'implant : inséré sous la peau du bras, efficace 3 ans ;
- l'anneau vaginal : à placer soi-même (à garder 3 semaines, mais protège pendant 4 semaines) ;
- le DIU (dispositif intra-utérin, qu'on l'appelait auparavant « stérilet ») : au cuivre ou aux hormones, il peut rester en place de 3 à 8 ans ;
- le préservatif masculin, à dérouler sur le sexe en érection ;
- le préservatif féminin, à insérer dans le vagin, même plusieurs heures avant le rapport.

Comment choisir la tienne ?

Pas toute seule ! Avec un-e professionnel-le de santé : médecin, gynécologue, sage-femme, en cabinet ou dans un Centre de planning et d'éducation familiale (CPEF)... Il/elle commencera par te poser des questions. En fonction de tes réponses, il/elle te proposera la méthode qui sera la mieux adaptée pour toi. Il/elle te fera une ordonnance. La plupart des contraceptions peuvent être achetées en pharmacie. Tu peux aussi avoir déjà une bonne idée de la contraception qui te conviendrait. Dans ce cas, dis-le d'emblée. Ton interlocuteur-trice t'en présentera les avantages et inconvénients et vérifiera qu'il n'y a



→ À CHACUN SA CONTRACEPTION

Votre contraception doit s'adapter à votre vie. Découvrez ici, avec l'aide d'un professionnel de santé, celle qui vous convient le mieux.



www.choisirsacontraception.fr



pas de contre-indications pour toi... Attention, toutes ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale.

Juste, un truc : avoir une contraception, ça ne protège pas des infections sexuellement transmissibles. Il faut continuer à utiliser, en plus, un préservatif masculin ou féminin. Ça s'appelle la double protection.

www.onsexprime.fr

1 De ces deux actions d'éducation à la santé présentées dans les doc. 2 et 3, dégagez les objectifs recherchés par les professionnels de santé.

Qu'il s'agisse du brossage dentaire chez les enfants ou des conseils en matière de contraception pour les adolescent(e)s,

l'objectif est de leur faire adopter des comportements favorables à leur santé. Ils doivent les comprendre pour mieux les appliquer toute leur vie.

2 Expliquez ce que l'éducation à la santé apporte de plus par rapport à la prévention.

La prévention est la première étape d'un processus : elle consiste à informer les populations sur les facteurs de risque et leurs conséquences sur la santé. L'éducation à la santé prend ensuite le relai en dispensant des conseils en matière de comportements ou de modes de vie à adopter pour maintenir un bon état de santé. Cette éducation doit se faire dès le plus jeune âge pour assurer l'acquisition précoce des bons automatismes.

Activité 3 La promotion de la santé : devenir responsable de sa santé

Objectif ► comprendre le processus de la promotion et ses différentes étapes.



Doc 4 La promotion de la santé

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, de sorte qu'elles puissent choisir des options saines, plutôt que celles qui sont néfastes.

Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé est issue d'une conférence internationale sur la promotion de la santé en 1987. Elle propose d'agir en vue de la « Santé pour tous » en l'an 2000 et au-delà. Elle comprend les stratégies suivantes :

- **Établir une politique publique saine** : cette stratégie inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé.
- **Créer des milieux favorables** : cette stratégie reflète une sensibilisation à l'importance de l'environnement pour la santé et propose une approche socio-écologique de la santé.
- **Renforcer l'action communautaire** : la promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé.
- **Acquérir des aptitudes personnelles** : la promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie.



**Zéro alcool
pendant la grossesse**

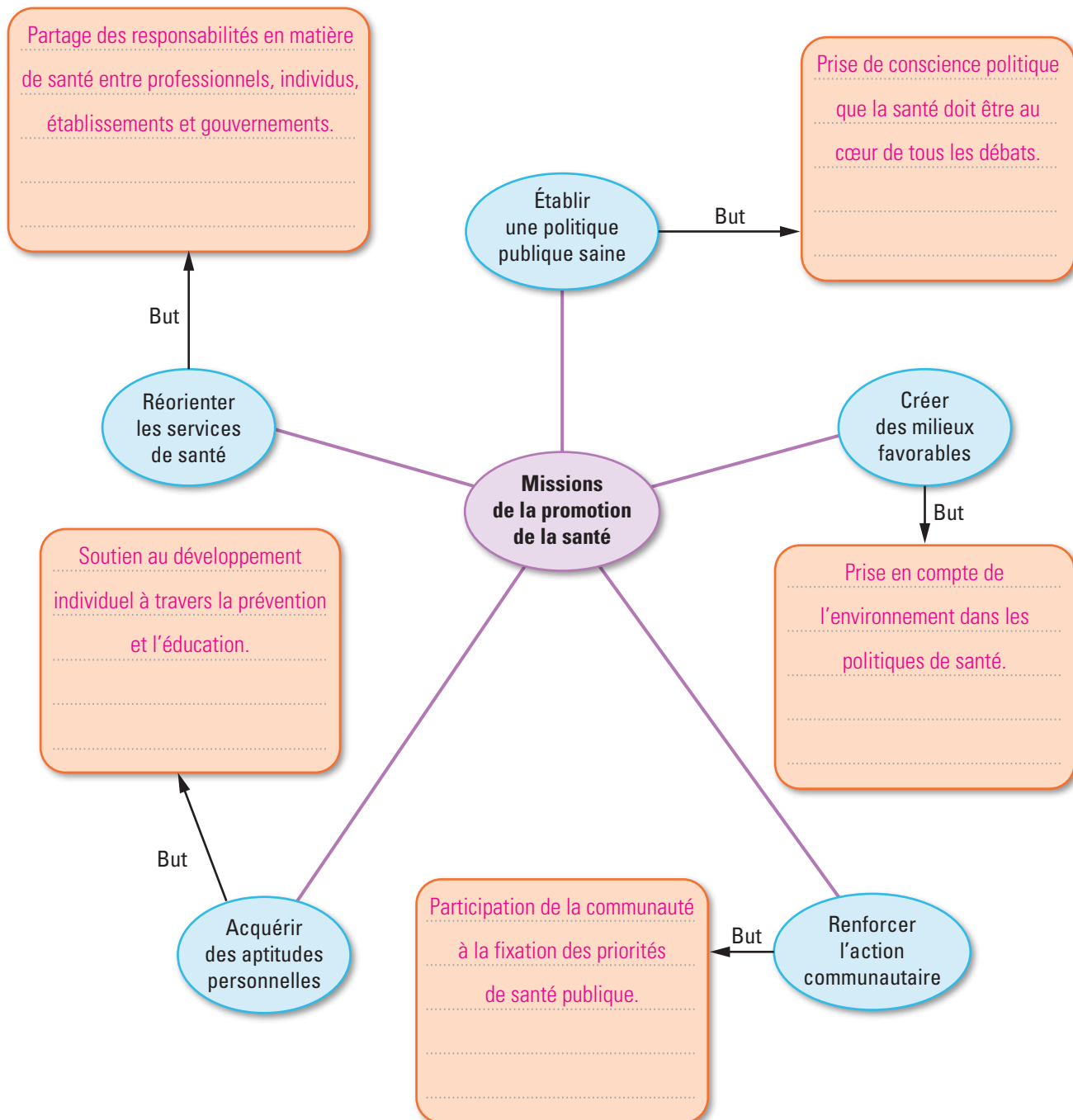
- **Réorienter les services de santé** : la promotion de la santé prône une transition visant à distribuer de façon plus égale les ressources de la santé entre les soins de santé et la prévention de la maladie. La responsabilité des services de promotion de la santé devrait être partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les institutions offrant les services, et les gouvernements.

www.med.uottawa.ca

1 Retrouvez les acteurs intervenant dans le cadre de la promotion de la santé.

La promotion de la santé est une notion large qui implique que l'individu est au centre de l'action et qu'il peut faire appel aux professionnels de santé, aux institutions sanitaires, aux organes politiques et aux groupes communautaires, tous mobilisés pour assurer le maintien de son capital santé. Promouvoir la santé relève de la responsabilité de chacun.

2 Complétez le schéma suivant sur les missions de la promotion.



II La surveillance épidémiologique

Activité 4 La veille sanitaire

Objectif • comprendre la nécessité d'observer pour anticiper les risques sanitaires.

45 min

Doc 5 Émergence de la veille sanitaire

Si les réseaux Sentinelles se sont organisés dès 1984, c'est surtout à la suite des crises sanitaires survenues dans les années 90 (sang contaminé, vache folle, amiante...) qu'un dispositif de veille sanitaire s'est progressivement constitué. En effet, ces crises ont remis en cause la capacité de l'État à assurer la protection de la santé des populations et elles ont mis en lumière une expertise scientifique incapable de prévoir les risques, ainsi qu'un système dans lequel les intérêts économiques priment sur la santé.

Ces constats, dressés par plusieurs rapports officiels, ont conduit à engager une réforme en profondeur de la gestion des activités à risque.

Depuis 1998, les institutions de contrôle doivent être fonctionnellement indépendantes par rapport aux intérêts des producteurs et disposer d'une réelle légitimité scientifique ; la veille sanitaire doit disposer de moyens suffisants et couvrir tout le champ de la santé de la population. Les carences constatées dans la prévention des crises sanitaires mais aussi l'apparition de nouveaux risques conduisent à renforcer l'expertise scientifique et les systèmes d'alerte et de veille.

En effet, la prise en compte du principe de précaution dans le domaine sanitaire devient un moteur dans l'élaboration d'une politique de sécurité sanitaire en imposant des procédures d'expertise et de décision permettant de cerner au mieux les dangers.

La réforme mise en œuvre par la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille et de la sécurité sanitaires suit quatre lignes directrices :

- les fonctions de production et de gestion sont séparées des fonctions d'évaluation des risques, d'alerte et de police sanitaire ;
- le rôle des experts doit être clarifié de façon à limiter les conflits d'intérêts ;
- les fonctions d'évaluation et de police sanitaire s'exercent indépendamment de la tutelle économique ;
- un dispositif de veille et de surveillance global est mis en place pour surveiller l'état de santé de la population.

Ces principes se concrétisent par la création des agences sanitaires.

www.vie-publique.fr

Doc 6 Les missions de l'Institut de veille sanitaire

La surveillance et l'observation permanentes de l'état de santé de la population

L'InVS participe au recueil et au traitement des données sur l'état de santé de la population à des fins épidémiologiques, en s'appuyant notamment sur des correspondants publics et privés constituant le réseau national de santé publique.

La veille et la vigilance sanitaires

L'InVS est chargé de rassembler, analyser et actualiser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leur évolution ; de détecter de manière prospective les facteurs de risque susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population ou de certaines de ses composantes, de manière soudaine ou diffuse ; d'étudier et de répertorier, pour chaque type de risque, les populations les plus fragiles ou menacées.

L'alerte sanitaire

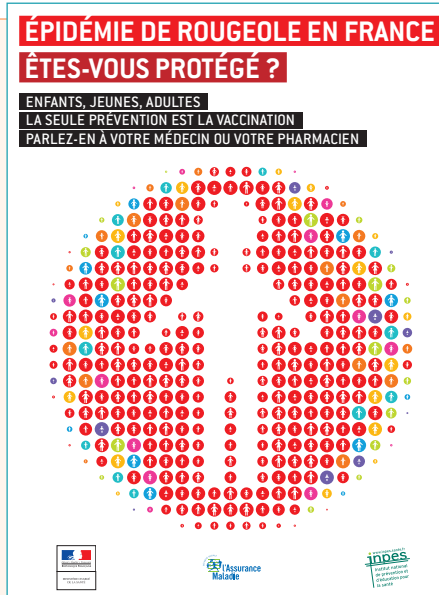
L'InVS doit informer sans délai le ministre chargé de la santé en cas de menace pour la santé de la population ou de certaines de ses composantes, quelle qu'en soit

l'origine, et lui recommander toute mesure ou action appropriée pour prévenir la réalisation ou atténuer l'impact de cette menace.

Une contribution à la gestion des situations de crise sanitaire

L'InVS propose aux pouvoirs publics toute mesure ou action nécessaire et 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 sanitaire.

www.invs.sante.fr



1 Expliquez la nécessité d'organiser une veille sanitaire en France.

Les multiples crises sanitaires qui ont affecté le pays ont démontré les limites des pouvoirs publics en matière de protection de la santé publique. Ces crises ont causé de très nombreux décès et une morbidité élevée due à un manque de connaissances scientifiques et une absence d'anticipation des risques. Pour remplir ses missions, l'État a dû réfléchir à la mise en place d'un dispositif de vigilance et de surveillance épidémiologique capable de détecter et prévenir tout événement anormal susceptible de porter atteinte à la santé collective. Les acteurs de santé sont aujourd'hui mobilisés pour travailler en réseau et c'est l'InVS (Institut de veille sanitaire) qui est chargé de collecter et traiter toutes les données.

2 Décrivez le rôle prédominant de l'InVS dans la veille sanitaire.

Bien que de nombreux acteurs participent à la veille et à l'observation sanitaires de la population, l'InVS doit collecter et centraliser toutes les données afin de les analyser et d'évaluer les risques encourus. Lorsqu'il estime, au vu des connaissances scientifiques, que la menace est sérieuse, il alerte les pouvoirs publics et leur préconise les mesures qui s'imposent.

Activité 5 La sécurité sanitaire

Objectif • comprendre la nécessité de vérifier et contrôler les produits de consommation et certains actes professionnels.



Doc 7 Les agences de sécurité sanitaire

Le concept d'agence sanitaire n'apparaît qu'en 1993 avec la création de l'Agence française du sang et l'Agence du médicament. Créées le plus souvent en réaction à des crises sanitaires, toutes les agences exercent des fonctions de veille, de surveillance et d'évaluation des risques. Il est possible de les regrouper schématiquement en trois catégories :

➤ **les agences de police sanitaire** : Agence française de sécurité sanitaire pour les produits de santé (AFSSAPS)¹ et Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) pour le médicament vétérinaire ;

➤ **les agences d'expertise ayant une compétence de veille et d'alerte chargées de délivrer des avis** : Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET), Institut de veille sanitaire (InVS), AFSSA pour l'essentiel de ses activités ;

➤ **les opérateurs sanitaires chargés d'encadrer et de développer un secteur sensible pour la santé publique** : Établissement français du sang (EFS) et Agence de biomédecine (ABM).

En outre, la Haute Autorité de santé (HAS) est une autorité administrative indépendante.

Ces agences ont d'abord comme objectif d'évaluer les risques potentiels des produits destinés à l'homme (produits de santé, produits alimentaires...) et de surveiller les

maladies transmissibles. Progressivement, le champ des préoccupations s'élargit aux facteurs indirects qui peuvent avoir des effets sur la santé.

Le rapport Grzegorzulka Aschieri propose l'extension de la sécurité sanitaire à la sécurité environnementale. Il pointe les lacunes en matière d'évaluation des risques pesant sur les travailleurs exposés à des dangers liés à l'utilisation des produits chimiques. Parallèlement, dans une décision du 3 mars 2004, le Conseil d'État reconnaît l'État responsable de l'exposition des travailleurs aux poussières d'amiante pour carence fautive, l'État n'ayant ni évalué les risques pesant sur les travailleurs exposés, ni pris des mesures susceptibles d'éliminer ou de limiter les dangers. L'évaluation des risques devient beaucoup plus complexe dès lors qu'il s'agit d'évaluer et de mesurer les effets des expositions dans différents milieux, puis de traduire ces résultats en signaux d'alerte et en mesures de sécurité sanitaire.

Le dispositif de sécurité sanitaire tend alors à s'organiser en deux grands ensembles :

- dispositif d'évaluation des dangers et risques liés aux produits destinés à l'homme,
- dispositif de surveillance de la santé des populations entrant en contact avec les produits dans différentes formes d'activités.

1. Depuis 2012, ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé).

Doc 8

Les agences et opérateurs du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes



Liste détaillée consultable sur le site Internet du ministère des Affaires sociales et de la Santé : <http://social-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/agences-et-operateurs/>

1 Complétez le tableau suivant.

Nom de l'agence	Date de création	Domaines de compétence
ANSM Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	Loi du 29 décembre 2011	Est responsable de l'évaluation scientifique et technique des médicaments et des produits biologiques ; délivre les autorisations de mise sur le marché.
ABM Agence de la biomédecine	Loi de bioéthique de 2004	Intervient dans le domaine de la biologie et de la médecine humaine : l'assistance médicale à la procréation, le diagnostic prénatal et génétique, la recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires, ainsi que le prélèvement et la greffe d'organe, de tissus et de cellules.
ANSES Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail	1 ^{er} juillet 2010	Assure la sécurité sanitaire humaine dans les domaines de l'environnement, du travail et de l'alimentation.
EFS Établissement français du sang	1 ^{er} janvier 2000	Garantie la sécurité de la chaîne transfusionnelle, du donneur au receveur, et assure l'autosuffisance de la France en produits sanguins dans des conditions de sécurité et de qualité optimales.
HAS Haute autorité de santé	1 ^{er} janvier 2005	Agit pour améliorer la qualité du système de santé, afin d'assurer à tous un accès durable et équitable à des soins aussi efficaces, sûrs et efficaces que possible.
INCa Institut national du cancer	Loi de santé publique du 9 août 2004	Coordonne les actions de lutte contre le cancer, afin de diminuer la mortalité par cancer en France et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer.
INPES Institut national de prévention et d'éducation par la santé	Loi du 4 mars 2002	Met en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé, dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement.
IRSN Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire	Loi du 9 mai 2001	Conçu comme l'expert public en matière de recherche et d'expertise sur les risques nucléaires et radiologiques.

Nom de l'agence	Date de création	Domaines de compétence
InVS Institut de veille sanitaire	Loi du 1 ^{er} juillet 1998	Assure la veille sanitaire et le contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme ; répond aux nouveaux défis révélés par les crises sanitaires récentes et les risques émergents.
EPRUS Établissement de préparation et de réponse aux situations d'urgences sanitaires	Loi du 5 mars 2007	Permet à l'État de répondre aux situations de catastrophe, d'urgence ou de menace sanitaires graves sur le territoire national, avec efficacité et efficacité.

2 Expliquez la nécessité d'assurer la sécurité sanitaire pour les pouvoirs publics.

Il s'agit d'évaluer et de mesurer, d'une part, les produits destinés à l'homme et, d'autre part, les effets des expositions dans différents milieux. En effet, il faut contrôler tous les facteurs auxquels sont exposés les individus, car ils sont susceptibles de nuire à la santé à court, moyen ou long terme. Dans le passé, les crises sanitaires ont rappelé aux pouvoirs publics leur responsabilité en la matière. C'est ainsi qu'ils ont créé différentes agences chargées de surveiller et évaluer les risques (ex. : AFSSA, InVS).

III La restauration de la santé

Activité 6 La médecine curative

Objectif • comprendre la médecine curative et ses limites actuelles.



Doc 9 La médecine de l'incurable

Définition : la médecine curative est la science qui étudie les techniques et pratiques pour soigner les maladies.

Depuis l'après-guerre, nous concevons la médecine comme une activité avant tout curative, désignant les traitements s'attaquant au processus morbide avec une efficacité variable, définitive ou momentanée. La notion de combattre la maladie est dominante ainsi que le suggèrent de nombreuses expressions archétypales (« il faut se battre », « la lutte », « l'arsenal thérapeutique »...). Or cette conception atteint aujourd'hui ses limites et il ne suffit pas d'attendre la toute fin de vie pour être confronté à l'incurabilité. C'est le cas de très nombreuses maladies, notamment en phase avancée, qui touchent plusieurs millions de personnes : maladies chroniques, maladies dégénératives ou systémiques, cancers non maîtrisés, maladies génétiques, handicap sévère et soins palliatifs.

Si elle est fortement « mobilisatrice », la conception curative dominante est aujourd'hui de plus en plus inadaptée. Elle peut légitimer certaines interventions médicales sans toujours les contrebalancer par des considérations d'inconfort ou de répercussions néfastes. La métaphore belliciste oublie ainsi que les personnes ne se contentent pas de lutter « contre » leur maladie, mais qu'elles doivent avant tout « vivre avec ».

La médecine doit aussi endosser, en s'organisant explicitement pour ceci, une autre fonction, celle d'un secours pour mieux ou moins mal vivre, pour « faire face » et « faire avec » le mal, et pas seulement pour faire contre lui. De telles pratiques existent déjà sur le terrain, notamment dans les champs de la médecine générale, de la gériatrie, de la prise en charge des maladies chroniques (mucoviscidose par exemple), du handicap ou des soins palliatifs. Mais si de très nombreux professionnels font face tous les

Doc 9

→ jours à ces problèmes, c'est d'une façon cachée, parfois honteuse, en tout cas peu connue et reconnue par la médecine officielle.

En retournant le stigmate de « l'incurable » en une pratique efficace et utile, nécessaire pour les personnes malades et leurs proches, **nous jugeons indispensable la formalisation d'un modèle médical que l'on pourrait nommer, pour provoquer la réflexion, une « médecine de l'incurable »**. Une telle médecine présente trois lignes de forces principales : clinique, éthique et politique. Tout d'abord, une médecine de l'incurable est une pratique clinique efficace qui cherche sciemment à articuler le traitement de la maladie avec la qualité de vie du malade. Les gestes, les discours et les décisions des professionnels renvoient à un enjeu prioritaire : concilier la prise en charge médicale avec le traitement de l'inconfort et la vie quotidienne.

Tout en dispensant les soins, il s'agit de permettre aux personnes de vivre les sensations les moins douloureuses possibles et ainsi, d'entretenir un rapport plus pacifié avec leur corps et les soins. Cette approche est indispensable pour le malade. C'est un exercice complexe qui nécessite savoir-faire et compétences techniques, très loin d'une médecine au rabais. Il suppose aussi de donner la parole au patient et de considérer celui-ci comme un sujet capable de déterminer son propre bien. En restant attentif au point de vue du malade, la médecine de l'incurable cherche alors, à côté du soulagement de symptômes, à diminuer la charge liée au véritable « travail » pour vivre avec une maladie et

des soins, charge à la fois physique, cognitive et psychique. [...]

Ce qui spécifie cette logique est, selon un double objectif de maintien de l'état de santé et de diminution de l'inconfort, de la charge face à la maladie, d'ordonner un ensemble d'actions, traitements curatifs, interventions contre le mal être et supports à la vie quotidienne. [...]

Ainsi, promouvoir une médecine de l'incurable nécessite un véritable travail en équipe pluridisciplinaire et que les relations entre les établissements et les secteurs institutionnels (hôpital, médecine de ville, structures médico-sociales) évitent autant que possible les ruptures et les incohérences de prise en charge. [...] Une médecine de l'incurable ne peut que s'appuyer sur une organisation des soins intégrant explicitement dans la prise en charge des objectifs de confort, d'écoute, de soutien relationnel et social, et de continuité, à côté d'objectifs de maintien ou de réhabilitation de l'état de santé. Son développement appelle une stratégie créative d'élaboration de nouveaux outils, pratiques innovantes et modes d'organisation destinés à faire évoluer le fonctionnement de la médecine et à promouvoir la qualité de vie.

[...] Un champ de pratiques et de recherches innovantes s'ouvre, qui permettrait à notre médecine de s'adapter, sciemment et en l'assumant ouvertement, aux évolutions et aux défis liés au vieillissement de la population et à la multiplication des maladies graves de longue durée.

J.-C. Mino, M.-O. Frattini, *Le Monde*, 26 juillet 2012

10 Anticipons le passage d'une médecine curative à une médecine prédictive

La santé en France s'engage vers une situation de crise, les solutions existent mais doivent faire l'objet d'un grand débat national. [...] Le diagnostic de notre système de santé est alarmant. L'assurance-maladie est en déficit permanent depuis plusieurs décennies, son déficit structurel menace l'ensemble de notre protection sociale. L'accès aux soins s'est profondément dégradé : déserts médicaux dans certaines campagnes et banlieues, raréfaction des médecins de secteur 1 dans les grandes villes, renonciation aux soins courants d'un cinquième des Français pour des raisons financières, services d'urgences saturés au moindre pic épidémique et permanence des soins hospitaliers menacée.

Les inégalités sociales en santé en France sont parmi les plus élevées d'Europe après les pays de l'Est, selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Signalons notamment la double peine de l'ouvrier : une vie plus courte (sept ans de moins d'espérance de vie) et de moins bonne qualité (dix ans de moins d'espérance de vie sans incapacité) que celle du cadre. La France affiche également les niveaux les plus élevés

d'Europe, après les pays d'Europe de l'Est et d'Europe centrale, de mortalité avant 65 ans (plus de 105 000 morts par an, soit 20 % de la mortalité totale) et de mortalité évitable (plus de 35 000 morts par an).

Ajoutons à cela une sécurité sanitaire en lambeaux, une gouvernance archaïque, une politique de santé sans pilote ni ligne directrice, une recherche désarticulée, des professionnels de santé désarmés... Notre système de santé est à bout de souffle et ne supportera pas plus longtemps l'inaction et l'immobilisme des dirigeants.

Les solutions de sortie de crise existent, mais doivent être publiquement débattues, car elles représentent des vrais choix de société. Tout d'abord, c'est l'approche de la santé et de son système qui doit évoluer en France. D'une approche verticale et segmentée, nous devons passer à une vision transversale de la santé. Il faut mettre fin au pouvoir technocratique tout-puissant qui régit la santé et redistribuer le pouvoir entre les acteurs du système, politiques, professionnels de santé et usagers.

Doc 10



La santé d'une population ne dépend pas que des services de santé d'un pays ; elle se retrouve dans toutes les grandes fonctions d'un État : l'éducation, l'environnement, le sport, l'agriculture, la ville, la sécurité intérieure, le travail, la recherche, l'industrie, le budget. La gestion transversale de la santé nécessite une collaboration nouvelle du ministère de la Santé avec les autres grandes fonctions de l'État. La santé ne peut dépendre des prérogatives d'une institution spécialisée, elle est un élément de notre bien commun et concerne toute l'activité de l'État et du gouvernement.

Ensuite, il faut assurer la mutation du système pour l'adapter aux nouveaux grands enjeux sanitaires, technologiques, économiques et sociaux de notre siècle. D'une médecine à dominante curative au siècle dernier, nous passons à la médecine « 4P » – préventive, prédictive, personnalisée, participative – ce qui modifie fondamentalement le « logiciel » de fonctionnement du système. La médecine « 4P » nécessite de faire évoluer les relations entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, la relation médecins-patients, les missions des médecins généralistes, la formation et le mode de rémunération des professionnels de santé, les choix d'investissement dans la recherche, la collecte et l'exploitation des données, la place et le fonctionnement du ministère de la Santé...

Alors que nous n'avons pas encore intégré la prévention dans notre système, nous allons entrer dans une dizaine d'années dans l'ère de la médecine prédictive, grâce à la révolution génomique et à de nouvelles technologies permettant la détection précoce de marqueurs liés à l'apparition de maladies d'évolution lente. L'extension de la

télémédecine doit permettre de formidables gains de productivité de notre offre de soins. Les champs d'investissement et d'application de la médecine préventive et prédictive sont énormes et vont représenter des développements industriels et économiques considérables. Le faible niveau actuel de considération des autorités politiques et médicales pour ce gisement est à la mesure de l'inadaptation et de l'absence de réflexion prospective sur notre système de santé vis-à-vis des défis de notre siècle. Les crédits accordés à la recherche de prévention sont minimes dans la masse budgétaire consacrée à la recherche médicale.

L'approche transversale de la santé et la médecine 4P doivent s'accompagner d'une rénovation de notre système de santé avec une approche holistique des soins fondée sur la personne et les relations interpersonnelles. D'un système centré sur la maladie, il faut évoluer vers un système centré sur la personne, sur sa santé. Cela signifie sortir la santé des hôpitaux et la développer dans les écoles, dans les entreprises, dans les clubs de sport... dans le quotidien des individus. C'est donc, d'abord, un changement de mentalité de tous qui est nécessaire. [...]

Enfin, le développement durable, avec l'homme et sa santé en son cœur, va être la grande cause du ^{xxi}e siècle. Les nations qui joueront un premier rôle seront probablement celles qui auront dès maintenant investi massivement dans ce secteur. La santé sera un gisement considérable de richesse économique et humaine dans les prochaines décennies. Il est stupéfiant que la France reste à l'écart de l'histoire qui se déroule sous nos yeux.

L. Montagnier, F. Bizard (auteur de *Politique de santé, Réussir le changement*, Dunod, 2015), *Le Monde*, 13 mars 2012

1 Expliquez en quoi consiste la médecine curative.

Cette médecine consiste à soigner et traiter toute altération de la santé en proposant des thérapeutiques (médicaments) ou des soins correspondant à la pathologie. Les avancées technologiques et médicales ont permis d'éradiquer un certain nombre de maladies et de mieux en combattre d'autres. La médecine curative s'attaque au mal qu'il faut vaincre en déployant un arsenal de moyens humains, matériels et financiers. Elle se fixe pour objectif de rétablir un bon état de santé. Elle est un poste de dépenses plus important que la médecine préventive.

2 D'après les auteurs, quelles sont les limites de la médecine curative ?

Les auteurs font le constat qu'aujourd'hui, des inégalités de santé persistantes et croissantes en France font obstacle au maintien d'un bon état de santé pour l'ensemble de la population. Ils reprochent à la médecine curative de se contenter de prendre en charge l'altération physique et visible d'un malade, alors qu'il faut prendre l'individu dans sa globalité pour mieux amorcer la guérison. L'augmentation constante des maladies chroniques montre l'impuissance de la médecine curative.

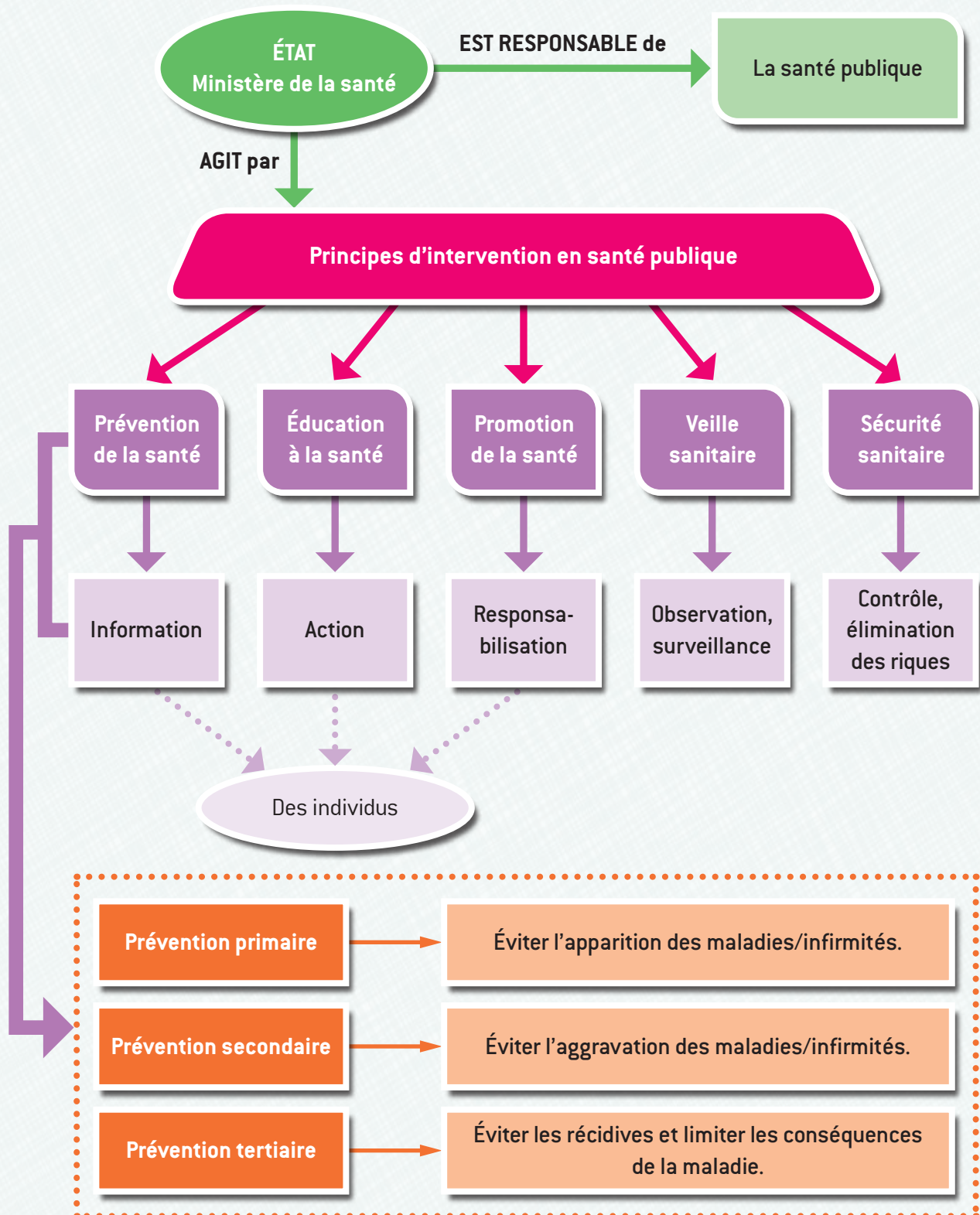
Aujourd'hui, il faut tenir compte de la qualité de vie des malades et les aider à mieux accepter et « apprivoiser » leur maladie. C'est pourquoi les auteurs privilégient une médecine préventive et prédictive qui permettrait d'éviter, voire d'anticiper, un certain nombre de pathologies. C'est un enjeu de santé publique dont les dirigeants politiques doivent prendre conscience.

Synthèse

ATT

2

Les principes d'intervention en santé publique



Priorité sanitaire et planification

ATT

3

I Les priorités de santé publique

Activité 1 Comment un problème de santé publique devient-il une priorité sanitaire ?

- Objectifs ▶ présenter la notion de priorité de santé publique ;
▶ expliquer comment un problème de santé publique devient une priorité.



Doc 1 Le paradoxe de l'état de santé des Français

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 différenciés entre groupes sociaux. Des progrès pourraient être réalisés grâce à la prévention et à des améliorations des prises en charge des problèmes identifiés, et ce à tous les âges de la vie.

DREES, L'état de santé de la population en France, Rapport 2011

Doc 2 Les conséquences individuelles du cancer

Chaque jour, en France, l'annonce d'un diagnostic de cancer vient bouleverser la vie d'un millier de personnes et de leurs proches. Cette annonce constitue un choc psychologique important, le cancer étant souvent vécu comme une rupture : désormais, il y aura un « avant » et un « après ».

L'annonce du cancer engage la personne d'une part dans un parcours de soins, d'autre part dans un cheminement psychologique. Les répercussions sociales sont alors immédiates, à la fois au niveau de la vie professionnelle (ou de la scolarité pour les malades les plus jeunes), du niveau de vie, de la relation aux proches, de l'image de soi et de la peur du lendemain et cela indépendamment de facteurs socioéconomiques.

Le diagnostic d'un cancer et sa prise en charge sont le plus souvent vécus comme un événement de vie traumatisant par les patients comme par leur entourage, et ce en raison de la survenue de multiples bouleversements dans leur vie intime, familiale, sociale, professionnelle, etc. plongeant parfois les personnes dans des situations inextricables. Les témoignages recueillis soulignent le désarroi,

l'angoisse, l'épuisement moral des personnes malades, qu'elles soient ou non entourées. Dans cette situation nouvelle et difficile, le soutien des proches est important et reconnu par les personnes malades, qu'il s'agisse d'une présence, d'un soutien psychologique, d'une aide dans les gestes de la vie quotidienne ou dans les démarches administratives, voire même d'un soutien financier.

Dans la quasi-totalité des situations analysées par la Ligue contre le cancer via le Dispositif d'observation pour l'action sociale, la maladie a une incidence financière, parfois très forte, que les personnes aient été ou non déjà en situations difficiles auparavant. Les témoignages des personnes atteintes de cancer expriment un sentiment d'injustice profond. Non seulement, elles doivent faire face à la maladie, mais cet état va venir impacter bien des aspects de leur vie quotidienne, ce qu'ils jugent incompréhensible dans une société comme la nôtre.

Les données 2011 du DOPAS et des commissions sociales des Comités départementaux de la Ligue contre le cancer avaient permis à l'Observatoire sociétal des cancers de dresser, dans son premier rapport, un état des lieux de

Doc 2

→ l'impact de la maladie sur la vie quotidienne basé sur le vécu et les témoignages des personnes interrogées.

Ces difficultés sont notamment en lien avec :

- les dépenses liées aux soins ;
- les nouveaux besoins générés par la maladie ;
- la baisse des revenus, essentiellement pour les personnes en activité au moment du diagnostic ;
- la connaissance de ses droits sociaux et les justifications répétées de ces droits ;
- le fonctionnement et les dysfonctionnements des dispositifs sociaux.

Pour les familles économiquement vulnérables, la conjonction entre une baisse de revenus et une augmentation des charges, entre autres, peut accroître durablement le déséquilibre du budget du ménage. Les effets économiques de la maladie peuvent alors conduire les personnes concernées à perdre rapidement en autonomie financière et à devoir trouver des solutions pour faire face aux difficultés rencontrées (recours aux services sociaux, endettement ou appel à l'aide auprès des associations, telles que la Ligue contre le cancer.

Rapport de l'Observatoire sociétal des cancers, 2012.

Doc 3

Les principales causes de décès des Français en 2011

En France métropolitaine, en milliers

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectifs	En %	Effectifs	En %	Effectifs	En %
Maladies infectieuses et parasitaires ⁽¹⁾	5,5	2,0	6,0	2,2	11,5	2,1
<u>Tumeurs</u> , dont :	92,4	32,9	67,9	24,5	160,3	28,7
<i>tumeurs du larynx, trachée, bronches et poumon</i>	23,3	8,3	8,3	3,0	31,6	5,7
<i>tumeurs du côlon</i>	6,6	2,3	6,1	2,2	12,7	2,3
<i>tumeurs du rectum et de l'anus</i>	2,4	0,9	2,0	0,7	4,5	0,8
<i>tumeurs du sein</i>	0,1	0,0	11,6	4,2	11,7	2,1
Troubles mentaux et du comportement	8,9	3,2	12,7	4,6	21,6	3,9
<u>Maladie de l'appareil circulatoire</u> , dont :	65,2	23,2	75,8	27,3	141,0	25,3
<i>maladies de l'appareil respiratoire</i>	19,2	6,8	18,8	6,8	38,0	6,8
<i>maladies de l'appareil digestif</i>	12,2	4,3	10,4	3,7	22,6	4,1
<u>Causes externes</u> , dont :	22,0	7,8	14,8	5,3	36,8	6,6
<i>accidents de transport</i>	2,6	0,9	0,9	0,3	3,4	0,6
<i>suicides</i>	7,3	2,6	2,4	0,9	9,7	1,7
Autres causes	55,4	19,7	71,1	25,6	126,5	22,7
Total	280,7	100,0	277,6	100,0	558,3	100,0

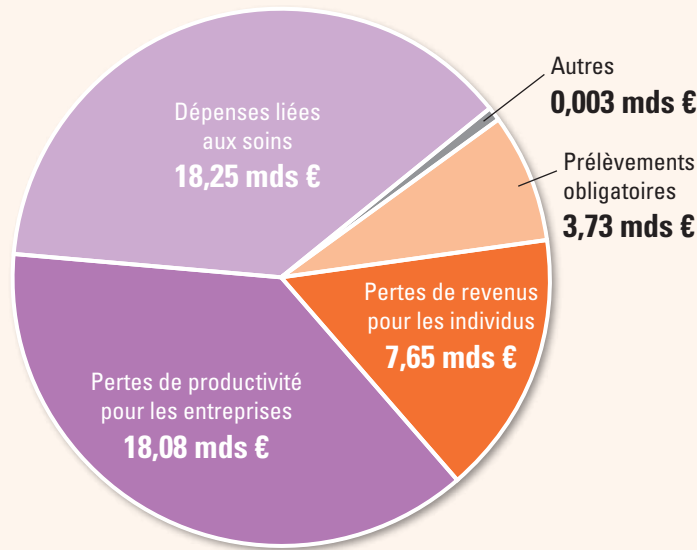
(1) : y compris le sida.

Champ : France métropolitaine. Source : Inserm-CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès).

Inserm-CépiDc

Doc 4

47,7 milliards d'euros : le tabagisme et ses conséquences coûtent cher à la société



www.lemonde.fr, 27 septembre 2014

1 Pourquoi parle-t-on de « paradoxe » pour qualifier l'état de santé de la population française ?

Un paradoxe est un élément contradictoire, qui s'oppose à la logique. On qualifie l'état de santé des Français de « paradoxal » car des points très négatifs viennent s'opposer à un bilan général plutôt bon. En effet, on peut dire que l'état de santé des Français est bon car de nombreux indicateurs sanitaires sont très positifs (l'espérance de vie est parmi les plus élevées d'Europe et la mortalité infantile très faible). En dépit des bons résultats en matière de longévité et de mortalité, la France se bat contre deux grands fléaux : la mortalité prématurée et les inégalités de santé. De plus, on observe que les Français ne sont pas égaux devant la santé car il existe d'importantes disparités : des inégalités selon les sexes, selon les régions et des inégalités sociales.

2 Face à cette situation sanitaire paradoxale, proposez des axes d'action pour améliorer la situation.

Pour améliorer la situation sanitaire de la France, il est possible d'agir sur les comportements des individus, sur le système de soins pour en faciliter l'accès, sur les risques environnementaux et sur les conditions de travail. Pour cela il est nécessaire de développer davantage la prévention et améliorer les prises en charge en intervenant auprès des différents publics.

3 Dans le doc. 2, soulignez les trois premières causes de décès en France.

4 Après avoir cherché dans un dictionnaire le sens du mot « priorité », proposez votre définition d'une priorité de santé publique.

Une priorité correspond au droit de passer avant un autre. Une chose prioritaire est donc considérée comme plus importante qu'une autre : elle prime sur le reste. Une priorité en matière de santé publique est donc un phénomène sanitaire qui sera traité de manière privilégiée par les pouvoirs publics.

5 Les principales causes de décès sont considérées comme des priorités de santé publique. Présentez ce que ces problèmes de santé ont en commun afin d'identifier ce qui caractérise une priorité de santé publique.

Pour qu'un phénomène soit qualifié de priorité de santé publique, plusieurs critères doivent être réunis :

- l'ampleur et la gravité du phénomène : c'est-à-dire la fréquence dans la population, les données épidémiologiques inquiétantes ;
- les lourdes conséquences économiques et sociales : c'est-à-dire l'importance de la prise en charge, l'impact financier pour l'État, la collectivité et les entreprises (comme par exemple le coût du tabagisme) ;

- les conséquences individuelles sur la qualité de vie et sur le quotidien des personnes ;
- la nécessaire réponse des pouvoirs publics.

6 Concluez en expliquant comment un problème de santé publique devient une priorité de santé publique.

Un problème de santé publique présente des caractéristiques communes à une priorité : la fréquence, la gravité, les conséquences et l'impact financier pour la société. Lorsque l'on ajoute des réponses des pouvoirs publics face à ce problème, on parlera de priorité de santé publique. L'intégralité des problèmes de santé publique ne peut malheureusement pas être traitée car cela représenterait un budget trop conséquent. L'État est donc contraint de cibler son action sur des problèmes prioritaires. Il devra donc faire des choix.

Activité 2 Les priorités actuelles

- Objectifs
- présenter les orientations prioritaires des pouvoirs publics ;
 - justifier une priorité de santé publique ;
 - montrer la place du diagnostic épidémiologique dans les politiques de santé publique.



Doc 5 La présentation de la stratégie nationale de santé

L'allongement de l'espérance de vie constitue un changement majeur : en 2050, un Français sur trois aura plus de 60 ans, contre un sur cinq en 2005. Le vieillissement de la population appelle un autre regard sur l'organisation des soins et fait de la qualité de l'accompagnement une exigence nouvelle.

Dans le même temps, il ne s'agit plus seulement de soigner des maladies aiguës mais de prendre en charge des maladies chroniques dont le nombre croît rapidement : les personnes diabétiques sont deux fois plus nombreuses qu'il y a 10 ans ; grâce aux progrès des traitements, on peut désormais traiter au long cours le cancer ou le sida. C'est un bouleversement radical dont il s'agit de tirer pleinement les conséquences. [...]

Enfin, comment ignorer que les inégalités de santé se creusent à nouveau ? Comment admettre que, d'un bout à l'autre de la ligne B du RER, on perde deux années d'espérance de vie ? Si l'espérance de vie après 65 ans est, en France, la plus élevée d'Europe, celle d'un ouvrier reste de 6 ans plus courte que celle d'un cadre à 60 ans et la mortalité prématurée évitable est plus élevée en France que chez nos voisins, en particulier pour les hommes. Nous ne parvenons plus à faire baisser la mortalité infantile et, faute d'une couverture vaccinale suffisante, certaines maladies réapparaissent à l'âge adulte. [...]

Nous définirons des actions ciblées avec des objectifs chiffrés. Nous avons besoin de programmes d'action précis centrés sur des priorités de santé publique. La loi fixera ces priorités. Cinq d'entre elles me paraissent en tout cas indispensables :

- La jeunesse d'abord, de 0 à 25 ans, de la mortalité périnatale à la surmortalité des jeunes garçons, de la nutrition aux comportements addictifs.

- La deuxième priorité, justement, est la lutte contre les addictions. Le tabac tue 73 000 personnes par an, et l'alcool près de 50 000. Combattre les addictions, c'est aussi s'attaquer aux maladies chroniques qui leur sont liées.
- La troisième priorité, c'est le cancer pour lequel le président de la République a annoncé le lancement, en 2014, d'un nouveau plan.
- La quatrième priorité doit concerner la santé mentale, trop négligée.
- Enfin, nos âgés, pour reprendre l'expression de M. Delaunay, doivent faire l'objet d'actions spécifiques.

Il nous faut des programmes d'action précis, mais aussi des indicateurs chiffrés pour mieux évaluer nos actions. Pour suivre les progrès accomplis, et, le cas échéant, ajuster nos politiques, nous inscrirons pour la première fois dans la loi des indicateurs d'état de santé par population. [...]

Mesdames et messieurs, pour la première fois, notre pays se dote d'une stratégie nationale de santé.

Quelques questions simples engagent l'avenir de notre système de soins. Dans dix ans, aurons-nous gagné le pari de la prévention ? Les inégalités de santé auront-elles reculé ? L'état de santé des Français se sera-t-il amélioré ? Aujourd'hui, j'ai donné un cap, tracé un chemin et fixé des objectifs.

« Présentation de la stratégie nationale de santé », intervention de Marisol Touraine le 23 septembre 2013



Doc

6 Le HCSP complète les domaines d'action prioritaires

Madame la ministre a présenté le 23 septembre 2013 la stratégie nationale de santé. Sa mise en œuvre passe par une loi de santé, qui devra préciser des objectifs nationaux quantifiés d'amélioration de la santé des Français. À cet effet, Mme la ministre a d'ores et déjà énoncé cinq domaines d'action prioritaires.

Pour faire suite à ces annonces, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) a été saisi pour proposer, quelques domaines d'action supplémentaires qui nécessiteraient d'être également prioritaires. Soulignons qu'il n'a pas été demandé au HCSP d'établir une hiérarchisation des problèmes de santé en vue de définir des priorités, mais de justifier le choix préalable des cinq domaines d'actions prioritaires de la stratégie nationale. Ces cinq domaines d'actions se réfèrent à des catégories différentes : elles s'expriment pour certaines en termes de période de la vie, pour d'autres comme un groupe de déterminants de santé ou de facteurs de risque, ou encore selon un groupe de pathologies, ce qui empêche une analyse globale et

comparative. Ces catégories ont en particulier de nombreuses zones d'intersection entre elles, et suscitent une référence à des dimensions diverses de la notion de santé. Nos propositions ne doivent pas être perçues comme des priorités supplémentaires mais comme des domaines d'action ne devant pas être négligés. [...]

Le HCSP souhaite insister sur plusieurs domaines parmi ceux-ci, dont il s'est saisi dans le cadre de ses travaux antérieurs, et qui ont vocation à être pris en considération :

- la lutte contre les inégalités de santé, et particulièrement contre les inégalités sociales de santé ;
- le rôle de l'environnement sur la santé, et plus particulièrement, la réduction de la pollution atmosphérique ;
- les maladies chroniques ;
- la politique vaccinale ;
- la sécurité des patients.

HCPS, Note de réponse à la saisine de la Mme la ministre de la Santé concernant les domaines d'action prioritaires de la stratégie nationale de santé, 3 février 2014

Doc

7 Le plan stratégique régional de la région Lorraine

Document consultable sur Internet :



www.ars.lorraine.sante.fr http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/PRS/PSRS_lorraine.pdf

1 Surlignez dans le doc. 5 les nouvelles priorités de santé publiques annoncées par la ministre de la Santé.

2 Présentez les raisons qui ont amené la ministre de la Santé à s'orienter vers ces nouvelles priorités.

La ministre propose de nouvelles priorités car des nombreux changements ont eu lieu : l'espérance de vie a beaucoup augmenté et continue de progresser, ce qui se répercute sur le nombre de personnes âgées à venir. Ce vieillissement de la population implique de revoir l'organisation des soins et impose que l'accompagnement proposé aux personnes dépendantes soit de qualité. De plus, le nombre de malades chroniques (comme les personnes diabétiques par exemple) augmente rapidement, ce qui ajoute la question de leur prise en charge à celle des soins nécessaires aux maladies aiguës. Les progrès de la science permettent aujourd'hui le traitement de certaines maladies chroniques comme notamment le cancer et le sida. Mais ces traitements sont longs et coûteux, le financement de leur prise en charge doit donc être repensé. D'autre part, la ministre souligne que les inégalités de santé et la mortalité prématurée évitable continuent d'être des fœux pour la France. Enfin, elle met en avant le fait que la mortalité infantile ne baisse plus en accusant la couverture vaccinale qu'elle juge insuffisante. Pour toutes ces raisons, de nouvelles priorités sont proposées.

3 Expliquez comment le HCSP justifie le choix des cinq priorités de santé publiques proposées par la ministre.

Les cinq priorités annoncées par la ministre correspondent à des domaines d'actions qui couvrent des catégories différentes et sont complémentaires. En effet, certaines couvrent des périodes de la vie (la petite enfance et la jeunesse, puis l'âge adulte et enfin certaines problématiques du grand âge). Le HCSP justifie également le choix de ces priorités en pointant le fait que certaines d'entre elles interviennent directement sur des déterminants, sur des facteurs de risque ou sur un groupe de pathologies. Ces priorités ont

l'avantage de présenter de nombreuses zones d'intersection entre elles, ce qui rappelle les différentes dimensions de la notion de santé telle qu'elle est définie par l'OMS.

4 Surlignez dans le **doc. 6** les « domaines d'actions à ne pas négliger » proposés par le HCSP et distinguez-les des « priorités » annoncées par la ministre.

Le HCSP ne propose pas des priorités supplémentaires. Il n'ajoute pas de nouvelles priorités en tant que tel.

Il met en évidence des domaines d'action qu'il juge important de ne pas délaisser. Pour que l'action des pouvoirs publics soit efficace, les priorités et domaines d'action à ne pas négliger devront être abordés de manière complémentaire.

Sans être de véritables axes prioritaires d'action, les domaines proposés par le HCSP doivent être présents en filigrane pendant que les priorités seront traitées. Par exemple, pendant que le domaine de la jeunesse sera traité, la question de la politique vaccinale ne devra pas être écartée.

5 Par groupe de trois, menez des recherches sur les cinq priorités énoncées par la ministre de la Santé. Pour chaque priorité, complétez le document fourni avec les données recueillies afin de démontrer que chacune d'elle présente bien les caractéristiques d'une priorité de santé publique.

Problème étudié : **le cancer** : une priorité de santé publique

Axes à démontrer	Explications	Illustrations de la caractéristique à l'aide des données recueillies
1^{er} axe : Une situation épidémiologique alarmante		
Étude de la mortalité	Mortalité élevée ?	Mortalité = 148 000 décès par an 1 ^{re} cause de mortalité générale en France → représente 30 % des décès
	Mortalité prématurée élevée ?	1 ^{re} cause de mortalité prématurée : 38 % des hommes et 50 % femmes décédés par cancer le sont avant 65 ans / 1 ^{re} cause de mortalité évitable : 80 000 décès par cancer pourraient être évités chaque année
	Évolution inquiétante ?	Forte augmentation → + 20 % entre 1980 et 2000
	Existence d'inégalités ?	De fortes inégalités sexuelles → 85 000 hommes et 63 000 femmes De fortes inégalités régionales
Étude de la morbidité	Incidence élevée	On compte près de 355 000 nouveaux cas de cancer chaque année 200 000 hommes et 155 000 femmes Le nombre de nouveaux cas a fortement augmenté → + 50 % en 30 ans
	Prévalence élevée	On estime à 3 millions le nombre de personnes atteintes effectuant un séjour à l'hôpital à cause d'un cancer chaque année.

Axes à démontrer	Explications	Illustrations de la caractéristique à l'aide des données recueillies
2^e axe : De lourdes conséquences individuelles et collectives		
Conséquences pour la collectivité	De lourdes dépenses de soins et de prise en charge	<p>Les cancers représentent 10 % des dépenses de l'Assurance maladie → 14,5 milliards d'euros par an (ex. : 2,7 milliards pour le cancer du sein)</p> <ul style="list-style-type: none"> Le remboursement d'une partie des soins : Les hospitalisations et les soins de ville (remboursement des médicaments, des consultations, des examens...) représentent un coût très élevé. Les cancers sont très souvent des ALD (affection de longue durée) = donc pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie. Le remboursement d'une partie du salaire : Les nombreux arrêts de travail entraînent de lourdes dépenses en indemnités journalières versées aux salariés souffrants.
	Dépenses de prévention	Les politiques publiques de prévention contre le cancer représentent un budget important pour l'État. Exemple : campagne de dépistage du cancer du sein (194 millions d'euros)
	Conséquences pour les entreprises	Les entreprises vont subir une perte de production due aux absences des salariés malades mais également à la baisse de l'efficacité des salariés souffrants et fatigués.
Conséquences individuelles	Conséquences physiques	Fatigue, perte de cheveux (due à la chimiothérapie), douleurs, perte de poids, ablation, incapacités...
	Conséquences morales	Peur de la mort, stress, dépression, repli sur soi, isolement, solitude, choc lors de l'annonce du diagnostic...
	Conséquences sociales	Difficultés familiales, conjugales et amicales, difficultés sociales (rejet des autres), limitation dans les activités et les loisirs...
	Conséquences professionnelles	Difficultés professionnelles (évolution de carrière ralentie, risque de perte d'emploi, difficultés pour trouver un emploi)...
	Conséquences financières	Les absences peuvent faire perdre une partie du salaire et occasionner des difficultés financières. Le travail à temps partiel est parfois rendu nécessaire.
3^e axe : L'intervention des pouvoirs publics		
Actions menées	Plans ou programmes de santé publique ? Exemples de mesures	<p>Plan cancer 2003-2007 / 2009-2013 / 2014-2019</p> <p>Campagne nationale de dépistage du cancer du sein</p>

6 À partir des différents constats épidémiologiques réalisés, montrez l'importance du diagnostic épidémiologique dans le choix de ces priorités de santé publique et dans l'élaboration d'actions de lutte.

Les politiques s'appuient le plus souvent sur des diagnostics épidémiologiques. Le rôle de l'épidémiologie dans la détermination des priorités sanitaires est fondamental car c'est à partir des indicateurs sanitaires qu'il est possible de repérer la gravité de certains phénomènes. Le diagnostic permet également d'identifier les populations les plus touchées. L'épidémiologie permet aussi de mettre en évidence les principaux déterminants et facteurs de risque des problèmes afin d'agir sur ces derniers. Les décisions en matière de santé publique sont prises après avoir étudié les besoins de la population afin que les politiques de santé soient cohérentes avec les besoins de la population visée, favorisant leur efficacité.

7 En vous servant de l'exemple de la région Lorraine, justifiez la nécessité de réaliser ce diagnostic épidémiologique à l'échelle régionale.

Les régions réalisent un diagnostic de l'état de santé de leurs habitants. Cela permet d'analyser les besoins de la population régionale afin de mieux cibler ses problèmes spécifiques. Connaître les spécificités de la population permettra à la région de répondre de manière plus adaptée. Elle déterminera ses propres priorités de santé, celles-ci pourront différer de celles fixées au niveau national.

II La planification de la stratégie de l'État

Activité 3 La planification sanitaire

- Objectifs
- expliquer le processus de planification sanitaire ;
 - justifier la nécessité de définir une hiérarchie dans les priorités d'action.



Doc 8 Plans et planification

Après concertation des acteurs concernés, accord sur les finalités et définition des objectifs prioritaires, on programme les moyens et activités nécessaires à la réalisation des objectifs.

La planification est essentiellement un instrument de gestion qui doit permettre aux responsables de prendre des décisions sur une base plus rationnelle. Pour l'administration chargée de répartir des ressources limitées et de s'assurer que les services et institutions sont organisés et dispensés de façon équitable, elle fournit l'aide pour prendre ses décisions. La planification est donc un processus d'aide à la décision qui vise, par concertation des acteurs concernés, à prévoir des ressources et des services requis pour atteindre des objectifs déterminés, selon un ordre de priorité établi, permettant ainsi le choix d'une solution préférable parmi plusieurs alternatives. Ce choix prend en considération le contexte et les contraintes internes et externes connues actuellement ou prévisibles dans le futur.

ADSP (Actualité et dossier en santé publique), n° 11, juin 1995

Étape 1

Recherche d'un consensus sur les buts ou finalités

Identification des problèmes
Établissement des priorités
Fixation des buts

Étape 2

Définition d'objectifs spécifiques prioritaires

Fixation des objectifs généraux et spécifiques
Détermination des actions pour atteindre les objectifs
Prévision des ressources requises

Étape 3

Programmation des moyens et des activités

Fixation des objectifs opérationnels
Mise en œuvre du programme

Évaluation

Doc 9 Les critères pour la future loi de santé publique

Les choix de priorité de santé publique sont nécessairement temporels, pour une durée de cinq ans, dès lors qu'il se confirme que les lois de santé publique se succéderont à échéance quinquennale. La Conférence nationale de santé estime que ne doivent pas être retenues plus de deux à trois priorités opérationnelles par période quinquennale. Elle estime que, pour les cinq prochaines années à venir, quelques domaines prioritaires paraissent particulièrement sensibles.

Elle rappelle qu'une priorité de santé est nécessairement ponctuelle, à la différence, par exemple, de la lutte contre les inégalités de santé qui est permanente.

Ces priorités doivent être construites en fonction de leur effet sur les résultats de santé pour les populations. En tout état de cause, il est indispensable que ces priorités soient hiérarchisées, de sorte qu'en cas de contraintes financières, les priorités de premier rang subsistent. Dès lors, la prochaine loi de santé publique doit clairement établir, d'un côté, les quelques grands principes qui inspirent cette politique de santé publique, et d'un autre côté, les priorités pour un temps donné, probablement de cinq ans.

Avis de la Conférence nationale de santé du 10 décembre 2009,
www.leciss.org

1 En vous aidant de la définition du terme « planifier », proposez une définition de la « planification sanitaire ».

« Planifier » signifie organiser dans le temps une succession d'actions ou d'événements afin d'atteindre un objectif. La planification sanitaire désigne donc la prévision de l'ensemble des actions à mettre en place en matière de santé publique. Elle consiste à estimer les ressources et services nécessaires pour atteindre les objectifs fixés, selon un ordre de priorité, permettant ainsi le choix d'une solution. C'est un instrument de gestion qui aide à prendre les bonnes décisions.

2 Expliquez pourquoi on parle de « processus » pour la planification, puis illustrez ce processus.

Un « processus » est un enchaînement ordonné d'opérations, d'actions répondant à un certain schéma et aboutissant à un résultat. La planification est un processus car elle repose sur des étapes et une chronologie précises. En premier lieu, la planification ne peut se faire qu'après la concertation des acteurs concernés afin d'arriver à un accord sur les priorités. Ensuite, les acteurs vont définir les objectifs à atteindre : ils détermineront aussi les actions à mettre en place et les ressources nécessaires. En dernier lieu, les décideurs se fixeront des objectifs d'action pour la mise en œuvre des mesures programmées. Une fois réalisées, l'efficacité de ces mesures sera évaluée, afin de s'assurer que les choix ont été pertinents.

3 Expliquez pourquoi il est nécessaire de définir une hiérarchisation des priorités.

Tous les problèmes de santé d'une population ne présentent pas la même gravité, la même ampleur, ni la même urgence à agir. Il est donc nécessaire de déterminer un ordre pour agir. De plus, les moyens financiers ne sont pas illimités, c'est pour cette raison que certains problèmes doivent passer devant d'autres.

Activité 4 Le plan de lutte contre le cancer

- Objectifs
- analyser un plan national de santé publique ;
 - repérer les étapes qui précèdent la réalisation d'un plan national de santé publique ;
 - montrer la place de la lutte contre les inégalités de santé dans un plan de santé publique ;
 - expliquer l'intérêt de l'évaluation d'un plan de santé publique.



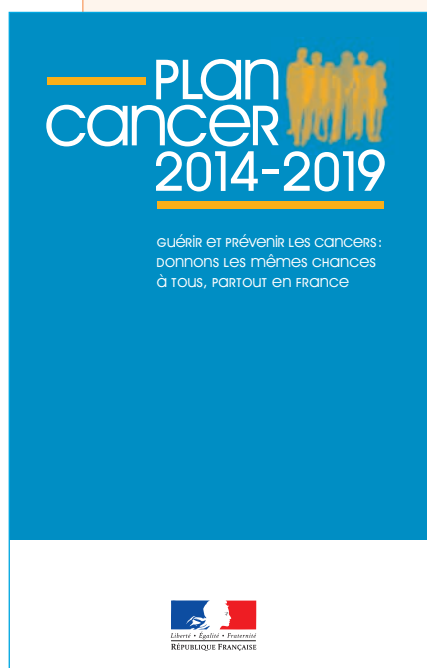
Doc 10 Plan cancer 2014-2019



Document consultable sur le site Internet www.social-sante.gouv.fr
(www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer.pdf)



Doc 11 – Un plan cancer pour « lutter contre les inégalités » face à la maladie



François Hollande a lancé mardi un troisième plan cancer, pour la période 2014-2018, destiné à répondre aux « nouveaux enjeux liés aux progrès médicaux » et à lutter « contre les inégalités » face à la maladie.

« Le temps de nouvelles décisions est venu. Certes, pour conforter les acquis, mais aussi pour nous préparer aux nouveaux enjeux liés aux progrès médicaux », a lancé le chef de l'État, lors des rencontres annuelles de l'Institut national du cancer à Paris. « Ce sont les avancées qui justifient qu'il y ait un troisième plan cancer ». Le volet de prévention s'adressera d'abord aux plus jeunes, en particulier en matière de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. L'épidémiologie, « qui contribue à détecter les facteurs environnementaux ou personnels impliqués dans le développement de la maladie », sera renforcée, a-t-il expliqué.

« Le plan comportera des dispositions pour prévenir les risques professionnels, à travers des schémas régionaux pour la santé au travail. Il veillera à réduire les inégalités dans l'information, le dépistage, l'éducation, l'accès aux soins, les traitements », a aussi annoncé le chef de l'État, constatant que « le risque de mourir d'un cancer entre 30 et 65 ans est deux fois plus élevé chez les ouvriers que chez les professions libérales ».

« Ce sont les populations les plus modestes, dans les territoires les plus éprouvés par la crise, qui sont non seulement frappés, mais qui sont éloignés des mesures de prévention, des centres de soins, et parfois même des traitements d'excellence », a déploré François Hollande. Les campagnes de dépistage automatique (cancer du sein, cancer du côlon) seront renforcées.

www.nouvelobs.com, 4 décembre 2012

Doc 12 – L'évaluation des plans de santé publique

Le rôle du Haut conseil de santé publique

Le mot évaluation est fréquemment utilisé, parfois à tort et à travers, tant les situations où il s'applique sont diverses. S'agit-il d'évaluer une technique, une pratique, un programme, une politique ?

Est-il question de soins, de prévention, de réadaptation ? On peut ajouter à cela [...] les différentes finalités de l'évaluation qui peuvent être :

- stratégique pour aider à la planification d'une intervention ;
- formative pour améliorer une intervention en cours de route ;

– sommative pour déterminer les effets d'une intervention. Depuis vingt ans, et avec beaucoup de retard comparé aux pays anglo-saxons, la politique publique s'est progressivement dotée des moyens de son évaluation. La politique de santé s'est ralliée tardivement à cette nécessité, arguant qu'elle menait des politiques complexes, presque toujours interministérielles quasiment inévaluables, s'appuyant aussi sur l'idée que la santé était un bien supérieur et que l'évaluation, notamment économique, pour opérer des choix ou réorienter les programmes était superflue. La loi d'août 2004 pour une politique de santé publique a confié une mission d'évaluation au Haut Conseil de la santé publique. Il contribue à l'élaboration et à l'évaluation des politiques de santé publique. Il fournit aux pouvoirs publics, en liaison avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaires.

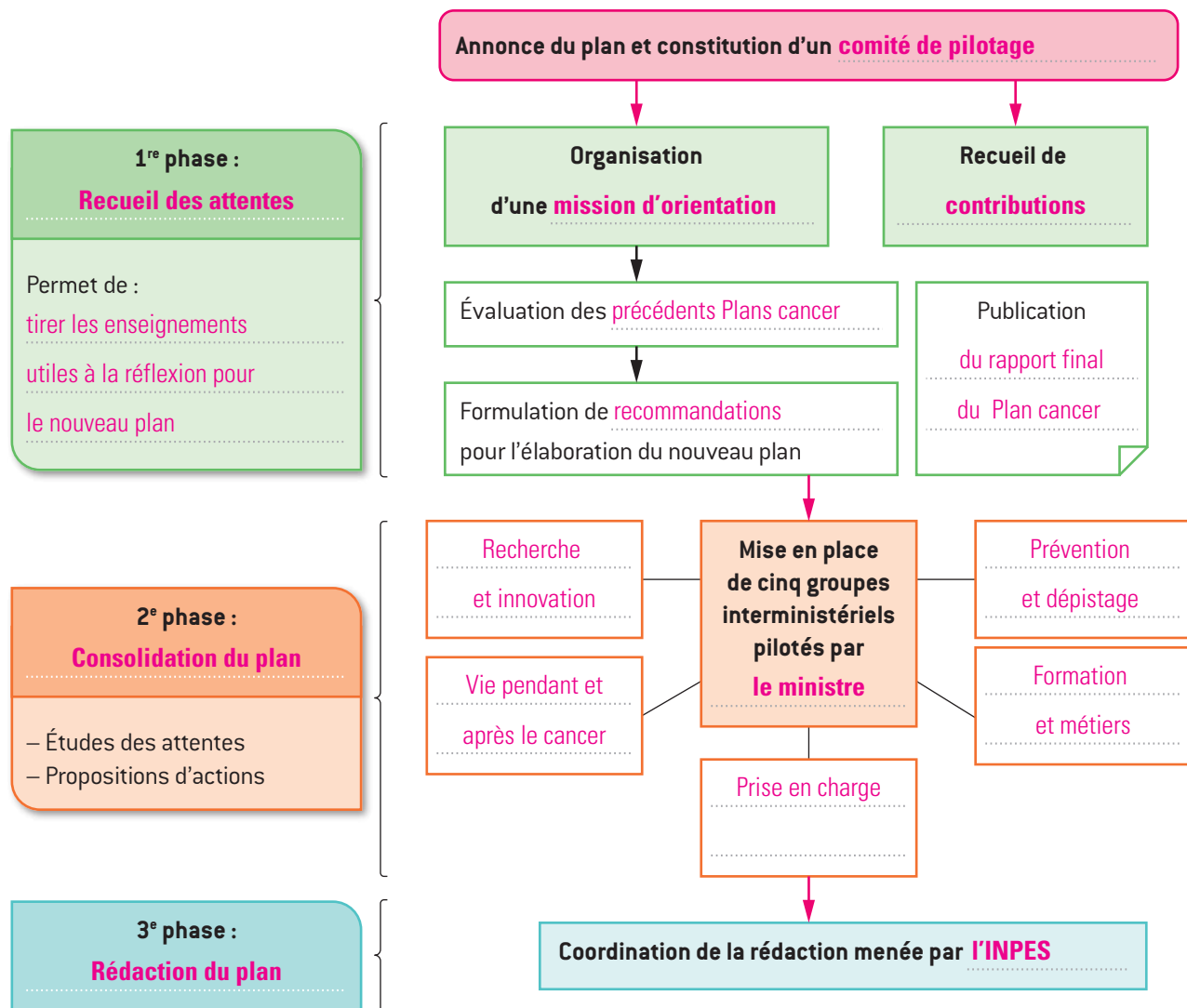
L'évaluation des plans de santé publique : méthode, résultats et limites

Les plans de santé publique thématiques ont pour caractéristique d'intégrer les différentes dimensions de la question :

prévention, dépistage, organisation des soins, recherche. Ce large périmètre convoque des disciplines variées et la contribution de plusieurs ministères. L'évaluation qui en sera faite doit être globale et pluraliste, en étant indépendante et transparente. L'évaluation globale d'un plan de santé publique [...] est un exercice lourd, qui peut être facilité par la mise en place d'un processus de suivi régulier et codifié. Celui-ci a plusieurs avantages : d'une part, il permet au promoteur du plan d'en suivre la réalisation et d'en appréhender les difficultés, en renseignant les indicateurs de suivi tant financiers que sanitaires ; d'autre part, il facilitera l'évaluation, que celle-ci se tienne à mi-parcours ou bien à la fin du plan. Les évaluations globales de plan de santé publique à la fin de leur réalisation apportent des résultats importants sur l'effectivité de la mise en œuvre des mesures, sur les difficultés rencontrées et sur le degré d'atteinte des objectifs quand ceux-ci étaient quantifiés au départ et atteignables à l'horizon du plan, qui se déroule le plus souvent sur trois, quatre ou cinq ans. La prise en compte des résultats et recommandations d'une évaluation en fin de plan pose des problèmes : les éléments arrivent trop tardivement pour permettre des décisions dans un climat serein. C'est pourquoi les évaluations avant la fin du plan, à mi-parcours par exemple, paraissent plus opérationnelles pour réorienter le plan en cours ou identifier les manques pour la politique à venir. Enfin, toute évaluation doit amener le HCSP à faire des recommandations : Faut-il réorienter le plan et comment ? Faut-il arrêter le plan à la fin de son déroulement ? Faut-il développer un programme spécifique sur un axe isolé ?

ADSP (Actualité et dossier en santé publique) n° 69, décembre 2009

1 Complétez le schéma ci-dessous permettant de visualiser les différentes étapes de l'élaboration du plan cancer 2014-2019 (les actions et les acteurs intervenant).



2 Sur une feuille à part, montrez la place de la lutte contre les inégalités de santé dans ce plan et identifiez le caractère transversal de cette lutte.

3 Présentez les deux principales étapes de l'évaluation des plans santé publique et présentez les avantages de chacune de ces étapes.

Cette évaluation se fait à travers deux axes : un suivi régulier et une évaluation finale.

- Le suivi régulier des actions consiste à étudier leur déroulement et leur bonne progression par rapport au calendrier fixé.
- L'évolution des dépenses par rapport au budget prévu est également suivie. Ce suivi donnera lieu à un rapport annuel. Il permet de repérer les éventuelles difficultés et d'ajuster ou réorienter en conséquence si besoin. Il sera possible d'être réactif sans avoir besoin d'attendre l'évaluation finale qui intervient plus tardivement. Ce suivi continu des actions présente également comme avantage de faciliter l'évaluation réalisée à mi-parcours ou bien à la fin du plan. L'évaluation globale finale porte sur l'efficacité des actions c'est-à-dire l'atteinte des objectifs. Elle portera également sur l'impact des mesures et sur les difficultés rencontrées. Cette évaluation finale permettra d'aboutir à des recommandations utiles afin de décider s'il est cohérent de reconduire le plan, de le réorienter, d'accentuer un de ses axes, ou encore s'il faut cesser d'agir de cette manière.

Synthèse

ATT

3

La planification en santé



L'organisation des politiques de santé publique

ATT

4

I Le fonctionnement de la politique de santé publique

Activité 1 Les particularités de la politique de santé publique française

Objectifs ► identifier les niveaux d'organisation des politiques de santé ;
 ► mettre en évidence les caractéristiques de la politique nationale et régionale en matière de santé.



Doc 1 Le cadre légal de la politique de santé publique

La politique de santé publique est l'ensemble des orientations et des choix stratégiques faits par les pouvoirs publics dans le domaine de la santé publique. L'objectif de la politique de santé publique française est d'améliorer l'état de santé de la population, c'est-à-dire : réduire la mortalité, allonger l'espérance de vie et réduire les inégalités. Son fonctionnement repose sur trois principales lois :

La loi du 9 août 2004 : il s'agit de la seconde loi de santé publique. Elle affirme solennellement la responsabilité de l'État en matière de santé publique et elle définit le processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de santé publique française. Elle est venue fixer un nouveau cadre pour la politique de santé publique. À sa création, cette loi prévoyait un fonctionnement pluriannuel (2004-2009). Il y était prévu que, tous les cinq ans, l'État élabore un projet de loi qui précise les objectifs prioritaires et des plans stratégiques nationaux.

La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » du 21 juillet 2009 : il s'agit d'une loi de réforme hospitalière, mais elle ne fait pas que réorganiser le système de soins, elle a également mis en place une nouvelle territorialisation de la politique de santé. C'est par ce deuxième point qu'elle peut être qualifiée de loi de santé publique. Les deux mesures phares de cette loi concernant l'organisation de la politique de santé publique sont : la création des Agences régionales de santé, et le découpage du pays en « territoires de santé » (qui deviendront des « territoires de démocratie sanitaire »). Les ARS ont pour mission de mettre en œuvre la politique nationale au sein des régions, tout en l'adaptant aux besoins spécifiques locaux. Chaque ARS délimite des territoires de démocratie sanitaire. Des conférences

de territoires sont même constituées afin de rassembler les acteurs de proximité qui œuvrent sur les territoires de santé. Ces conférences sont remplacées courant 2016 par les Conseils territoriaux de santé dont la mission sera de participer à l'élaboration d'un diagnostic territorial partagé.

La loi du 26 janvier 2016 dite « de modernisation de notre système de santé » : elle a introduit un recadrage en indiquant que la politique de santé sera conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé définie par le gouvernement. La stratégie nationale de santé détermine, de manière pluriannuelle, des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie. Préalablement à son adoption ou à sa révision, le gouvernement procède à une consultation publique sur les objectifs et les priorités du projet de stratégie nationale de santé. La mise en œuvre de la stratégie nationale de santé fait l'objet d'un suivi annuel et d'une évaluation pluriannuelle, dont les résultats sont rendus publics.

La politique de santé publique française s'inscrit dans un cadre national qui sera ensuite décliné au niveau régional, puis au niveau local. Elle s'organise donc toujours en plusieurs échelons, appelés aussi « niveaux ». Toute politique régionale ou locale doit respecter deux exigences imposées par la loi du 9 août 2004 : permettre d'appliquer la politique nationale, tout en l'adaptant aux spécificités locales. Par ailleurs, la politique de santé française se veut davantage efficace, c'est pour cela que les départements et les communes sont très investis et que de nombreuses actions sont mises en place à l'échelon local.

Foucher 2016

Doc 2 – Des outils de programmation nombreux et de nature variable

Arrêté par le directeur général de l'ARS, le Projet régional de santé (PRS) « définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la Sécurité sociale ».

L'article L. 1434-2 du code de la santé publique définit les trois niveaux de planification et de programmation qui composent le projet régional de santé :

– **un niveau stratégique, celui du Plan stratégique régional de santé (PSRS)**, qui « fixe les orientations et objectifs de santé pour la région » ; la loi dispose également que ce plan stratégique « prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion » ;

– **un niveau de planification dans les secteurs de la prévention, des soins et du médico-social** avec respectivement le schéma régional de prévention, le schéma régional de l'organisation des soins et le schéma régional d'organisation médico-sociale ;

– **une déclinaison des objectifs fixés par ce deuxième niveau de planification**, soit sur des sujets et des publics spécifiques (la télémédecine et l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, fixés par la loi), soit pour définir la programmation de l'offre sur le territoire (programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, PRIAC).

À ces trois ensembles de documents s'ajoute le Programme pluriannuel régional de gestion du risque (PRGDR). Le PRS est établi une fois recueillis les avis du préfet de région, de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) ainsi que des conseils régionaux, généraux et municipaux.

www.senat.fr, 26 février 2014

Doc 3 – Le contenu de la politique régionale de santé publique



Foucher 2016

Doc 4 Les ARS : régionales et transversales à la fois

Les agences régionales de santé sont le pilier de la nouvelle organisation du système de santé prévue par la loi du 21 juillet 2009. Leurs missions consistent à piloter le système de santé en région, sur tous les secteurs (prévention des maladies, de la perte d'autonomie, des risques sanitaires, ville, hôpital, médico-social).



Piloter le système de santé en région

Elles regroupent en totalité ou en partie plusieurs organismes chargés jusqu'à présent des politiques de santé dans la région ou dans les départements : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), [...] Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) et Direction régionale du service médical (DRSM). Autorité unique

chargée du pilotage du système de santé en région, l'ARS est constituée à partir du regroupement des forces de l'État et de l'assurance maladie. Par ce rapprochement, les professionnels de santé bénéficieront de procédures plus simples et les patients, d'une meilleure coordination entre les différents acteurs.

Porter une approche globale de la santé

Les ARS reposent sur un découplage entre les différents secteurs d'activité de la santé (hospitalier, ambulatoire, médico-social, santé publique), afin de promouvoir une approche globale de la santé. Leur champ d'actions est élargi. Il couvre tous les domaines de la santé publique : la prévention des maladies, de la perte d'autonomie et des risques sanitaires y compris environnementaux, la promotion de la santé, la veille et la sécurité sanitaires, l'organisation de l'offre de soins en ville, en établissements de santé et dans les structures médico-sociales, la qualité et la sécurité des soins, la performance du système de santé.

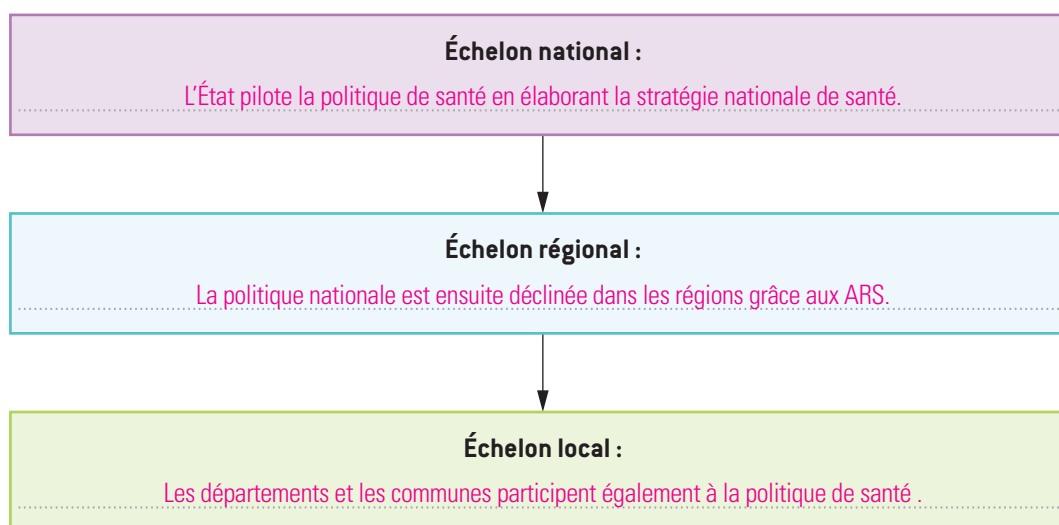
www.ars.bourgogne.sante.fr

1 Présentez les grandes lignes du fonctionnement général de la politique nationale de santé publique française.

La politique nationale de santé publique est encadrée par trois principales lois qui précisent son fonctionnement : la loi du 9 août 2004, la loi HPST du 21 juillet 2009 et la loi du 26 janvier 2016. Ces trois lois font reposer la responsabilité des décisions sur l'État, qui doit organiser sa stratégie sur plusieurs années. L'action de l'État découlera des domaines d'action prioritaires qu'il aura déterminés et elle s'articulera autour des objectifs qu'il aura fixés. Le tout s'inscrit dans la « stratégie nationale de santé ». Toutes les décisions nationales prises par l'État en matière de santé seront ensuite déclinées sur l'ensemble du territoire.

2 Complétez le schéma ci-dessous en indiquant la particularité de chaque échelon de la politique de santé française.

L'organisation de la politique de santé publique française



↳ **Activité 1**

3 Présentez les grandes lignes du fonctionnement de la politique régionale de santé.

La politique nationale de santé publique doit être déclinée dans les régions. Pour cela, chaque région est dotée d'une Agence régionale de santé dont le rôle est de mettre en œuvre la politique nationale au sein de la région. Les ARS doivent également adapter la politique nationale aux besoins des habitants de la région afin de répondre au mieux aux particularités régionales. Enfin, pour cibler les spécificités, chaque région est découpée en plusieurs « territoires de démocratie sanitaire » que les ARS délimitent.

4 Listez les instances intervenant dans la politique régionale.

Dans chaque région, la mise en œuvre de la politique de santé repose sur : l'Agence régionale de santé (ARS), la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), les conférences de territoires (qui deviennent courant 2016 les Conseils territoriaux en santé), le Conseil régional, les conseils départementaux et municipaux, ainsi que sur le préfet de la région.

5 Listez les différents outils de la politique régionale en précisant comment ils s'articulent.

Le PRS (Projet régional de santé) est le document principal qui englobe l'ensemble des éléments permettant de définir la politique de santé de la région. Il précise les objectifs que l'ARS s'est fixée ainsi que les mesures prévues pour les atteindre. Il se compose de plusieurs documents importants. Le PSRS (Plan stratégique régional de santé) contient la stratégie régionale en matière de santé et définit les orientations et les objectifs qui en découlent. Avec la loi 2016, le PSRS devient le « cadre d'orientation stratégique ». Les Schémas organisent et planifient la mise en œuvre de la stratégie en matière de prévention, d'organisation des soins et dans le domaine médico-social. Les Programmes présentent les moyens et les actions à mener : PRAPS (Programme régional d'accès à la prévention et aux soins), le PRGDR (Programme régional de gestion du risque), le PRIAC (Programme interdépartemental d'accompagnement et de la perte d'autonomie) et le Programme de télémédecine. Enfin, la politique régionale de santé publique s'appuie également sur les **contrats locaux de santé** et les **programmes territoriaux**.

6 Montrez en quoi les ARS favorisent une approche globale de la santé des Français et énoncez les intérêts de cette approche.

On peut dire que l'action des ARS permet une approche globale de la santé car elles interviennent sur l'ensemble des domaines de la santé publique : la prévention, l'autonomie, les risques sanitaires, l'offre de soins, etc. Le découplage des différents secteurs d'activité de la santé permet d'appréhender de manière globale la santé de la population. De plus, son champ d'action englobe les soins de ville comme ceux dispensés en établissements de santé et en structures médico-sociales. Ce lien permet une meilleure prise en charge de la santé. Enfin, l'ensemble des organismes que les ARS regroupent permet de rapprocher les différents acteurs : l'État, l'Assurance maladie et les professionnels de santé. Cette approche globale de la santé est bénéfique car elle permettra aux professionnels de bénéficier de procédures plus simples. Les patients pourront bénéficier d'une meilleure coordination des différents acteurs, ce qui améliorera la cohérence de leur prise en charge.

Activité 2 La place de la politique locale de santé

Objectifs ➤ mettre en évidence les caractéristiques de la politique locale de santé ;
➤ justifier l'intérêt de décliner la politique de santé en différents niveaux.



Doc 5 La politique de santé dans les communes

La promulgation de la Loi HPST en 2009 prévoit la possibilité pour l'ARS de signer avec des collectivités des contrats locaux de santé. Le CLS est donc un outil de déclinaison transverse et sur un territoire donné du PRS. Il assure d'une part la coordination au niveau local des acteurs, des financeurs et des politiques impactant la santé, et d'autre part, l'articulation du PRS et des démarches locales de santé existantes.

Il s'appuie sur les initiatives de démocratie sanitaire, à la fois institutionnelles (conférence de territoire, conférence régionale de santé et de l'autonomie) et locales (réunions publiques, débats, enquêtes, etc.). Il a pour but de favoriser :

- l'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui déterminent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations au niveau local ;
- l'accès des personnes, notamment « démunies », aux soins, aux services et à la prévention ;
- la promotion et le respect des droits des usagers du système de santé.

L'État invite les collectivités à s'engager dans une démarche d'élaboration, et plus spécifiquement celles qui sont signataires d'un contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) et dotées d'un atelier santé-ville (ASV).

www.ars.iledefrance.sante.fr

Doc 6 Vers une nouvelle gouvernance locale de la santé

C'est dans le cadre de la politique de la ville, et non des politiques du système de santé/santé publique, qu'un dispositif expérimental, les ateliers santé-ville (ASV), a été institutionnalisé, à partir de 2005, pour faire face aux inégalités sociales de santé mises en évidence grâce aux travaux du Haut Conseil de la santé publique. Les ASV ont permis de créer des dynamiques au-delà des cloisonnements traditionnels, de donner des outils aux villes pour élaborer leur politique de santé. Dans le cadre des Contrats urbains de cohésion sociale (CUCS), il est précisé que l'ensemble des quartiers prioritaires de la politique de la ville devraient compter un ASV. Les Ateliers santé-ville (...) se centrent sur les priorités stratégiques

suivantes : connaissance et identification des besoins de santé, actions de prévention et de santé, accès au système de soins et de santé. En outre, la loi « HPST » a nommé les collectivités locales comme acteurs de santé à travers la possibilité de signer des Contrats locaux de santé. Cette reconnaissance va de pair avec un rôle croissant des collectivités territoriales en santé, notamment les villes. Elles détiennent des leviers importants sur la santé à travers l'ensemble de leurs compétences, notamment sociales mais aussi urbaines. Elles sont des relais locaux pour les politiques territoriales de santé. Elles sont au carrefour du besoin, de la demande et de la réponse, clés de l'efficacité en santé publique.

www.mangerbouger.fr

Doc 7 Le contrat local de santé

Le contrat local de santé de la ville de Montreuil

« Associer les habitants aux orientations politiques futures en matière de santé publique. »

En 2008, la ville de Montreuil a engagé une démarche de concertation entre les habitants et les acteurs de la santé pour définir de façon collective les priorités en matière de santé publique au plan local. Six forums « santé » ont été organisés au printemps 2011 sur l'ensemble du territoire. Habitants et professionnels sanitaires et sociaux se sont rencontrés au sein de groupes de travail. En octobre 2011, cette concertation a donné lieu à l'organisation de la Conférence Locale de Santé et a permis de concrétiser des actions. La concertation a permis l'élaboration d'un Plan Local de Santé Publique (PLSP). À partir du PLSP, le Contrat Local de Santé (CLS) a été passé entre la Ville, l'ARS et l'État. Le CLS est piloté par la Direction de la Santé de la ville.

Des services coopérants tels que :

- éducation, enfance, jeunesse, sports
- le service de développement de la vie de quartier
- la politique de la ville avec le CUCS avec lequel le CLS s'articule
- le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS).

Et de nombreux acteurs associatifs et institutionnels sanitaires et sociaux tels que le Centre Hospitalier Intercommunal, PROSES, Lieu Ecoute Accueil, Instituts Médico-éducatifs, PASS93, résidences sociales, maisons de retraite, CAP'S, AIDES Montreuil, Centre Hospitalier de Ville-Evrard, Centres Médico-Psychologiques, le Centre Départemental de Dépistage et de Prévention Sanitaire, Vie Libre, Établissements et Services d'Aides par le Travail, Protection Maternelle et Infantile, service de Santé Scolaire.

Doc 7



- Les objectifs et le cadre des Contrats Locaux de Santé ont été définis par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires ».
- La loi a été adoptée pour se doter d'une nouvelle organisation régionale de la santé publique qui renforce l'ancrage territorial des politiques de santé et qui s'appuie sur une vision globale de la santé.

Les services pilotes dans la mise en œuvre du CLS :

- Les Centres municipaux de santé (CMS).
- Le service de lutte contre le saturnisme.
- Le service communal hygiène et santé (SCHS).
- L'Atelier santé-ville.
- La mission handicap.
- La mission santé mentale et santé des adolescents.
- La mission logement et habitat.
- La mission violences faites aux femmes.
- La direction de l'environnement pour une bonne articulation avec l'agenda 21.
- La direction des solidarités et de la coopération avec son service intégration, son service personnes âgées.

www.montreuil.fr/sante/clsante/

1 Citez les différents outils de la politique locale de santé.

La politique locale de santé repose sur la politique de la ville, les CUCS, les CLS, le Plan local de santé.

2 Relevez les instances participant à la mise en œuvre de la politique locale de santé.

Parmi les instances qui interviennent au niveau local, il y a tout d'abord les services municipaux : le Service communal hygiène et santé (SCHS) éducation, enfance, jeunesse, sports et le Centre communal d'action sociale (CCAS). Il y a également : les Ateliers santé ville (AVS), les Centres municipaux de santé (CMS), les associations et de nombreux autres partenaires : les centres hospitaliers, IME, CMP, ESAT, PMI, services de santé scolaire, maisons de retraite, etc.

3 Expliquez de quelle manière les communes procèdent pour identifier les problèmes et pour choisir les actions à mettre en place en matière de santé.

Les démarches locales des communes en matière de santé sont impulsées grâce à une importante concertation. Cette concertation peut se faire grâce à des réunions publiques, des débats, des enquêtes, des forums, des groupes de travail etc. Cette démarche permet la concertation entre les habitants, les professionnels sanitaires et sociaux et les acteurs de la santé. Cette dynamique permet de déterminer collectivement les priorités locales de santé publique. Elle permet d'associer les habitants et l'ensemble des acteurs de la santé aux orientations politiques futures en matière de santé publique. Dans l'exemple de la commune de Montreuil, une Conférence locale de santé a même été organisée afin de concrétiser les actions. Un Plan local de santé publique a été élaboré et le Contrat local de santé a été passé entre la ville, l'ARS et l'État.

4 Montrez l'intérêt de décliner la politique nationale de santé aux niveaux régional et local.

Il est nécessaire de prendre en considération les besoins et les particularités de chaque partie du territoire. Pour être encore plus proche des besoins des habitants, chaque ARS doit délimiter ses « territoires de santé ». Ce découpage du pays permet de connaître avec précision les besoins locaux. Cette nouvelle organisation permet l'ancrage territorial de la politique nationale, tout en l'adaptant aux besoins et aux particularités de chaque territoire. Cette organisation doit permettre de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et d'apporter des réponses plus adaptées aux réalités régionales. Le découpage des régions en plusieurs territoires de santé permet d'être encore plus proche des besoins des habitants. Cela permet de connaître avec précision les particularités locales et donc de réduire les inégalités territoriales. L'ancrage régional et local de la politique nationale permet donc d'adapter les plans nationaux aux spécificités de chaque partie du territoire.

II Les acteurs de la politique de santé publique

Activité 3 L'intervention de nombreux acteurs

Objectifs ➤ repérer les différents acteurs intervenant dans la politique de santé publique ;
➤ distinguer le rôle et les missions des acteurs.

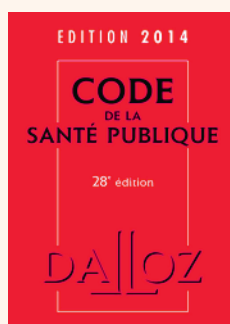


Doc 8 Le Code de la santé publique

Articles L.1411-1 à L. 1411-6 et article L1417-1 du Code de la santé publique



Dernière édition du code de la santé publique consultable sur le site Internet : www.legifrance.gouv.fr



Doc 9 L'expertise sanitaire

L'expertise sanitaire est une synthèse de connaissances, élaborée à l'intention des pouvoirs publics.

Cette expertise est fournie à l'heure actuelle par quatorze organismes de statuts variés (agences sanitaires, autorités publiques indépendantes, organismes de recherche, etc.) intervenant dans quatre domaines : santé, alimentation, environnement, nucléaire). L'objectif confié à L'IGAS par le ministre de la santé est d'élaborer des recommandations qui permettent d'améliorer la pertinence, la qualité et la légitimité de cette expertise. La Haute autorité de santé (HAS) réalise des évaluations médico-économiques de certaines interventions en santé. L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) réalise des évaluations socio-économiques de produits chimiques. L'INSERM réalise des expertises « opérationnelles » et le HCSP réalise une « expertise d'aide à la gestion des risques ». Par ailleurs, presque toutes les expertises rendues comportent des « recommandations ».

Rapport de l'Inspection générale des affaires sanitaires et sociales sur l'expertise sanitaire, avril 2011

Doc 10 La sécurité sanitaire

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), a été créée par la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. Établissement public placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé, l'ANSM a repris les missions, les obligations et les compétences exercées par l'Afssaps.

Sa compétence s'applique à tous les produits de santé destinés à l'homme : médicaments et matières premières, dispositifs médicaux, dispositifs de diagnostic *in vitro*, produits biologiques d'origine humaine (produits sanguins labiles, organes, tissus, cellules, produits de thérapie génique et de thérapie cellulaire), produits thérapeutiques annexes, produits cosmétiques...



Il existe également un certain nombre d'autres agences ou organismes impliqués dans la sécurité sanitaire : institut de radioprotection et de sûreté nucléaire, Comité national de la sécurité sanitaire, Commission nationale de matériovigilance, etc. Tous ces organismes ont pour objet, dans leurs domaines de compétence respectifs, de prévenir et détecter les phénomènes ou les accidents pouvant influencer sur la santé des populations.

www.hopital.fr/Nos-Missions

g11 — L'InVS

Établissement public, placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé, l'Institut de veille sanitaire réunit les missions de surveillance, de vigilance et d'alerte dans tous les domaines de la santé publique. Les missions confiées à l'InVS recouvrent :

- **La surveillance et l'observation permanentes de l'état de santé de la population** : l'InVS participe au recueil et au traitement des données sur l'état de santé de la population à des fins épidémiologiques, en s'appuyant notamment sur des correspondants publics et privés constituant le réseau national de santé publique.
- **La veille et la vigilance sanitaires** : l'InVS est chargé de rassembler, analyser et actualiser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leur évolution ; de détecter de manière prospective les facteurs de risque susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population ou de certaines de ses composantes, de manière soudaine ou diffuse ; d'étudier et de répertorier, pour chaque type de risque, les populations les plus fragiles ou menacées.

Il coordonne son action avec des organismes dont une partie de l'activité est de fournir des données de santé publique et de surveillance : la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et les caisses d'assurance maladie, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), etc. Enfin, il coordonne également son action avec les agences du dispositif français de veille et de sécurité sanitaires et notamment avec l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), la Haute autorité de santé (HAS), l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN), l'Établissement français du sang (EFS), l'Agence de la biomédecine (ABM) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

www.invs.sante.fr

g12 — La nouvelle Agence nationale de santé publique

Un nouvel organisme doit naître en avril 2016 de la fusion de trois instituts sanitaires. Dans le domaine de la santé publique, il y avait la HAS, l'ANSM, il faudra maintenant compter avec l'ANSP. L'ordonnance et le décret portant création de l'Agence nationale de santé publique sont sur le point d'être publiés.

La nouvelle agence, imaginée au moment de l'élaboration de la loi santé et en pleine psychose Ebola, va regrouper en avril l'InVS, l'INPES et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS). Cet établissement public à caractère administratif sera placé sous la

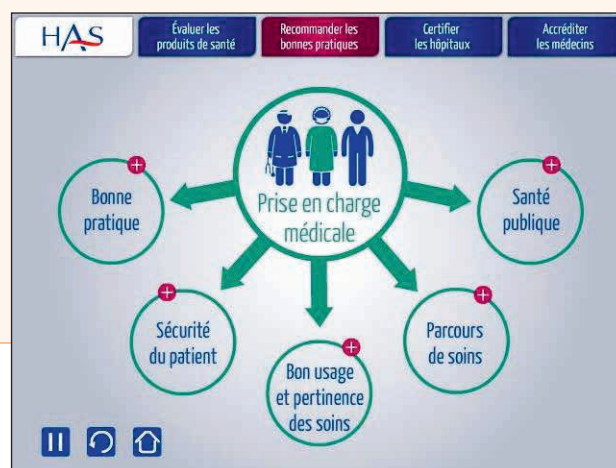
tutelle du ministère de la Santé, et pourra utiliser l'appellation « Santé publique France » afin de gagner en visibilité. Ses missions sont la veille et l'alerte sanitaires ; la prévention, l'éducation et la promotion de la santé ; la préparation et la réponse aux menaces et crises sanitaires. Il ne s'agit pas uniquement de surveiller et de cantonner la traditionnelle épidémie saisonnière de grippe, les maladies nosocomiales ou l'antibiorésistance. L'ANSP pourrait être amenée à jouer un rôle clef dans la politique vaccinale, pour accélérer la mise sur le marché des traitements.

www.lesactualites.net, 27 janvier 2016

g13 — La Haute autorité de santé

La HAS évalue d'un point de vue médical et économique les produits, actes, prestations et technologies de santé, en vue de leur remboursement. Elle définit des recommandations de bonne pratique clinique, des recommandations de santé publique, des études médico-économiques, des guides de prise en charge, à destination des professionnels et des patients. Elle rend également des avis dans le cadre de sa mission d'aide à la décision des pouvoirs publics.

www.has-sante.fr



Doc 14 La démocratie sanitaire à l'échelon régional

La démocratie sanitaire n'englobe pas seulement la participation directe et organisée des usagers, mais elle veut aussi garantir l'égalité d'accès aux soins et le droit d'information pour les patients et, plus largement, le respect des droits des usagers. Tout au long de la période de concertation autour du PRS, l'ARS a pris la mesure du besoin d'expression des usagers et de la nécessité de leur participation à la définition des politiques régionales de santé. Le diagnostic et les propositions de priorités ont été soumis à la concertation au sein des instances de la démocratie sanitaire instaurées par la loi HPST : la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA), les conférences de territoire, les deux commissions de la coordination des politiques publiques : dans le domaine de

la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la PMI pour l'une, dans le domaine médico-social pour l'autre. La CRSA a organisé des temps de travail spécifiques pour chacune des étapes de construction des différents éléments du PRS. L'ARS Lorraine a souhaité que se déroulent de véritables débats sur les propositions soumises en mettant en place une large concertation, appréciée par la majorité des partenaires. Les présidents de la CRSA et les présidentes des commissions spécialisées, le président du Conseil de surveillance de l'ARS, le préfet de région ont salué le travail considérable réalisé, la transparence des informations et la disponibilité des personnels de l'ARS tout au long de la réflexion.

www.ars.lorraine.sante.fr

Doc 15 La Conférence nationale de santé



Plaquette de présentation de la Conférence nationale de santé consultable sur le site Internet : <http://www.cnape.fr/files/news/1011.pdf>

1 Après avoir recherché la définition du terme « acteur », proposez votre propre explication de ce que l'on entend par « acteurs de la politique de santé publique ».

Un acteur est défini comme une personne qui participe activement à un projet, qui joue un rôle effectif dans une affaire ou dans un événement. Il s'agit d'un protagoniste (Dictionnaire Larousse). L'expression « les acteurs de la politique de santé publique » désigne donc l'ensemble des intervenants qui participent à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique. Il s'agit des personnes et des instances qui interviennent.

2 Étudiez les doc. 8 à 15. Relevez l'ensemble des acteurs qui interviennent dans la politique de santé publique et complétez le schéma ci-dessous en distinguant leur niveau d'intervention.

Échelon national :

L'État : ministre de la Santé, DGS, gouvernement, IGAS, Parlement

CNS : Conférence nationale de santé

INPES : Institut national de prévention et d'éducation à la santé

HCSP : Haut conseil de santé publique

InVS : Institut de veille sanitaire

HAS : Haute autorité de santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

L'Assurance maladie (CNAMTS)

Les agences sanitaires

Échelon régional :

ARS : Agence régionale de santé

CRSA : Conférence régionale de santé et de l'autonomie

Les Conseils territoriaux en santé

Préfet de région

Collectivités territoriales : les communes (→ conseil municipal + maire),

les départements (→ conseil départemental + président)

et les régions (→ conseil régional + président)

3 Afin de distinguer les rôles de chaque acteur, complétez le tableau suivant. Recherchez d'abord la définition de chaque type de rôle, puis citez des exemples d'acteurs.

Rôles	Définitions	Exemples d'acteurs
Expertise	Acteur spécialiste détenant des connaissances et des compétences particulières dans un domaine précis. Ils émettent des avis et rédigent des rapports ou des études.	HCSP, HAS, INPES, InVS, agences sanitaires
Concertation	Association de toutes les personnes concernées par un sujet afin de donner leur avis et échanger leurs idées sur une question.	CNS, CRSA, conférences de territoire (qui deviendront les Conseils territoriaux en santé)
Coordination	Diriger et organiser les actions de différents acteurs qui agissent dans un but commun.	ARS, Commission de coordination
Décision	Faire un choix et se déterminer à entreprendre un projet.	Gouvernement, Parlement, ARS
Mise en œuvre	Réalisation concrète des actions sur le terrain. Volet opérationnel de la politique de santé publique.	Ministre de la santé, InVS, INPES, ARS
Représentatif	Organe composé de plusieurs membres, chacun étant présent pour représenter et transmettre la parole de certains acteurs.	CNS, CRSA, conférences de territoire (qui deviendront les Conseils territoriaux en santé)
Consultatif	Acteur auquel on demande l'avis, et qui émet des propositions ou des recommandations utiles à la prise de décision.	Agences sanitaires, HCSP, HAS, CNS, CRSA, conférences de territoire (qui deviendront les Conseils territoriaux en santé)

4 Quelle différence faites-vous entre un acteur d'expertise et un acteur consultatif ?

Un acteur d'expertise sera sollicité par les décideurs avant la prise de décision. Son avis et ses recommandations sont utiles lors de l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé publique. De ce fait, il appartient donc également à la catégorie des acteurs consultatifs. D'autre part, parmi les acteurs consultatifs, certains sont des acteurs d'expertise (la HAS et le HCSP par exemple). Cela ne signifie pas pour autant que ces deux catégories d'acteurs sont à chaque fois totalement identiques. Les deux caractéristiques sont certes souvent réunies, mais certains acteurs consultatifs n'ont pas de compétences en matière d'expertise : comme par exemple la CNS ou la CRSA qui sont consultées par le ministère, mais dont les membres n'ont pas de compétences scientifiques particulières dans un domaine précis.

5 Expliquez pourquoi on peut dire que la CNS est à la fois un acteur de concertation, un acteur consultatif et un acteur représentatif.

La CNS est un acteur de concertation car elle organise des débats publics sur les questions de santé. C'est donc une instance qui favorise les échanges entre les acteurs. C'est également un acteur consultatif car elle est consultée par le gouvernement lors de l'élaboration de la stratégie nationale. Elle formule des avis ou des propositions pour améliorer le système de santé et elle élabore

un rapport annuel remis au ministère chargé de la santé et rendu public. Enfin, il s'agit d'un acteur représentatif car chacun de ses membres est là pour représenter les différents acteurs du système de santé : les collectivités locales, les usagers, les CRSA, les partenaires sociaux, les acteurs de la cohésion et de la protection sociales, les acteurs de la prévention, les offreurs de services de santé ainsi que les organismes de recherche.

Activité 4 La nécessaire coordination des acteurs

- Objectifs** ▶ repérer les instances de coordination ;
▶ justifier la nécessité d'une coordination entre les différents acteurs.



16 Le CASA

Le CASA est une instance de travail collectif, au plus haut niveau, entre la Direction générale de la santé et les principaux opérateurs nationaux des politiques de prévention et de sécurité sanitaire. Au sein du ministère chargé de la santé, la DGS est responsable des politiques de prévention et de sécurité sanitaire. Les expertises et les professionnalités qui sont nécessaires à l'exercice de cette mission lui sont apportées par des opérateurs nationaux spécialisés, souvent désignés sous le terme générique d'agences sanitaires. [...] Aujourd'hui, la prévention et la sécurité sanitaire sont au cœur des métiers d'une douzaine d'opérateurs qui sont, pour la DGS, à la fois les relais et les interlocuteurs privilégiés, sans qu'ils aient nécessairement une relation d'exclusivité avec la DGS au sein du ministère. Ces opérateurs concourent à la conception et à la mise en œuvre des politiques dont la DGS est responsable : il est donc nécessaire que cet ensemble d'acteurs travaillent en cohérence ; le CASA, en réunissant régulièrement les directeurs généraux, offre le cadre nécessaire à une bonne

structuration de ce travail collectif. Le CASA, résulte d'attentes partagées, consacrées par une décision de la ministre chargée de la Santé de mai 2008. Le CASA répond d'abord à une attente partagée de la DGS et des opérateurs, qui s'est fait jour progressivement au fil du temps, à mesure que se constituait ce dispositif d'agences dans toute sa diversité. Il constitue aussi une réponse aux constats critiques souvent exprimés ces dernières années par le Parlement ainsi que par les corps d'inspection et de contrôle de l'administration, sur la cohérence et le pilotage du dispositif des agences sanitaires. Le CASA regroupe les directeurs généraux des agences sanitaires. Le CASA vise à développer l'approche partagée et la cohésion entre les acteurs, afin de renforcer le pilotage des politiques de prévention et de sécurité sanitaire et d'optimiser leurs résultats. De fait, les agences/opérateurs présentent une grande diversité et de fortes spécialisations et c'est le gage de leur expertise.

Présentation du dispositif national de sécurité sanitaire et du CASA

17 Un acteur régional de coordination des politiques de santé



La Commission de coordination des politiques publiques de santé dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle

et infantile a été créée par la loi « Hôpital, patients santé et territoires » du 21 juillet 2009. Elle est compétente pour assurer la cohérence et la coordination des politiques d'intervention dans le champ de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile. Véritable lieu d'échanges, elle permet la complémentarité des stratégies institutionnelles dans ces différents domaines. Elle est composée de vingt-sept membres, issus des services de l'État exerçant des compétences dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé, des représentants des collectivités

territoriales ainsi que des représentants des organismes de Sécurité sociale. Des membres supplémentaires choisis parmi les autres contributeurs financiers de la prévention et de la promotion de la santé peuvent être admis, à l'unanimité, par la commission. Deux membres supplémentaires ont été admis en 2011 : le recteur de l'académie de Nice et le directeur interrégional des services pénitentiaires Paca Corse.

Pour assurer ses missions, la Commission peut :

- **décider de travaux à conduire** pour contribuer à l'élaboration du projet régional de santé, notamment du schéma régional de prévention ;
- **favoriser, sur la base du plan stratégique régional de santé et du schéma régional de prévention, la complémentarité des actions** dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile qui sont financées par

Doc 17

- chacun de ses membres et déterminer les modalités de leur éventuel cofinancement ;
- **permettre le rapprochement entre les acteurs régionaux** de l'observation sanitaire et sociale pour améliorer la qualité et la disponibilité des informations nécessaires aux politiques régionales de santé.

La commission recueille les éléments d'information nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment à l'évaluation de la politique de prévention et de promotion de la santé et à l'élaboration du schéma régional de prévention.

www.ars.paca.sante.fr

1 Indiquez de quelle manière le CASA exerce sa mission de coordination.

Le CASA est une instance permettant un travail collectif entre le ministère de la Santé et les « agences » qui interviennent en matière de prévention et de sécurité sanitaire. Ces opérateurs nationaux sont nombreux et ils sont chacun spécialisés dans un domaine spécifique. Afin de permettre une bonne coordination entre tous ces acteurs, le CASA rassemble régulièrement les directeurs de chaque agence sanitaire. Ces différentes réunions permettent d'établir un lien entre les différentes agences, ce qui rend leurs actions plus cohérentes.

2 Expliquez de quelle manière la Commission de coordination des politiques publiques de santé dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile exerce sa mission de coordination.

Cette commission exerce une mission de coordination de la politique régionale de santé en permettant à ses membres d'échanger. Elle réunit les représentants de l'État, des collectivités territoriales, des organismes de Sécurité sociale, des financeurs ainsi que des acteurs intervenant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé. Elle comprend même des membres représentant le domaine de l'enseignement et le domaine pénitentiaire. La diversité de ses membres favorise donc cette coordination en permettant à tous les domaines d'être représentés lors des discussions. Elle remplit également sa mission de coordination en favorisant la complémentarité des actions menées par la région dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la PMI. D'autre part, la coordination passe aussi par le rapprochement des acteurs régionaux de l'observation sanitaire et sociale, que la Commission doit inciter. Enfin, elle remplit sa mission de coordination en recueillant les éléments d'informations nécessaires aux différents acteurs.

3 Justifiez la nécessité de coordonner les différents acteurs de la politique de santé publique.

Les acteurs qui interviennent dans la politique de santé publique sont très nombreux. Ils ont chacun des niveaux d'intervention, des compétences et des rôles différents. Chacun a son domaine d'action et cela fait la richesse des mesures prises. Mais pour que les décisions soient efficaces et cohérentes, il est nécessaire d'agir de manière concertée, d'échanger des idées et de maintenir une forte collaboration. Cette organisation se fera grâce à une coordination de tous ces acteurs. Enfin, la coordination des différents acteurs renforcera leur complémentarité et permettra une approche globale de la santé de la population.

- 4 La coordination des acteurs et des actions se retrouve aux différents niveaux de la politique. Complétez le schéma ci-dessous en illustrant la coordination pour chacun des trois échelons de la politique de santé publique (doc. 1 à 17).

La coordination en matière de politique de santé publique

Illustrations de la coordination au niveau national

Il est possible de citer le Comité d'animation du système d'agences (CASA), qui réunit régulièrement les directeurs généraux des différentes agences sanitaires. Ces fréquentes réunions favorisent la discussion et l'échange d'idées nécessaires à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique nationale de santé publique. Il est également possible d'illustrer la coordination de la politique à l'échelon national en citant l'action de l'InVS. Cet acteur n'agit pas seul ; pour être pleinement efficace et cohérent, il coordonne son action avec de nombreux autres acteurs : l'assurance maladie, l'INSERM, la DREES ou les autres agences sanitaires par exemple. Cette dynamique de coordination permet à l'InVS de solidifier les données qu'il collecte et d'élargir au maximum sa connaissance des risques sanitaires. Enfin, l'exemple récent du projet de fusion de trois instituts sanitaires pour créer la nouvelle ANSM va également dans le sens d'une coordination plus efficace. Ce nouvel organisme réunira de larges compétences. Il interviendra en matière de surveillance et de veille sanitaire, d'alerte, de préparation des actions face aux urgences sanitaires, d'éducation à la santé, etc... En élargissant ainsi ses missions, les actions seront plus globales et plus cohérentes.



Illustrations de la coordination au niveau régional

La coordination de la politique régionale de santé repose principalement sur le rôle des ARS. Leur approche est globale, ce qui permet un décloisonnement des secteurs (prévention, soins de ville, soins hospitaliers, sécurité sanitaire, etc...). Cette globalité permet également une articulation plus efficace des différents acteurs régionaux. La Commission de coordination des politiques publiques de santé illustre également cette dynamique de coordination en favorisant le dialogue entre les différents acteurs qui couvrent l'ensemble des domaines sanitaires et en couvrant de larges domaines.



Illustrations de la coordination au niveau local

À l'échelon local, le CLS permet la coordination au niveau local des acteurs, des financeurs et des politiques de santé. Le CLS permet également d'articuler le PRS de la région avec les différentes initiatives locales existantes. Les ASV permettent également de décloisonner l'action des communes en réunissant les nombreux acteurs concernés.

III La place de l'utilisateur dans les politiques de santé

Activité 5 La démocratie sanitaire

- Objectifs ▶ définir la notion de démocratie sanitaire ;
 ▶ identifier la place de l'utilisateur dans les politiques de santé publique.



18 Les droits des usagers

La notion d'usagers s'applique non seulement à la personne malade et à ses proches mais, plus largement, à tout utilisateur avéré ou potentiel du système de santé, dans les domaines sanitaire et médico-social, en établissement comme en ambulatoire ou en prise en charge à domicile. Il s'agit donc d'une conception large qui englobe les notions d'« usager », de personne malade, de patient, de personne, de citoyen, de client, etc. chacun ayant des attentes spécifiques à faire valoir.

Qu'entend-on quand on parle de droits des usagers ?
 Ce terme recouvre à la fois les droits individuels et collectifs de la personne, usager du système de santé :

- **Les droits individuels :** ce sont essentiellement des droits fondamentaux reconnus à toute personne, indépendamment de son état de santé (droit à la non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins par exemple) et des droits plus spécifiques reconnus à l'usager du système de santé comme celui d'accéder directement à son dossier médical.

• Les droits collectifs :

il s'agit en premier lieu du droit de représentation des usagers du système de santé réservé aux membres des associations agréées, qui permet de donner une place à l'expression de ces usagers (au niveau national, régional dans les instances de santé publique et dans les établissements de santé). Il peut s'agir en second lieu, à l'occasion de manifestations organisées en vue de recueillir l'expression des usagers (débat publics, par exemple), du droit reconnu à ces derniers d'apporter leur concours à la réflexion et à la décision sur des questions de santé.



www.ars.paca.sante.fr

19 L'exercice des droits des usagers

Pour les usagers, la démocratie sanitaire représente la possibilité de se comporter en acteur de leur santé. Cette notion a émergé lors des États Généraux du cancer et de la santé de 1998 et 1999. À cette occasion, les citoyens ont pu exprimer leur volonté de participer activement au système de santé et d'être régulièrement associés aux prises de décisions.

Le principe a ensuite été clairement affirmé par la loi du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ». Cette loi regroupe dans un texte unique l'ensemble des droits fondamentaux qui doivent être respectés lorsqu'un patient est pris en charge. Elle garantit notamment des droits importants pour la personne recevant des soins : le droit à la protection de la santé, au respect de la dignité, au respect de la vie privée et au secret des informations, le droit de recevoir des soins les plus appropriés et traitements dont l'efficacité est reconnue et le droit de recevoir des soins visant à soulager la douleur. Elle affirme que « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions qui concernent sa santé ». Il rend l'usager acteur

de sa santé grâce au droit à l'information sur son état de santé, à l'obligation pour le professionnel de santé de respecter la volonté du patient et à l'obligation de recueillir le consentement libre et éclairé du patient avant tout acte médical ou traitement (consentement révoquant à tout moment).

D'autre part, la « Charte de la personne hospitalisée » doit être remise aux usagers et affichée dans l'établissement de santé. Cette charte fait la synthèse de ces droits pour les faire connaître concrètement aux patients accueillis. Les usagers ont également le droit de participer aux décisions qui concernent la politique et le système de santé. Pour qu'ils puissent faire entendre leur voix, ils ont des représentants au sein des principales instances de santé publique. Leurs représentants sont les associations d'usagers. L'expression des usagers est possible dans de nombreuses instances, comme par exemple au sein des CRUQPC (Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge) : qui veillent au respect de leurs droits dans les établissements de santé. Cette instance s'est d'ailleurs vue renommée par la loi Touraine du 26 janvier 2016 et se nomme la Commission des usagers dans les établissements de santé. Enfin,

Doc 19

→ une dernière avancée dans l'expression des usagers est à noter avec la création de l'Institut pour la démocratie en santé (IPDS). Il a pour objectif d'œuvrer en faveur d'une plus grande implication des citoyens dans leur parcours, dans la

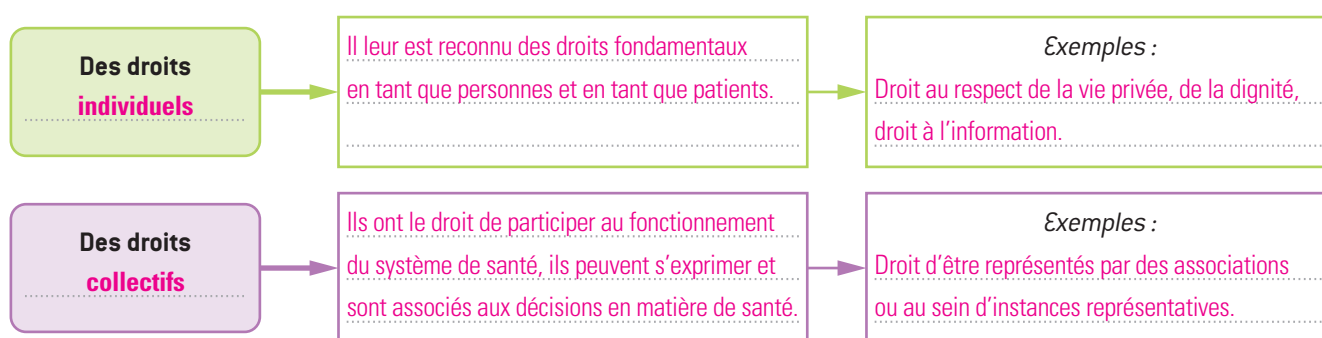
définition des politiques publiques. Il a été créé en mai 2015 à l'initiative du Collectif interassociatif sur la santé (CISS), de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et la Fédération hospitalière de France (FHF).

Foucher 2016

1 Expliquez ce que recouvre le terme d'« usager ».

La notion d'« usager » s'applique à tout utilisateur du système de santé. Cela englobe donc tous les patients et leurs proches ainsi que toute personne concernée. Le terme « usager » rend la personne plus autonome et plus actrice de sa santé que le terme « patient ».

2 Indiquez les deux types de droits dont disposent les usagers et illustrez-les par des exemples de droits.



3 Mettez en évidence la place de l'usager dans les politiques de santé publique. Vous présenterez les outils et les instances qui permettent leur participation à chacun des échelons de la politique (doc. 1 à 19).

À l'échelon national, la participation des usagers peut être illustrée par leur représentation au sein de CNS. En effet, parmi ses membres, certains ont pour rôle de porter la parole des usagers. D'autre part, la création de l'IPDS (Institut pour la démocratie en santé) favorise encore plus la participation des citoyens car les usagers du secteur sanitaire font partie d'un des deux collèges qui composent ce nouvel institut. À l'échelon régional, l'expression des usagers se fait au sein des instances de concertation régionales : la CRSA et les Conseils territoriaux en santé (anciennement appelés Conférences de territoire). Les usagers participent donc à l'élaboration du PRS dans son ensemble. Le diagnostic de l'état de santé de la région et les choix des priorités découlent de débats auxquels les représentants des usagers participent. Les usagers ont également une place dans l'élaboration de la politique locale. L'exemple de la ville de Montreuil illustre bien cette concertation : organisation de forums et organisation d'une Conférence locale de santé associant les usagers et les professionnels sanitaires et sociaux. Enfin, les usagers ont également leur place dans une instance hospitalière grâce à la Commission des usagers (anciennement CRUQPC).

4 Présentez la notion de démocratie sanitaire.

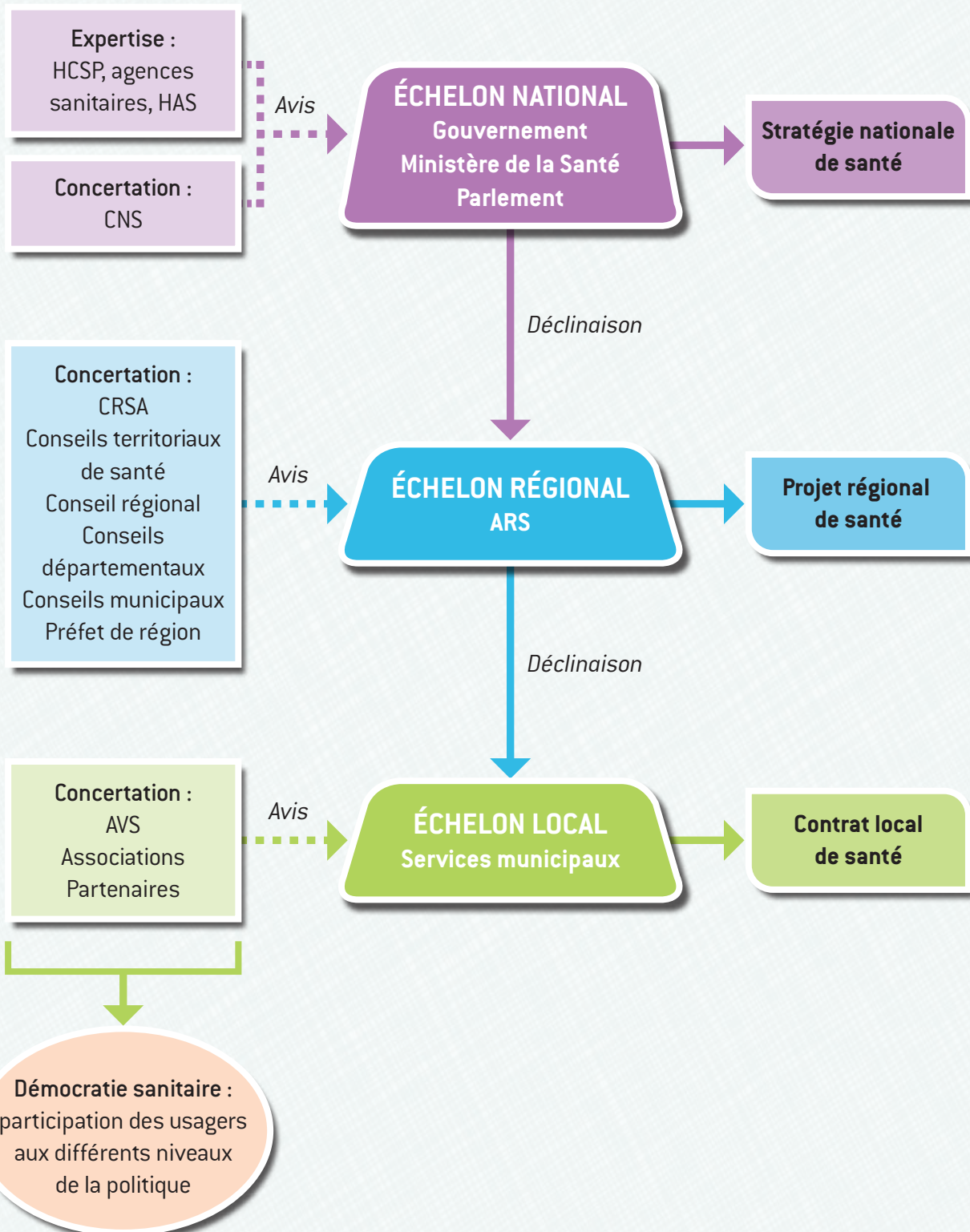
La notion de la démocratie sanitaire s'est construite suite aux États généraux de la santé, avant d'être affirmée par la loi du 4 mars 2002. Il s'agit d'une démarche qui consiste à faire participer l'ensemble des acteurs du système de santé à l'organisation des politiques de santé (c'est-à-dire à leur élaboration et à leur mise en œuvre). Ce qui signifie que l'on va associer notamment les usagers et les professionnels à l'élaboration et la mise en œuvre des décisions qui seront prises en matière de santé.

Synthèse

ATT

4

L'organisation de la politique française de santé publique



Le système de santé

ATT

5

I Définition

Activité 1 Les caractéristiques du système de santé français actuel

Objectif • définir la notion de système de santé.



Doc 1 La notion de système

Un système est décrit comme un ensemble d'éléments en interaction entre eux et avec l'environnement, intégré pour rendre à son environnement les services correspondants à sa finalité. Un système présente donc des

propriétés nouvelles résultant des interactions entre ses constituants : si l'on intègre des éléments pour faire un système, c'est bien pour bénéficier des effets de synergie résultant de leurs interactions.

www.afis.fr

Doc 2 Les spécificités du système de santé français

Le système de santé français s'appuie sur une organisation pluraliste de l'offre de soins. Celle-ci repose sur le maillage de structures multiples, notamment dans le secteur hospitalier qui se compose de 3 types d'établissements : les hôpitaux publics, les hôpitaux privés à but non lucratif et les cliniques privées.

Du côté des acteurs, co-exercent des professionnels de santé libéraux et des agents de la fonction publique hospitalière.

Le système de santé respecte la liberté de choix du patient. Tout individu est libre de choisir son médecin traitant, un spécialiste en accès direct, son établissement de santé, ceci dans le secteur public comme dans le secteur privé.

Le système de santé reste largement piloté par les pouvoirs publics, garants de la cohérence des mécanismes de prise en charge des patients. Les compétences en matière de santé publique et d'offre de soins sont réparties sur 3 niveaux.

Au niveau national, l'État intervient directement dans le financement et l'organisation de l'offre de soins.

Afin de répondre aux besoins de santé de la population, il favorise une couverture homogène du territoire national et une complémentarité efficace des acteurs.

Au niveau régional, les agences régionales de santé (ARS) assurent la coordination des soins prodigués, veillent à une gestion cohérente des ressources et garantissent un accès égal à une prise en charge de qualité. Elles



Doc 2

→ adaptent les politiques nationales à leurs contextes régionaux, par le biais de programmes régionaux de santé (PRS), composés de schémas régionaux de prévention, de schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) de ville et hospitaliers, ainsi que de schémas médico-sociaux pour les personnes âgées ou dépendantes.

Au niveau local, les structures et les professionnels de santé s'organisent, sous la supervision des ARS, pour permettre une prise en charge graduée des patients selon

leur état : des soins de 1^{er} recours centrés autour du médecin généraliste, qui assure l'orientation du patient, des soins de 2nd recours dispensés par les médecins spécialistes et les établissements de santé, voire des structures adaptées comme les centres hospitaliers universitaires (CHU). Cette organisation est conditionnée par une coordination des soins entre les établissements de santé et la médecine de ville d'une part, un renforcement de la permanence des soins, ambulatoire et hospitalière, d'autre part.

www.clinique-retraite.com

Doc 3

Les Français satisfaits de leur système de santé, mais...



Sept Français sur dix s'estiment en bonne santé. Ils sont aussi en général satisfaits de leur système de soins, mais pas toujours prêts à en accepter les réformes.

Le moral des Français serait en berne... sauf en ce qui concerne leur santé. En effet, 86 % d'entre eux se déclarent satisfaits de la qualité des soins et 85 % de la sécurité, selon un sondage réalisé par l'Ifop pour Deloitte. Opinion confirmée par une autre enquête réalisée par BVA pour la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) : lorsqu'on les interroge sur leur état de santé, sept Français sur dix s'estiment en

bonne santé en 2014, dont trois sur dix en très bonne santé. En règle générale, les Français sont davantage préoccupés par le risque de précarité que par les sujets liés à la santé. En 2004, 80 % se déclaraient inquiets face au sida. Le pourcentage tombe à 58 % en 2014. Un même constat peut être dressé pour le cancer, même si la réduction est plus limitée (83 % en 2014 versus 91 % en 2004).

Pour autant persistent deux abcès de fixation, à savoir l'accessibilité des soins et les conditions financières, tant au niveau du prix que du niveau de remboursement.

Les projections sur l'avenir sont assombries par les questions démographiques. 56 % des Français estiment que le nombre de médecins spécialistes diminue. Sans surprise, les habitants des zones rurales sont davantage inquiets que les Parisiens. Faut-il alors supprimer la libre installation des médecins sur le territoire ? 62 % se prononcent pour cette mesure dans l'enquête Ifop-Deloitte.

Mais l'étude BVA-Drees infirme ces résultats. Quatre sondés sur dix souhaitent limiter la liberté d'installation. Quant à la moins bonne performance en matière de sécurité des soins dans les établissements de soins de faible activité, le concept n'arrive pas à s'imposer. 62 % de la population française s'oppose au regroupement d'hôpitaux au niveau territorial. En revanche, un consensus se dessine en faveur de la chirurgie ambulatoire. Près de la moitié des sondés ont déjà eu recours à ce nouveau mode d'organisation. La qualité et l'efficacité des soins sont plébiscitées à hauteur de 95 %.

www.data.gouv.fr

1

 Comment définiriez-vous un « système » en général ?

Un système est un ensemble d'éléments qui sont en lien et dépendent réciproquement les uns des autres, de manière à former un tout organisé.

2

 Établissez le lien entre un système, au sens général, et le système de santé.

De la même façon qu'un système, au sens général, est un ensemble d'éléments interdépendants, le système de santé est un regroupement de professionnels et de structures sanitaires et sociales qui sont en lien. Ils travaillent ensemble, dépendent les uns et des autres et sont organisés pour garantir la santé des individus.

3 Avec vos propres mots, proposez une définition du système de santé.

Le système de santé peut se définir comme l'ensemble des moyens (en termes organisationnels, humains, structurels, financiers) sanitaires et sociaux mis en place pour prévenir, soigner et améliorer la santé des individus.

4 Expliquez pourquoi « les Français sont satisfaits de leur système de santé ».

Ils sont satisfaits car ils considèrent que ce système fournit des soins de qualité et garantit la sécurité sanitaire. Une majorité d'entre eux (70 %) se sentent d'ailleurs en bonne voire très bonne santé. Ils semblent également rassurés par la prévention mise en place pour lutter contre les maladies comme le sida ou le cancer.

5 Montrez quel peut être l'intérêt de la mise en place d'un système de santé en réponse aux besoins de santé de la population.

La mise en place d'un système de santé permet de regrouper tous les moyens (organisationnels, humains, structurels, financiers) et toutes les activités sanitaires et sociaux disponibles dans le cadre d'une politique de santé publique pour la production de la santé à visée : curative, préventive et éducative sur l'ensemble du territoire.

Il s'agit de mettre en relation tous les moyens pour apporter une réponse adaptée et un meilleur suivi aux besoins de santé des individus à tous les niveaux (soins et prévention).

II L'organisation du système de santé français

Activité 2 Les différents acteurs du système de santé français

Objectif • présenter schématiquement le système de santé.

120 min

Doc 4 Le terme « acteur de santé »

Le terme « acteur de santé » a une acception beaucoup plus large, puisqu'il désigne les personnes dont les activités, professionnelles ou non, ont un retentissement sur la santé des autres. Ainsi, un agent de l'État ou un journaliste peut être un acteur de santé. Un travailleur social est certainement un acteur de santé. En s'en tenant à ce qui concerne les institutions, le terme est plus restrictif.

L'Assurance maladie propose ainsi :

➤ **Les pouvoirs publics** fixent la politique de santé et les priorités de santé publique, là où il faut agir pour améliorer l'état de santé de la population (lutte contre le cancer, le tabagisme, l'alcoolisme, les dépistages organisés), les règles économiques et financières, les règles de l'organisation générale des soins et de leur remboursement.

➤ **Les professionnels de santé** soignent les malades, (médecins libéraux et hospitaliers, infirmières, laboratoires d'analyse, ambulanciers, etc.) et contribuent aux actions de santé publique.



Doc 4



➤ **Les caisses d'assurance maladie obligatoire** remboursent la majeure partie des soins et contribuent à l'organisation du système de soins.

➤ **Les assurances maladie complémentaires**, comme leur nom l'indique, « complètent » le remboursement des soins. Il peut s'agir de mutuelles, d'institutions de prévoyance, ou d'assurances privées.

➤ **Les acteurs économiques** (entreprises et salariés) financent l'assurance maladie et administrent les caisses. Les assurés participent également au financement du système par leurs cotisations sociales, la CSG (Contribution sociale généralisée) et, le cas échéant, par le paiement

direct de taxes sur le tabac et l'alcool, liées à ces deux risques pour la santé.

Auxquels il faut ajouter :

➤ **Les malades et usagers** sont à la fois les bénéficiaires du système de santé et, notamment à travers leurs représentants associatifs, des acteurs de la santé.

➤ **Les collectivités territoriales**, les établissements et institutions sanitaires, sociaux et médico-sociaux contribuent aux actions de santé publique.

➤ **Les associations** qui développent des activités, notamment de prévention, et soutiennent les malades, gèrent des structures sociales et médico-sociales.

www.sante.gouv.fr

Doc 5 – La composition du système de santé

La santé est l'un des grands « risques » couverts par la protection sociale, au même titre, par exemple, que les accidents du travail, la vieillesse ou la famille.

Pour prendre en charge ce risque, la France, comme les autres pays, s'est dotée d'un système de santé. Ce dernier peut être défini, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comme « l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé [...]. Les systèmes de santé remplissent principalement quatre fonctions essentielles : la prestation de services, la création de ressources, le financement et la gestion administrative. »

En France, on distingue cinq acteurs du système de santé.

1. Des offreurs de soins, qui regroupent :

- des professions médicales et pharmaceutiques (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes), des auxiliaires médicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.) aux statuts et aux modes d'exercices divers : libéraux, salariés ou mixtes ;
- des établissements de santé couvrant des champs d'intervention différents (hospitalier, médico-social) avec des statuts qui peuvent être publics ou privés ;
- des réseaux de santé pluridisciplinaires regroupant des médecins, des infirmières et d'autres professionnels (travailleurs sociaux, personnel administratif, etc.) constitués pour favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge ;
- des structures de prévention : services de santé au travail, médecine scolaire, services de protection maternelle et infantile, structures de dépistage, etc.

2. Des producteurs de biens et services en santé :

comme l'industrie pharmaceutique, qui obéissent à des logiques économiques de marché.

3. Des institutions publiques :

- qui organisent le système tant au niveau national (ministère de la Santé) que régional (Agences régionales de santé – ARS) ou départemental (conseils départementaux dans le domaine de l'action sanitaire et sociale) ;
- qui conseillent ou aident à l'organisation (Haut Conseil de santé publique, Institut de veille sanitaire, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, etc.) ;
- qui contrôlent et orientent : Parlement (au travers des lois de financement de la Sécurité sociale et de l'Objectif national des dépenses d'assurance-maladie – ONDAM), corps de contrôle (notamment Cour des comptes, Inspection générale des Affaires sociales – IGAS).

4. Des financeurs aux statuts différents :

- les assurances maladies obligatoires constituées du Régime général d'assurance maladie, de la Mutualité sociale agricole (MSA), du Régime social des indépendants (RSI) et de certains régimes spéciaux (par exemple la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières – CAMIEG),
- des assurances maladies complémentaires (mutuelles, assurances privées, institutions de prévoyance)
- et les ménages.

5. Des bénéficiaires via les associations de patients

La multiplicité des acteurs, aux périmètres d'intervention et aux statuts très divers, rend le système de santé français à la fois efficace dans sa capacité à répondre aux demandes et à couvrir les besoins de santé de la population, mais aussi particulièrement complexe à réguler, ce qui a une incidence négative sur sa lisibilité, son efficacité et, au final, son efficience.

www.vie-publique.fr

Doc 6 — L'INPES



L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) est un établissement public administratif créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

L'Institut est un acteur de santé publique plus particulièrement chargé de **mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé** dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a élargi ses missions initiales à la participation, à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives, et à la formation à l'éducation pour la santé.

www.inpes.sante.fr

Carte d'identité de l'INPES

- Établissement public administratif
- 146 personnes
- Budget 2015 : 76,5 millions d'euros
- Des financements de l'État et de l'Assurance maladie

Doc 7 — Vers une évolution du statut des usagers dans le système de santé

La loi du 4 mars 2002 a consacré la notion de droits des malades dans le système de santé.

Une panoplie de droits individuels leur est reconnue : information claire et loyale, codécision, respect de la vie privée, droit à la dignité, accès au dossier médical, droit de se plaindre et d'être indemnisé, etc. Parallèlement, un embryon de démocratie sanitaire s'est mis en place autour d'associations représentant les usagers. Insuffisant, selon les rapports parus en 2011 à l'occasion de l'année des patients et de leurs droits, et depuis.

Dans le prolongement de la Stratégie nationale de santé (SNS) lancée en 2013, le projet de loi relatif à la santé veut revoir certains droits individuels pour organiser une

meilleure continuité de la prise en charge de l'utilisateur du système de santé, dans un parcours allant de la prévention aux soins et à l'accompagnement. Le texte tente ainsi la responsabilisation du patient, en pariant sur « la vitalité de notre démocratie sanitaire ».

La loi devrait associer davantage les patients, leurs proches et leurs représentants, à l'élaboration de la politique de santé, et renforcer la représentation des usagers dans les agences nationales de santé et les instances de décision des établissements privés. Enfin, l'action de groupe en santé devrait permettre aux victimes d'accidents médicaux de déposer des recours collectifs pour demander réparation devant la justice.

www.gazette-sante-social.fr, 23 janvier 2015

Activité 2

1 Identifiez les différents acteurs du système de santé ainsi que leur rôle.

Les **offreurs de soins** sont l'ensemble des fournisseurs de soins (professionnels de santé et établissements hospitaliers) qui proposent aux individus des services médicaux à l'aide de biens (médicaments, appareils...).

Les **producteurs de biens et services en santé** sont les structures (établissements de santé publics et privés), les réseaux de soins, les praticiens libéraux, les structures de prévention (protection maternelle et infantile, médecine scolaire, service de santé au travail). Ils disposent de moyens matériels (équipements) et humains (personnel médical, paramédical, administratif). Les industries pharmaceutiques et les laboratoires d'analyse font aussi partie de cette ensemble.

Les **institutions publiques** organisent le système de soins et légifèrent en faveur des usagers. Elles pilotent le système de santé. Il s'agit par exemple des ARS, du HCSP, de l'IGAS.

Les **financeurs** sont l'ensemble des institutions contribuant pécuniairement au système, à la recherche (MSA, RSI).

Les **usagers** (population), sont à la fois bénéficiaires et acteurs de ce système de santé. Ils sont acteurs de leur propre santé.

Au travers des institutions les représentant, ce sont des citoyens donnant leur avis et exprimant leurs besoins.

Les **services de prévention** sont chargés d'informer et d'éduquer la population sur les dangers possibles et les comportements à adopter pour une meilleure santé.

2 Pourquoi le système de santé doit-il davantage mettre l'accent sur la prévention ?

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) est l'acteur chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé, élaborées dans le cadre plus général des orientations de santé publique fixées par le gouvernement. Le système de santé est aujourd'hui principalement centré sur le curatif et le traitement par les soins.

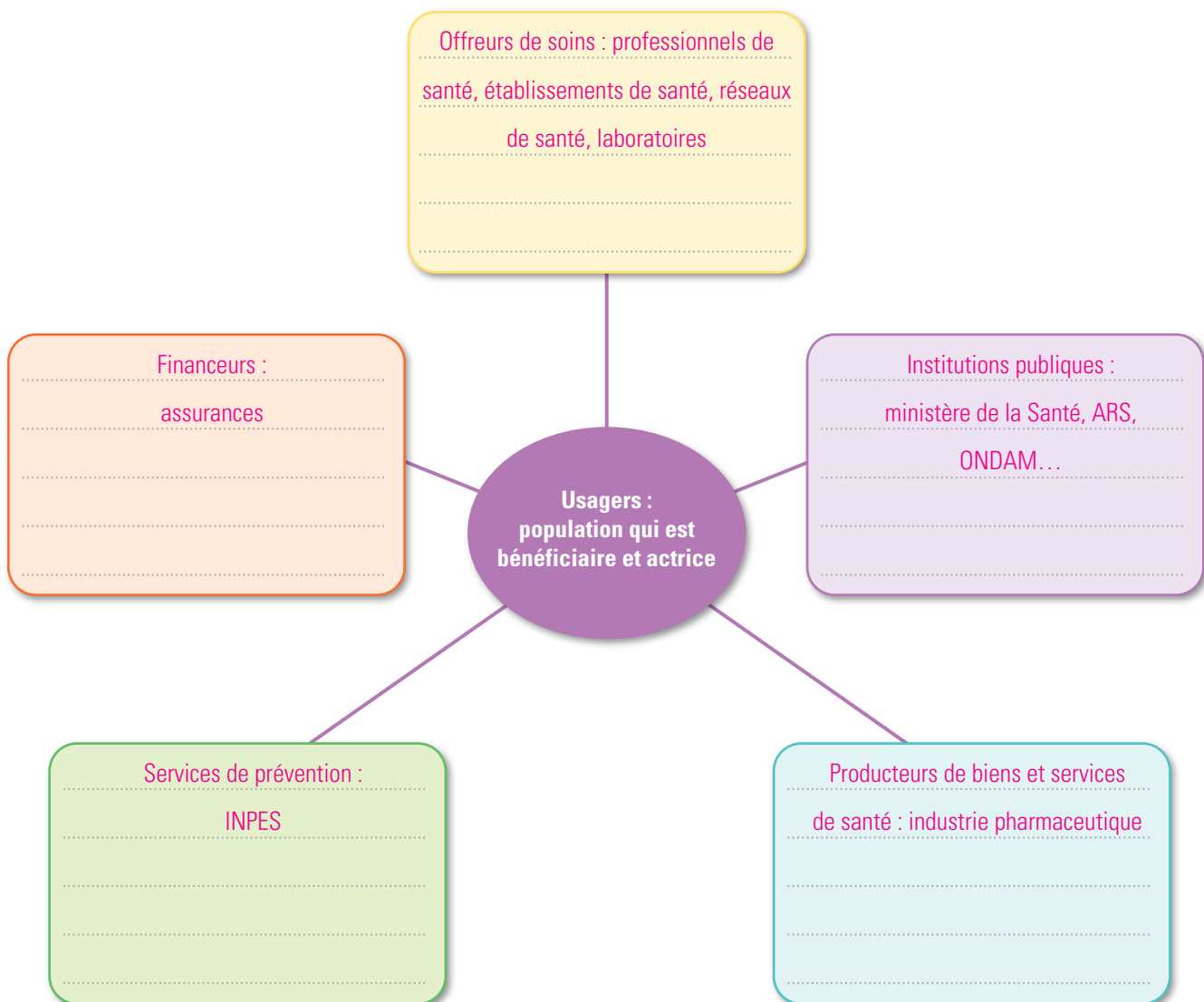
Or, des actions de prévention peuvent éviter les prises en charge trop lourdes. Par exemple, le dépistage de certains signes comme l'hypercholestérolémie, diabète, etc., leur permettrait une prise en charge immédiate évitant l'accident cardiovasculaire et réduirait considérablement les dépenses de santé.

3 Montrez l'évolution de la place de l'utilisateur au sein du système de santé.

La loi du 4 mars 2002 met l'utilisateur au cœur du système de santé. Il en devient un acteur central. Il dispose de droits (accès à son dossier médical, meilleure prise en charge) et de devoirs (participation aux décisions, respect du parcours de soins).

L'objectif est la mise en place d'une démocratie sanitaire.

- 4 Présentez de manière schématique l'organisation du système de santé en mettant particulièrement l'accent sur les liens entre les acteurs.



- 5 Expliquez en quoi l'organisation du système de santé permet de répondre aux besoins de santé des individus.

Le système de santé regroupe de nombreux acteurs qui remplissent différents rôles (curatifs et préventifs), et mettent au centre l'utilisateur considéré ainsi comme acteur de santé participant pleinement au système. Grâce à la complémentarité de ces acteurs et leurs multiples fonctions, il est possible d'intervenir aux différents stades de la santé d'un individu (avant, pendant, après l'apparition de la maladie). L'ensemble de ce dispositif rend le système de santé français efficace dans sa capacité à répondre aux demandes et à couvrir les besoins de santé de la population.

Synthèse

ATT

5

Le système de santé

ACTEURS	RÔLES	EXEMPLES
USAGERS	Sont bénéficiaires et acteurs du système de santé.	Population
INSTITUTIONS PUBLIQUES	Pilotent et organisent le système de santé. L'État est le garant de la politique de santé publique.	<ul style="list-style-type: none"> – État – Ministère de la Santé – Parlement
FINANCEURS	Contribuent pécuniairement au système et à la recherche.	<ul style="list-style-type: none"> – Régime général d'assurance maladie, Mutualité sociale agricole (MSA), Régime social des indépendants (RSI) et certains régimes spéciaux – Assurances maladies complémentaires (mutuelles, assurances privées, institutions de prévoyance) – Ménages
OFFREURS DE SOINS	Proposent des services médicaux aux individus.	<ul style="list-style-type: none"> – Établissements de santé publics et privés – Professionnels de santé – Laboratoires d'analyse
PRODUCTEURS DE SOINS	Produisent une réponse à la demande de soins.	Industries pharmaceutiques
SERVICES DE PRÉVENTION	Mettent en œuvre les programmes de santé publique. Assurent le développement de l'éducation à la santé.	INPES

Le dispositif de veille sanitaire

ATT

6

I L'anticipation des risques sanitaires

Activité 1 La vigilance sanitaire

Objectif ► expliquer la nécessité de la surveillance et du contrôle sanitaires.

20 min

Doc 1 Deux exemples d'actions de veille sanitaire

Surveillance du VIH et du SIDA en France : moyens utilisés

Déclaration obligatoire :

- Surveillance du SIDA depuis le début des années 90
- Surveillance des infections VIH depuis 2003

Centre national de référence du VIH :

- Surveillance virologique
- Type de VIH (1 ou 2), sous-type (pour le VIH 1)

Cohortes de patients :

- Cohortes hospitalières : caractéristiques et suivi longitudinal des patients
- Cohorte APROCO/Copilote : suivi de patients depuis leur première prescription d'antiprotéase

D'après Dr C. Roux, Hôpital Bichat



1 Retrouvez les points communs entre ces deux documents.

Ils traitent tous deux de risques sanitaires, nuisibles à la santé et qui peuvent aboutir à de graves épidémies. Les indicateurs sanitaires augmentent brutalement.

2 Indiquez les différents domaines qui peuvent être touchés par « l'insécurité sanitaire ».

Il s'agit entre autres de notre alimentation, des médicaments et produits pharmaceutiques, de nos loisirs estivaux avec la sécurité de l'eau des baignades. La surveillance sanitaire concerne également l'évolution et les conséquences de certaines épidémies, comme le VIH ou le virus Ébola.

3 Citez des mesures permettant d'éviter ces phénomènes.

Les professionnels de santé doivent déclarer tous les cas diagnostiqués contagieux ; les produits alimentaires doivent être contrôlés avant leur mise sur le marché ; des prélèvements d'eau de baignade sont effectués pour être analysés ; les médicaments sont testés et certifiés avant leur consommation. L'objectif est de réduire et éliminer tous les risques pour la santé des individus.

Activité 2 Le rôle des agences régionales de santé dans la veille sanitaire

Objectif analyser un dispositif de veille sanitaire.



Doc 2 – Veille et sécurité sanitaire

L'Agence régionale de santé assure une mission de sécurité sanitaire. Elle s'appuie sur la veille sanitaire, la surveillance épidémiologique et environnementale, le contrôle sanitaire, la prévention des risques sanitaires et la gestion des crises sanitaires quand elles surviennent.

La multiplication de crises récentes ces dernières années (ESB dite « maladie de la vache folle », SRAS, Chikungunya, risque de grippe aviaire) a montré la nécessité de rendre notre système de veille et de sécurité sanitaires plus réactif et efficace.

Cette amélioration passe par la création, au sein de l'agence régionale de santé, d'un véritable pôle d'expertise Veille et Sécurité sanitaire, qui articule son action avec les services de l'État et le préfet.

Leur champ d'intervention recouvre tous les risques liés aux activités de soins, aux produits consommés (produits alimentaires et produits de santé) et aux milieux de vie (eau, air, sols).

- Organisation régionale et zonale
- Signalements sanitaires
- Maladies à déclaration obligatoire
- Maladies chroniques
- Maladies infectieuses
- Pathologies liées à l'environnement

- Pathologies liées au travail
- Gestion de crise sanitaire
- Événements et publications

Alertes sanitaires

Le département veille et sécurité sanitaire de l'ARS assure la réception et la gestion des signalements et des notifications des alertes sanitaires, et notamment ceux entrant dans le cadre du dispositif des maladies à déclaration obligatoire.

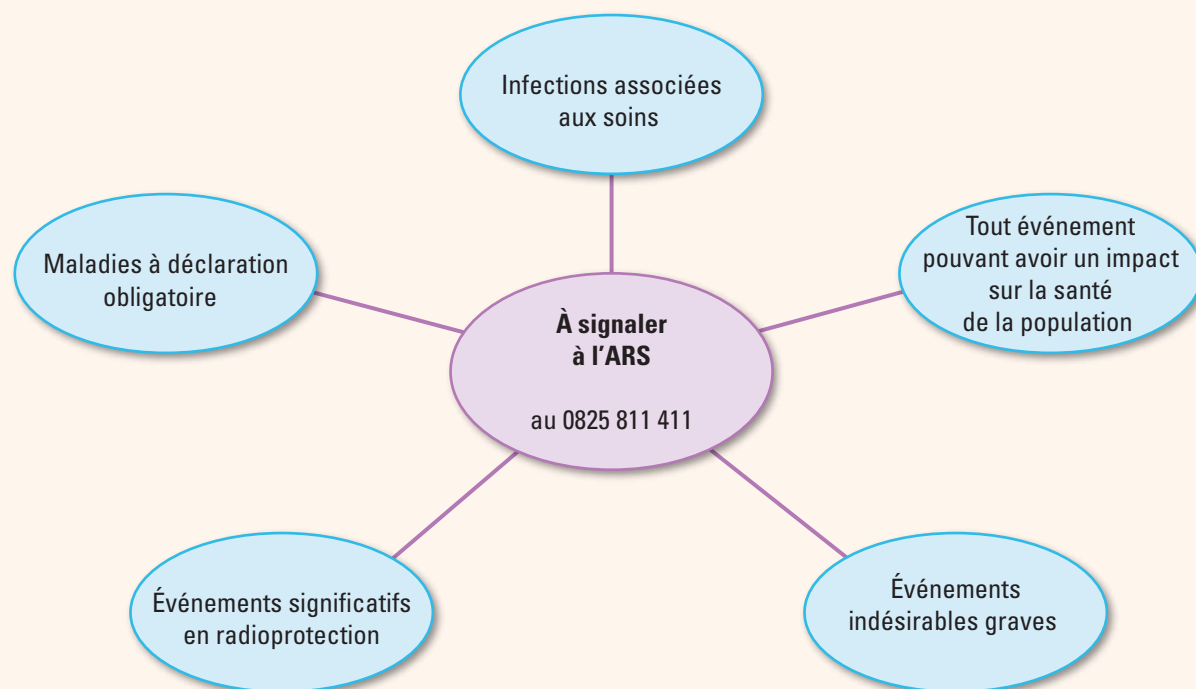
La gestion de crise sanitaire comprend deux dimensions essentielles :

- la coordination et la conduite des opérations de secours (renforcement des moyens humains disponibles afin de faire face à l'événement et d'éviter une saturation du système de soins) ;
- le financement des mesures d'urgence (qui doit permettre d'assurer la mise à disposition immédiate des outils logistiques, du personnel et des produits de santé nécessaires à la prise en charge des victimes), en cas de crise sanitaire (grippe aviaire par exemple).

Les professionnels trouveront ici toutes les informations qui leurs sont nécessaires en cas de crise.

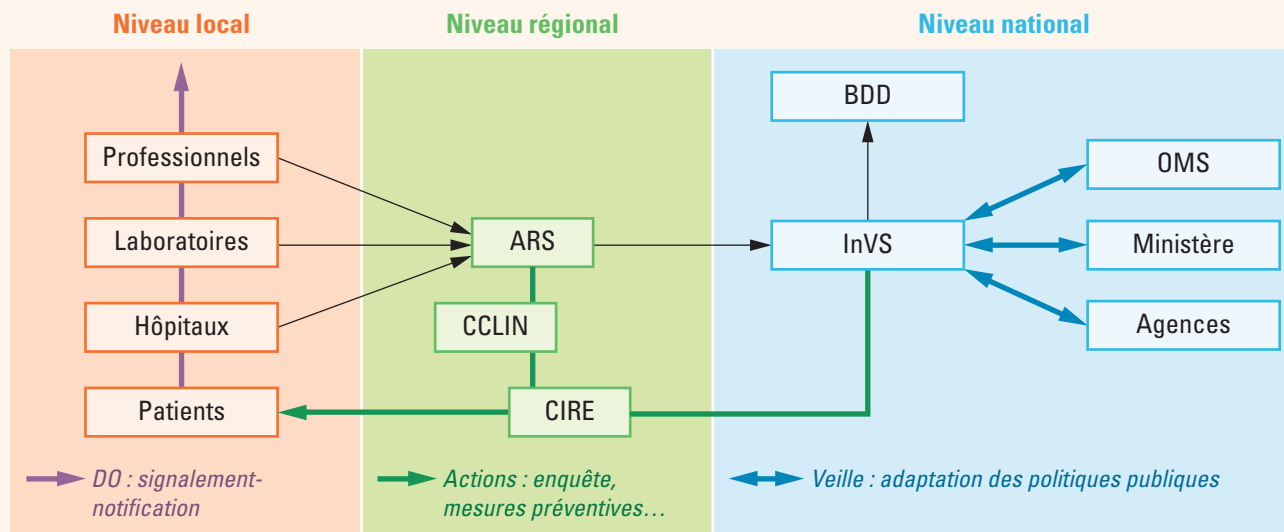
www.ars.sante.fr

Doc 3 – Les signalements à faire auprès de l'ARS



D'après www.ars.iledefrance.sante.fr

Doc 4 Les acteurs de la veille sanitaire



D'après A. Guilloteau

Doc 5 Un exemple d'action menée : le plan canicule

Chaque année depuis 2004, le niveau de veille saisonnière du plan canicule est activé du 1^{er} juin au 31 août. Ce dispositif est destiné à prévenir et à lutter contre les éventuelles conséquences sanitaires d'une vague de chaleur durable.

La mobilisation de tous

Le plan canicule mobilise un cercle très large d'acteurs en lien avec les personnes vulnérables. Mais il repose avant tout sur l'action et la vigilance de tous et sur un principe de solidarité.

Restons attentifs aux personnes fragiles

L'ARS du Limousin participe au processus de décision en apportant son analyse et en assurant, avec la cellule de l'InVS en région (CIRE) Limousin-Poitou Charentes, une veille sanitaire. Elles coordonnent leur action avec les services des préfectures de département et des conseils généraux de la région.

Rappelons quelques gestes simples à mettre en œuvre pour protéger les personnes âgées, les enfants en bas âge, les personnes isolées, les personnes sans abri en période de fortes chaleurs ou de canicule.

Différentes brochures, et dépliants d'information et de recommandation, sont à votre disposition. Deux plaquettes spécifiques ont été élaborées :

- pour les personnes malentendantes, une version illustrée,
- pour les personnes malvoyantes, une version en gros caractères.

Des brochures en braille sont également disponibles.

www.ars.limousin.sante.fr

CANICULE, FORTES CHALEURS
ADOPTÉZ LES BONS RÉFLEXES

Illustration centrale : une main tenant une bouteille d'eau.

BOIRE RÉGULIÈREMENT DE L'EAU

Autres conseils illustrés :

- Mouiller son corps et se ventiler
- Manger en quantité suffisante
- Maintenir sa maison au frais : fermer les volets le jour
- Ne pas boire d'alcool
- Donner et prendre des nouvelles de ses proches
- Éviter les efforts physiques

EN CAS DE MALAISE, APPELER LE 15
Pour plus d'informations : 0 800 06 66 66 (appel gratuit depuis un poste fixe)
www.sante.gouv.fr/canicule • www.meteo.fr

Logos : République Française, Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé).

1 Expliquez dans quelle mesure les agences régionales de santé (ARS) contribuent à la surveillance sanitaire.

Un pôle d'expertise « Veille et Sécurité sanitaire » est mis en place dans chaque ARS. Il travaille en partenariat avec les services déconcentrés de l'État et le préfet en personne. Ils évaluent et contrôlent tous les risques liés aux activités de soins, aux produits alimentaires et sanitaires, ainsi que la sécurité sanitaire dans les milieux de vie (eau, air, sol sur le territoire de leur région). Ce pôle centralise l'ensemble des signalements d'alerte sanitaire faits par les professionnels de santé (médecins, laboratoires, hôpitaux, centres de dépistage, ...) et leur apporte les réponses adaptées dans le cadre de la gestion de crise. Les ARS sont les interlocutrices directes de l'Institut de veille sanitaire (InVS).

2 Rappelez dans quel contexte sanitaire cette veille sanitaire a été décidée.

Depuis la fin des années 1980, un certain nombre de crises sanitaires ont sévi en France et dans le reste du monde : la grippe aviaire, le chikungunya, le sida, la fièvre aphteuse, le SRAS, etc. Ces crises ont causé beaucoup de décès et ont remis en cause le rôle et la responsabilité de l'État en matière de protection de la santé publique. Ainsi fut décidée la mise en place d'un dispositif permettant d'anticiper tout risque sanitaire : en observant et alertant, le cas échéant, les autorités sanitaires, il est désormais possible de réagir de manière rapide.

3 Décrivez la réponse apportée au risque de canicule.

Suite à la canicule de l'été 2003, qui a occasionné plus de 14 000 décès, les pouvoirs publics ont décidé de déclencher, chaque année à partir du 1^{er} juin, le plan canicule. Ce plan prévoit un certain nombre d'actions et mobilise de nombreux acteurs dans la vigilance auprès des personnes « vulnérables » (enfants en bas âge, personnes âgées isolées ou en hébergement collectif) : des maraudes sont organisées, des documents de prévention et d'éducation sanitaires sont diffusés, des conseils sont donnés pour ne pas se laisser surprendre par les fortes chaleurs et le risque de déshydratation.

II L'acteur pilote de la veille sanitaire

Activité 3 L'Institut de veille sanitaire

Objectif • identifier les missions de l'organisme national chargé de la veille sanitaire.



Doc 6 Les missions de l'InVS

Établissement public placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé, l'Institut de veille sanitaire (InVS) réunit les missions de surveillance, de vigilance et d'alerte dans tous les domaines de la santé publique.



INSTITUT
DE VEILLE SANITAIRE

Créé par la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, l'InVS a vu ses missions complétées et renforcées par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, afin de répondre aux nouveaux

défis révélés par les crises sanitaires récentes et les risques émergents.

Les missions confiées à l'InVS recouvrent :

➤ **la surveillance et l'observation permanentes de l'état de santé de la population**

L'InVS participe au recueil et au traitement des données sur l'état de santé de la population à des fins épidémiologiques, en s'appuyant notamment sur des correspondants publics et privés constituant le réseau national de santé publique.

➤ **la veille et la vigilance sanitaires**

L'InVS est chargé de rassembler, analyser et actualiser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et

Doc 6

leur évolution ; de détecter de manière prospective les facteurs de risque susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population ou de certaines de ses composantes, de manière soudaine ou diffuse ; d'étudier et de répertorier, pour chaque type de risque, les populations les plus fragiles ou menacées.

➤ **l'alerte sanitaire**

L'InVS doit informer sans délai le ministre chargé de la Santé en cas de menace pour la santé de la population ou de certaines de ses composantes, quelle qu'en soit l'origine, et lui recommander toute mesure ou action

appropriée pour prévenir la réalisation ou atténuer l'impact de cette menace.

➤ **une contribution à la gestion des situations de crise sanitaire**

L'InVS propose aux pouvoirs publics toute mesure ou action nécessaire et 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.

www.invs.sante.fr

Doc 7 Les champs d'action de l'InVS

Les missions de l'InVS s'appliquent à l'ensemble des domaines de la santé publique :

➤ **les maladies infectieuses**

Infection par le VIH, virus des hépatites B et C, infections sexuellement transmissibles, tuberculose, risques infectieux d'origine alimentaire, zoonoses, maladies évitables par la vaccination, infections nosocomiales et résistance aux antibiotiques, infections respiratoires, grippe saisonnière et grippe pandémique, arboviroses, maladies tropicales et risques d'importation.

➤ **les effets de l'environnement sur la santé**

Risques liés à la pollution de l'air, aux expositions aux polluants chimiques, aux rayonnements ionisants, risques hydriques, nuisances physiques, risques liés aux variations climatiques...

➤ **les risques d'origine professionnelle**

Cancers d'origine professionnelle, effets de l'amiante et des fibres de substitution, troubles musculo-squelettiques, morbidité liée aux expositions professionnelles...

➤ **les maladies chroniques et les traumatismes**

Cancers, maladies cardio-vasculaires, diabète, nutrition, accidents et traumatismes, maladies respiratoires, santé mentale, maladies rares...

➤ **les risques internationaux**

Maladies infectieuses touchant d'autres pays mais susceptibles d'atteindre des ressortissants français ou d'être importées (grippe pandémique, Ébola, fièvre jaune, arboviroses), maladies et menaces touchant les départements d'outre-mer et les départements français d'Amérique (dengue, maladie de Chagas, pollution par les pesticides ou le mercure...

www.invs.sante.fr

Doc 8 Exemple d'action menée par l'InVS



Rendez-vous sur le lien :

<http://www.invs.sante.fr/> et cliquez sur l'onglet « maladies chroniques »

1 Complétez le schéma ci-dessous.



2 À partir des documents et de vos connaissances, justifiez la place prépondérante de la veille sanitaire en matière de santé publique, puis démontrez que l'intervention de l'InVS est indispensable.

La veille sanitaire est un principe d'intervention essentiel en termes de santé publique, utilisé par les autorités pour protéger la santé collective. En effet, il est primordial, notamment suite aux crises du passé, de pouvoir anticiper et détecter à temps tout risque sanitaire pouvant déboucher sur une épidémie ou une autre crise. Pour ce faire, il faut une vigilance de tous les acteurs et professionnels de la santé, dans le cadre d'un réseau de surveillance coordonné par un acteur principal qu'est l'Institut de veille sanitaire. Celui-ci centralise, traite et analyse toutes les données fournies pour en évaluer l'importance et l'urgence. Son objectif est d'alerter le gouvernement pour qu'il réagisse promptement en tenant compte des recommandations faites par les experts scientifiques.

3 À l'aide du site Internet proposé au **doc. 8**, énumérez les différentes pathologies qui font l'objet d'une surveillance de l'InVS, puis présentez-en les indicateurs.

Les maladies chroniques touchent 20 % de la population et sont l'une des principales causes de mortalité évitable et prématurée, et de handicap. Problème majeur de santé publique, ces affections de longue durée et évolutives entraînent souvent une détérioration de la qualité de vie, voire une invalidité ou des complications graves de santé. Parmi elles, on compte : les cancers (30 % des causes de décès par an), le diabète (plus de 3 millions de personnes traitées), l'hypertension artérielle (66 % des plus de 50 ans), l'obésité (17 % des 18-74 ans), les maladies cardiovasculaires (2^e cause de mortalité en France) et l'asthme (environ 10 % des enfants et plus de 5 % des adultes). Enfin, les traumatismes, accidentels ou provoqués, représentent un enjeu pour les politiques sanitaires : ils provoquent des décès, et entraînent des prises en charge multiples (admission aux urgences, hospitalisation...), voire des séquelles corporelles ou psychiques importantes.

4 Utilisez le site Internet proposé au **doc. 8** pour décrire l'organisation de la veille sanitaire dans le domaine des traumatismes.

La veille sanitaire s'exerce dans le domaine des traumatismes par la mise en place et l'exploitation d'enquêtes épidémiologiques. Leurs résultats sont utilisés par d'autres organismes en charge de la prévention, de la réglementation, de l'information sur les traumatismes. Sont concernés : les traumatismes intentionnels (suicides, violences, faits de guerre) et les traumatismes non intentionnels (accidents de la circulation, du travail et de la vie courante). Un portail de prévention des accidents quotidiens a même été créé pour informer la population sur les gestes de premiers secours et faire de la prévention.

Activité 4 L'alerte sanitaire

Objectif ► montrer l'importance des systèmes d'information pour la veille sanitaire.



Doc 9

Les sources et les modalités de transmission des informations nécessaires à la veille sanitaire

La loi énumère les correspondants qui doivent obligatoirement transmettre à l'Institut de veille sanitaire les informations nécessaires à l'exercice de ses missions. Il s'agit :

- des services de l'État ;

- des collectivités territoriales et leurs établissements publics ;
- des services de protection civile ;
- des services d'urgence ;
- du service de santé des armées ;

Doc 9



- des observatoires régionaux de santé (ORS) ;
- des organismes de Sécurité sociale ;
- des services de promotion de la santé en faveur des élèves ;
- des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé.

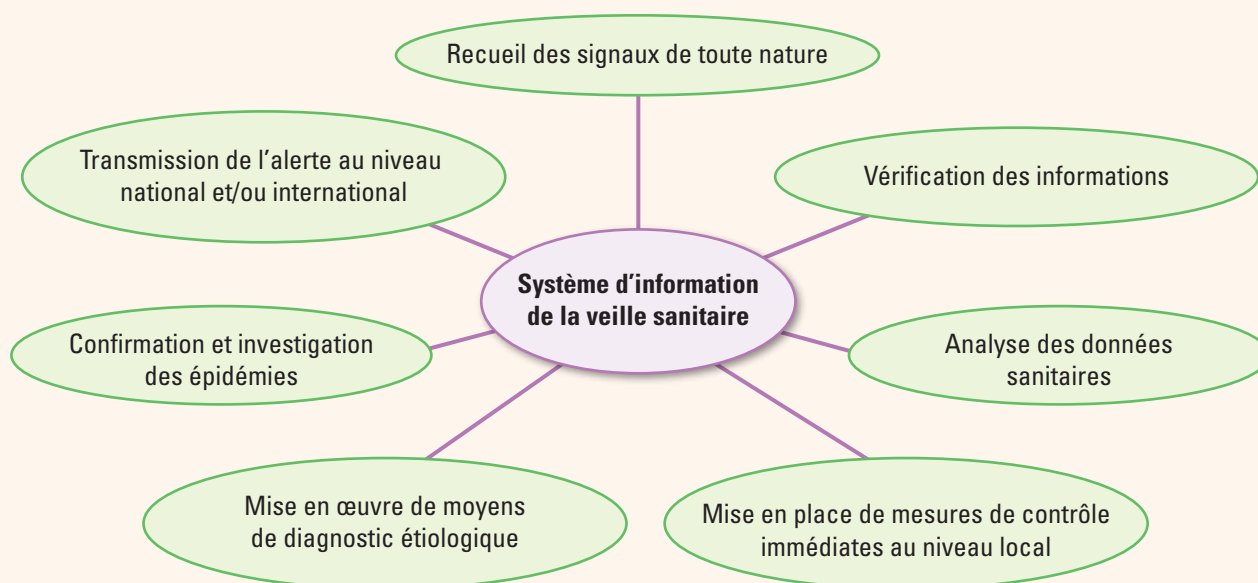
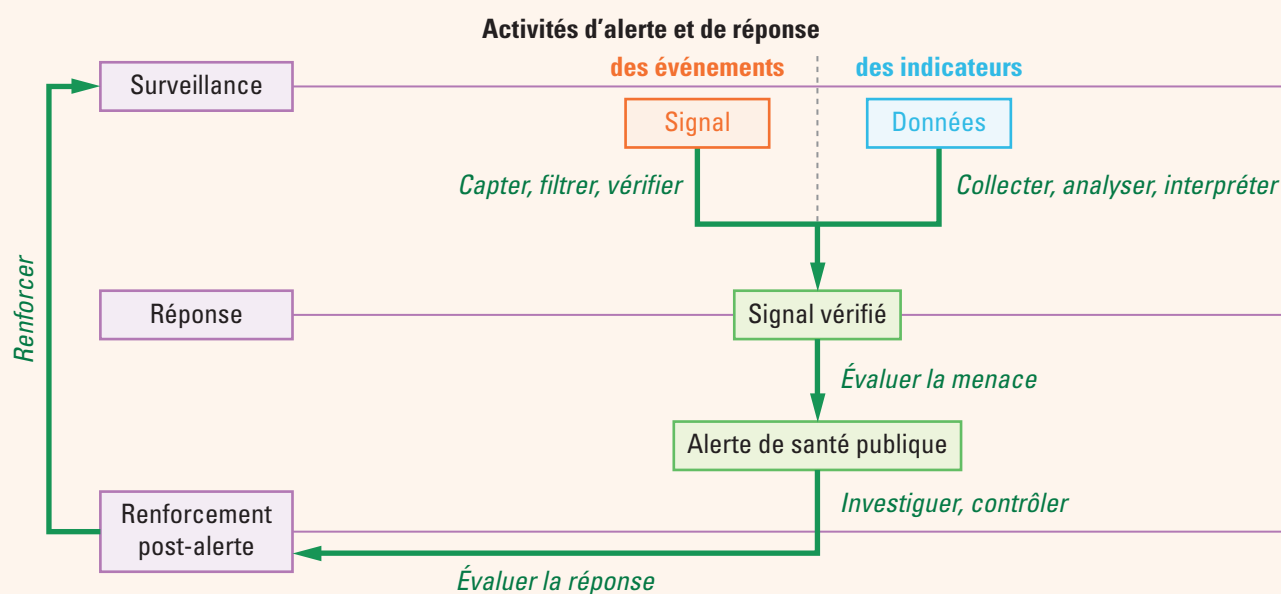
La loi précise les correspondants qui doivent transmettre, à la demande de l'InVS, toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions :

- les personnes assurant le service extérieur des pompes funèbres ;
- les services de santé au travail et les médecins du travail ;
- les entreprises publiques ou privées ;
- les correspondants du réseau national de santé publique constitué par les partenaires de l'InVS

L'alerte sanitaire en France, InVS, mai 2005

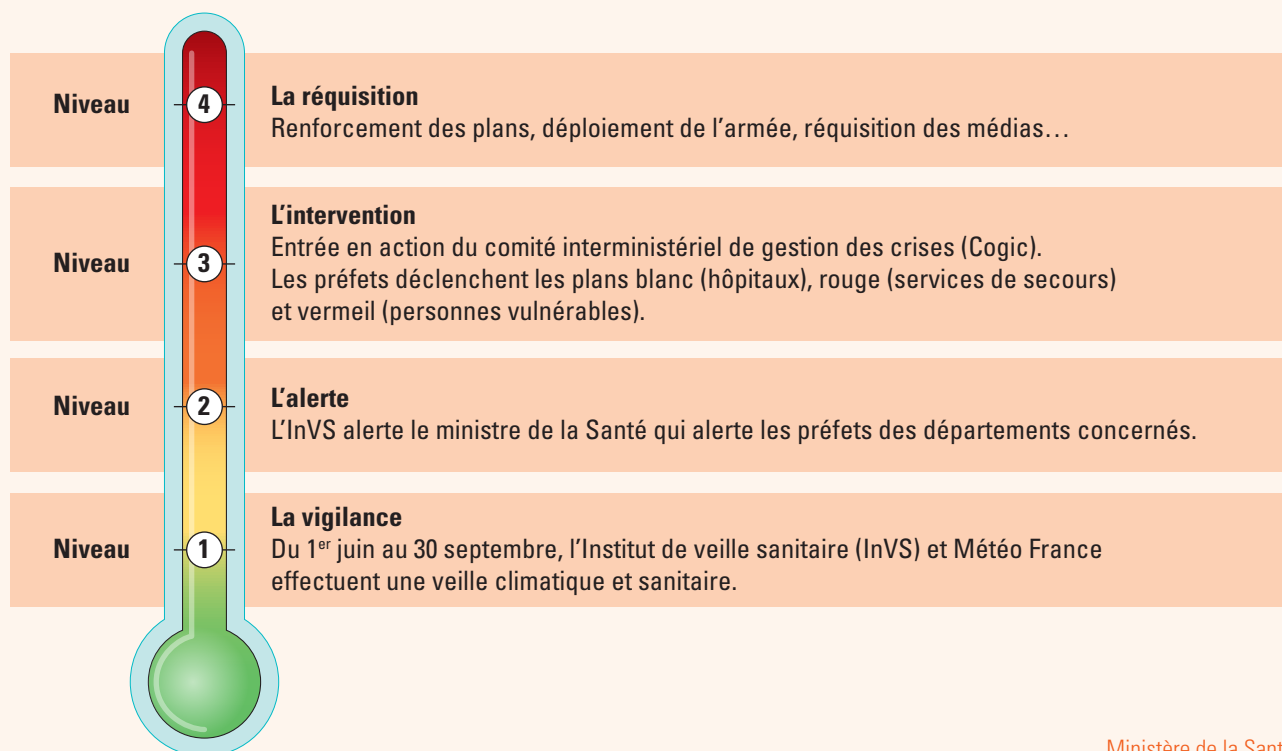
Doc 10 – Le schéma de l'alerte sanitaire

L'alerte sanitaire est la résultante de l'activité d'un système d'alerte sanitaire. Elle se traduit par une réponse rapide sous forme de mesures de protection de la santé de la population. Un système d'alerte se construit par la mise en œuvre des actions suivantes.

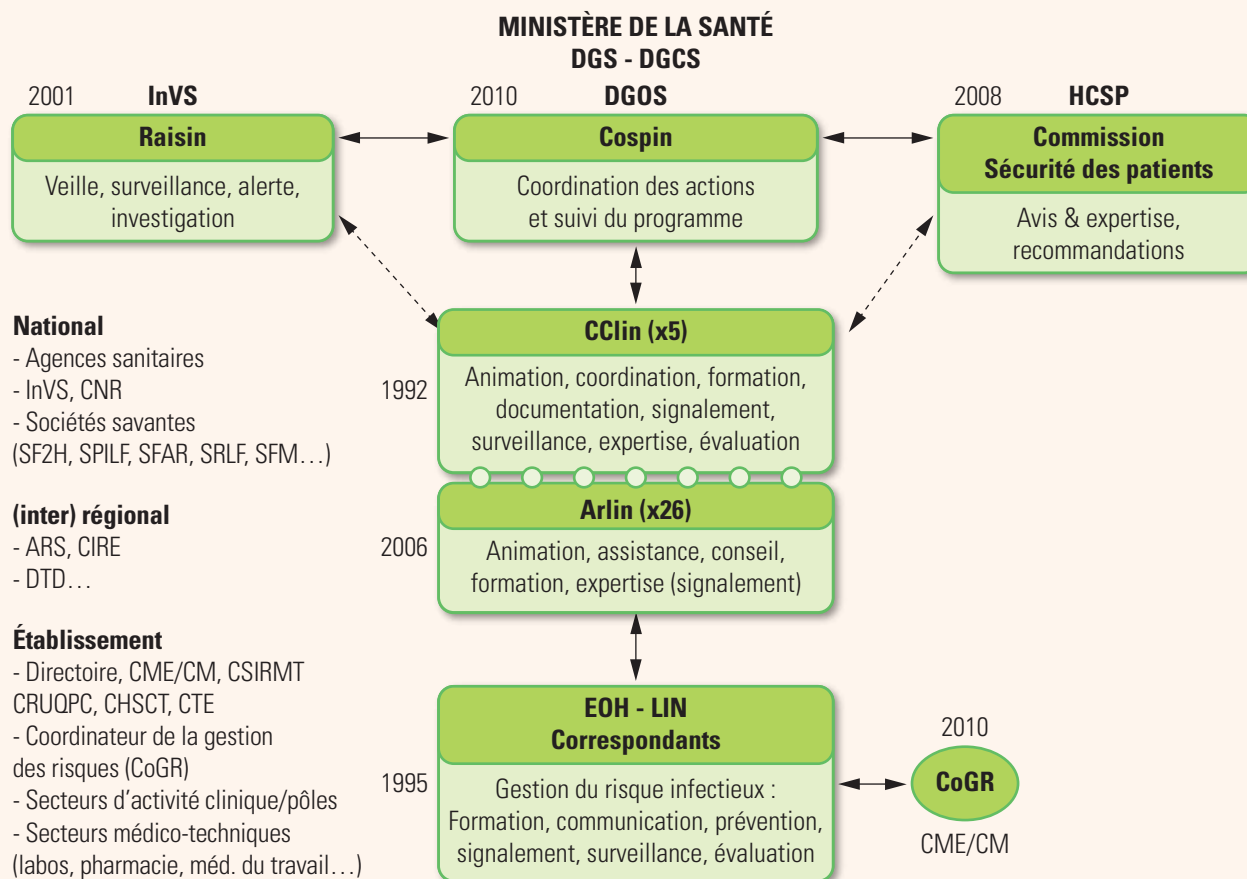


L'alerte sanitaire en France, InVS, mai 2005

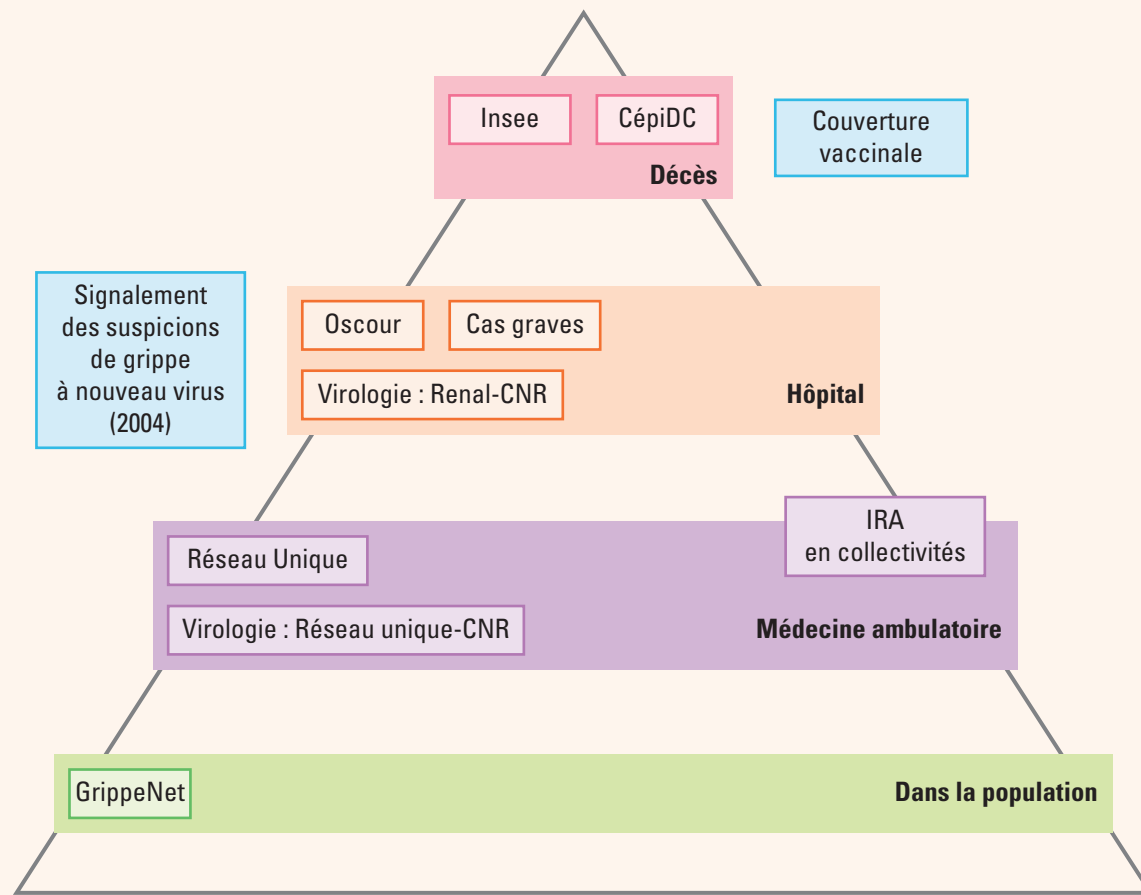
Doc 11 – Les niveaux d'alerte du plan canicule



Doc 12 – Le dispositif national de lutte contre les infections nosocomiales


www.cclin-sudest-chu-lyon.fr

13 Les systèmes de surveillance de la grippe



www.invs-sante.fr

1 À l'aide des documents, montrez comment circule l'information menant à la veille sanitaire.

Les acteurs qui participent à la veille sanitaire sont nombreux et variés. En effet, l'Institut de veille sanitaire doit s'appuyer sur les données et informations qu'ils lui fournissent pour évaluer les risques. Quelle que soit la pathologie (grippe, VIH, maladies à déclaration obligatoire, infections nosocomiales...), il existe un réseau de surveillance, développé sur différents niveaux (hôpital, médecine de ville, maisons de retraite...), qui relayent l'information et qui la traitent avant de la transmettre à l'InVS.

Ce travail collaboratif est indispensable à l'efficacité de la veille sanitaire et de la protection de la population.

2 Expliquez comment tous les acteurs se complètent dans leurs actions pour une meilleure efficacité de la veille sanitaire.

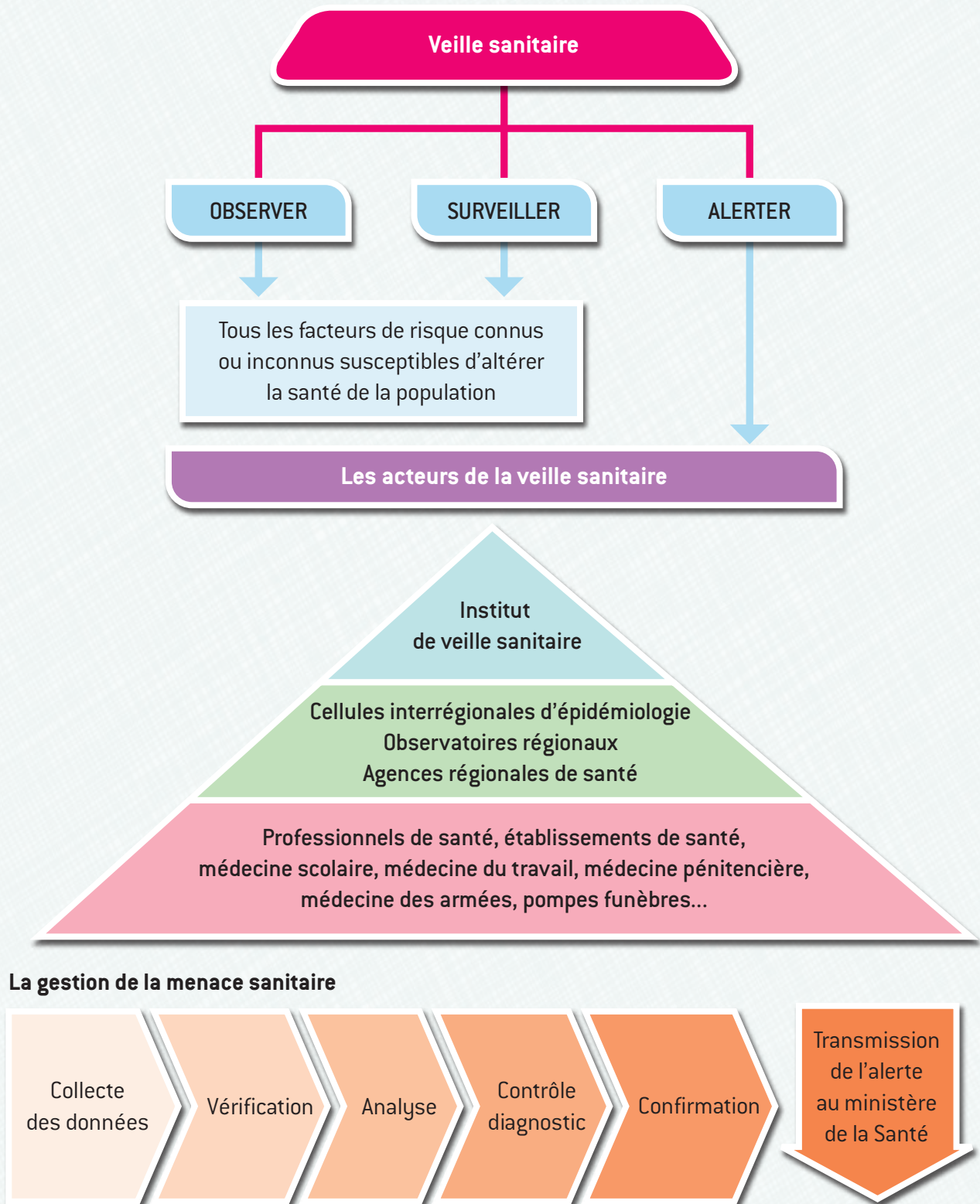
Selon son domaine de compétences et sa place dans le système de surveillance, chaque acteur joue un rôle particulier. Par exemple, les professionnels de santé (médecins, laborantins, établissements de santé) sont au contact direct de la population. Ils sont les seuls à pouvoir constater un problème ou une anomalie susceptible de nuire à la santé publique. Ils le signalent à des instances (InVS/ARS/CIRE/ORS) qui centralisent les données et les traitent. Ensuite, les experts et biologistes évaluent le danger potentiel en procédant à des investigations scientifiques et réunissent toutes les données nécessaires à la gestion du risque. Si ce risque est réel, l'InVS et l'ARS transmettent les informations, ainsi que leurs recommandations de mesures à mettre en œuvre, aux organes décisionnels (ministères).

Synthèse

ATT

6

La veille sanitaire en France



Structures et actions de prévention et de promotion de la santé

ATT

7

I

La mise en œuvre de la politique de prévention nutritionnelle

Activité 1 La prévention

Objectif ► repérer la diversité des structures dans la mise en œuvre d'une politique de santé publique [niveau national, niveau local].

1 h 30

Doc 1 L'alimentation ne doit pas être oubliée de la loi de santé publique

Il est temps que la loi favorise l'information du consommateur sur la qualité nutritionnelle des aliments.

La ministre de la Santé annoncera le 19 juin 2014 les grandes lignes de la loi santé. Celle-ci comportera un axe prévention. Il est important que le volet nutritionnel y soit ambitieux car de très nombreuses études épidémiologiques montrent le rôle des facteurs nutritionnels dans le déterminisme des principales maladies chroniques : augmentation du surpoids et de l'obésité (17 % de la population en France et 35 % aux USA), diabète, hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires, cancers, etc.

La problématique est mondiale, comme le rappelle une étude publiée en mai 2014 dans la très célèbre revue médicale *The Lancet*. Cette étude souligne l'accroissement de la prévalence de l'obésité dans tous les pays du monde et considère qu'elle constitue un des fardeaux majeurs de la santé mondiale. L'OMS considère que les politiques publiques doivent chercher à améliorer non seulement les déterminants individuels des comportements alimentaires (et de la pratique d'activité physique), mais aussi leurs déterminants environnementaux et sociaux. La France s'y attelle depuis 2001. Elle a mis en place une politique nutritionnelle (PNNS) inscrite dans le temps qui a permis certaines améliorations, notamment

la stabilisation de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant.

Cependant, les améliorations moyennes cachent des inégalités sociales de santé qui se sont creusées dans le domaine de la nutrition comme pour la plupart des autres problèmes de santé. Quant au diabète, il touche 3 millions de personnes en France ; sa prévalence était estimée en 2009 à 4,4 % avec une augmentation de 6 % par an. Son coût est estimé à 17 milliards d'euros par an.

Nous arrivons au terme du 3^e PNNS. Les professeurs Serge Hercberg et Arnaud Basdevant ont rendu, en janvier 2014 à la ministre de la Santé, leurs rapports avec de nouvelles propositions ayant pour but de donner un nouvel élan à la politique nutritionnelle tout en s'inscrivant dans la continuité des PNNS précédents. Il est en effet fondamental de poursuivre et de consolider les actions mises en place. Parmi les mesures, l'une vise à favoriser l'information du consommateur sur la qualité nutritionnelle des aliments : c'est l'affichage, sur la face avant des emballages des aliments, d'une échelle nutritionnelle simple et compréhensible par tous. Cette échelle est basée sur un score de qualité nutritionnelle qui permettra de classer facilement les aliments en 5 classes, sous la forme d'une échelle colorielle afin de lui assurer une grande lisibilité.

P. Lombrail, *Les Echos*, 18 juin 2014

Doc 2 Les objectifs nutritionnels de santé publique fixés par le Haut conseil de la santé publique

Le HCSP a notamment pour mission de « contribuer à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique, d'évaluer la réalisation des objectifs nationaux de santé publique et de contribuer au suivi annuel ».



Il a défini, dans son rapport d'avril 2010 intitulé « Objectifs de santé

publique : évaluation » des objectifs de la loi du 9 août 2004. Ces objectifs sont destinés à piloter et évaluer la politique nutritionnelle, en termes d'amélioration de la qualité de la santé de la population et de réduction des niveaux d'exposition à divers risques.

La question des inégalités sociales de santé, qui concerne l'ensemble des thématiques de la politique de santé

Doc 2

publique, a fait l'objet d'une attention particulière. Ces objectifs nutritionnels structurent les orientations stratégiques et servent de base pour définir les actions prévues pour le Programme national nutrition santé (PNNS) et le Plan obésité (PO).

Dans le domaine de la nutrition, ces objectifs quantifiés ont été regroupés selon quatre axes. D'autres objectifs relatifs à des niveaux d'exposition ayant des conséquences sur l'état nutritionnel (consommation d'alcool) ou à des problèmes de santé ayant un déterminant nutritionnel (HTA, dyslipidémie...) ont été également définis.

1. Réduire l'obésité et le surpoids dans la population

- Stabiliser la prévalence de l'obésité et réduire le surpoids chez les adultes
- Diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants et les adolescents

2. Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges

- Augmenter l'activité physique chez les adultes
- Augmenter l'activité physique et lutter contre la sédentarité chez les enfants et les adolescents

3. Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risque

- Augmenter la consommation de fruits et légumes
- Réduire la consommation de sel
- Augmenter les apports en calcium dans les groupes à risque
- Lutter contre la carence en fer chez les femmes en situation de pauvreté

- Améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer
- Promouvoir l'allaitement maternel

4. Réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles

- Dénutrition, troubles du comportement alimentaire

Les objectifs nutritionnels de santé publique fixés par le Haut Conseil de la santé publique, détaillés et quantifiés, sont repris dans les axes correspondants (...).

Au niveau national, le PNNS :

- assure la coordination, la cohérence et le suivi de la mise en œuvre des interventions ;
- fournit les supports scientifiques indispensables à la mise en place des actions ;
- propose des mécanismes incitatifs pour l'implication des multiples acteurs institutionnels, associatifs et privés dont les actions contribuent à l'atteinte des objectifs fixés ;
- informe et valorise l'action des acteurs.

Au niveau régional :

- les agences régionales de santé mettent en œuvre les actions de santé publique définies dans le cadre du PNNS, en lien avec l'ensemble des acteurs concernés. À ce titre, elles mettent notamment en œuvre les actions contribuant à la réduction des inégalités sociales de santé relevant du champ de la nutrition ;
- sous réserve des compétences de l'ARS, le préfet de région coordonne l'action des services territoriaux de l'État intervenant dans la mise en œuvre du PNNS. Il veille, notamment, à la cohérence des actions conduites au sein des comités régionaux pour l'alimentation (CRALIM) avec la déclinaison régionale du PNNS.

« Programme national nutrition santé 2011-2015 », ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Doc 3

Spécial « Manger bouger »

Le site www.mangerbouger.fr s'adresse aux professionnels de santé, de l'éducation, du secteur social ainsi que des collectivités locales. Il permet à chacun de s'informer, de s'inspirer et d'agir. Il constitue en particulier un relais des initiatives locales. Il fournit de nombreux outils et moyens pour mettre en œuvre des actions sur le terrain.

Voici quelques exemples pour chaque type de professionnels :

Zoom professionnels de santé

► « Informer et accompagner ses patients » : divers outils (guides, affiches, dépliants...) sont disponibles sur la nutrition spécifique des femmes enceintes et allaitantes, des enfants de 0 à 3 ans, des enfants et adolescents, ainsi que des personnes âgées. Les professionnels de santé peuvent saisir toutes les clés d'une alimentation favorable à la santé et d'une activité physique régulière pour répondre aux questions de leurs patients de tous âges.

Zoom professionnels de l'éducation

► « Contacts pour agir » : l'école participe à la prévention et à la promotion de la santé, notamment dans le champ de la nutrition des enfants et des adolescents. Pour aider les professionnels de l'éducation à mettre en œuvre des actions nutrition sur le terrain, les contacts régionaux des Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) et des conseillers techniques de l'Éducation nationale (médecins et infirmières au niveau académique et départemental) sont en ligne sur le site.

Zoom professionnels du social

► « Le dispositif de formation et d'accompagnement méthodologique des intervenants de l'aide alimentaire » : à la demande de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), l'INPES a mis en place, depuis 2006, dans le cadre du Programme Alimentation et Insertion (PAI), un dispositif d'appui au développement d'actions locales de promotion de la santé sur le sujet de l'alimentation. Ce

Doc 3



dispositif s'adresse aux salariés et bénévoles travaillant sur les problématiques spécifiques liées aux situations de précarité dans le domaine de la nutrition. Il comprend une formation suivie d'un accompagnement méthodologique à la mise en place d'actions. 20 régions disposent d'un référent formateur au sein d'une IREPS (et du Greta pour la Basse-Normandie) en mesure d'assurer des actions de formation auprès des structures intéressées.

Zoom professionnels des collectivités locales

► « Kit sur la signalisation urbaine » : le principe est d'exprimer, à l'aide d'un fléchage d'itinéraires, des temps de trajets à pied et non plus des distances. Une façon pour chacun de prendre conscience des distances parfois courtes qu'il est possible de parcourir en milieu urbain. Ce kit d'accompagnement au déploiement de la signalétique piétonne contient :

une méthodologie pour créer des cartes de temps de parcours (à pied, à vélo), une charte graphique pour réaliser les panneaux, un rappel des règles d'implantation de panneaux et des outils « clés en main » pour valoriser la démarche de la ville. Un moyen pour la municipalité de se mobiliser pour l'environnement de tous et la qualité de vie de chacun.

Renforcer la mutualisation entre acteurs de terrain : les documents et actions labellisés PNNS.

Une procédure d'attribution du logo PNNS permet aux divers acteurs (entreprises publiques et privées, organismes à caractère public et privé, associations, fondations et collectivités territoriales) de labelliser leurs documents ou actions au regard d'un cahier des charges.

« Actualités PO & PNNS », n° 13, ministère des Affaires sociales et de la Santé, juin 2013

Doc 4

Un acteur public mobilisé au service de la santé des Français

L'INPES est une agence de santé publique qui intervient dans plusieurs champs : la prévention, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé. Son objectif est d'agir sur les déterminants de santé et de lutter, de manière transversale contre les inégalités sociales de santé (ISS). C'est dans ce cadre qu'il met ses expertises au service des professionnels intervenant dans le champ de la santé, du social et de l'éducation, et qu'il réalise des actions auprès du grand public, afin de promouvoir des comportements, des habitudes de vie et des environnements favorables à la santé.

Prévention

Ensemble de mesures visant à empêcher la survenue des maladies (cancer, maladies cardiovasculaires, maladies infectieuses, etc.) et d'accidents (chutes, noyades, etc.) ou permettant de les dépister à un stade précoce où la thérapeutique a plus de chance d'être efficace.

L'OMS en définit trois types selon le moment où elle est appliquée :

- la prévention primaire, qui intervient avant l'apparition de la maladie dans l'objectif d'empêcher sa survenue (ex. : la vaccination) ;
- la prévention secondaire, qui repère et dépiste le problème une fois qu'il est présent ;
- la prévention tertiaire qui intervient après la survenue de la maladie, afin d'en réduire l'impact (la prévention médicalisée, biomédicale).

La prévention peut aussi être définie selon la population à laquelle elle s'applique :

- la prévention universelle s'adresse à l'ensemble de la population ;
- la prévention sélective s'adresse aux individus exposés ;
- la prévention ciblée, s'adresse à l'intérieur d'un groupe d'individus, à ceux qui présentent un ou deux facteurs de risque.

Promotion de la santé

Ce terme générique renvoie à des valeurs définies notamment par la charte d'Ottawa en 1986. Agir en promotion de la santé signifie que l'on s'inscrit dans les axes d'intervention suivants :

- contribuer à construire une politique publique qui vise à inscrire des mesures respectueuses de la santé dans divers secteurs ;
- créer des milieux favorables à la santé (environnement, conditions de vie et de travail) ;
- réorienter les services de santé pour qu'ils ne délivrent pas seulement des soins médicaux, mais qu'ils facilitent et prennent en compte l'expression des personnes et des groupes, qu'ils participent à l'éducation pour la santé et qu'ils travaillent en partenariat.

INPES, Rapport d'activité 2013

1

Rappelez la notion de prévention.

La prévention représente l'ensemble des dispositifs, mesures et actions destinés à éviter la survenue des pathologies, des risques sanitaires ou d'en limiter les effets.

2

Justifiez l'intérêt d'organiser un dispositif de prévention relatif à la nutrition.

La mise en place d'un dispositif de prévention relative à la nutrition est essentielle car elle doit permettre d'éviter la survenue des risques sanitaires individuels. Les indicateurs montrent qu'en France, 17 % de la population est en situation d'obésité. Celle-ci peut

↳ **Activité 1**

conduire à diverses pathologies telles que le diabète, l'hypertension et le cholestérol. Ainsi, la prévalence du diabète représentait 4,4 % de la population française en 2009 et son augmentation était de 6 % par an.

Or, selon l'expression « mieux vaut prévenir que guérir », même si la prévention a un coût économique important, le coût de la prise en charge des malades l'est davantage. Exemple : 17 milliards d'euros par an pour le diabète.

3 Expliquez comment sont définies les actions du Programme national nutrition santé (PNNS).

Dans le cadre de ses missions, le Haut Conseil de la santé publique participe à l'élaboration des objectifs de santé publique pour plusieurs années. Par la suite, ces objectifs permettent de fixer les orientations stratégiques des différents programmes mis en place. Le Programme national nutrition santé (PNNS) utilise ainsi ces objectifs pour définir ses actions : réduire l'obésité et le surpoids dans la population ; augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges ; améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risque ; réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles.

4 Démontrez la légitimité du PNNS.

La loi du 9 août 2004 légitime la mise en place de mesures et d'actions de prévention dans le domaine de l'hygiène alimentaire, en établissant un cadre légal et en fixant des objectifs clairs. Au niveau national, le PNNS organise et coordonne l'ensemble du dispositif. Les régions réalisent ensuite les actions conformément aux objectifs fixés par le PNNS, en collaborant avec les divers partenaires publics et privés du territoire.

5 Citez les acteurs du programme « Manger bouger » et justifiez l'intérêt de leur complémentarité.

Les acteurs du programme « Manger bouger » sont les professionnels de l'éducation, du social, des collectivités locales et de la santé. Chacun, selon son domaine d'intervention, peut apporter un savoir-faire susceptible de compléter l'action d'un autre professionnel. Il est important que le message transmis à l'individu soit complet afin qu'il puisse l'appliquer au quotidien. De ce fait, la diversité des acteurs permet la mise en place d'une action à la fois globale et pluridisciplinaire.

6 Présentez synthétiquement les niveaux de la prévention ainsi que leurs objectifs.

Niveaux	Objectifs
Primaire	Éviter la survenue des maladies
Secondaire	Prendre en charge les malades (au niveau médical et social)
Tertiaire	Éviter les rechutes, favoriser la réinsertion, la réintégration et la réadaptation

7 Distinguez les notions de promotion et d'éducation à la santé.

La promotion de la santé représente une évolution de la notion de prévention. Elle tend à sensibiliser l'individu en sollicitant sa participation : il s'agit de responsabiliser l'individu. La promotion de la santé passe par l'éducation. Il s'agit d'inculquer au malade des pratiques et des conduites, de manière générale une hygiène de vie favorable au maintien d'un bon état de santé. Par conséquent, le malade devient acteur de sa santé en se responsabilisant et ne se contente plus d'être le simple bénéficiaire d'information et de soins.

8 Montrez en quoi la diversité des acteurs et des structures intervenant dans la politique de prévention nutritionnelle favorise son efficacité.

L'élaboration des objectifs au niveau national, dans le cadre d'une politique, permet tout d'abord de les légitimer et de leur donner une crédibilité. Le fait qu'une institution telle que l'INPES organise les actions relatives à cette politique de prévention favorise la collaboration entre les différentes structures régionales et locales, et les professionnels. Chacun intervient selon ses moyens, ce qui profite au bénéficiaire de l'action puisque cette dernière prend un caractère pluridisciplinaire et de proximité. Les structures publiques et privées ayant un objectif identique, l'individu ne se perd pas dans une multitude de messages et reçoit une information commune, donc plus claire. De plus, les actions et les intervenants sont adaptés au public (prévention universelle, sélective ou ciblée). Le message est mieux reçu et l'individu est progressivement appelé à participer au maintien de sa santé.

II

De la sensibilisation à la responsabilisation de l'individu

Activité 2 La promotion de la santé et le diabète

Objectif • caractériser une action menée par une structure de prévention.



Doc 5 L'ARS Île-de-France, partenaire d'une opération de co-dépistage diabète et insuffisance rénale chronique

À l'occasion de la semaine nationale du diabète, du 6 au 12 juin 2015, l'Agence s'associe à la Fédération française des diabétiques (AFD), aux Réseaux diabète en Ile-de-France (REVESDIAB, PARIS-DIABETE, DIABETE 92, DIANEFRA) et au Réseau obésité multidisciplinaire des départements franciliens (ROMDES) pour organiser une campagne de co-dépistage dans une quarantaine d'établissements de santé et de centres de santé franciliens.

En Île-de-France, 200 000 personnes ignorent qu'elles sont diabétiques. Or la prise en charge précoce de cette maladie, souvent asymptomatique, diminue le risque de complications, notamment au niveau rénal. L'ARS Île-de-France a fait de l'amélioration du dépistage du diabète et de la maladie rénale une priorité.

Les sites partenaires proposent au public, sur une journée de la semaine, un dépistage anonyme, gratuit et rapide du diabète de type 2 par glycémie capillaire (lecture instantanée du taux de sucre dans une goutte de sang), de la maladie rénale (test de la bandelette urinaire), mais aussi d'autres facteurs de risque comme l'hypertension artérielle et le surpoids ou l'obésité. Si l'un des résultats est positif, le patient est orienté vers un médecin. Il reçoit alors des conseils en matière de prévention, des supports d'information sur la pathologie concernée et un courrier de liaison, destiné à son médecin traitant, comprenant un coupon réponse et une enveloppe T à renvoyer au réseau « Paris

diabète » pour l'évaluation de la prise en charge suite au dépistage.

Cette campagne fait suite à celle organisée pendant la semaine de prévention de la maladie rénale en mars 2015. L'objectif de ces deux opérations, qui prennent cette année une ampleur inédite, est de pouvoir toucher au total 5 000 à 8 000 Franciliens. Afin de s'assurer de la pertinence de la démarche et de la prise en charge des personnes diagnostiquées, l'Agence s'associe à une évaluation régionale des deux campagnes. Les questionnaires remplis par les patients (incluant des données socioéconomiques) et les retours des enveloppes T effectués par les médecins traitants seront analysés. Chaque site partenaire recevra ses propres résultats et une présentation globale sera réalisée à l'occasion d'une rencontre régionale.

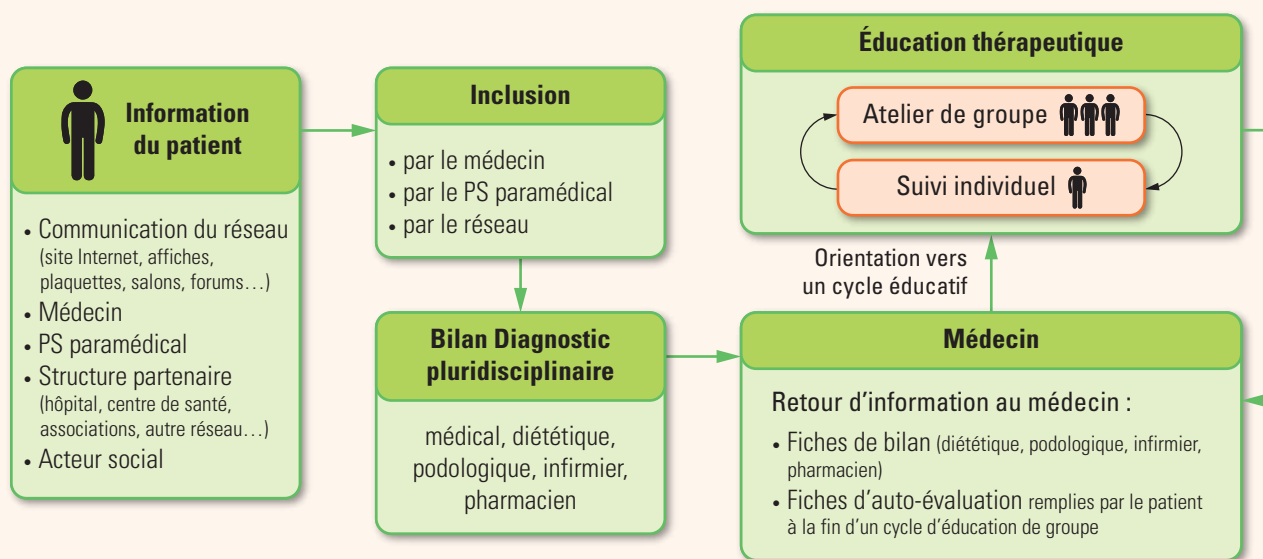
Les chiffres clés en Île-de-France.

- Environ 400 000 personnes sont diabétiques (dont 92 % de diabète de type 2).
- 200 000 personnes sont diabétiques sans le savoir.
- Le nombre de personnes diabétiques enregistre une progression annuelle de 3,5 à 4 % et de 1,8 % pour le nombre de personnes dialysées.
- Le diagnostic d'une insuffisance rénale chronique est posé à un stade avancé pour plus d'un tiers des patients.

www.ars.iledefrance.sante.fr, 4 juin 2015

Doc 6

Le parcours du patient dans le réseau « Paris Diabète »



www.paris-diabete.fr

Doc 7

Les ateliers du réseau « Paris Diabète »



Participez gratuitement* à des ateliers proches de chez vous !

Le Réseau Paris Diabète organise des ateliers de petits groupes de 4 à 8 personnes diabétiques, comme vous, dans le but de vous aider à apprendre comment réussir à vous traiter au mieux et participer vous-mêmes à la surveillance de votre santé.

Ces ateliers, d'une durée moyenne de 1h30 à 2h, sont animés par des professionnels de santé (médecins, infirmiers, diététiciens, podologues, pharmaciens ou éducateurs sportifs) membres du Réseau Paris Diabète. Ils ont été formés à ce type d'activité appelée "Éducation Thérapeutique".

*financement par l'Assurance Maladie



Réseau Paris Diabète - 16 bis rue Lauzin - 75019 Paris
 Tel : 01 45 45 46 56 - Fax : 01 45 45 46 27
 Mail : paris.diabete@wanadoo.fr
 Site internet : www.paris-diabete.fr

Les ateliers diabète

novembre 2014 à février 2015

Vivre avec son traitement



Manger équilibré



Bouger au quotidien



Vivre la Fête!



Prendre soin de ses pieds



Partir en voyage



Les extras alimentaires



INFORMATION ☎ 01.45.45.46.56

www.paris-diabete.fr

Doc 8 — Diabète et précarité, qui est concerné ?

La pauvreté et la précarité concernent de plus en plus de personnes en France : SDF, migrants, mais aussi travailleurs pauvres, retraités, jeunes célibataires, chômeurs ou étudiants, familles monoparentales, personnes handicapées... Or, le diabète touche davantage ces populations. Les complications y sont plus présentes et plus graves.

Aujourd'hui, compte tenu du contexte socio-économique, les conditions de vie sont difficiles. Ces situations dégradées ont souvent des répercussions sur l'état de santé et notamment le diabète. Celui-ci touche davantage les

populations défavorisées qui sont plus vulnérables aux complications liées à cette pathologie.

Pauvreté et précarité sont des facteurs de risque de l'apparition et du développement du diabète. Selon une récente étude, le diabète est 3 à 4 fois plus fréquent dans les populations précaires. Dans cette pathologie, l'accès aux soins est primordial, il doit s'accompagner d'un suivi régulier des traitements et d'une alimentation saine et équilibrée.

Avec l'aimable autorisation de la Fédération française des diabétiques, 12 mars 2013, www.afd.asso.fr

1 Décrivez l'opération de co-dépistage du diabète et de l'insuffisance rénale.

L'opération de co-dépistage diabète consiste en la mise en place d'une campagne de dépistage du diabète, organisée au sein d'une quarantaine d'établissements et centres de santé d'Île-de-France. L'objectif de cette campagne est de détecter rapidement la maladie ou ses traces afin d'orienter le malade vers les structures adaptées et d'établir son parcours de soins. Cette campagne répond à un besoin de la population francilienne. En effet, les indicateurs démontrent qu'environ 400 000 personnes sont diabétiques et que 200 000 le sont sans le savoir.

2 Montrez l'intérêt de coordonner le parcours du patient.

Une organisation structurée du parcours du patient permet une prise en charge cohérente. De la détection de la maladie au bilan pluridisciplinaire, en passant par des ateliers et un suivi individuel, le malade bénéficie d'un accompagnement au sein du réseau sans avoir besoin de rencontrer un spécialiste extérieur au dispositif pour compléter sa prise en charge. De plus, le partage d'informations entre les professionnels favorise la communication et de ce fait, améliore la qualité de la prise en charge.

3 Justifiez l'importance de la diversité des acteurs.

Les professionnels participant au réseau Paris Diabète sont nombreux et qualifiés dans des domaines différents. Si la plupart sont des professionnels de la santé, on y trouve également des professionnels du domaine social. Cette collaboration est synonyme de complémentarité et bénéficie au patient qui peut ainsi accéder à différentes prestations au sein d'un même réseau.

4 Présentez les ateliers diabète et expliquez pourquoi la gratuité est importante.

Les ateliers se présentent sous la forme d'activités menées en petits groupes (4 à 8 personnes). Ils sont destinés à l'apprentissage de nouvelles habitudes pour améliorer ou maintenir son état de santé. Animés par des professionnels de santé, les séances n'excèdent pas deux heures. Les thématiques abordées sont nombreuses. Les ateliers sont accessibles à tous et gratuits. Le principe de la gratuité permet aux malades en situation de précarité ou de pauvreté de bénéficier d'un dispositif d'éducation thérapeutique sans avoir à se soucier de l'aspect économique et donc de ne pas avoir à renoncer aux soins à cause du manque de moyens.

5 Comment la promotion de la santé par le biais de l'éducation à la santé responsabilise-t-elle l'individu ?

La sensibilisation et l'incitation à une bonne hygiène de vie résulte de la transmission d'une information éclairée et personnalisée dans le cadre d'une prise en charge globale (médicale, sociale...) et coordonnée par des professionnels qualifiés. La responsabilisation se construira autour de l'implication de l'individu dans son parcours de soins. L'objectif, à terme, est que l'individu devienne l'acteur principal de sa santé et qu'il applique toutes les valeurs et gestes inculqués au cours de l'éducation thérapeutique.

Synthèse

ATT

7

La prévention et la promotion de la santé

La prévention de la santé

Éviter la survenue des maladies et risques sanitaires ou en limiter les effets

Prévention primaire :

Informer, sensibiliser, éviter la survenue du risque.

Exemple : la vaccination

Prévention secondaire :

Prise en charge du patient et administration des soins.

Exemple : l'hospitalisation

Prévention tertiaire :

Éviter les rechutes et favoriser la réintégration, la rééducation et la réadaptation.

La promotion de la santé

Inciter l'individu à adopter un comportement favorable à sa santé en le responsabilisant

L'éducation pour la santé :

Enseigner les bonnes pratiques au malade pour qu'il devienne un acteur conscient de son état de santé et qu'il puisse surveiller son évolution.

Les acteurs de la prévention, de la promotion et de l'éducation à la santé :

- Les professionnels du social
- Les professionnels de la santé
- Les professionnels de l'éducation
- La protection sociale
- Les institutions et les collectivités
- Les associations, les fondations...
- L'individu

La production des soins

ATT

8

I L'offre de santé sur le territoire

Activité 1 Le service public territorial de santé

- Objectifs** ► montrer la complémentarité des différentes composantes du système de soins ;
► illustrer les différentes missions de service public des établissements de santé.

1 h 30

Doc 1 Un service territorial pour les « offreurs de soins »

Bernadette Devictor a remis à Marisol Touraine, le 22 avril 2014, un rapport sur le service public territorial de santé dans lequel doit s'emboîter un service public hospitalier comme avant la loi HPST du 21 juillet 2009.

Le rapport Devictor propose de définir le service public territorial de santé comme étant l'offre de service, portant les principes du service public, et tout particulièrement la continuité et l'accessibilité, résultant d'une organisation contractuelle entre les « offreurs en santé » (sanitaire, médico-social et social) du territoire sous la régulation de l'ARS. Le territoire devant être défini en concertation avec les acteurs et les usagers. Le « contrat territorial de santé » vient prolonger la notion de contrat local de santé, car il engage simultanément les financeurs, les régulateurs et les offreurs en santé dans la réalisation des objectifs qu'ils se sont fixés.

Le service public territorial de santé peut être développé progressivement, en cohérence avec les plans régionaux de santé, sur des thématiques spécifiques en fonction des besoins identifiés à partir d'un diagnostic territorial partagé.

Les acteurs de santé doivent s'organiser selon une approche que le rapport baptise « responsabilité populationnelle », c'est-à-dire « dans la préoccupation que chaque personne sur le territoire de proximité trouve à minima une orientation vers la réponse adaptée à ses besoins de santé, dans une perspective de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ».

Rétablir le service public hospitalier

Le rapport Devictor prend acte de la volonté affichée de Marisol Touraine de rétablir le service public hospitalier d'avant la loi HPST du 21 juillet 2009 et rappelle les principes qui doivent en être le soubassement : continuité, adaptabilité, égalité et donc accessibilité territoriale et financière. Les acteurs du SPH rétabli sont



entendus comme les établissements publics ; les établissements privés à but non lucratif (ESPIC-PSPH, centres de lutte contre le cancer) qui respectent toutes les obligations du SPH sauf s'ils ne souhaitent pas en faire partie et les établissements privés commerciaux, respectant pour l'ensemble de leur activité les obligations du service public et les règles énoncées, et dont la demande de participer aura été validée. [...]

Enfin, autour de la notion de territoire, le rapport Devictor préconise d'introduire « une obligation de coopération à plusieurs dimensions pour les acteurs du service public hospitalier » : coopération (mutualisation des compétences, optimisation des équipements sanitaires et des

Doc 1

→ plateaux techniques) entre les établissements hospitaliers d'un même territoire ou au-delà selon les besoins d'orientation du patient ; coopération avec les acteurs de santé des secteurs sanitaire, médico-social et social au sein des services publics territoriaux de santé.

Pour la ministre des Affaires sociales et de la Santé, ce rapport a pour mérite de « préciser les contours du service

territorial de santé et du service public hospitalier, deux notions clés de la future loi de santé ». Selon elle, « ils s'intègrent plus largement dans la stratégie nationale de santé, dont l'objectif est de réorganiser notre système de santé autour de l'usager et de son parcours de santé au sein des territoires ».

C. Maisonneuve, *La Gazette santé sociale*, 23 avril 2014

Doc 2

Le groupement hospitalier de territoire, un outil plébiscité par la communauté hospitalière

Les coopérations entre acteurs publics sont indispensables à deux égards : elles sont un moyen nécessaire et efficace de pallier les difficultés actuelles et à venir du milieu sanitaire, et sont une réponse adaptée aux objectifs nationaux portés dans la stratégie nationale de santé. D'une part, l'environnement sanitaire actuel est un environnement contraint. Les difficultés des établissements pour recruter les praticiens de certaines spécialités (notamment les anesthésistes, radiologues ou urgentistes) sont un facteur important de risque pour le maintien d'une offre de qualité et sécurisée dans certains territoires. D'autre part, malgré la qualité des soins prodigués, notre système connaît un accroissement des inégalités d'accès aux soins, qu'elles soient géographiques ou sociales. Ces inégalités peuvent pourtant être réduites grâce à une approche territorialisée de la prise en charge des patients. Face à cet environnement contraint, force est de constater que les établissements privés de santé ont su impulser une dynamique de coopération notable. La constitution de groupes d'hospitalisation privée est une dynamique engagée depuis maintenant plusieurs années. Leurs représentants ne manquent d'ailleurs pas de le rappeler, pointant du doigt de façon souvent polémique l'inertie des hôpitaux publics.

[...] Si la territorialisation est devenue indispensable pour les acteurs de la communauté hospitalière, il convient de s'interroger sur les difficultés actuelles de sa mise en place. Il apparaît que, malgré le nombre important de dispositifs de coopération disponibles, ceux-ci ne sont que faiblement saisis dans la mise en place de coopérations intégrées. [...]

Force est de constater qu'aujourd'hui, une partie des usagers de l'hôpital public bénéficie de ce que l'on pourrait qualifier de « parcours d'initiés ». Ce sont les patients qui bénéficient des conseils et réseaux interpersonnels des professionnels de santé, accédant ainsi aux soins les plus adaptés à leurs besoins. Un tel dispositif d'orientation, qui n'est pas institutionnalisé, laisse sur la touche une part non négligeable d'usagers qui sont pris

en charge au plus près de leurs lieux de vie et n'accèdent pas toujours aux compétences que requiert leur état de santé. Ce constat percute l'un des fondements de l'hospitalisation publique, à savoir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. L'objectif des GHT¹ est précisément d'institutionnaliser et structurer ces réseaux, dans une logique de gradation des soins sur le territoire, pour tous les usagers et non pour les seuls initiés. Les outils de coopération existant n'ont pas, à ce jour, permis de mettre en place ce véritable maillage des soins hospitaliers dans tous nos territoires. Bien des hôpitaux continuent de s'inscrire aujourd'hui dans une logique concurrentielle plutôt que complémentaire. Il s'agit donc de donner naissance à un outil organisant partout et pour tous une gradation des soins hospitaliers, dans le cadre d'une approche centrée sur le patient.

[...] Garantir une véritable égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité suppose de n'exclure aucun territoire, aucun établissement de cette logique réticulaire. Compte tenu de leur ambition, les GHT ne peuvent donc qu'être obligatoires pour tous les hôpitaux publics. En effet, permettre à un ou plusieurs établissements de s'exclure de cette organisation en réseau revient à « laisser des trous dans la raquette » de ce principe fondateur de l'hôpital public qu'est l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Certains réseaux ont déjà localement pu faire l'objet d'une institutionnalisation au moyen d'un GCS², d'une CHT³, d'une fédération médicale hospitalière ou d'une simple convention de coopération. Il s'agit de les conforter et les dupliquer partout où des hôpitaux continuent d'évoluer seuls.

1. Groupement hospitalier de territoire.

2. Groupement de coopération sanitaire.

3. Communauté hospitalière de territoire.

Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport intermédiaire, J. Hubert et F. Martineau, mai 2015

Doc 3

Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel

Les établissements de santé constituent un ensemble de structures qui se différencient par leur statut juridique, leurs missions et activités, ainsi que par leurs modes de financement.

Le statut des établissements de santé

Les établissements de santé sont des personnes morales de droit public ou privé. Selon l'article L. 6141-1 du Code de la santé publique, « les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'État [...]. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial ». [...]

À la suite de la loi HPST, les hôpitaux locaux disparaissent et seuls les centres hospitaliers subsistent. « Le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dans les autres cas [...] » (article L. 6141-1). « Les centres hospitaliers qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret sont dénommés centres hospitaliers régionaux (CHR) ; ils assurent en outre les soins courants à la population proche » (article L. 6141-2). La majeure partie des CHR sont aussi des centres hospitaliers universitaires (CHU), centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical, pharmaceutique et post-universitaire.

Les CHU participent également à la recherche médicale et pharmaceutique et aux enseignements paramédicaux, sans porter préjudice aux attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement (article L. 6142-1). Une des nouveautés de la loi HPST précise que, selon l'article L. 6141-7-3 du Code de la santé publique, « les établissements publics de santé peuvent créer une

ou plusieurs fondations hospitalières, dotées de la personnalité morale, [...] pour la réalisation d'une ou plusieurs œuvres ou activités d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir aux missions de recherche. Ces fondations disposent de l'autonomie financière. Les règles applicables aux fondations d'utilité publique [...] s'appliquent. [...] Les règles particulières de fonctionnement de chaque fondation hospitalière sont prévues par ses statuts, qui sont approuvés par le conseil de surveillance de l'établissement public de santé. »

Les établissements privés sont soit à but lucratif, soit à but non lucratif. Dans ce dernier cas, ils sont généralement issus de mouvements religieux, caritatifs ou mutualistes. Pour les établissements à but lucratif, souvent dénommés cliniques privées, plusieurs personnes morales peuvent coexister : l'une possédant le patrimoine immobilier, l'autre assurant l'activité d'hospitalisation, d'autres encore organisant ou possédant des éléments du plateau technique (appareillages de chirurgie, d'imagerie, etc.). La loi HPST introduit une nouvelle catégorie pour les établissements de santé privés : celle des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). Cette catégorie se substitue de manière générale à celle des établissements privés à but non lucratif, ainsi qu'à celle des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH), ces deux dernières catégories se recoupant en grande partie, avec toutefois des droits et obligations très différents. Selon l'article L. 6161-5, « sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif : les centres de lutte contre le cancer ; les établissements de santé privés gérés par des organismes sans but lucratif qui en font la déclaration auprès de l'agence régionale de santé ».

Le panorama des établissements de santé, DREES, édition 2014

1 Identifiez les principes relatifs au service public territorial de santé.

Le service public territorial de santé fait partie des missions de service public de l'État. Il repose sur plusieurs principes :

la continuité du service, autrement dit la non-interruption des soins ; l'adaptabilité de l'offre par rapport aux besoins des usagers ;

l'égalité de traitement des patients ; l'accessibilité géographique (sur l'ensemble du territoire) et financière ; la neutralité.

2 Proposez une définition du service public territorial de santé.

Le service public territorial de santé (SPTS) représente l'ensemble du dispositif de production de soins destiné à prendre en charge médicalement les patients, sur un territoire donné. Il est composé d'établissements publics et privés (hôpitaux, cliniques...) et de divers professionnels de santé qui sont organisés de façon contractuelle, sous la tutelle de l'agence régionale de santé (ARS).

Ce dispositif s'inscrit dans le cadre de la loi et répond à une mission d'intérêt général.

3 Justifiez l'intérêt d'une coopération entre les différents acteurs de ce service public.

La coopération entre les différents acteurs du service public de santé est essentielle à son bon fonctionnement. Elle permet de mutualiser les moyens matériels, financiers et humains et de les rationaliser pour favoriser la qualité de la prise en charge de tous les usagers, qui bénéficient ainsi d'un véritable parcours de soins. De plus, la mise en place de réseaux et de groupements d'établissements crée une complémentarité entre eux et favorise les actions liées à leurs spécialités.

4 Expliquez pourquoi l'approche territoriale s'oriente vers la qualité de l'offre de santé.

La territorialisation de l'offre de santé implique l'évaluation des besoins sur un secteur géographique tel que la région. Plus petit que l'échelle nationale, ce territoire présente des particularités qui lui sont propres. Cela permet d'adapter la politique nationale aux spécificités territoriales, telles que les inégalités d'accès aux soins (sociales, déserts médicaux...).

Une connaissance plus réaliste des besoins des habitants permet d'organiser et d'adapter l'offre de soins. Il s'agit d'apporter une réponse qualitative et sécurisée à la demande perçue ou exprimée. Cette approche territoriale suppose la complémentarité des acteurs et la mutualisation des moyens. L'un des objectifs de la loi santé 2015 est en effet d'améliorer la qualité du parcours de soins du patient.

5 À l'aide du doc. 3, complétez le tableau ci-dessous :

Statut juridique	Caractéristique	Exemple
Personne morale de droit public	À but non lucratif	Centres hospitaliers (universitaire CHU, régional CHR)
Personne morale de droit privé	À but lucratif	Clinique
	À but non lucratif	Association, fondation, mutuelle

6 Distinguez une activité à « but lucratif » d'une activité à « but non lucratif ».

Une activité à « but lucratif » est réalisée dans l'objectif d'engendrer un profit, un bénéfice. Une activité réalisée dans un « but non lucratif » vise l'intérêt général. Les recettes qu'elle engendre sont réinvesties au sein de la structure (il n'y a pas d'enrichissement).

II

La mise en œuvre de la mission de service public

Activité 2 La continuité du service public

Objectif • montrer comment est assurée la permanence des soins sur un territoire.



Doc 4

La permanence et continuité des soins : l'accès à un médecin lorsque les cabinets médicaux sont fermés

Lorsque vous avez besoin de consulter un médecin, alors que le cabinet de votre médecin traitant est fermé (le soir, la nuit, le week-end), vous pouvez demander à voir le médecin de garde. Dans chaque département, un système de garde est prévu. Pour y avoir accès il vous suffit d'appeler le n° 15 ou le numéro spécifique pour la permanence des soins mis en place dans votre département.

www.social-sante.gouv.fr

Doc 5

Permanence des soins ambulatoires

Le soir, la nuit, les week-ends et jours fériés : une réponse de qualité, sécurisée et efficiente à la demande de soins non programmée des Franciliens

La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009 confie à l'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France l'organisation de la Permanence des soins ambulatoires (PDSA) sur son territoire. L'Agence se fixe pour objectif de renforcer la permanence des soins ambulatoires et met en œuvre un nouveau dispositif régional pour améliorer et sécuriser la prise en charge des patients. Elle s'inscrit ainsi dans les objectifs définis dans son Plan stratégique régional de santé (PSRS) à travers cette mission, qui vise à accroître l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la PDSA, en donnant à ce dispositif toute sa place dans la réponse aux soins non programmés.

Un contexte régional spécifique

Région caractérisée par un centre dense, urbain et une grande couronne semi-rurale, l'Île-de-France concentre 20 % de la population nationale sur une superficie de 12 000 km² (2 % du territoire national), tandis qu'un seul département (la Seine-et-Marne) couvre la moitié de la superficie de la région. La situation sanitaire y est globalement favorable mais l'Île-de-France est une région de contrastes et de disparités (fortes inégalités sanitaires et sociales) et présente certaines spécificités de santé préoccupantes. Elle se caractérise par une densité régionale d'omnipraticiens libéraux plus faible que la moyenne nationale, une importante offre hospitalière notamment en sites d'urgence, des centres de réception et de régulation des appels (CRRRA)-Centres 15 à très forte activité. En moyenne, près de 11 % des omnipraticiens libéraux installés dans la région participent au dispositif organisé de PDSA.

Assurer une réponse médicale pour les besoins non programmés : des défis à relever en Île-de-France

L'organisation de la PDSA doit s'appuyer, dans chaque département, sur la présence de médecins régulateurs

libéraux auprès du CRRRA-C15 et la présence de médecins de garde, accessibles pour une consultation ou intervenant au domicile du patient. Toutefois, alors que toutes les zones urbaines et péri-urbaines bénéficient d'une couverture par les associations assurant les visites à domicile (y compris en deuxième partie de nuit), l'accès à un médecin de garde pour une consultation est limité selon le département par le nombre de lieux fixes de garde. Par ailleurs, tous les départements partagent le constat d'une augmentation des appels relevant de la médecine générale au CRRRA-C15, particulièrement les week-ends.

L'Île-de-France, comme d'autres régions, doit faire face à la situation démographique défavorable des médecins généralistes, non compensée par l'installation de jeunes médecins, et à un taux de participation à la PDSA comparativement inférieur à celui d'autres régions. L'impact de cette situation est sensible sur la participation des médecins libéraux à la PDSA. Depuis leur création, les services d'accueil des urgences ont connu une croissance soutenue et régulière de leur activité. Entre 1997 et 2008, le nombre d'urgences accueillies dans les établissements de la région a augmenté de 47 %, dépassant aujourd'hui 3,4 millions de passages par an. Cette évolution indique que de nouvelles fonctions sont assumées par les urgences : développement d'un mode d'accès spécifique aux soins hospitaliers, réponse à des besoins non satisfaits, notamment pour la prise en charge des populations à faible niveau de ressources, substitution partielle à la médecine de ville et à la permanence des soins ambulatoires. Ainsi, les motifs de fréquentation des urgences évoqués par les patients vont du souhait de bénéficier du support d'un plateau technique, à la gratuité apparente des soins offerts par l'hôpital, en passant par la méconnaissance des possibilités offertes par la médecine libérale, mobilisée mais parfois non sollicitée.

Permanence des soins ambulatoires : présentation du nouveau dispositif et de la campagne de communication régionale, ARS Île-de-France, 12 décembre 2012

Doc 6 – État des lieux de la permanence des soins en janvier 2013

Pour la dixième année consécutive, le Conseil national de l'ordre des médecins a entrepris une enquête nationale sur la permanence des soins assurée par les médecins généralistes et sur les modalités de son organisation.

L'année 2012 aura été marquée par la publication de la quasi-totalité des cahiers des charges régionaux de la permanence des soins en métropole comme en outre-mer. Désormais, la permanence des soins est organisée sur des territoires plus larges et par définition moins nombreux. Après minuit, elle n'est plus assurée par les médecins généralistes dans plus de la moitié des territoires et les établissements de santé prennent le relais. Il est également prévu de développer le modèle de grands effecteurs mobiles sillonnant le département après minuit. Les

consultations médicales sur point fixe sont définies comme le mode normal d'accès à la permanence des soins et le renforcement de la régulation médicale libérale est prévu. Si l'enquête portant sur l'année 2012 démontre une nouvelle fois que les médecins ont assumé, vis-à-vis de la population, leur responsabilité professionnelle sur l'ensemble du territoire national, on doit s'alarmer d'une situation qui s'est globalement dégradée. **Les Conseils départementaux nous alertent, à nouveau, sur les effets délétères de la pénurie de médecins** volontaires et de médecins tout court, sur le vieillissement des médecins assurant la permanence des soins et le déclin du volontariat.

www.conseil-national.medecin.fr,
13 février 2013

Doc 7 – Les maisons médicales de garde (MMG)

Les MMG participent à une meilleure organisation de la permanence des soins. Leur but est de désengorger les urgences des hôpitaux des consultations qui ne nécessitent pas l'infrastructure hospitalière.

La prise en charge des pathologies qui apparaissent la nuit ou le week-end se fait donc selon différentes modalités :

- consultation en MMG pour une pathologie qui ne nécessite pas d'examen complémentaires en urgence ou d'hospitalisation ;
- visite à domicile d'un médecin après régulation téléphonique, pour la même pathologie qui ne nécessite pas d'examen complémentaires en urgence ou d'hospitalisation, mais dans le cas où le patient est incapable de se déplacer ;

- consultation aux urgences de l'hôpital pour des pathologies plus complexes, qui vont nécessiter un bilan en urgence, et possiblement une hospitalisation ;
- envoi d'une ambulance de réanimation par le SAMU pour les patients dont la vie est en danger.

La régulation par le centre 15 doit être privilégiée pour vous diriger dans la bonne filière de soins. Néanmoins, les MMG parisiennes fonctionnent aussi en accès direct pour les patients qui sont certains que leur pathologie relève de la MMG de leur quartier.

Les tarifs pratiqués dans la MMG-PNE sont sans aucun dépassement d'honoraires, mais avec la majoration de nuit en soirée ou la majoration de week-end les samedis, dimanches ou jours fériés. Cela signifie que tout est remboursé si vous avez une mutuelle.

www.maisonmedicaledegarde-paris.fr

1 Présentez les objectifs et les limites de la permanence des soins.

La permanence des soins permet à chaque citoyen d'avoir accès aux services de santé hors des heures dites « normales » de consultations, à savoir la nuit, les week-ends et jours fériés. Elle vise, d'une part, à apporter une écoute et un accompagnement médical à l'individu. D'autre part, elle a pour objectif de limiter la fréquentation injustifiée des services d'urgence pouvant constituer un obstacle à leur bon fonctionnement. Les limites de ce dispositif résultent principalement de la pénurie et de la démotivation des médecins. De plus, les problèmes sociaux dont souffrent certains usagers les poussent à préférer les services d'urgence par illusion de la gratuité.

2 Expliquez pourquoi la maison médicale de garde représente une application du principe de la continuité du service public de santé.

La MMG permet d'éviter l'interruption des services de santé, la nuit, les week-ends (samedis et dimanches) et les jours fériés.

Certaines affections ne nécessitent pas une prise en charge par les services d'urgence des hôpitaux, mais s'avèrent désagréables, douloureuses et potentiellement risquées pour les personnes qui en souffrent. Lorsque les cabinets des médecins sont fermés, la permanence des soins prend le relais pour assurer la continuité de couverture des besoins médicaux de la population.

3 Utilisez l'exemple des MMG (doc. 7) pour montrer comment est appliqué le principe d'accessibilité du service public territorial de santé.

La MMG est un dispositif de proximité, c'est-à-dire qu'il est facilement accessible pour les usagers. Les tarifs qui y sont pratiqués sont conformes à la tarification conventionnée de la Sécurité sociale. L'usager est donc pris en charge sans dépassement d'honoraires. Grâce aux MMG, le principe d'accessibilité en continu aux soins médicaux est garanti.

Pour aller plus loin

Parmi les principes relatifs au service public hospitalier, l'accès aux soins constitue un pilier. Parallèlement à l'organisation de l'offre de santé, la dimension sociale peut influencer, favorablement ou non, l'accessibilité aux soins.

Pour approfondir ce questionnement, il convient de :

1. Présenter la situation actuelle de l'accès aux soins :

<http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Observatoire-2015-de-l-acces-aux-droits-et-aux-soins-te-lechargez-le-rapport2>

<http://www.20minutes.fr/sante/1606743-20150513-desertification-couts-eleves-acces-soins-reste-proble-matique-nombreux-francais>

2. Expliquer les conséquences liées aux difficultés d'accès aux soins :

<http://www.generalisation-2016.fr/article/medecins-specialistes-l-attente-et-le-cout-premieres-causes-du-renoncement-aux-soins,9691>

3. Expliquer les avantages et les limites des dispositifs de prise en charge proposés :

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/avenant-n-8-a-la-convention-medicale.php>

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/actualites/007383>

Synthèse

ATT

8

La production de soins

Service public hospitalier (SPH)

Déclinaison régionale

Service public territorial de santé (SPTS)

Ensemble du dispositif de la production des soins
destiné à prendre en charge médicalement les patients
sur un territoire donné

Principes :

- Continuité du service
- Égalité de traitement
- Accessibilité territoriale et financière
- Adaptabilité aux besoins
- Neutralité

Acteurs :

- Les établissements de santé publics
- Les établissements de santé privés
- Les professionnels de santé médicaux et paramédicaux libéraux

Objectifs :

- La coordination des établissements et acteurs, dans le cadre d'une complémentarité, à travers les réseaux de santé et les groupements hospitaliers territoriaux (GHT)
- La rationalisation des moyens, afin d'avoir une approche moins quantitative et plus qualitative
- Le renforcement du parcours de santé adapté pour tous les citoyens dans le respect des principes du SPTS

Accès aux soins et réduction des inégalités

ATT

9

I L'accès aux soins en France

Activité 1 Les principaux obstacles à l'accès aux soins

Objectif • présenter le lien entre accès aux soins et réduction des inégalités de santé.



Doc 1 « On constate une dégradation progressive de l'accès aux soins »

Entretien avec Jean-François Corty, directeur des missions France de Médecins du Monde, sur la question de l'accès aux soins pour tous.

Quelles sont les conséquences, selon vous, de la crise sur l'accès aux soins en France ?

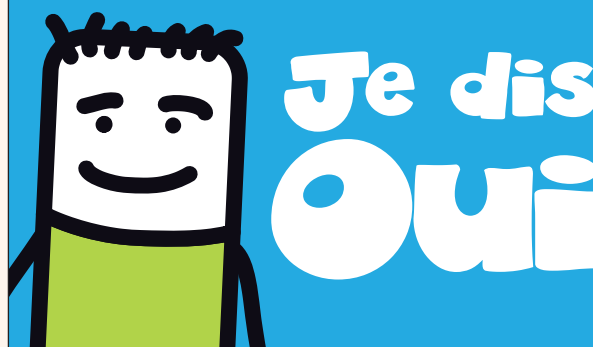
Médecins du Monde, en France depuis de nombreuses années avec près d'une centaine de projets auprès des populations les plus précaires, constate une dégradation progressive ces dernières années de l'accès aux soins et de la santé des populations les plus précaires avec, de fait, une accentuation des inégalités de santé.

Pour quelles raisons ?

Le constat, c'est que l'on voit une augmentation des consultations chez Médecins du Monde et une augmentation d'un indicateur fondamental qui est le retard de recours aux soins. Près de 38 % des personnes précaires, qu'elles soient en situation irrégulière ou françaises, retardent leurs soins et vont attendre parfois jusqu'au dernier moment avant de consulter. Cela rejoint des enquêtes faites par d'autres acteurs qui montrent que 30 % des populations précaires françaises retardent leurs soins pour des raisons financières, que ce soient des soins dentaires, ophtalmologiques mais aussi, de plus en plus, des soins courants.

Sur le plan médical, on a, dans nos consultations, près de 45 % de femmes enceintes qui retardent leur suivi de grossesse classique. Et près de 40 % des patients que l'on voit, nécessitent un suivi de plus de six mois. Il ne s'agit pas de « bobologie ». Ce sont de vraies maladies. 12 % de nos patients sont des mineurs, donc des enfants qui, alors qu'ils devraient avoir un accès inconditionnel aux soins, présentent des difficultés d'accès aux soins. Alors pourquoi ce constat ? Bien évidemment, la crise économique vient impacter la précarité et la pauvreté. Mais il y a trois éléments de réponse pour expliquer ce retard de recours aux soins des populations les plus précaires.

Votre médecin a signé un contrat d'accès aux soins



Votre médecin vous facilite l'accès aux soins

Concrètement pour vous, cela signifie :

- Que votre médecin modère ses compléments d'honoraires.
- Que vos soins seront mieux remboursés :
 - par la sécurité sociale
 - par votre complémentaire santé
 pour qu'il ne reste rien à votre charge.

Si ce n'est pas le cas contactez votre complémentaire santé !



D'abord, les dispositifs sont encore difficilement accessibles. Lorsque l'on est un sans-papier, on peut bénéficier de l'aide médicale d'État. Il faut justifier de trois mois de présence sur le territoire, d'un lieu de domiciliation, et cela n'est pas évident lorsque vous n'avez pas de lieu de vie. Il faut par ailleurs maîtriser la langue pour remplir un dossier souvent compliqué avec des délais d'ouverture qui, parfois, prennent plus de trois à six mois. C'est une première contrainte.

Doc 1

→ **Quatre millions de travailleurs pauvres français n'ont pas de couverture mutuelle.** Ils ont ce que l'on appelle un « reste à charge », qui est de plus en plus important parce que notre système de santé est de moins en moins solidaire. Il y a de plus en plus de franchises, de moins en moins de remboursements, notamment de médicaments, et donc ces personnes ont des difficultés financières à pouvoir accéder aux soins.

Deuxième élément de réponse, nous avons un dispositif de droit commun, notamment pour l'accès aux soins, qui sont les permanences de santé, des dispositifs en milieu hospitalier qui devraient pouvoir accueillir les personnes précaires. Mais ces dispositifs sont en nombre insuffisant au regard de la loi. Il devrait y en avoir 500, et on n'en observe que 400. Et sur les 400 existantes, il n'y en a que très peu qui sont réellement fonctionnels.

Enfin, dans les contraintes à l'accès aux soins, le phénomène de **dépassement d'honoraires est une réalité de la part de certains médecins**, notamment en secteur 2. Parfois, il faut faire aussi face au refus de soins de certains médecins qui ne veulent pas avoir de patients dépendant de l'aide médicale d'État ou de la Couverture maladie universelle (CMU) dans leurs consultations.

Enfin, le troisième niveau d'explication du retard de recours aux soins dans un contexte de crise majeure, c'est bien l'observation d'une tension entre des enjeux de santé publique et de politique sécuritaire. Pour les usagers de drogues par voie intraveineuse par exemple, on voit bien que ces personnes sont affectées par l'épidémie d'hépatite C.

C. Stephan, ARTE Journal, 21 décembre 2010

Doc 2 — Report de soins et renoncement définitif

Âge et état de santé

Les personnes âgées déclarent beaucoup plus souvent que les autres renoncer définitivement plutôt que reporter. Les personnes les plus malades (maladies chroniques, état de santé général déclaré mauvais ou très mauvais) renoncent plus souvent de façon définitive que les autres.

Statut économique et social, situation financière

Que l'on prenne le score de précarité ou le quintile de revenu, le résultat est le même : les personnes les plus pauvres, en termes de revenu par unité de consommation ou de score de précarité, renoncent plus souvent définitivement que les autres. En revanche, les actifs ont davantage tendance à reporter qu'à renoncer définitivement que les chômeurs, les retraités et surtout les autres inactifs. En termes d'assurance complémentaire, de niveau d'études, de sexe, de localisation géographique, de type de ménage, on ne trouve pas de différence significative du type de renoncement.

Au total, si les mêmes facteurs jouent sur le renoncement définitif et le renoncement temporaire, le premier est davantage



associé à des situations plus dégradées tant du point de vue de l'état de santé que de la situation sociale [...].

Le renoncement aux soins pour raisons financières pointe un problème de santé publique parce qu'il touche une part importante de la population, qu'il est concentré dans certains groupes sociaux, et parce qu'au final, il affecte significativement l'état général de santé.

IRDES, *Payer peut nuire à votre santé*, n° 47, avril 2012

Doc 3 — Inégalités d'accès aux soins

On observe en France des inégalités sociales d'utilisation des services de santé, comme dans la plupart des pays européens, c'est-à-dire des différences de consommation de soins entre groupes sociaux à état de santé donné. [...]

Ces inégalités peuvent, en premier lieu, refléter des préférences différentes pour la santé, ainsi que l'existence de barrières informationnelles expliquant que les populations

les plus pauvres et moins éduquées aient un recours aux soins plus tardif et davantage orienté vers les soins curatifs, en raison d'un rapport différent au corps et à la maladie ou d'une moindre connaissance des filières de soins. [Par ailleurs, ces] différences de recours aux soins peuvent être le reflet de barrières financières à l'accès aux soins, le coût des soins laissés à la charge des patients pouvant

Doc 3



expliquer que les plus pauvres renoncent à des soins qu'ils jugent pourtant nécessaires au regard de leur état de santé. [Ce second argument peut] en particulier expliquer, dans le cas français, les différences sociales de recours aux soins d'optique et aux soins dentaires, mais également aux soins ambulatoires, pour lesquels le reste

à charge peut s'avérer très élevé. [...] Enfin, des barrières liées à l'accessibilité géographique s'ajoutent aux barrières financières, les personnes les plus défavorisées vivant plus fréquemment dans des zones où les densités médicales sont les plus faibles.

Économie publique, n° 28/29, janvier-février 2012

Doc 4

Accès aux soins et inégalités de santé

La Commission des Déterminants sociaux de l'OMS dans son rapport 2009 rappelle que l'équité d'accès aux soins est une condition nécessaire pour réduire les inégalités de santé. Le respect du principe d'équité horizontale implique en effet que chacun reçoive un traitement égal pour un besoin de soins égal. On observe cependant en France des inégalités sociales d'utilisation des services de santé, comme dans la plupart des pays européens,

c'est-à-dire des différences de consommation de soins entre groupes sociaux à état de santé donné.

Le rôle du recours aux soins dans la constitution des inégalités de santé est difficile à mesurer empiriquement.

P. Dourgnon, Évaluation des politiques publiques et inégalités sociales d'accès aux services de santé, thèse publiée à l'université Paris-Dauphine le 21 juin 2013

1 Quel constat est effectué par Jean-François Corty, directeur des missions France de Médecins du Monde, ces dernières années ?

Il constate une dégradation progressive, tout au long de ces dernières années, de l'accès aux soins et de l'état de santé des populations les plus précaires.

2 Indiquez la principale difficulté d'accès aux soins, le public touché et les conséquences.

La principale difficulté d'accès aux soins est financière : 38 % des personnes précaires, en situation irrégulière ou françaises, retardent au maximum la consultation d'un médecin, d'où une augmentation des prises en charge par Médecins du Monde. De plus, le millions de travailleurs pauvres n'ont pas de couverture mutuelle pour payer les médicaments et doivent renoncer aux soins courants.

3 Présentez à l'aide du tableau ci-dessous les autres obstacles d'accès aux soins, les populations touchées et les conséquences.

Obstacles d'accès aux soins	Populations touchées	Conséquences
Difficultés financières (coût excessif des consultations ou des traitements).	Population en situation de précarité (38 %) : chômeurs, retraités, inactifs, personnes âgées, personnes les plus malades.	Soins dentaires, ophtalmologiques et soins courants retardés, voire renoncement définitif.
Contrainte administrative et de temps (problème de domiciliation, ouverture des droits retardées, complexité du système) ou refus du médecin.	SDF, sans-papiers, travailleurs pauvres, femmes enceintes.	Renoncement aux soins de premier recours, donc pas de suivi régulier et état de santé dégradé.

Obstacles d'accès aux soins	Populations touchées	Conséquences
Barrière liée à l'information (non-maîtrise de la langue, méconnaissance des droits).	Sans-papiers, population immigrée.	Soins courants non pris en charge, pas de suivi, soins retardés.
Contrainte géographique et de temps (offres de soins non suffisantes ou éloignées, long délai d'attente).	Personnes âgées, fragilisées, isolées en milieu rural ou en zones défavorisées.	Soins courants non pris en charge, soins reportés.
Enjeux sur le plan de la politique de santé publique et de la politique sécuritaire.	Population migrante et sans papiers, SDF, toxicomanes.	Renoncement aux soins de premier recours, donc pas de suivi régulier et développement de pathologies chroniques invalidantes.

4 Déduisez les conséquences sanitaires de ce renoncement aux soins et les caractéristiques de la population particulièrement touchée.

Ce renoncement aux soins engendre des problèmes de santé publique car il touche une part importante de la population : les personnes âgées (retraités) et les personnes les plus malades (chômeurs).

5 Que signifient les inégalités de recours aux soins ou les inégalités sociales d'utilisation des services de santé ?

Les inégalités de recours aux soins ou les inégalités sociales d'utilisation des services de santé sont les obstacles d'accès aux soins déjà abordés dans l'activité précédente. Nous pouvons conclure que les inégalités de recours aux soins sont aussi des inégalités d'accès aux soins.

6 D'après le **doc. 4**, quelle est la condition nécessaire pour réduire les inégalités de santé ?

La condition nécessaire pour réduire les inégalités de santé est de regarder le principe d'équité d'accès aux soins. Chaque individu doit pouvoir recevoir un traitement égal pour un besoin de soins égal. Ce principe est défendu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

7 Réduire les inégalités d'accès aux soins suffit-il alors à réduire les inégalités de santé ?

Si on améliore l'accès aux soins, on améliore l'état de santé des individus. Donc l'équité d'accès aux soins est une condition nécessaire, mais non suffisante, pour réduire les inégalités de santé. Toutefois, son rôle dans la constitution des inégalités de santé est difficile à mesurer.

II

De l'accès aux soins à la réduction des inégalités de santé

Activité 2 Des dispositifs en faveur de la réduction des obstacles d'accès aux soins

Objectif • montrer l'importance de la protection sociale dans l'accès aux soins.



Doc 5 Divers dispositifs pour lutter contre ces obstacles

L'aide médicale de État (AME)

- Prestation sociale financée par l'État
- Les conditions d'attribution : être étranger en situation irrégulière de séjour, avoir des revenus mensuels inférieurs à 720,42 €/mois pour une personne seule, apporter la preuve d'une résidence continue sur le territoire de plus de 3 mois (les mineurs sont exemptés de ce délai, donc ouverture immédiate des droits), justificatif de domicile.
- Prend en charge les dépenses de santé jusqu'à 100 % des tarifs maximum fixés par l'assurance maladie.
- Est attribuée pour 1 an.

D'après www.ameli.fr/assures

La PASS

La loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions instaure les PRAPS (Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies) et crée les PASS (Permanences d'accès aux soins de santé). La PASS est adaptée « aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits [...] » (Art. L. 6112.6 du Code de la santé publique).

Auteur

Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)

La loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009 a permis de réorganiser l'offre de soins en créant prioritairement des maisons de santé. Celles-ci sont implantées en milieu rural ou en zones défavorisées. Elles réunissent dans un même lieu des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux, telles les médiatrices en santé. Elles peuvent également héberger des personnels médico-sociaux.

Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement. Elles peuvent participer à des actions de santé publique, à des campagnes de prévention et d'éducation pour la santé et à des animations sociales.

Auteur

La CMU-C et l'ACS



L'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) qui permet de bénéficier d'une réduction sur la cotisation d'une mutuelle de santé. Elle est attribuée sous condition de revenus légèrement supérieurs au plafond fixé pour l'attribution de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Le montant de l'aide est modulé en fonction de l'âge du bénéficiaire : il varie entre 100 et 550 euros par an.

Auteur

Doc 5



Zoom sur les acteurs intervenant dans les maisons de santé : exemple du centre associatif de santé communautaire La Place Santé de Saint-Denis (93)



Site Internet du centre :
acsbe.asso.fr

Ouvrir le poster en PDF : « Travailler ensemble : Médecins-Médiatrices santé ».
acsbe.asso.fr/wp-content/uploads/2011/11/Poster-Proscrire.pdf

Un exemple d'Atelier santé ville (ASV)

Près de 200 collégiens de Rémire-Montjoly ont été sensibilisés, lundi 03 décembre 2012, à la prévention des grossesses précoces, thème d'une conférence-débat organisée par l'Atelier santé ville du développement social urbain. Cette manifestation, qui s'est tenue à l'hôtel de ville de Rémire-Montjoly, a permis à plusieurs élèves de poser sans tabou et sans complexe des questions liées à la sexualité, à la contraception, à l'amour, au VIH/sida, aux préservatifs, etc. À l'issue de la conférence, une collation, des brochures ainsi que des préservatifs ont été distribués aux participants.

remire-montjoly.mairies-guyane.org

Doc 6

Définition des maisons de santé

Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) [...] constituent des outils pour garantir l'accès aux soins et les pratiques sanitaires tournées vers la réduction des inégalités de santé. Par la pratique systématique du tiers payant, le respect des tarifs opposables, la mise en place d'un accompagnement social des patients (voire de programmes

spécifiques d'accès aux soins pour les plus vulnérables) [...], elles] s'appuient sur une organisation pluriprofessionnelle qui constitue une réponse adaptée au suivi des pathologies chroniques exigeant une approche globale des patients et le développement des parcours de santé (articulation entre prévention, soins, éducation thérapeutique, suivi social).

www.social-sante.gouv.fr

1 Montrez l'importance de la protection sociale dans l'accès aux soins.

Des dispositifs de protection sociale ont été mis en place, ces vingt dernières années, pour favoriser l'accès aux soins. Ils permettent à toute personne en situation de précarité de bénéficier de services de santé grâce à la Couverture maladie universelle (CMU) instaurée en 2000 et remplacée par la Protection universelle maladie (PUM) en 2016. D'autres aides financières existent : l'Aide médicale d'État (AME) et l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

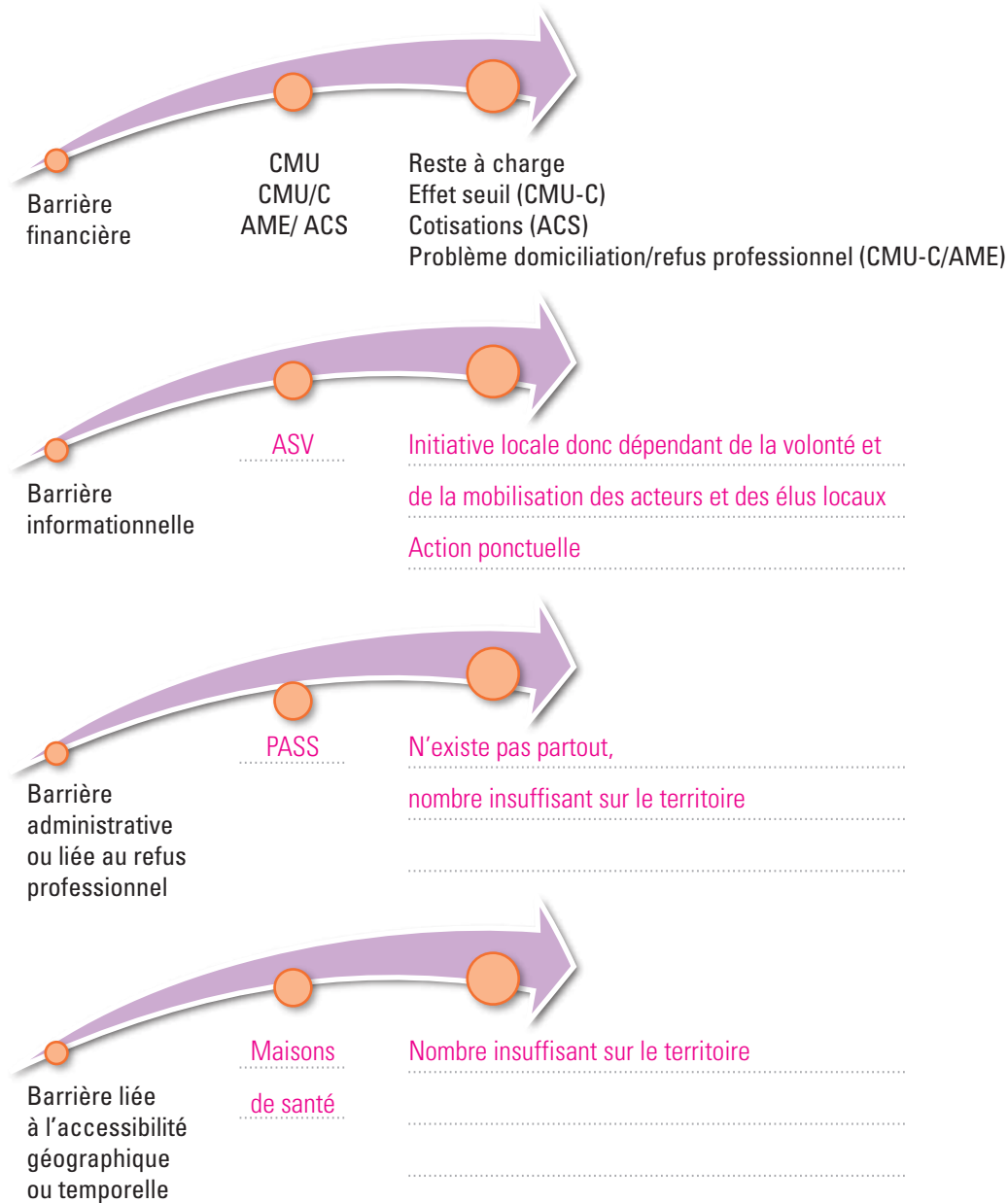
2 Quelle stratégie peut être développée pour intervenir en amont des inégalités de santé ? Citez les acteurs et les moyens d'intervention concernés.

Prenons l'exemple du centre de santé communautaire La Place Santé à Saint-Denis qui a mis en place une stratégie de « médiation santé ».

Les médiatrices santé interviennent en amont en accompagnant la population du quartier dans ses démarches administratives diverses (logement, accès aux droits à la santé, cours d'alphabétisation...) et en l'orientant vers le professionnel adéquat (médecin généraliste ou spécialiste). Elles interviennent en binôme avec un médecin : lors de la consultation, dans le cadre du suivi d'éducation thérapeutique du patient (entretien individuel ou en groupe), ou encore dans le cadre d'atelier collectif de prévention-promotion de la santé. Toutes ces actions se déroulent en un même lieu : la Place Santé.

Les enjeux de cette articulation soins-médiation sont : limiter le renoncement aux soins, rendre les usagers acteurs de leur santé, améliorer l'efficacité du système de soins existants... C'est ce que l'on nomme la santé communautaire.

3 Pour chacun des obstacles d'accès aux soins, indiquez un dispositif de cette mise en place et ses limites, à l'aide du schéma suivant.



L'accès aux soins, malgré les limites

4 Que pouvez-vous conclure quant aux dispositifs mis en place par les pouvoirs publics ?

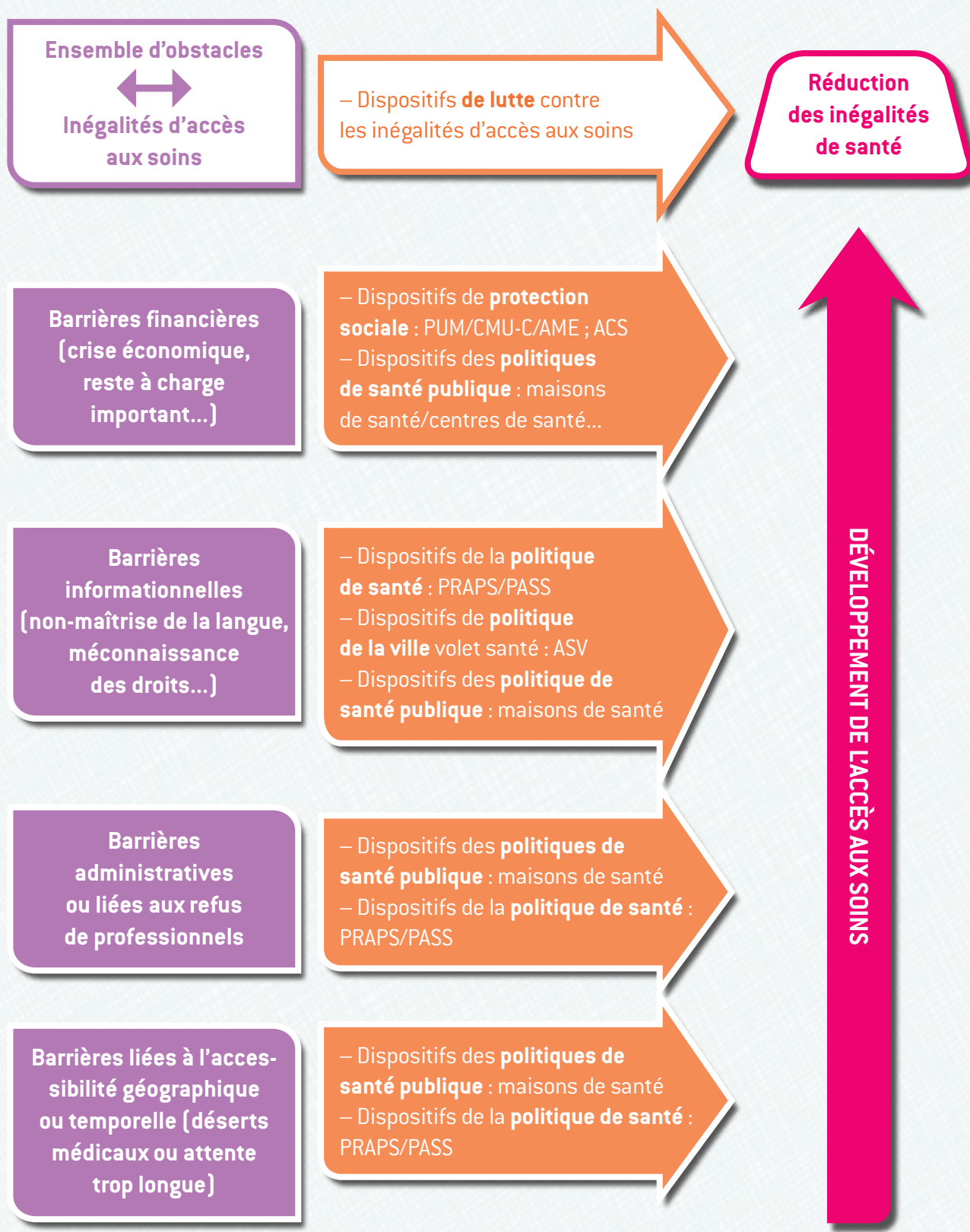
Les principaux dispositifs mis en place par les pouvoirs publics tentent de contrer certains obstacles d'accès aux soins malgré leur limite. Cependant certains dispositifs ont engendré d'autres obstacles, telles les contraintes administratives (système complexe) retardant ou ne permettant pas l'accès à la CMU-C/l'AME ou bien encore le refus de certains médecins non conventionnés en secteur 1 de prendre en charge le public bénéficiant d'une CMU-C.

Synthèse

ATT

9

De l'accès aux soins à la réduction des inégalités de santé



L'économie de la santé

ATT

10

I Les comptes nationaux de la santé

Activité 1 L'évolution des comptes nationaux de la santé

- Objectifs
- ✎ définir les agrégats des comptes de la santé ;
 - ✎ analyser la répartition et l'évolution des comptes de la santé.

55 min

Doc 1 Économie de la santé : offre et demande



L'économie de la santé est l'application aux domaines médical et socio-sanitaire des concepts et des méthodes de l'économie. Elle évalue le coût de la santé et de son incidence sur l'économie générale, sur le budget de la nation et des ménages, sur la gestion des entreprises et sur la politique sociale. Elle analyse l'offre et la demande de soins, le marché des biens et des services médicaux, le fonctionnement et le financement du système de santé. Les économistes s'accordent pour faire de l'article de K. J. Arrow, « Incertitude et Économie du bien-être en santé » (*Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*), paru en 1963 dans l'*American Economic Review*, l'acte fondateur de l'économie de la santé.

Au cours des quarante dernières années, l'économie de la santé a connu un développement considérable fondé, entre autre, sur une plus grande disponibilité des données et, peut-être surtout, sur la croissance soutenue des dépenses de santé. Le vieillissement de la population, le progrès technique dans les traitements thérapeutiques, l'accroissement des dépenses de santé et leur mécanisme de financement questionnent aujourd'hui les économistes, qui cherchent à résoudre la confrontation entre des ressources contraintes et des besoins illimités.

L'économie de la santé s'est développée autour de deux composantes majeures, distinctes mais complémentaires : l'analyse du comportement des acteurs (*behavioral science*) et la recherche d'instruments d'analyse et d'action adaptés aux caractéristiques économiques du bien « santé ». Plus récemment, on a assisté à l'adoption progressive, voire à la généralisation, de la rationalité économique dans le monde médical. Si, en 1963, Arrow soulignait que « la croyance selon laquelle l'éthique de la médecine requiert un traitement indépendant de la disposition à payer du patient est fortement ancrée », autrement dit que « la santé n'a pas de prix », il rappelait également qu'« un temps viendra où l'éthique médicale devra être considérée à la lumière sévère de l'économie ». Aussi, les arbitrages se font ou se feront autour des questions et des enjeux suivants : Quelle est l'efficacité de la dépense en matière de santé ? Comment évaluer la performance des systèmes de santé et comment les orienter, les piloter ? Dans les États-Providence, comment juger de l'efficacité de la dépense publique de santé au regard notamment des arbitrages macroéconomiques, de l'état sanitaire de la population, des préoccupations de redistribution et de justice sociale ?

Agrégat : un agrégat est une grandeur synthétique mesurant le résultat de l'activité économique. Le principal agrégat est le PIB.

En France, les dépenses de santé, que l'on appelle plus précisément « dépenses courantes de santé », représentent environ 11 % du PIB, soit 215 milliards d'euros (2008). Elles prennent en compte les soins aux personnes âgées en établissement, les indemnités journalières (arrêt de travail), les subventions au système de soins, la prévention organisée (vaccination, médecine du travail, dépistage organisé, éducation à la santé, sécurité sanitaire

Doc 1

→ de l'alimentation), les dépenses de recherche médicale et pharmaceutique, la formation des personnels médicaux, le coût de gestion de la santé et la consommation de soins (soins hospitaliers, soins ambulatoires, transports

sanitaires) et de biens médicaux (médicaments et autres biens médicaux tels l'optique et les prothèses).

geoconfluences.ens-lyon.fr

Doc 2 – Le système de santé

Les systèmes de santé et leurs coûts sont au cœur des débats politiques et économiques dans les pays développés, dans un contexte de croissance des dépenses de santé plus rapide que le PIB avec une mise en cause de l'efficacité de ces systèmes, de leur efficacité, mais aussi de leur caractère équitable.

Les liens entre santé et économie sont complexes, nombreux et sources de tensions. L'intérêt des économistes pour la santé repose sur deux idées importantes. Le rôle central de la santé du point de vue du bien-être individuel, de la reproduction de l'espèce, du travail voire de la défense nationale (Adam Smith, Karl Marx) est approché par le biais des relations entre démographie, population et économie. Réciproquement, la croissance est la base du

développement économique et social, et notamment de l'amélioration de la santé des populations.

On connaît le rôle de la croissance économique et de l'élévation du revenu national dans l'amélioration de la santé des populations : ils favorisent une amélioration des conditions de vie et un développement des interventions collectives en matière d'infrastructures (hôpitaux, écoles, etc.) et de protection sociale (assurance-chômage, couverture du risque maladie, etc.). Par ailleurs, les innovations médicales et le progrès technique (imagerie médicale, techniques anesthésiques, etc.) améliorent l'efficacité de la médecine dans le recul de la mortalité et de la morbidité.

V. Fargeon, *Introduction à l'économie de la santé*, Presses universitaires de Grenoble, 2014

Doc 3 – La dépense courante de santé

L'ensemble des sommes dépensées au cours d'une année au titre de la santé constitue la dépense courante de santé (DCS). Elle comprend les dépenses courantes effectuées par tous les financeurs du système : la Sécurité sociale, l'État et les collectivités locales, les organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance) et les ménages.

La DCS est composée de plusieurs éléments :

1. La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) qui totalise les dépenses qui concourent au traitement des malades. On trouve parmi ces dépenses les soins hospitaliers et ambulatoires, les remboursements de transports sanitaires, les biens médicaux (médicaments, prothèses...). La CSBM représente les trois quarts de la dépense courante de santé.

2. Les soins de longue durée à destination des personnes handicapées ou âgées en établissement.

3. Les indemnités journalières versées par l'Assurance maladie aux assurés qui ont dû cesser temporairement de travailler pour cause de maladie, de maternité, ou d'accident du travail.

4. Les dépenses de prévention individuelles (par exemple, médecine du travail ou scolaire...) et collectives (par exemple, campagnes d'éducation à la santé).

5. Les dépenses en faveur du système de soins composées :

– des subventions au système de soins (prise en charge partielle des cotisations des professionnels de santé, aide à la télétransmission) ;



– des dépenses de recherche médicale et pharmaceutique ;
– des dépenses de formation des professionnels de santé.

6. Le coût de gestion du système de santé (frais des différents régimes de Sécurité sociale, des organismes complémentaires, du fonds CMU, budget de fonctionnement du ministère chargé de la Santé...).

www.vie-publique.fr

Doc 4 – La consommation médicale totale en 2014

	Montant (en millions d'€)	Structure (en %)	Montant par pers. (en €)
CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE	194 142	100	2 950,5
A. CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	190 636	98,2	2 897,1
1. Soins hospitaliers (court et moyen séjour, psychiatrie)	88 573	45,6	1 346,1
Secteur public	68 267	35,1	1 037,5
Secteur privé	20 306	10,5	308,6
2. Soins de ville	49 963	25,7	759,3
Médecins et sages-femmes	20 064	10,3	304,9
Auxiliaires médicaux	13 814	7,1	209,9
– Infirmiers	7 166	3,7	108,9
– Masseurs-kinésithérapeutes	5 468	2,8	83,1
– Autres	1 180	0,6	17,9
Dentistes	10 595	5,5	161
Analyses	4 241	2,2	64,5
Cures thermales (forfait soins)	382	0,2	5,8
Autres soins et contrats (y compris ROSP ¹)	866	0,4	13,2
3. Transports sanitaires	4 396	2,3	66,8
4. Bien médicaux	47 703	24,6	725
Médicaments	33 903	17,5	515,2
Autres biens médicaux	13 800	7,2	209,7
– Optique	5 752	3,0	87,4
– Orthèses et prothèses, véhicules pour handicapés physiques et produits d'origine humaine	2 640	1,4	40,1
– Matériel, aliments et pansements	5 408	2,8	82,2
B. MÉDECINE PRÉVENTIVE	3 506	1,8	53,3
Prévention individuelle primaire	2 947	1,5	44,8
Prévention individuelle secondaire	559	0,3	8,5

1. Rémunération sur objectif de santé publique

Les dépenses de santé en 2014. Résultat des Comptes de la santé, DREES, 2015
www.ecosante.fr

Doc 5 – Comparaison de la dépense courante de santé entre 2013 et 2014

	2013 (en milliards d'euros)	2014 (en milliards d'euros)	Structure 2014	TAAM ¹ (en %)
1. DÉPENSES POUR LES MALADES	218,54	223,64	87,1	2,6
Dépense de soins et biens médicaux	185,91	190,64	74,2	2,5
Soins de longue durée	19,18	19,66	7,7	2,5
Indemnités journalières	12,82	13,34	5,2	4,1
2. DÉPENSES DE PRÉVENTION	5,79	5,76	2,3	- 0,6
Prévention individuelle	3,51	3,51	1,4	- 0,2
Prévention collective	2,28	2,25	0,9	- 1,1
3. DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	12,21	11,9	4,6	- 2,5
Subventions au système de soins	3	2,39	0,9	16,6
Dépenses de recherche médicale et pharmaceutique	7,64	7,5	2,9	- 1,9
Dépenses de formation	1,99	2,01	0,8	1,2
4. COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	14,79	14,95	5,8	1
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	251,32	256,25	100	2,2

1. Taux d'accroissement annuel moyen

www.indes.fr

1 Distinguez les caractéristiques de l'économie de la santé par rapport à l'économie marchande.

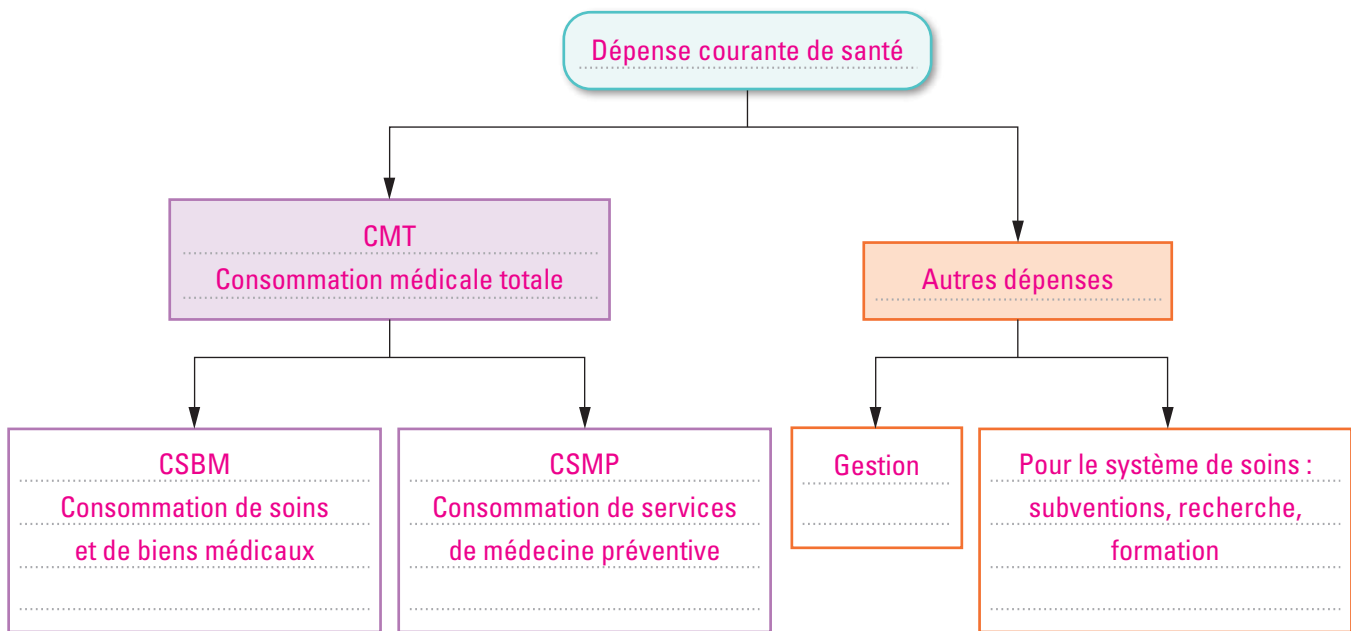
En économie marchande, tout bien ou service est susceptible d'être vendu sur un marché. Les offreurs (entreprises) proposent ce bien ou service aux demandeurs (ménages). Le bien s'échange moyennant un prix fixé soit par ajustement entre l'offre et la demande, soit par l'entreprise qui tient compte de ses coûts de production.

En économie de la santé, la santé n'est pas un bien marchand. Le patient est le consommateur des biens et services liés à la santé, mais il ne décide pas de leur consommation. De plus, il n'en n'est pas le payeur direct, puisque le paiement est en partie pris en charge par les organismes de protection sociale.

2 Expliquez comment évolue la dépense courante de santé en France depuis 2013.

Le doc. 5 montre que la dépense courante de santé a augmentée de 2,2 % entre 2013 et 2014. Cette augmentation est due à la progression des dépenses pour les malades et au coût de gestion. Par contre, les dépenses liées à la prévention et au système de soins ont reculé.

- 3 Présentez de façon schématique les différents agrégats de l'économie de la santé en mettant en évidence leurs composantes et leurs liens.



- 4 Montrez l'importance pour les professionnels de la santé et les décideurs politiques de s'interroger sur le fonctionnement économique du système de santé ?

L'augmentation constante des dépenses de santé et la difficulté à les maîtriser poussent les responsables du système de santé (professionnels et décideurs politiques) à s'interroger sur son fonctionnement économique. Cette discipline s'appelle l'« économie de la santé ».

II La nécessaire régulation des comptes de la santé

Activité 2 La régulation du système de santé

- Objectifs
- montrer qu'il existe une régulation du système de santé ;
 - analyser différents choix visant à assurer l'équilibre des comptes de la santé.



Doc 6 Pourquoi réguler les dépenses de santé ?



Confronté à une progression des dépenses de santé supérieure à celle de la richesse nationale mais également à des déficits récurrents (plus de 7 milliards d'euros

en 2014), le système de santé français est, avec celui des retraites, le principal contributeur à la dette de la Sécurité sociale.

Son mode de financement, basé sur les cotisations sociales et la CSG (contribution sociale généralisée), entraîne un accroissement du coût du travail, ce qui est préjudiciable à l'économie. Il est donc impératif de maîtriser les dépenses du système de santé, et surtout leur progression.

Maîtriser les dépenses de santé ne signifie pas aujourd'hui réduire la consommation de soins en volume (par exemple, en fixant une consommation de soins maximale à chaque

Doc 6

→ assuré) ou en accessibilité (par exemple, en interdisant aux assurés de consulter un professionnel de santé, ou aux professionnels de prescrire des actes ou des produits de santé – radiologie, IRM, scanners, médicaments, etc.). En effet, la santé est considérée comme un des acquis essentiels de la Sécurité sociale.

Il s'agit plutôt d'être capable de réguler les dépenses afin :

– qu'elles ne pèsent pas de manière excessive sur l'économie, sachant qu'elles sont financées en France par des cotisations, des contributions ou des prélèvements sociaux

qui alourdissent le coût du travail et le poids de la dette à rembourser ;

– qu'elles puissent être affectées de manière pertinente et ainsi contribuer à la mise en œuvre d'un système de soins efficient, c'est-à-dire apte à délivrer des services de qualité au meilleur coût ;

– qu'elles permettent de rendre le système de soins équitable, c'est-à-dire apte à couvrir l'ensemble de la population et éviter ainsi les phénomènes de nonaccès et de non-recours aux soins, facteurs qui aggravent les inégalités.

www.vie-publique.fr

Doc 7

Qu'est-ce que l'ONDAM ?

L'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est le montant prévisionnel établi annuellement pour les dépenses de l'assurance maladie en France. C'est un outil de régulation des dépenses de l'assurance maladie.

L'ONDAM a été créé par une ordonnance de 1996 dans le cadre du plan Juppé. Il englobe les soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics mais aussi dans les centres médico-sociaux. Depuis 1997, il est voté chaque année par le Parlement dans le cadre du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale. Pour la loi de financement de la Sécurité sociale de 2012, l'ONDAM est fixé à 171,2 milliards d'euros avec un taux de progression de 2,5 % (voir article 48 du PLFSS 2012). Cet objectif concerne les dépenses remboursées par l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Il ne comprend pas les frais non couverts par l'assurance maladie : tickets modérateurs, dépassements d'honoraires médicaux...

L'ONDAM est divisé en 6 sous catégories :

- Dépenses de soins de ville ;
- Dépenses relatives aux établissements tarifés à l'activité ;
- Autres dépenses des établissements de santé ;
- Contribution aux dépenses des établissements et services pour personnes âgées ;
- Contribution aux dépenses des établissements et services pour personnes handicapées
- Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge.

Depuis 2014, l'ONDAM est décomposé en sous-objectifs :

- **les dépenses de soins de ville**, qui regroupent les remboursements d'honoraires des professionnels de santé, les médicaments et dispositifs médicaux, les IJ (hors IJ maternité, SNCF, RATP et Fonction publique), les prestations diverses, la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé, la dotation aux Fonds d'action conventionnelle (FAC – dont aide à la télétransmission) et les remises conventionnelles ;
- **les dépenses en établissements de santé** qui regroupent les dépenses relatives aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO) des établissements de santé publics et privés et les dotations aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ;
- **les autres soins en établissement de santé** qui concernent les soins de suite et de réadaptation, les soins de psychiatrie des établissements publics et privés, les hôpitaux locaux, les USLD et autres dépenses spécifiques comme la dotation au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) ;
- **les dépenses médico-sociales** pour personnes âgées et celles pour personnes handicapées.

www.securite-sociale.fr

1

Donnez une définition de la notion de « régulation ».

La régulation consiste à réguler, c'est-à-dire à rendre régulier, et contrôler le mouvement, le mécanisme.

2

Expliquez ce qu'est « la régulation des dépenses de santé ».

La régulation des dépenses de santé consiste à mettre en place des mécanismes qui vont permettre d'assurer un équilibre entre l'offre et la demande de soins, tout en limitant les dépenses.

3 À l'aide du site Internet vie-publique.fr, citez et expliquez les mesures mises en place pour réguler l'offre et la demande de soins.

La régulation de l'offre de soins concerne les producteurs de soins (professionnels, établissements...).

Les mesures pour limiter l'offre de soins sont notamment :

- la tarification à l'activité (T2A) ;
- le *numerus clausus* (nombre d'étudiants) ;
- le schéma régional d'organisation des soins (SROS) ;
- les solutions alternatives à l'hospitalisation ;
- les médicaments génériques et l'encadrement des prix des médicaments ;
- le développement de la prévention ;
- l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM qui contrôle les dépenses de santé depuis 1996).

La régulation de la demande de soins concerne les patients qui ont à leur charge une partie des frais. Les mesures pour limiter la demande sont notamment :

- la contribution forfaitaire pour chaque consultation et prescription médicamenteuse ;
- le plafonnement des remboursements (franchises médicales) ;
- le parcours de soins coordonnés (dossier médical personnel, carte vitale, choix d'un médicament).

4 Présentez l'ONDAM et sa mission.

L'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) a été créé par les ordonnances de 1996. Il est fixé chaque année par la loi de financement de la Sécurité sociale. Il intègre un objectif de dépenses à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics, mais aussi dans les centres médico-sociaux. C'est un indicateur de maîtrise des dépenses de santé.

5 Justifiez la nécessité d'une régulation des dépenses de santé.

Le système de santé français est le principal contributeur à la dette de la Sécurité sociale. Il doit faire face à une progression constante des dépenses de santé. C'est pourquoi il est impératif de maîtriser et de réguler ces dépenses afin :

- qu'elles ne pèsent pas de manière excessive sur l'économie ;
- que les usagers puissent bénéficier de services de qualité au meilleur coût ;
- que l'ensemble de la population ait accès aux soins de manière équitable.

Synthèse

ATT

10

L'économie de la santé



Approche historique : entre bienfaisance, action sociale et développement social local

ATT

11

I De la solidarité à la politique sociale

Activité 1 La politique du logement : une politique sociale

Objectif • définir une politique sociale et ses objectifs. 1h

Doc 1 Le droit au logement : un droit sans cesse réaffirmé

Le droit au logement est reconnu comme un droit social depuis 1946. Au niveau international, la Déclaration universelle des Droits de l'Homme de 1948 reconnaît dans son article 25-1 que le droit au logement fait partie des droits sociaux : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ».

www.vie-publique.fr



Doc 2 Dynamiser les villes et les quartiers : la construction de logements

Construire 500 000 logements chaque année, c'est l'objectif fixé par le président de la République pour répondre aux difficultés que les Français connaissent pour se loger, mais aussi pour soutenir un secteur en crise. Le 29 août 2014, le Premier ministre a présenté les détails du nouveau plan de relance en faveur du logement, qui comprend de nombreuses mesures visant à relancer la construction et la mixité sociale.

« Relancer la construction, c'est une priorité sociale pour les familles, pour les jeunes – parce que notre pays peut s'appuyer sur une démographie dynamique – mais c'est aussi un impératif économique ! »

Manuel Valls, Conférence de presse de présentation du plan de relance en faveur du logement, 29 août 2014

1 À l'aide de vos connaissances, rappelez à quoi correspond une politique dans le domaine de la santé.

Il s'agit d'un ensemble de mesures et actions mises en place par les pouvoirs publics pour améliorer la santé des individus.

2 À l'aide des documents et de la réponse à la question précédente, expliquez à quoi correspond une politique sociale.

Il s'agit d'un ensemble de mesures et actions mises en place par les pouvoirs publics pour améliorer le bien-être global des individus, leurs conditions de vie et assurer leurs droits sociaux.

3 Montrez en quoi une politique du logement peut être qualifiée de politique sociale.

Elle peut être qualifiée de politique sociale car le droit au logement fait partie des droits sociaux. La construction par les pouvoirs publics, et donc le fait de permettre l'accès au logement pour tout individu, constitue une base pour s'insérer dans la société et accéder à un certain bien-être social (sécurité, santé, dignité...).

Activité 2 La solidarité, base des politiques sociales

Objectif • identifier la place de la solidarité dans l'évolution des politiques sociales.



Doc 3 Cohésion sociale et solidarité

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.

L'État n'en est pas le seul acteur : les lois de décentralisation ont fait des collectivités territoriales des responsables

essentiels du champ social dans lequel interviennent également de façon importante les associations et les organismes sociaux.

L'État reste néanmoins le fédérateur légitime de projets et d'actions concourant à la cohésion sociale, et affirme son rôle d'« animateur » dans un concert de partenaires, sans nier celui des autres acteurs. Il se positionne dans une fonction d'ingénierie sociale, d'« ensambleur » de projets et d'acteurs afin de trouver des solutions collectives dans le champ sociétal.

www.correze.gouv.fr

Doc 4 Ni assurance ni charité, la solidarité

Obligation envers les autres membres, la solidarité témoigne de la solidité d'une communauté. [...] Par l'égalité des citoyens qu'il met en œuvre, ce principe juridique forme le socle du développement humain.

Bien qu'elle doive l'essentiel de sa fortune à la pensée sociologique et politique, la notion de solidarité a une origine juridique. Elle a d'abord désigné (dans le code civil de 1804) une technique du droit de la responsabilité utilisée en cas de pluralité de créanciers (solidarité active) ou de débiteurs (solidarité passive) d'une même obligation. C'est seulement à la fin du XIX^e siècle qu'elle a acquis un sens juridique nouveau : celui d'organisation collective permettant de faire face aux risques liés au machinisme industriel, et de faire peser sur ceux qui de fait les créent une responsabilité objective, indépendante de toute faute. Ont ainsi été institués des régimes de solidarité que Jean-Jacques Dupeyroux¹ a justement décrits comme des « pots communs [...] où l'on cotise selon ses ressources et où l'on puise selon ses besoins ». [...]

C'est sur le plan national que la solidarité a acquis la plus grande portée. Le code de la Sécurité sociale (1945) affirme ainsi que « l'organisation de la Sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale ». À ce principe correspond une citoyenneté sociale, distincte de la citoyenneté politique, qui repose sur trois piliers : la Sécurité sociale, les services publics et les libertés collectives garanties par le droit du travail (liberté syndicale, négociation collective et droit de grève). Cette citoyenneté sociale, qui ne procède pas d'un droit du sang ou du sol, unit tous ceux qui contribuent à la solidarité nationale par leurs impôts et cotisations et bénéficient de celle-ci en tant qu'assurés sociaux et usagers des services publics. La solidarité nationale n'est pas exclusive. Elle admet en son sein l'expression de solidarités plus étroites qu'on peut qualifier

de « solidarités civiles » – fondées sur le volontariat et gérées par des organismes à but non lucratif, comme les associations, les syndicats ou les mutuelles –, sans oublier les solidarités familiales. Toutes s'exercent sous l'égide de la solidarité nationale, qui les coordonne et que tout à la fois elles prolongent et soutiennent. Les liens entre ces cercles de solidarité sont multiples ; on ne peut donc en modifier un sans affecter tous les autres. Aucun système de Sécurité sociale ne résisterait longtemps, par exemple, à une disparition des solidarités familiales. Il suffit pour le comprendre de convertir en heures de salaire le travail invisible que représentent les soins prodigués dans ce contexte aux personnes malades ou âgées.

Ainsi définie, la solidarité se distingue aussi bien de l'assurance que de la charité. À la différence de l'assurance privée, qui s'appuie sur un calcul actuariel des risques (par une méthode statistique), un régime de solidarité repose sur l'appartenance à une communauté, qu'elle soit nationale, professionnelle ou familiale. Les membres de cette communauté qui sont à un moment donné les plus fortunés, ou les moins exposés au risque, contribuent davantage que les moins fortunés ou les plus exposés, mais tous ont les mêmes droits. À la différence de la charité (ou de son avatar contemporain, le *care*), la solidarité ne divise donc pas le monde entre ceux qui donnent et ceux qui reçoivent : tous doivent contribuer au régime selon leurs capacités, et tous ont le droit d'en bénéficier selon leurs besoins. Expression de l'égalité des êtres humains, l'organisation de la solidarité est un frein à l'extension de la logique marchande à toutes les activités humaines.

1. J.-J. Dupeyroux, « Les exigences de la solidarité », *Droit social*, n° 11, Paris, 1990.

A. Supiot, « Au fondement de la citoyenneté sociale », *Le Monde diplomatique*, novembre 2014

1 Présentez le principe mis en avant dans les documents.

Il s'agit du principe de solidarité qui met en œuvre les liens unissant les membres d'une communauté.

2 Expliquez pourquoi, dans le doc. 4, l'auteur dit que « la solidarité nationale n'est pas exclusive. »

La solidarité ne provient pas uniquement des pouvoirs publics. Elle peut provenir des organismes à but non lucratif, comme les associations, les syndicats ou les mutuelles, ainsi que des familles, des individus, de la société dans son ensemble (l'auteur les qualifie d'ailleurs de « solidarités civiles »).

3 Présentez le lien entre politique sociale et principe de solidarité.

Le principe de solidarité constitue la base de toute politique sociale qui vise à assurer le bien-être social des populations. Il permet de prolonger cette solidarité individuelle au niveau collectif. Le principe de solidarité légitime la mise en place des politiques sociales dans tout domaine (les biens portants cotisent pour les malades, les actifs pour les inactifs, les jeunes pour les personnes âgées, les riches pour les pauvres...).

4 Expliquez en quoi la solidarité constitue un élément fondamental dans la construction des politiques sociales en France.

Les pouvoirs publics s'appuient sur le principe de solidarité pour construire et mettre en place une politique sociale. La société française est composée de différentes solidarités (entraides, dons...) et acteurs l'exerçant (familles, bénévoles, associations...).

L'État a pour rôle d'améliorer le bien-être social des individus. Pour cela, il utilise toutes ces solidarités : il les fédère, les complète et les organise en mettant en place les politiques sociales dans différents domaines (santé, protection sociale, logement, emploi...).

Le principe de solidarité constitue le fondement des politiques sociales.

II L'évolution des politiques sociales

Activité 3 La place grandissante de l'usager

Objectif • illustrer l'évolution de la place de l'usager à travers l'évolution des politiques sociales.



Doc 5 Du bénévolat à la solidarité, petite histoire de l'action sociale à Romillé

Sous l'Ancien Régime, c'est la charité qui prévaut pour lutter contre la pauvreté et c'est l'Église qui encadre, par l'intermédiaire, le plus souvent de congrégations religieuses, les dons et les soins donnés aux plus démunis. Cependant, c'est d'abord la famille élargie qui prend en charge les plus jeunes et les plus anciens en leur assurant leur subsistance dans le cadre d'une économie agricole qui est celle de notre campagne de l'époque. Enfants et vieillards travaillent aux champs ou au potager pour contribuer à l'effort du chef de famille. Les nécessiteux les plus isolés survivent par la mendicité ou l'aide des Sœurs. En frimaire an V (novembre 1796), une loi post-révolutionnaire crée

les bureaux de bienfaisance qui ont pour objet « de secourir à domicile et en nature les personnes que les circonstances auraient placées dans un état de pauvreté, d'infirmité ou d'abandon et qui en feraient la demande ». Les archives communales gardent la trace de ce qui a sans doute été la création d'un bureau de bienfaisance dans la commune avec le



Doc 5

→ procès-verbal de l'installation et de la prestation de serment des membres de la commission administrative de ce bureau le 15 juillet 1866. Sous la présidence du maire M. Lemoine, cinq autres membres bénévoles, MM. Joseph Paumard, curé de la paroisse, Alexandre de la Hamelinaye, Alexandre Lambard, Jean-Marie Chilou et Jean-Marie Aubin sont chargés de constituer la liste des personnes à secourir, de rencontrer les pauvres de la commune, de distribuer les secours tout en leur donnant, on peut s'en douter, conseils matériels et prescriptions morales. En 1874, est votée la loi Roussel, relative à la protection des enfants du premier âge et en vertu de son article 9, « un registre de déclarations des nourrices, sevrées ou gardeuses » est ouvert en mairie où il est toujours conservé.

Une forme de protection publique, des plus fragiles, se met donc en place à Romillé au ^{xix}^e siècle, dont la construction de l'asile pour vieillards vient aussi témoigner, immeuble toujours visible aujourd'hui au 8 Contour du Bignon, en face de l'école privée. Il est aujourd'hui réaménagé en appartements. La loi du 15 juillet 1893 institue l'assistance médicale gratuite dans chaque commune, la loi du 27 juin 1904 le service départemental d'aide sociale à l'enfance et la loi du 14 juillet 1905 l'assistance aux vieillards infirmes et incurables. Des systèmes

d'assurances sociales tentent également de se mettre en place à la même époque et la loi du 5 avril 1910 organise les retraites ouvrières et paysannes (ROP). C'est un échec car l'âge de la retraite, 65 ans, dépasse la durée de vie moyenne et les syndicats estiment que les sommes capitalisées serviront à préparer et soutenir des guerres. La caisse régionale de Rennes est instituée par décret le 8 août 1911 et quelques exemples de dossiers de cotisants sont conservés en mairie. Rappelons que c'est au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, en octobre 1945, qu'est érigée la Sécurité sociale qui organise les caisses d'allocations familiales, mais aussi les différentes branches qui couvrent notamment les risques liés à la maladie, aux accidents du travail et maladies professionnelles, à la vieillesse et au veuvage (retraite). Les Bureaux d'assistance et des Bureaux de bienfaisance sont fusionnés en 1953 dans les Bureaux d'aide sociale (BAS). Ces derniers organisent notamment la distribution aux « économiquement faibles » de bons de beurre, d'essence et leurs enfants bénéficient de la gratuité des fournitures scolaires. En 1986, le Centre communal d'action sociale (CCAS), reprend les missions de ses prédécesseurs en animant une action générale de prévention et de développement social dans la commune.

« Du bénévolat à la solidarité », www.romille.fr

Doc 6

De la solidarité privée à la solidarité publique : naissance de la Sécurité sociale

Aux solidarités restreintes exercées dans le cadre familial ou des métiers (corporations), la Révolution de 1789 et la Déclaration des droits de l'homme ont substitué une conception nouvelle de l'assistance. Les insuffisances et les limites de l'assistance donneront naissance, dès le début du ^{xx}^e siècle, aux premières tentatives de création d'une Sécurité sociale qui apparaîtra, dans ses principes et sa forme en vigueur aujourd'hui, en 1945.

Au cours de la phase d'industrialisation du ^{xix}^e siècle, vont se développer non sans débats et hésitations :

➤ **Les sociétés de secours mutuels**, succédant aux corporations de l'Ancien Régime abolies en 1791, fondées sur la prévoyance collective volontaire et limitées à quelques activités ou quelques entreprises ;

➤ **Un système d'aide sociale** : l'aide sociale intervient pour faire face à des besoins spécifiques appréciés selon des critères subjectifs par une commission composée en partie d'élus locaux ; le droit à l'aide sociale est subordonné à condition de ressources de l'individu ou de sa famille et les prestations, en nature ou en espèces, sont récupérables sur les débiteurs alimentaires et les successions ou les revenus de l'assisté revenu à meilleure fortune.

La loi du 15 juillet 1893 institue ainsi l'assistance médicale gratuite, la loi du 27 juin 1904 le service départemental d'aide sociale à l'enfance et la loi du 14 juillet 1905 l'assistance aux vieillards infirmes et incurables.

La loi du 11 mars 1932 prévoit des allocations couvrant les charges familiales financées par des versements patronaux. À la veille de la Deuxième Guerre mondiale, la France dispose, dans les textes, d'un système de protection complet mais fragile qui sera profondément renouvelé après les hostilités.

En 1945, « la Sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain, de cette incertitude constante qui crée chez eux un sentiment d'infériorité et qui est la base réelle et profonde de la distinction des classes entre les possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir et les travailleurs sur qui pèse, à tout moment, la menace de la misère. »

« Envisagée sous cet angle, la Sécurité sociale appelle l'aménagement d'une vaste organisation nationale d'entraide obligatoire qui ne peut atteindre sa pleine efficacité que si elle présente un caractère de très grande généralité à la fois quant aux personnes qu'elle englobe et quant aux risques qu'elle couvre. Le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité ; un tel

Doc 6



résultat ne s'obtiendra qu'au prix de longues années d'efforts persévérants, mais ce qu'il est possible de faire aujourd'hui, c'est d'organiser le cadre dans lequel se réalisera progressivement ce plan. »

L'ordonnance du 19 octobre 1945 concerne les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès. La loi du 22 août 1946 étend les allocations familiales à pratique-

ment toute la population et la loi du 30 octobre 1946 intègre la réparation des accidents du travail à la Sécurité sociale.

Les principes de 1945, dont certains n'ont pu être appliqués, rapidement entrent progressivement dans les faits.

www.securite-sociale.fr

Doc 7

Du bureau de bienfaisance au CCAS

Deux cents ans d'histoire. Le traitement de la pauvreté et l'aide aux personnes en difficulté ne datent pas d'hier. De la charité chrétienne aux bureaux de bienfaisance, jusqu'aux bureaux d'aide sociale, l'action sociale s'est progressivement organisée.

Le 6 janvier 1986, quand les bureaux d'aide sociale deviennent les Centres communaux d'action sociale, l'État leur délègue une compétence globale dans le vaste champ de l'action sociale et médico-sociale, consécutivement aux lois de décentralisation.

Aujourd'hui, ce sont les CCAS qui aident et soutiennent les plus défavorisés dans un contexte cependant beaucoup plus large d'interventions de développement social local. Ils s'imposent à présent comme un outil politique incontournable de l'action sociale locale. Ils sont le moyen privilégié par lequel la solidarité publique, nationale et locale peut réellement s'exercer.

www.fremainville.fr



Les Sept Œuvres de miséricorde de David Teniers le Jeune représente une distribution de pains à des indigents vers 1640.

Doc 8

L'aide sociale aujourd'hui

L'aide sociale est un système de solidarité nationale qui apporte assistance aux personnes confrontées à des difficultés d'ordre social et matériel. Par ses actions d'insertion, de prévention et de secours, l'aide sociale s'avère être un véritable maillon de l'action sociale en général.

L'aide sociale repose sur la participation de l'État, des collectivités territoriales, des organismes de Sécurité sociale et des organismes de mutualité agricole. Depuis les premières grandes lois sur la décentralisation : loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions et la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983, les collectivités territoriales se sont vu attribuer, par transfert de l'État, des compétences en matière d'aide sociale, leur permettant de devenir de véritables acteurs de l'action sociale, en agissant directement sur leur territoire.

Ainsi, le département est devenu un chef de file de l'aide sociale, notamment depuis la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, qui réaffirme ses missions en matière d'action sociale. Dans le cadre de l'action sociale sur son territoire, le département intervient auprès des populations sujettes à des difficultés sociales, économiques, de dépendance, de handicap.

Chaque département est chargé de mettre en application sur son territoire l'aide sociale conformément aux textes législatifs et réglementaires en vigueur. Ainsi, il établit un règlement départemental de l'aide sociale qui traite de l'ensemble des aides sociales légales, dites obligatoires, et des aides extra-légales, dites facultatives, ainsi que des modalités d'attribution correspondantes.

Les aides sociales légales, dites obligatoires, correspondent aux aides directement liées aux transferts de compétences de l'État. Les aides sociales extra-légales ou facultatives

Doc 8

→ sont propres à chaque département qui a la liberté de créer ou de compléter une prestation sociale, et ce toujours dans le cadre de l'action sociale sur son territoire. Les aides sociales sont des prestations qui peuvent être attribuées en nature (aide sous forme de services, d'action sociales ou éducatives) ou en espèces (aide pécuniaire versée en une seule fois ou périodiquement).

Le département a à sa tête le président du Conseil général, qui est responsable de l'action sociale et qui est décisionnaire pour l'attribution des aides sociales relevant de ses compétences.

Par convention passée avec le département, la commune est un autre acteur de l'aide sociale chargé en outre de l'instruction des dossiers de demande d'aide sociale.

sante.lefigaro.fr

Doc 9 Les politiques sociales : une approche transversale



À Mundolsheim, des bénévoles de la banque alimentaire du Bas-Rhin trient des denrées dans les entrepôts de l'association.

Les politiques sociales, lorsqu'elles ont fait leur apparition, se sont intéressées à des groupes cibles (les classes laborieuses, les enfants, les personnes âgées, les malades mentaux) ou à des grandes catégories de besoins (protection sociale, logement, santé), non sans que leurs promoteurs prennent fréquemment conscience du nécessaire croisement entre les approches. Mais leur développement a progressivement donné naissance à de grandes mouvances institutionnelles entre lesquelles l'habitude s'est peu à peu perdue de poursuivre des échanges pourtant nécessaires à la compréhension des faits sociaux et à la mise au jour de réponses pertinentes aux désordres, attentes, besoins repérés. C'est ainsi que, sous l'effet des mécomptes engendrés par différentes sortes de cloisonnement, de l'essoufflement aussi de l'effort social dont s'est accompagnée la fin des Trente Glorieuses, on a vu

surgir et s'affermir ce que, dans « Clefs pour la politique sociale », publié en 1976, j'appelais des « mythes de délivrance ». Au nombre de ceux-ci, aux côtés de l'affirmation de la nécessité de prévenir plutôt que de se borner à réparer, figurait dès cette époque en bonne place, celle de la nécessité de désenclaver les politiques sectorielles, ou trop étroitement ciblées. Au nom de cette nécessité ont successivement été révisées, réaménagées, redéployées les stratégies d'intervention en matière de service social, d'aide sociale à l'enfance, d'action sociale et ont pris leur essor, diverses initiatives pour promouvoir et consolider des services sociaux polyvalents, des services unifiés de l'enfance, des équipements intégrés ; en même temps qu'étaient imaginées, et parfois expérimentées, des politiques intégrées de lutte contre la pauvreté et la précarité, de promotion de l'égalité hommes/femmes, de lutte contre le handicap.

C'est à la même époque, qu'ont vu le jour les premières opérations de réhabilitation des quartiers dégradés s'intéressant simultanément à la dimension physique et à la dimension sociale de cette dégradation ; de ces opérations dites « Habitat et Vie Sociale » sont nés le « développement social des quartiers », puis la « Politique de la ville ». [...]

Mais au monde des politiques sociales, y inclus des politiques du travail, de l'éducation, de la lutte contre la délinquance, qui font incontestablement partie du champ social, la décentralisation a, dès le début des années 1980, apporté de considérables changements. [...] On a un temps pu considérer la décentralisation, comme par elle-même propice à une approche intégrée des politiques sociales, au sens large, sur un territoire pertinent, ceci à partir d'une meilleure connaissance des besoins, autorisant des réponses plus adaptées et mieux articulées les unes aux autres, quels que soient les opérateurs appelés à contribuer à leur satisfaction.

J.-M. Belorgey, www.arifor.fr

Doc 10 Place des usagers

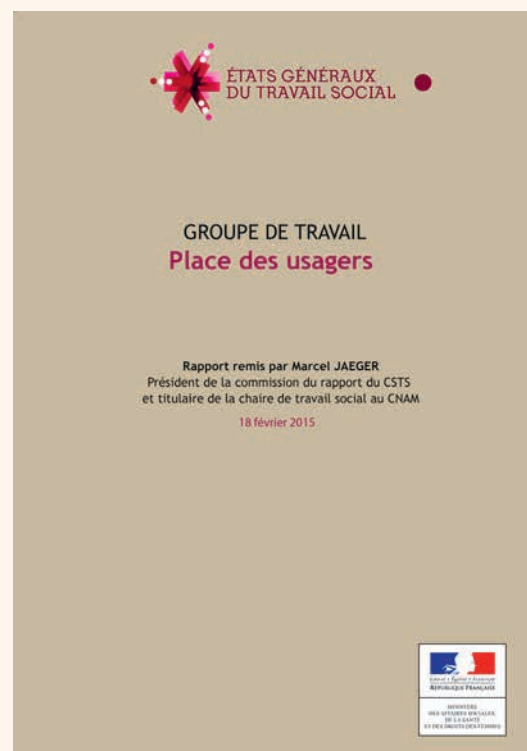
Les différents textes législatifs dans le domaine de l'action sociale et médico-sociale affirment le droit à la participation des « usagers » et prévoient leur prise en compte dans différentes procédures ou instances. Cette question de la place des personnes, considérée comme incontournable pour améliorer leur situation et plus globalement la cohésion sociale, doit être envisagée plus largement comme un facteur de développement de la démocratie et à ce titre dépasser le champ de l'action sociale et médico-sociale.

Cette idée se retrouve dans le rapport *Citoyenneté et pouvoir d'agir dans les quartiers populaires* remis à François Lamy, ministre délégué chargé de la Ville, par Marie-Hélène Bacqué et Mohamed Mechmache : « la participation est un enjeu social dans la mesure où participer à un collectif peut contribuer à inverser des spirales de désocialisation, d'isolement et de repli, permettre de retisser des liens, enclencher des dynamiques de mobilisation individuelles et collectives. Mais l'enjeu est avant tout politique : il consiste à mobiliser les citoyens autour de la vie collective et de la vie de la cité, à faire de la chose politique un enjeu partagé, à faire émerger de nouveaux responsables politiques et à en diversifier les profils, à réinventer la démocratie. »

En effet, comme le soulignent très largement les travaux d'ATD Quart Monde, cette question touche au principe de la citoyenneté et à la considération que sont en droit d'attendre toutes les personnes, notamment lorsqu'elles sont en grande difficulté : « La finalité du travail social devrait être l'accès de tous à l'ensemble des droits fondamentaux et à une pleine citoyenneté, par la reconnaissance des personnes dans leur rôle d'acteurs de la vie sociale. Cela implique un processus émancipateur de transformation sociale mobilisant tous les acteurs et garantissant la place et la réelle participation collective des personnes en situation de pauvreté : un processus qui doit être soutenu par une volonté politique ». »

Dans le même esprit, le rapport de la CNSA *Affirmer la citoyenneté de tous* précise : « Le Conseil de la CNSA affirme son attachement à ce que les efforts se poursuivent pour permettre un accès des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à une citoyenneté pleine et entière. Le Conseil souhaite plus largement souligner combien la prise en compte de la parole de ces personnes est l'affaire de tous et doit être au cœur d'une transformation du regard porté sur elles et du cheminement vers une société réellement inclusive. »

Au-delà du périmètre de la lutte contre les exclusions et pour l'inclusion sociale, cette problématique doit être envisagée comme le démontre, dans le domaine de la protection de l'enfance, la CNAPE en précisant : « Non seulement la participation des enfants à leur accompagnement et celle de leurs parents, est légitime, mais il s'agit également d'une condition nécessaire à la pertinence et à l'efficacité de l'accompagnement et de l'action éducative menée au bénéfice de l'enfant, dans son intérêt. »



Ce sujet est donc central pour les acteurs du travail social et de l'intervention sociale, mais il concerne plus largement tous les acteurs de la vie publique en termes d'enjeu de démocratie et d'amélioration de la cohésion sociale.

Or, le constat principal est celui d'un « usager » trop souvent dépourvu de ses prérogatives d'acteur dans son parcours personnel. Les professionnels interrogent les institutions et l'État sur les moyens dont ils disposent pour redonner une place centrale aux personnes aidées et accompagnées, notamment dans les politiques sociales qui les concernent.

La participation de ces personnes constitue autant un enjeu pour elles-mêmes que pour les professionnels du travail social et de l'intervention sociale, car la participation et l'engagement sont des postures en miroir, l'une et l'autre s'alimentant ou se diminuant en symétrie.

Il s'agit donc d'affirmer la primauté de la valeur de la personne citoyenne dans le sillage des principes affirmés en particulier par les lois du 2 janvier 2002, du 11 février 2005 et celles du 5 mars 2007. Il s'agit de ne plus envisager les personnes par le prisme de leurs difficultés, mais plutôt au regard de leurs droits, ressources et surtout de leurs capacités d'intervention, d'adaptation et d'organisation. La reconnaissance de cette place des personnes participe à leur démarche d'émancipation en les rendant actrices de leurs projets. La participation des personnes doit donc être considérée comme un élément constitutif du travail social et de la gouvernance des institutions.

États généraux du travail social, février 2015, www.social-sante.gouv.fr

1 Complétez le tableau suivant en retrouvant les grandes étapes du passage progressif de la solidarité au développement social local en France.

Périodes	Étapes
Ancien Régime	Charité Solidarités privées, entraides familiales et religieuses
1796	Loi créant les bureaux de bienfaisance
XIX ^e siècle	Premières formes de protection publique pour les populations les plus vulnérables
1945	Création de la Sécurité sociale
1953	Les bureaux de bienfaisance deviennent des bureaux d'aide sociale.
1982/1986	Les collectivités territoriales deviennent de véritables acteurs de l'action sociale sur leur territoire.
1986	Création des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS)
2002/2007	Différentes lois reconnaissent progressivement les usagers comme des acteurs à part entière de l'action sociale

2 Classez les différents acteurs intervenants au niveau social en France.

Niveaux d'intervention	Acteurs
National	État Organismes de protection sociale
Départemental	Conseil général
Local	Commune (Centre communal d'action sociale – CCAS)

3 Repérez les différents types de politiques sociales ou de prises en charge de l'usager.

On peut distinguer :

- les politiques liées à un public spécifique (personnes âgées, familles, enfants, personnes malades, chômeurs...);
- les politiques liées à un besoin, un domaine spécifique (logement, santé, chômage...);
- les politiques dites transversales, c'est-à-dire visant plusieurs publics et regroupant différents domaines sous un même thème (lutte contre la pauvreté, pour l'égalité...).

4 Expliquez brièvement dans quelle logique a évolué la politique sociale en France.

Les premières politiques sociales, jusqu'aux années 1980, étaient essentiellement des politiques catégorielles, c'est-à-dire centrées exclusivement sur un public ou un domaine précis. Mais les pouvoirs publics se sont progressivement rendus compte que ce type de politiques était peu efficace, constatant que les problèmes sociaux étaient souvent liés (ex : éducation, pauvreté, chômage, santé...). Dans les années 1980-90, il est donc apparu plus cohérent de « décroisonner » ces politiques sectorielles pour les associer dans la lutte commune contre un même problème (ex : lutte contre la pauvreté, l'exclusion dans les quartiers défavorisés).

Les politiques sociales ont évolué, passant des politiques sectorielles aux politiques transversales. Elles se sont enrichies d'acteurs et actions davantage locaux, au plus près de la population, la rendant véritablement actrice de sa situation sociale.

5 Montrez pourquoi l'usager est considéré comme un acteur incontournable des politiques sociales.

L'usager a été pendant très longtemps perçu par les politiques sociales comme la personne à assister, à accompagner dans ses besoins. À la fin des années 1980, en même temps que s'est mis en place le développement social local, la nécessité de faire participer l'usager aux actions sociales et locales s'est imposée. Les usagers sont des citoyens à part entière capables d'apporter des réponses, des solutions à leurs propres problèmes. En participant notamment aux prises de décisions, ils se responsabilisent davantage.

Les différents textes législatifs dans le domaine de l'action sociale et médico-sociale (les lois du 2 janvier 2002, du 11 février 2005 et du 5 mars 2007) affirment le droit à la participation des « usagers » et prévoient leur prise en compte dans diverses actions ou instances.

La participation de ces personnes constitue autant un enjeu pour elles-mêmes que pour les professionnels du travail social et de l'intervention sociale. L'usager est associé, impliqué aux décisions le concernant.

Il passe du statut de simple assisté au statut d'acteur. Ainsi, lors d'une action éducative, la participation des enfants à leur accompagnement et celle de leurs parents est légitime. C'est également une condition nécessaire à la pertinence et à l'efficacité de cette prise en charge.

Pour aller plus loin

En vous aidant d'Internet et d'un logiciel de traitement de texte, caractérisez la politique de la ville et analysez son intérêt, ainsi que ses limites, au regard de la cohésion sociale et des besoins des individus.

<http://www.ville.gouv.fr/?tout-sur-la-politique-de-la-ville>

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/FPORSOC14k_D3_ville.pdf

http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2015/02/05/politique-de-la-ville-quarante-ans-d-echeecs_4569855_4355770.html

Synthèse

ATT

11

L'évolution des politiques sociales de solidarité

Les politiques sociales

Ensemble de mesures et actions mises en place par les pouvoirs publics pour améliorer le bien-être global des individus, leurs conditions de vie et assurer leurs droits sociaux.

Jusqu'à l'Ancien Régime

1796

XIX^e siècle

1945

1953

Années 1980

2002-2007

De la charité à l'assistance publique,
à l'action sociale et au développement local

Charité, entraide, solidarités familiales et religieuses

Création des bureaux de bienfaisance (premières politiques sociales)

Premières formes de protection publiques des plus vulnérables

Création de la Sécurité sociale

Les bureaux de bienfaisance deviennent des bureaux d'aide sociale

Les collectivités territoriales deviennent acteurs de l'action sociale

Lois reconnaissant l'utilisateur comme acteur participatif de l'action sociale

L'individu passe du statut de simple usager assisté, accompagné, au statut d'acteur à part entière des politiques sociales.

L'intervention sociale (diversités des approches et des modes d'intervention)

ATT

12

I

La pluralité des choix de politiques sociales par les pouvoirs publics

Activité 1 Les caractéristiques de l'intervention sociale

Objectif ► caractériser l'intervention sociale.

30 min

Doc 1

La Caf des Hauts-de-Seine



**Les interventions sociales
de la Caf des Hauts-de-Seine**

Les travailleurs sociaux de la Caisse d'allocations familiales des Hauts-de-Seine centrent leurs interventions individuelles et/ou collectives sur les domaines de la parentalité, du logement et de l'insertion sociale et professionnelle.

Les offres de travail social sont proposées à partir d'un événement, d'une situation ou d'un fait générateur susceptible de fragiliser la famille. Elles s'articulent entre elles et avec les interventions des autres services sociaux.

1 Présentez l'organisation exposée dans le document (dénomination, statut, objectifs, domaines, publics, professionnels intervenants).

Il s'agit de la Caf (Caisse d'allocations familiales). C'est un établissement public, dont les objectifs sont d'aider les familles dans leur vie quotidienne et de développer la solidarité envers les personnes vulnérables en les accompagnant. Les domaines d'action de la Caf sont la famille, le logement, et l'insertion sociale et professionnelle. Les professionnels intervenants sont des travailleurs sociaux.

2 Identifiez à quoi peut correspondre une intervention sociale.

Cela peut correspondre à des actions mises en place pour répondre aux besoins sociaux des personnes en difficulté.

3 Expliquez l'intérêt d'une intervention sociale.

Son intérêt est à la fois individuel et collectif. Il s'agit surtout d'éviter l'exclusion et de maintenir le lien social, et donc la cohésion sociale.

Activité 2 La diversité des approches en politique sociale

- Objectifs** ▶ présenter la pluralité des approches (catégorielle, sectorielle, transversale) ;
▶ expliquer le choix d'une de ces approches par un exemple de politique sociale.



Doc 2 Ces jeunes morceaux de vie que la justice recolle à Villeneuve-d'Ascq : une approche catégorielle

Le juge des enfants les a confiés aux éducateurs parce qu'ils sont en danger ou ont été condamnés. Trente-trois jeunes de 13 à 18 ans sont accueillis dans un centre d'activités du Recueil. Ils suivent une formation, prétexte à réapprendre à faire confiance à la société, aux adultes et à eux-mêmes.

Angélique (prénom d'emprunt) confectionne une lampe en carton recyclé. « Pour ma grand-mère, car je m'entends bien avec elle ». Surtout pas pour son père « violent avec moi et avec qui j'ai été violente. C'est pour cela que je suis là ». La jeune fille de 17 ans est arrivée quatre jours auparavant à l'Unité éducative d'activités de jour du Recueil. Une décision du juge des enfants, sur proposition de ses éducateurs. C'est une mesure de protection. La jeune fille aurait commencé à s'éloigner de l'école après la mort de sa maman. Elle rêve de devenir coiffeuse. « Ici, les jeunes viennent se poser et se construire avant de penser à la sortie », décrypte Michelle Valentin, éducatrice.

« Elles doivent apprendre à se respecter et à respecter »

Les unités sont mixtes. Même si l'UEAJ accueille peu de filles : seulement 5 sur 33 jeunes. « Celles qui viennent sont très abîmées. Elles sont souvent victimes, voire coupables d'abus sexuels, ou appartiennent à des réseaux de prostitution », relève Mylène Legrand. Cette professeure technique leur apprend, en recyclant la matière, à élaborer de jolis objets. Plus qu'une allégorie : « Ici, on travaille la

confiance en elles, l'image qu'elles ont d'elles-mêmes via un atelier coiffure, esthétique. Elles doivent apprendre à se respecter et à respecter. »

Le projet professionnel, « un prétexte pour travailler la socialisation »

Dans un autre atelier, Nora Belaïdi, éducatrice, réapprend les fondamentaux : arriver à l'heure, écouter... Ici, les stagiaires reprennent les bases des maths et du français et passent une formation de cariste. « Pour certains, c'est une alternative à l'incarcération. Pour d'autres, un projet de sortie. Certains mineurs assistent aux cours avec leur bracelet électronique », confie l'éducatrice. Le projet professionnel, bien que sanctionné par un diplôme, « reste un prétexte pour travailler la socialisation, pointe Gilles Waterlot, directeur du service. Ils font chez nous en quatre mois ce que d'autres pourraient faire ailleurs en deux semaines ». Au Recueil, les éducateurs tentent d'abord de recoller les morceaux pour que les jeunes puissent choisir leur vie.

Quels services dans la métropole ?

▶ **Une unité éducative d'hébergement collectif**, inaugurée mi-septembre. Elle peut accueillir pour six mois jusqu'à douze jeunes âgés de 13 à 17 ans, le temps de construire un projet viable.

▶ **Un centre de jour** qui accueille deux des trois unités du Nord (la troisième se situe à Dunkerque). Elles relèvent

Doc 2



du territoire du tribunal pour enfants de Lille. Une unité éducative d'activités de jour regroupe trois activités à dominante professionnelle : chantier-école maçonnerie, atelier des caristes et restaurant pédagogique « La Galette de Moulins », situé à Lille-Moulins. La deuxième UEAJ villeneuvoise anime des activités de « remobilisation » autour de la récupération et détournement d'objets, de

la décoration et d'estime de soi, de la découverte des métiers. Cette dernière accueille également le groupe des moins de 16 ans.

Seize personnes (éducateurs, professeurs et administratifs) gèrent ces deux UEAJ qui peuvent accueillir 48 jeunes maximum. Parmi ces jeunes soit délinquants, soit placés par protection, on trouve des mineurs isolés étrangers.

M. Vandekerckhove, « Ces jeunes morceaux de vie que la justice recolle à Villeneuve-d'Ascq », *La Voix du Nord*, 18 octobre 2015

Doc 3

Agir pour l'emploi : une approche sectorielle

L'Agence pour l'Économie en Essonne accompagne les intercommunalités pour favoriser la création ou le maintien d'emplois sur leur territoire. Le Pôle emploi intervient régulièrement au sein des Maisons de l'emploi ou des événements organisés par les territoires autour de l'emploi pour informer le public sur la création d'entreprises.

Il les accompagne également dans le montage et l'organisation de Forums Emploi ayant pour objectif de faire se rencontrer l'emploi local lié au développement et aux implantations et les compétences disponibles. Enfin,

l'Agence permet aux territoires d'être présents à moindre coût chaque année au Salon des Entrepreneurs – manifestation de dimension nationale – leur donnant ainsi l'opportunité de présenter leurs atouts à un très large public de porteurs de projet.

Par son intervention dans les PACTE¹ de la Région Ile-de-France ou sa contribution aux Plans de revitalisation économique du département, l'Agence aide également les territoires à créer des emplois ou à préserver ceux existants.

1. Parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et de l'État.

www.essonne-developpement.com

Doc 4

Logements sociaux, caméras-piétons, discrimination à l'emploi : les annonces de Valls pour la banlieue : une approche transversale

Le Premier ministre Manuel Valls a convoqué un comité interministériel aux Mureaux, ce lundi. Dix ans après les émeutes de Clichy-sous-Bois, ce déplacement est hautement symbolique.

C'est un déplacement symbolique pour Manuel Valls ce lundi. Le Premier ministre et une quinzaine de ministres sont en déplacement ce lundi aux Mureaux, commune populaire des Yvelines, pour un comité interministériel. Six mois après l'annonce d'une batterie de soixante mesures visant à faire reculer « l'apartheid » dont souffrent selon lui les quartiers en difficulté, cette visite est l'occasion de faire le point sur le logement, l'éducation, la formation...

Durcissement de la politique sur les logements sociaux

En priorité, le gouvernement a annoncé des mesures en matière de logement. Une liste de 36 communes qui « ne respectent pas leurs obligations » de 20 % à 25 % de logements sociaux a été publiée. Dans ces communes, le gouvernement pourra reprendre la main : les préfets pourront se substituer aux maires récalcitrants pour faire

appliquer l'obligation fixée par la loi SRU (Solidarité et renouvellement urbains).

La plupart des communes sont situées dans le Sud et l'Île-de-France. Provence-Alpes-Côte d'Azur est la région la plus représentée avec 17 communes, devant l'Île-de-France (8), le Languedoc-Roussillon et Rhône-Alpes (5 chacune) et l'Aquitaine (1).

Campagne nationale de testing

Au chapitre de l'emploi, le gouvernement a confirmé sa volonté de mettre en place un système de tests sur l'existence ou non de discrimination dans les recrutements de la fonction publique. Une campagne nationale de « testing » sera lancée fin 2015.

« Un échantillon d'entreprises de plus de 1 000 salariés sera testé sur un nombre significatif d'offres d'emploi qu'elles publient, en veillant à ce qu'elles relèvent de métiers et de secteurs variés », a précisé le gouvernement. Cette campagne, promise par François Rebsamen en mai, se terminera par une synthèse publique mi-2016 et un « dialogue » avec les entreprises qui auraient été épinglées. [...]

Doc 4



« Pas assez de hauts fonctionnaires » issus des milieux populaires

Un programme de renouvellement des origines sociales des élèves des écoles administratives sera mis en œuvre progressivement à partir de la rentrée 2016. « Les 75 écoles de formation devront s'engager au premier semestre 2016 sur un plan permettant de renouveler les origines sociales

de leurs étudiants pour une mise en œuvre à la rentrée 2016 », a indiqué le Premier ministre.

Il souhaite remédier au manque de « hauts fonctionnaires issus des milieux populaires ». « Le décalage entre les élites et la société est trop important », a-t-il estimé, se défendant « de faire de la diversité un objet exotique » ou « de promouvoir la discrimination positive ».

www.lesechos.fr, 26 octobre 2015

Doc 5

Des politiques de la vieillesse à une politique du vieillissement

La prise en compte par les politiques publiques du phénomène du vieillissement est presque toujours le fait de politiques sectorielles, découplant les problématiques des champs social et médico-social de celles de l'aménagement des territoires. Pourtant, Florence Le Nulzec rappelle que le vieillissement intéresse tous les champs de la vie, du logement à l'aménagement de la ville, des services de proximité aux services dédiés liés à la dépendance, en passant par les déplacements et la participation à la vie sociale. Le paradigme dans lequel évolue l'action publique doit changer pour garantir une approche globale du vieillissement.

L'État et les départements sont les principaux porteurs de cette politique concertée mais contrainte. Cependant, les responsabilités sont morcelées entre une multitude d'acteurs (établissements publics de l'État, Région, EPCI, commune). [...]

Les différentes politiques publiques sectorielles ont une approche ciblée de la vieillesse. Les schémas gérontologiques départementaux sont encore centrés sur l'accompagnement social et médico-social à domicile et la production de logements spécialisés. Les PLH (Programmes locaux de l'habitat) réintègrent cette programmation de logements spécialisés du schéma gérontologique, favorisent l'adaptation du logement à la dépendance et s'interrogent parfois sur un habitat alternatif. Les PDU (Plans de déplacements urbains) prennent en compte le handicap et la mobilité restreinte en général, avec des réponses ponctuellement originales. Les communes, quant à elles, mènent souvent des politiques socioculturelles spécifiques pour les retraités et personnes âgées.

Les politiques publiques peinent à identifier ce qu'est la vieillesse dans ses différentes composantes et à analyser les besoins dans leur complexité et leur diversité. Les acteurs ont du mal à se connaître et travailler ensemble ; et plus encore entre champs connexes, pour la plupart déjà complexes. Pour y remédier, il est nécessaire d'aller vers une approche systémique globale du vieillissement avec une approche transversale aux différentes politiques sectorielles publiques. [...]

L'enjeu majeur du renouvellement des politiques vieillesse repose sur un regard croisé entre les différentes composantes et échelles de ces politiques et la nécessité de s'adapter pour commencer à agir. [...]

F. Le Nulzec, consultante en développement territorial, social, habitat, vieillissement, économie solidaire,

« Des politiques de la vieillesse à une politique du vieillissement : un nécessaire changement de paradigme », 2010, www.wikiterritorial.cnfpt.fr



- 1 Repérez les différentes politiques sociales présentées dans les documents (dénomination, objectifs, domaines, publics) et complétez le tableau ci-dessous.

Politiques sociales	Description
Politique catégorielle	Elle correspond aux mesures et actions destinées à un public précis et ciblé (enfants, personnes handicapées, personnes âgées).
Politique sectorielle	C'est l'ensemble des dispositifs visant un domaine précis (le chômage, le logement...).
Politique transversale	Elle correspond à l'ensemble des dispositifs englobant plusieurs domaines de la vie d'un individu (emploi, logement, santé...).

- 2 Justifiez le choix des pouvoirs publics dans la mise en place de l'une de ces politiques sociales.

Les pouvoirs publics mettent en place une politique catégorielle ou sectorielle lorsque le problème social concerne un public ou un domaine précis, par exemple les jeunes (document 2) ou l'emploi (document 3). Ils élaborent une politique transversale lorsque le problème social est plus global et touche différents domaines de la vie d'un individu, d'une population ou d'un territoire, par exemple avec le plan pour les quartiers défavorisés (document 4).

- 3 Montrez en quoi les politiques sociales catégorielles et sectorielles peuvent rencontrer des freins.

Les principaux freins rencontrés par la mise en place de ces politiques sont liés à leur caractère ciblé et cloisonné à certains publics ou domaines. L'analyse et la réponse aux besoins par les professionnels risquent alors d'être incomplètes, comme le prouve le document 5 : « Les politiques publiques peinent à identifier ce qu'est la vieillesse dans ses différentes composantes et à analyser les besoins dans leur complexité et leur diversité. Les acteurs ont du mal à se reconnaître et travailler ensemble ; et plus encore entre champs connexes, pour la plupart déjà complexes ».

- 4 Expliquez en quoi les politiques sociales transversales répondent davantage aux besoins des individus.

Les politiques transversales permettent d'apporter une réponse globale aux besoins des populations. Pour faire face à l'accumulation des difficultés, elles coordonnent tous les acteurs concernés pour agir simultanément sur l'ensemble des domaines relatifs au problème. Ainsi dans le document 4, la politique de la ville mise en place par le Premier ministre permet une action interministérielle et partenariale, tant avec les autres ministères, services de l'État et organismes publics, qu'avec les collectivités territoriales et leur partenaires, les entreprises, les habitants et le secteur associatif, au niveau national comme local. Chaque besoin des individus est alors pris en compte dans sa globalité. La politique transversale favorise un « regard croisé » entre les nombreux intervenants sur les réponses à apporter.

II

De l'assistance au développement social local : une pluralité de modes d'intervention

Activité 3 Les différents modes d'intervention

Objectif • caractériser assistance, accompagnement social et le développement social local.

1 h 40

Doc 6 Assistance et politique sociale : l'ONPES propose sa définition



Dans son rapport thématique « Penser l'assistance » présenté le 16 mai 2013, l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) réfute l'idée selon laquelle l'assistance « dériverait » en assistanat. **Sous le terme d'assistance, l'ONPES désigne les politiques d'aide sociale en direction des plus démunis**, notamment les minima sociaux (revenu de solidarité active « RSA », allocation adulte handicapé « AAH », allocation de solidarité spécifique « ASS », etc.).

En 2010, 3,6 millions de personnes percevaient l'un de ces minima (6,3 millions en comptant l'ensemble des membres des foyers, soit un peu moins de 10 % de la population) pour une dépense qui s'élevait à 19,7 milliards d'euros, soit 1 % du PIB.

Tout en reconnaissant que des abus existent, l'ONPES rappelle l'ampleur du phénomène de non-recours : en 2010, 66 % des allocataires potentiels du RSA activité et 36 % de ceux du RSA socle n'ont pas déposé de demande, souvent par crainte d'être mal jugés ou par désir d'autonomie. La grande mobilité des allocataires du RSA contredit par ailleurs l'image d'allocataires « installés » dans l'assistance : en 2010, la population bénéficiaire du RSA socle (ancien revenu minimum d'insertion « RMI ») s'est ainsi renouvelée d'un tiers.

Pour aider au mieux les plus démunis sans risquer de les réduire au rôle de bénéficiaires passifs, l'ONPES recommande :

- de mieux accompagner les bénéficiaires vers l'autonomie (revalorisation du travail social) ;
- d'automatiser au maximum le système de versement des droits pour éviter le sentiment de stigmatisation ;
- de mieux évaluer et analyser les effets des politiques d'aide sociale pour en améliorer l'efficacité.

www.vie-publique.fr

Doc 7 L'offre de service de la Caf de la Charente

Dans le cadre de son offre de service aux allocataires, la Caf de la Charente a mis en place un pôle d'accompagnement individuel.

Des travailleurs sociaux ont pour mission d'assurer l'information, l'accès aux droits, le conseil, l'orientation et l'accompagnement des familles dans les domaines prioritaires suivants : les mutations de la famille suite à des événements fragilisant l'équilibre familial, le logement et le cadre de vie, la solidarité et l'insertion.

Actions en direction de familles vulnérables

La Caf propose un soutien aux familles confrontées à des événements ou difficultés fragilisant l'équilibre familial, notamment :

- isolement ou séparation avec enfants à charge ;
- handicap ou maladie d'un enfant ;
- décès d'un enfant, de l'allocataire ou de son conjoint.

Les travailleurs sociaux proposent aux familles concernées un entretien d'aide, d'information et d'orientation.

Accompagnement de bénéficiaires du Rsa

Dans le cadre d'un accord avec le Conseil départemental, les travailleurs sociaux de la Caf de la Charente sont référents d'allocataires bénéficiaires du Rsa majoré ayant 1 enfant à charge de moins de 3 ans et résidant sur un périmètre défini.

Impayés de loyer et prévention des expulsions

Pour chaque procédure d'impayé d'un allocataire bénéficiant d'une allocation logement, les travailleurs sociaux effectuent une médiation entre le locataire et le propriétaire/bailleur ou entre l'accédant et le prêteur. Ils aident à l'élaboration d'un plan d'apurement, orientent vers les dispositifs *ad hoc*. Ce travail s'exerce en complémentarité avec les différents intervenants sociaux. Sont aussi menées en parallèle, des actions de détection des impayés et des actions d'informations. Les travailleurs sociaux exercent également une vigilance particulière en cas de déménagement avec impayé afin d'éviter une nouvelle dette.

Doc 7



Lutte contre la non-décence des logements

La Caf participe à l'amélioration des conditions de logement et de vie des Charentais par son action auprès de ses allocataires. Les allocataires bénéficiaires d'une allocation logement et dont le logement a été diagnostiqué « non

décent » se voient proposer un accompagnement par un travailleur social. La médiation et le suivi du dossier sont exercés jusqu'à la remise en conformité de son logement. Des actions de repérage de logements potentiellement indignes sont aussi réalisées.

www.caf.fr

Doc 8

L'œuvre normande des mères

www.onm.fr

Doc 9

Le développement social local

Le développement social local (DSL) est une démarche globale d'intervention sur un territoire mobilisant collectivement les acteurs (bénéficiaires, citoyens, élus, partenaires, institutions) et les ressources, afin d'organiser les conditions d'une évolution sociale positive et d'améliorer globalement et individuellement les conditions de vie des habitants.

Comme réponse au délitement du lien social, le DSL est une manière d'aborder ce défi majeur de la cohésion sociale. Il a pour ambition de mettre en œuvre un projet territorial global, partagé et coordonné. Il vise un objectif de changement durable de la situation des habitants, voire de transformation et de promotion sociale.

Il propose de redonner aux populations du pouvoir sur leur propre vie et leur environnement, en mettant en avant les notions de projet et de solidarité.

Rapport du conseil départemental, lenord.fr

Doc 10 – Développement social local et travail social

Il va sans dire que la contribution des populations concernées à la conception et la mise en œuvre des politiques locales est au centre des principes du développement social. **Car c'est bien autour de la place et du rôle des usagers qu'il s'agit de recentrer l'intervention sociale.** Les débats actuels portent sur les façons de faire accéder les populations à des processus de décision ne se limitant pas à de simples logiques de consultation.

C'est bien là que le développement social vise un renversement de posture. Ainsi, le lecteur trouvera dans ce rapport des références appelant la démarche d'*empowerment*, définie comme une action fondée sur la valorisation des capacités des personnes et des groupes à prendre du pouvoir sur leur vie.

L'évolution de la conception de la place de l'utilisateur conduit à repenser la posture du travailleur social, non plus seulement dans l'accompagnement de groupes, mais aussi comme facilitateur de la construction collective avec les habitants. [...] Le développement social n'appartient pas aux seuls professionnels du champ social. Il relève avant tout de la mobilisation des acteurs de la société civile, des

habitants, des citoyens, des associations, du secteur privé y compris des entreprises. [...]

Ainsi, du côté de « l'utilisateur », l'insertion dans un groupe constitué autour d'une même problématique permet de relativiser celle-ci : la personne ne se sent plus seule concernée, et peut donc mettre à distance les sentiments souvent observés de dévalorisation personnelle voire de culpabilité face aux difficultés éprouvées. Avec les pairs, la personne va progressivement reprendre confiance en elle, ce qui constitue le premier pas (estime de soi) vers le développement de son pouvoir d'agir. Les pairs vont l'encourager (à l'expression) et la stimuler (dynamique de groupe), guidés par le travail de l'animateur du groupe.

Par ailleurs, au-delà de la reprise de confiance, le groupe permet également à la personne de s'inscrire dans des relations sociales jusqu'alors souvent ténues ou restreintes par la perte d'estime de soi ou l'isolement. Le groupe contribue à renouer le lien social et peut donc faciliter le travail de médiation et de mise en relation entre la personne, les institutions et la société, ce qui participe de l'estime de soi.

www.social-sante.gouv.fr

Doc 11 – Le centre social de Cambrai : un exemple type de développement social local

La structuration de démarches participatives concerne donc aussi bien les adhérents que les habitants. Elle doit favoriser les rencontres, les échanges et les actions de citoyenneté, permettant ainsi d'entretenir et de renforcer les liens entre les habitants, dynamisant ainsi le tissu social. Ses missions sont définies par la CNAF qui en assure un financement partiel sur des objectifs comme le développement de l'implication collective d'habitants associés, la promotion de la vie associative et l'animation de la concertation locale.

La participation des usagers reste un élément essentiel et fondateur des valeurs fédérales. « Le centre social entend être un foyer d'initiatives porté par des habitants associés, appuyés par des professionnels, capables de définir et de mettre en œuvre un projet de développement social pour l'ensemble de la population d'un territoire¹ ».

Il s'agit d'un équipement de démocratie participative dont la fréquentation est libre et volontaire, et où peuvent s'exprimer les habitants et exercer leur citoyenneté dans plusieurs instances. Au quotidien les usagers sont concertés sur l'organisation des activités :

- dans les comités d'usagers qui déterminent les projets d'actions et d'animations, ainsi que le fonctionnement de l'établissement (qui se rapprochent ainsi des conseils à la vie sociale) ;
- dans l'organe politique de l'association où les usagers sont majoritaires au conseil d'administration, aux côtés des représentants des institutions partenaires, ainsi qu'en assemblée générale ordinaire, au sein de la fédération départementale où ils peuvent poser leur candidature au poste d'administrateur fédéral. [...]



Au cours de leur(s) histoire(s), les centres sociaux ont donc conservé leur valeur fondatrice de participation active des habitants, acteurs de leur quotidien, riche d'engagement militant et bénévole pour construire un projet commun vers un meilleur « vivre ensemble ». Ils se sont également engagés sur la voie du développement social local (DSL) qui est « une manière de repenser l'action publique, à la fois en partant des besoins exprimés par la population du territoire concerné et en

Doc 11

→ définissant avec l'ensemble des partenaires institutionnels un projet global de territoire. Pour assurer les conditions de son succès, le développement social local doit tirer les enseignements des expériences novatrices qui l'ont précédé, notamment la politique de la ville et les projets sociaux de territoire, et se positionner correctement par rapport à d'autres logiques de territorialisation de l'action publique en cours de développement, comme les chartes territoriales de cohésion sociale² ». Cette participation représente, selon la CNAF, la composante essentielle du centre social. Elle constitue un mode d'apprentissage et d'expression de citoyenneté concrète et effective. La citoyenneté est définie par les droits, les devoirs et les pouvoirs des citoyens (capacité à infléchir les décisions qui les concernent). Elle est facteur de valorisation, de promotion et d'insertion sociale. C'est un vecteur de transformation

sociale. **Le centre social est un contributeur quotidien à la démocratie participative sur un territoire.** Cette

participation, pour être effective, peut prendre des formes diverses. Les habitants peuvent aussi être administrateurs et participer à la gestion de l'association ou aux relations avec les partenaires pour imaginer de nouveaux projets.

Ce qui était depuis longtemps une évidence pour les centres sociaux, ainsi que pour les acteurs de l'éducation populaire, est devenu une injonction législative posée par la loi 2002 pour l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux.

1. Charte fédérale des centres sociaux, Assemblée générale, Angers, 2000.

2. Communication d'Éric Plisson, sous-préfet, lors du colloque « Territoires, action sociale et emploi », 2006.

www.centresocialcambrai.fr

1 Identifiez les différents modes d'intervention présentés dans les documents.

Les modes d'intervention présentés sont l'assistance (matérielle et psychologique), l'accompagnement social et le développement social local (DSL).

2 Présentez la différence entre « assistance sociale » et « accompagnement social ».

L'assistance correspond à des aides financières versées aux individus dans le besoin (ex : RSA). L'accompagnement social est un mode d'intervention qui répond aux problèmes de la vie quotidienne (logement, naissance, couple) sous la forme d'une relation contractuelle entre l'individu et le professionnel du secteur social (ex : Caf dans le document 7).

3 Expliquez en quoi ces deux modes d'intervention peuvent rencontrer des freins.

L'assistance peut rendre l'usager « dépendant » des aides dans la mesure où on ne lui demande pas d'y participer. En revanche, l'accompagnement social repose sur une relation contractuelle entre une personne en difficultés et un professionnel qui va répondre à ses problèmes. Dans ce mode d'intervention, l'individu est davantage responsable et acteur de son insertion ; mais cela nécessite son implication et la mise en place d'un projet de réinsertion.

4 Montrez l'intérêt du développement social local quant à la prise en charge des individus.

Le développement social local (DSL) a une approche collective et globale des problèmes sociaux des individus et œuvre au plus proche d'eux. C'est un mode d'intervention qui, selon le document 9, mobilise tous les acteurs concernés (bénéficiaires, citoyens, élus, partenaires, institutions) et les ressources, « afin d'organiser les conditions d'une évolution sociale positive et d'améliorer globalement et individuellement les conditions de vie des habitants ».

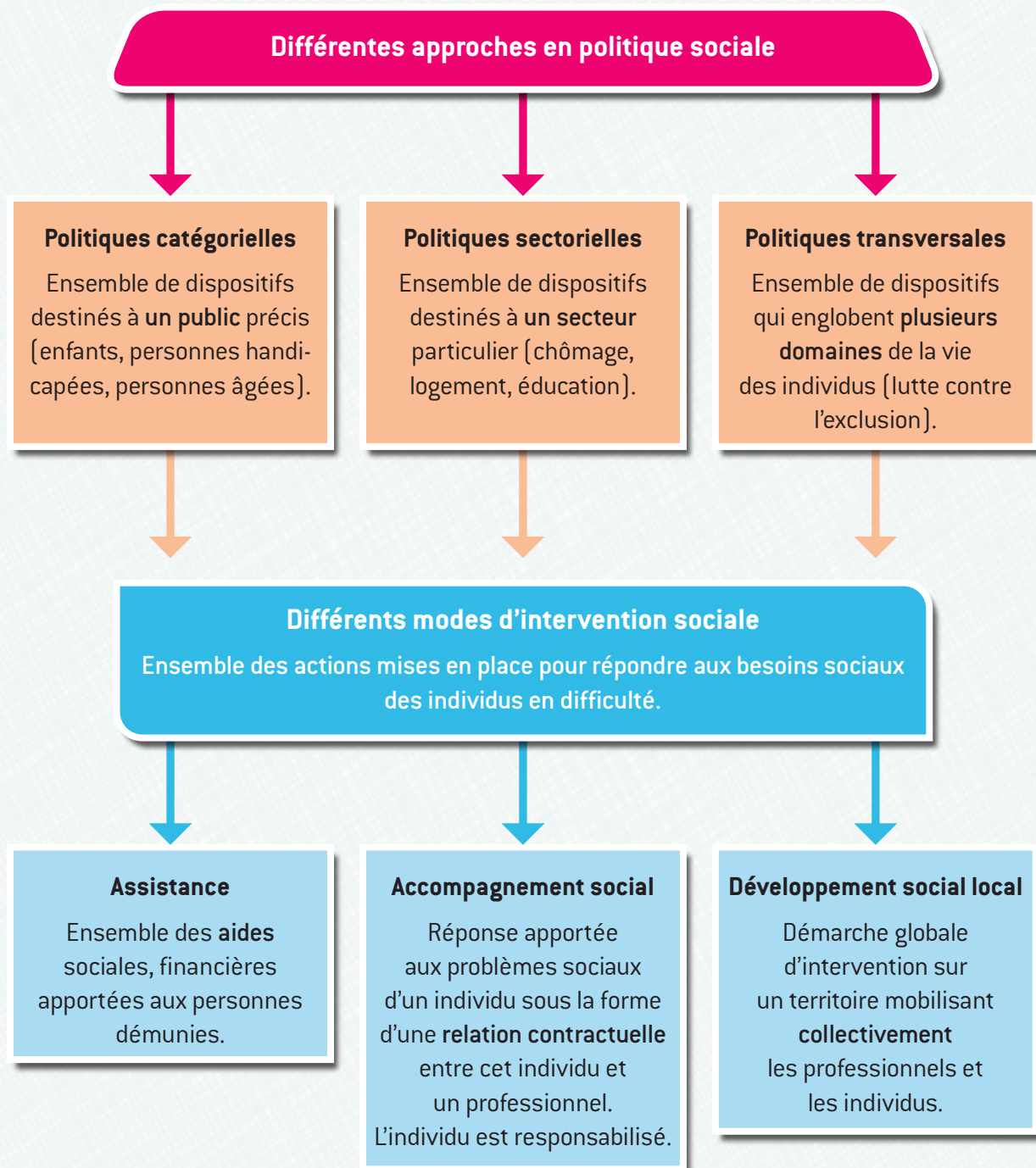
Le DSL repose sur la participation active des usagers, aussi bien dans la prise de décision que dans la mise en place des actions. Ce processus est le cœur d'activité d'un centre social. Il s'agit d'éduquer les bénéficiaires à la citoyenneté (connaître ses droits et ses devoirs, participer à la vie associative, contribuer aux instances administratives) qui est un « vecteur de transformation sociale ».

Synthèse

ATT

12

Les politiques sociales et leurs modes d'intervention



L'élaboration des politiques sociales (priorités/organisation)

ATT

13

I L'intérêt d'un diagnostic local

Activité 1 Des priorités sociales

Objectif ► montrer l'intérêt d'un diagnostic des besoins sociaux sur un territoire.

120 min

Doc 1 – Le décret n° 95-562 du 6 mai 1995

Les centres communaux et intercommunaux d'action sociale mentionnés au chapitre II du titre III du code de la famille et de l'aide sociale procèdent annuellement à une analyse des besoins sociaux de l'ensemble de la population

qui relève d'eux, et notamment de ceux des familles, des jeunes, des personnes âgées, des personnes handicapées et des personnes en difficulté. Cette analyse fait l'objet d'un rapport présenté au conseil d'administration.

www.legifrance.gouv.fr

Doc 2 – Initiatives Emplois ouvre une succursale : un exemple au niveau local



Audrey Bressoles, chargée d'accueil et de développement, de l'association Initiatives Emplois.

Audrey Bressoles, chargée d'accueil et de développement de l'association Initiatives Emplois, nous parle des objectifs d'Initiatives Emplois.

« Notre structure a été ouverte à Souillac pour répondre aux besoins de personnes avec qui nous échangerons et étudierons leurs projets pour leurs prochaines activités

salariées. Initiatives Emplois est une association loi 1901, conventionnée par l'État, qui s'inscrit dans le mouvement de l'économie sociale et solidaire.

Nous intervenons sur le pays Bourrian depuis 1993 et notre implantation s'élargit aujourd'hui au secteur de Souillac. L'agrandissement du territoire nous a amenés à revoir celui-ci. Nous avons choisi Souillac parce que c'est la commune la plus importante du canton et nous serons plus accessibles aux demandeurs d'emploi et aux employeurs. Initiatives Emplois élargit ainsi son champ d'action. L'association vous aidera à trouver des solutions simples, rapides et efficaces, et à répondre aux questions que vous pouvez vous poser sur votre avenir professionnel.

L'objectif de l'association est de favoriser l'insertion professionnelle des personnes en recherche d'emploi, par le biais de missions de travail, par un accompagnement personnalisé, pour un emploi ponctuel ou plus régulier.

Nous travaillons en étroite collaboration avec Pôle emploi, la Mission locale, le département et les partenaires sociaux. En tant que trait d'union entre personnes sans emploi et « utilisateurs », nous proposons un service clé en main aux associations, entreprises, collectivités et particuliers qui ont besoin de personnel. »

« Initiatives Emplois ouvre une succursale », www.ladepeche.fr, 7 novembre 2015

Doc 3

Le centre communal d'action sociale du Gosier : une analyse des besoins sociaux au niveau local

Le Gosier, ville touristique et faisant partie du grand ensemble intercommunal du Sud-Est Grande-Terre, la Communauté de Communes « La Riviera du Levant » avec Sainte-Anne, Saint-François et La Désirade, est une ville en mutation, compte tenu des nouvelles réglementations de l'Action Sociale. C'est sur le site du nouveau centre administratif (ex. site AFPA), qui accueille plusieurs services dont le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), que nous avons été reçus par sa directrice madame Régine Ramassamy, récemment arrivée dans ce service. [...]



Pour elle, la première action à mener consistait à faire un état des lieux de la structure afin de déterminer vers quelles pistes de travail s'orienter. Cela nécessitait la mise en place d'une ABS. L'analyse des besoins sociaux est une obligation annuelle réglementaire pour les CCAS, depuis le décret du 6 mai 1995. C'est en fait un diagnostic du territoire, qui va permettre par la suite d'établir les orientations de la politique sociale de la ville.

En ce qui concerne Le Gosier, qu'en est-il de l'ABS ?

Mme RAMASSAMY : « L'intérêt de l'ABS est de faire le point sur les besoins de la population à un moment donné, de voir aussi les tendances qui se dégagent et donc de se projeter pour porter la réponse la mieux adaptée ».

Quel a été, selon vous, l'apport de l'ABS pour le CCAS du Gosier ?

Mme RAMASSAMY : « L'ABS a été faite en lien avec tous les services de la Ville, et sera donc utilisée de façon transversale, comme base des actions internes. Grâce donc au diagnostic posé, nous avons mis en place un schéma d'actions sur deux ans. C'est un véritable outil de changement puisqu'il permet d'asseoir la politique sociale de

la ville sur des bases concrètes. L'ABS permet, en outre, de mieux s'adapter aux nouvelles réalités budgétaires et organisationnelles : raréfaction des budgets, manque de personnel. Elle permet donc de mieux cibler la politique sociale en restant efficace et de recruter du personnel qualifié. D'autre part, elle a mis en évidence la nécessité, de plus en plus, de traiter certaines réalités sociales en intercommunalité, les difficultés ne s'arrêtant pas aux portes de la commune. Concrètement avec l'ABS, les actions sont programmées sur le long terme et de façon ciblée ».

Mme Ramassamy, suite à l'ABS menée, inscrit le CCAS dans une innovation de l'action sociale menée sur le terrain jusque-là, avec l'accentuation du développement social local (DSL) et de l'intervention sociale d'intérêt collectif (ISIC).

Quelle forme cette innovation a-t-elle prise sur le terrain ?

Mme Ramassamy : « En action ponctuelle, nous menons des actions avec les différents publics sur une journée, en nous arrêtant sur un thème. Ainsi, le 12 avril 2015, nous aurons un village santé à Saint-Félix, pour porter l'information sur les sujets divers les plus rencontrés sur le territoire, avec la participation active des partenaires de santé. En termes d'ISIC, nous avons deux actions phares qui sont reconduites. Il y a d'abord la remobilisation des jeunes. Cette action menée sur 6 mois, s'adresse à un public de jeunes femmes de moins de 25 ans. Il s'agit de les accompagner pour réinvestir la sphère professionnelle, en travaillant notamment sur l'estime de soi. Divers partenaires sont présents, le Conseil général, un psychologue, le CIDFF (Centre d'informations pour le droit des femmes et des familles). L'autre action, liée à l'éducation budgétaire, s'adresse à un public de personnes ayant une problématique financière récurrente. Pendant un mois, à raison d'une séance par mois, ces personnes sont accompagnées par une CESF et l'assistante sociale du CCAS ». [...]

De cet entretien avec Mme Ramassamy, il ressort que la politique d'action sociale au niveau communal doit être abordée avec de la rigueur pour être efficace. L'apport d'outil prévu par le législateur, comme l'ABS a toute sa raison d'être et se révèle une vraie base pour mener à bien les projets sociaux, et ce, dans la durée.

« Le centre communal d'action sociale du Gosier : une action sociale plus ciblée », koezyon-glob.fr, 4 avril 2015.

Doc 4

La ville de Riom : une démarche d'analyse des besoins



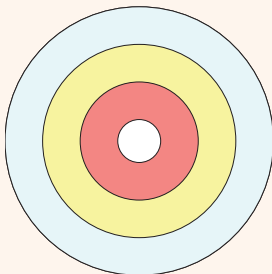
www.ville-riom.fr

Doc 5

Comment concevoir un schéma communal d'action sociale ?

Il existe aujourd'hui différents types de schémas départementaux en matière sociale, que ce soit en faveur des personnes âgées, des personnes handicapées, de la protection de l'enfance, etc. Réalisés à l'échelle du département, ils ont pour but de prioriser l'action et les moyens.

La baisse progressive des ressources des communes nécessite aujourd'hui une structuration de l'action analogue à celle des départements afin de répondre aux besoins prioritaires de la population du territoire, et de structurer les moyens financiers et humains qui y sont alloués.



Le « schéma communal d'action sociale » est un outil d'optimisation des ressources pour les solidarités sur un territoire.

Il priorise et planifie l'action en matière sociale sur une commune pendant tout un mandat.

Quelle méthode suivre alors pour concevoir la stratégie d'une collectivité territoriale en matière d'action sociale ?

1) Cartographier les acteurs et les outils

Pour la plupart des gens, l'action sociale au sein d'une commune se réduit à l'exclusion et à la pauvreté, ainsi qu'aux aides facultatives ou sociales. Elle est en réalité multidimensionnelle : emploi, endettement, santé, vieillissement, isolement, handicap, famille, enfance, jeunesse... De plus, son efficacité devrait d'abord être préventive.

Pour concevoir l'action sociale sur un territoire, on commencera par cartographier les acteurs et les outils existants selon les différents axes d'action. Le schéma ci-avant, en forme de cible, en propose une modélisation facilement déclinable pour chaque commune.

Ce schéma, une fois adapté à la commune, permet déjà de cartographier ses forces et ses faiblesses en matière

sociale. La question qui se pose ensuite est de faciliter la mise en place d'outils pour faire face aux besoins effectifs de la population.

2) Réaliser une analyse des besoins sociaux

L'analyse des besoins sociaux vient compléter la réflexion en apportant un éclairage objectif sur la typologie de la population et éventuellement en quantifiant les différents besoins non couverts.

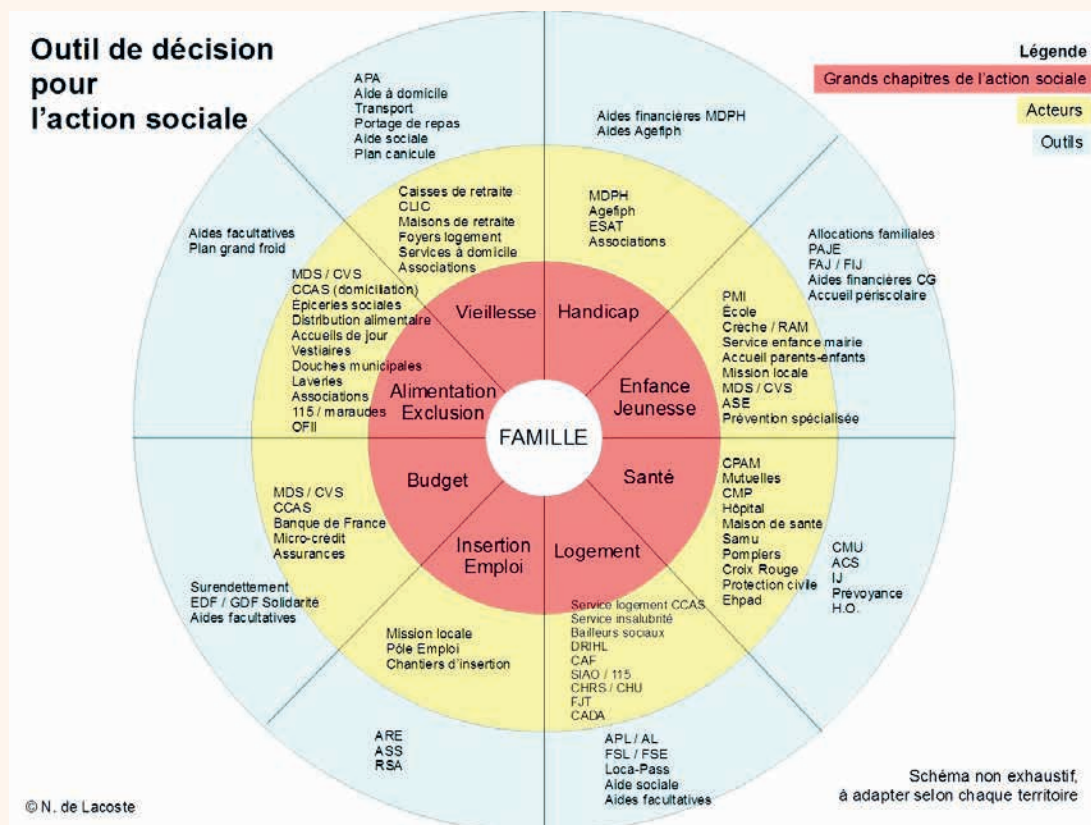
L'analyse des besoins sociaux est une obligation légale (art. R.123-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles). Elle est menée par le Centre communal d'action sociale et peut concerner d'autres services (enfance, jeunesse, urbanisme...). Cette démarche collective doit donc impliquer une grande partie des services de la mairie et nécessite en ce sens le soutien du bureau municipal et du conseil d'administration du CCAS. Le CCAS en est seulement le coordinateur. Certes, les élus et les acteurs locaux des solidarités connaissent le territoire, et la plupart des besoins sociaux sont identifiés ; l'apport de l'analyse des besoins sociaux sera de les confirmer et de les quantifier, donc de les prioriser. Il est souhaitable d'associer l'ensemble des partenaires du territoire (associations, autres institutions publiques...), afin de les impliquer et surtout de lancer une dynamique coordonnée. Des groupes de réflexion transversaux ou pluridisciplinaires pourront donc être associés à l'analyse.

Une fois l'analyse des besoins sociaux élaborée, comment exploiter cet outil ?

3) Cartographier par grands domaines ce qui existe et ce qui doit être créé

Il s'agit maintenant de croiser les dispositifs existants sur le territoire avec les besoins identifiés par l'analyse des besoins sociaux. Des groupes de travail associant élus et fonctionnaires peuvent être établis sur les différentes thématiques clés : enfance, jeunesse, personnes âgées, santé, logement, cohésion sociale, emploi...

Doc 5

Outil de décision
pour
l'action sociale

Les cibles thématiques ci-après, présentées en exemple, permettront de cartographier les outils existants et ceux à créer. On les utilisera comme trame des différents groupes de travail : pour les personnes âgées (les catégories présentées ici sont reprises du document de l'OMS, *Guide mondial des villes-amies des aînés*) ; pour le logement ; pour la santé ; pour la cohésion sociale. Une fois ce travail de réflexion établi en commun, l'étape suivante est de définir les actions à mener. Ces actions multidimensionnelles et priorisées constituent le schéma communal d'action sociale.

5) Déterminer les priorités

Le travail de définition des priorités s'effectue également en groupe associant élus et fonctionnaires. Pour chaque thématique, on utilisera la matrice ci-avant, dans laquelle on classera chacune des actions imaginées.

On indiquera donc sur cette carte l'ensemble des actions envisagées lors des réunions précédentes, en les distribuant en fonction des critères d'urgence et de coût. On qualifie d'urgentes les actions qui ont un impact important au regard des besoins identifiés. Quant au coût, il inclut la notion de complexité.

On fera d'abord ce qui est urgent et peu cher (les « victoires rapides »), puis ce qui est peu urgent, mais peu cher ou facile à faire, tout en commençant à planifier ce qui est urgent et cher. Ce qui est coûteux et peu urgent ne sera probablement jamais fait.

Rangées ainsi, les actions à mettre en place en priorité pendant le mandat sont alors évidentes.

6) Communiquer le schéma communal

L'ensemble de ces matrices thématiques fait le schéma communal d'action sociale. Il doit être conçu en interne de la mairie et du CCAS, car il implique directement les moyens humains et financiers de la mairie.

Ensuite, le schéma communal devra être partagé largement, tant auprès des élus que des fonctionnaires et des acteurs extérieurs à la mairie. L'ensemble des personnes concernées se l'appropriera d'autant plus qu'elles auront participé à l'identification des besoins.

Le rôle des partenaires sur le territoire et leur implication dans ce travail doivent être réfléchis. S'ils ont contribué à des groupes de réflexion au cours de l'analyse des besoins sociaux, il sera d'autant plus important de leur donner un retour sur la démarche. Ils sont en général très demandeurs. À partir du schéma d'action sociale, les acteurs du territoire pourront être associés à des groupes de travail pour mettre en place les actions à mener. Surtout s'il s'agit de créer des outils qui seront utiles aux partenaires dans leur travail au quotidien.

Ainsi, la création d'un schéma communal d'action sociale est une démarche participative, qui se conçoit en dynamique, sur plusieurs années. Ce schéma constitue un outil puissant de développement stratégique et de décision pour l'affectation des ressources d'une collectivité. Pour être réalisé, il nécessite une volonté politique et une équipe en interne pour le porter.

N. De Lacoste, « Comment concevoir un schéma communal d'action sociale ? », www.lesechos.fr, 18 mai 2015

Doc 6

Priorité Jeunesse – Comité Interministériel de la Jeunesse : prise de décision au niveau national

« *Faire que les jeunes vivent mieux en 2017 qu'en 2012.* », François Hollande, président de la République française

Vendredi 3 juillet [2016] s'est déroulé le troisième Comité Interministériel de la Jeunesse consécutif, sous l'égide du Premier ministre, Manuel Valls. Ce sont 100 jeunes, 9 ministres qui ont échangé à Besançon, durant toute la matinée, sur la priorité jeunesse du gouvernement.

La priorité donnée à la jeunesse par le président de la République dès le début du quinquennat est la responsabilité de l'ensemble du gouvernement sous l'autorité du Premier ministre.

La diversité des actions portées pour la jeunesse par tous les ministères requiert une coordination optimale pour concentrer au plus près des besoins des jeunes les moyens nécessaires à l'amélioration de leurs conditions de vie, de formation et d'épanouissement. Pour mettre en œuvre la politique prioritaire de l'État en faveur de la jeunesse et la traduire par une action interministérielle transversale et lisible, le Premier ministre a décidé de réunir tous les ans un Comité Interministériel de la Jeunesse (CIJ) doté d'une feuille de route claire et évaluable : le Plan Priorité Jeunesse.

La politique de jeunesse du gouvernement vise à soutenir et accompagner cette période de transition vers l'âge adulte en l'inscrivant dans une dynamique d'autonomie et d'émancipation. Elle est fondée sur la volonté de dialoguer avec les jeunes et de leur donner toute leur place pour en faire des partenaires et des acteurs à part entière des politiques qui les concernent.

Lors des CIJ des 21 février 2013 et 4 mars 2014, **le Plan Priorité Jeunesse s'est attaché à considérer le parcours de vie des jeunes dans sa globalité** (santé, logement, culture, loisirs, etc.) et dans ses différents temps (formation, engagement, emploi etc.) dans un objectif prioritaire : faciliter l'emploi et la citoyenneté de tous les jeunes.

La coordination interministérielle permanente a été renforcée par la nomination d'un délégué interministériel à la jeunesse placé auprès du ministre chargé de la Jeunesse. Il assure également les fonctions de directeur de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative. Son rôle est, notamment, d'impulser la mise en œuvre des mesures interministérielles retenues, de veiller à la cohérence des actions des différents ministères et de garantir l'articulation entre le Plan Priorité Jeunesse et les autres plans gouvernementaux (pauvreté, handicap, etc.), ainsi que de favoriser les échanges entre l'État et les autres acteurs des politiques nationales et locales de jeunes (collectivités territoriales, organisations de jeunes, associations de jeunesse et d'éducation populaire, partenaires sociaux, etc.).

Parce qu'il est important de créer un espace de partage régulier avec tous les acteurs, les préfets ont été invités à réunir régulièrement un comité d'administration régionale « jeunesse » afin d'examiner et suivre les modalités



et l'effectivité de la mise en œuvre des mesures gouvernementales en faveur des jeunes, en liaison notamment avec les partenaires locaux, les collectivités territoriales, les partenaires sociaux, les mouvements associatifs et les organisations de jeunes.

Dans le cadre du Programme d'Investissements d'Avenir, un appel à projets sera lancé en 2015 en direction des territoires pour soutenir des projets innovants permettant à un consortium de partenaires, publics et privés, d'apporter une réponse globale et intégrée aux difficultés de la jeunesse identifiées localement.

La participation des jeunes aux décisions qui les concernent est l'un des facteurs de succès de l'action de l'État. Seules les politiques publiques construites avec les jeunes auront l'efficacité requise et répondront à l'exigence d'un service public en prise avec les réalités vécues, non les besoins supposés. [...]

À tous les niveaux territoriaux, l'information des jeunes est un point crucial des politiques publiques, une condition essentielle à leur mise en œuvre et à leur appropriation effective par les jeunes.

Rapport Priorité jeunesse 2014, www.jeunes.gouv.fr

Doc 7 – Les plans territoriaux, une action concertée en faveur de la jeunesse

Depuis leur lancement en 2013, les plans d'action pour la jeunesse (PAJ) en région sont devenus des outils de pilotage de l'action publique territoriale et se sont inscrits dans des dynamiques de gouvernance partagée avec les collectivités territoriales, les associations et les jeunes. Une politique coordonnée et intersectorielle est ainsi en train de se construire au sein des territoires. Prenant en compte l'ensemble des champs afférents aux problématiques jeunesse (emploi, logement, éducation, santé, loisirs, culture, sports...), elle met en synergie les acteurs de la jeunesse en mobilisant des modes d'action variés.

Entre 2013 et 2014, toutes les régions ont élaboré un plan d'action pour la jeunesse comprenant, pour une part, la déclinaison de mesures issues du Plan Priorité Jeunesse national (une moyenne de 20 mesures nationales sont reprises) et, pour l'autre, des actions issues des travaux conduits au niveau local sur la base des diagnostics et priorités définis en région.

Les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) ont été désignées par le préfet comme service coordonnateur du plan régional d'action pour la jeunesse, parfois en lien avec le secrétariat général aux affaires régionales (SGAR). À ce titre, elles ont mené les travaux d'élaboration du plan et ont convié autour de la table les différents acteurs institutionnels et associatifs. Elles ont organisé les différentes instances de pilotage et

de suivi, la formalisation d'outils communs et le suivi de la mise en œuvre du plan. [...]

Les plans territoriaux pour la jeunesse sont ainsi des leviers importants pour rendre plus lisible l'action de l'État. L'interministérialité, qui est au cœur de la démarche, se trouve renforcée lorsqu'elle constitue un axe transversal du plan comme c'est le cas en Alsace par exemple (« engager une collaboration active avec les autres services pour renouveler l'intervention de l'État »). [...]

Si tous les plans territoriaux sont coordonnés au niveau régional, certains d'entre eux s'appuient partiellement sur des actions mises en œuvre au niveau départemental, lorsque le département est l'échelle territoriale la plus pertinente. [...]

La dynamique impulsée par le plan jeunesse conduit au partage d'orientations, à la mise en évidence des complémentarités entre l'État et les collectivités territoriales, au premier rang desquelles le conseil régional mais aussi certains conseils départementaux et plus rarement des EPCI ou des communes.

Ce partenariat se construit d'abord au travers des actions menées : ainsi dans certaines régions, les collectivités sont identifiées comme pilote ou copilote d'actions aux côtés des services de l'État. [...]

Rapport Priorité jeunesse 2014, www.jeunes.gouv.fr

1 Présentez brièvement en quoi consiste l'analyse des besoins sociaux (ABS).

L'analyse des besoins sociaux est une obligation annuelle réglementaire pour les centres communaux d'action sociale (CCAS), depuis le décret du 6 mai 1995. C'est en fait un diagnostic du territoire, qui va permettre par la suite d'établir les orientations de la politique sociale de la ville.

Cette analyse couvre des champs variés : insertion professionnelle et emploi, santé, logement, accès aux loisirs, éducation et formation... Elle cherche à connaître les besoins de différents publics (personnes âgées, personnes handicapées, familles, enfants et jeunes, personnes en difficulté, sans-domicile fixe...) et à recenser l'offre présente sur le territoire pour y répondre.

2 Montrez l'intérêt d'un diagnostic des besoins sociaux au niveau local et national.

L'intérêt de l'ABS est de :

- mieux cerner les besoins sociaux propres à chaque catégorie de la population (familles, jeunes, personnes âgées, personnes handicapées, personnes en difficulté) ;
- identifier les réponses existantes et les dispositifs actuellement mis en œuvre ;
- faire évoluer les plans d'action et les pratiques pour mieux répondre aux nouvelles situations d'exclusion ;
- anticiper l'évolution du territoire et les enjeux inhérents à celui-ci pour les dix années à venir ;
- déterminer les actions à entreprendre et les hiérarchiser via la mise en place d'un schéma d'action sociale.

L'ABS doit permettre, in fine, l'amélioration de la politique sociale globale de la ville et l'adaptation des réponses locales aux besoins prioritaires. Elle sert de base à l'élaboration de politiques publiques pertinentes et cohérentes.

- 3** Repérez les différentes étapes et les outils utilisés par les pouvoirs publics pour élaborer les politiques (passer d'une analyse des besoins sociaux à une priorité sociale).

Étapes	Outils utilisés
1. Réaliser une analyse des besoins sociaux.	Enquêtes menées auprès de la population et des acteurs sociaux, puis rapport présenté au conseil d'administration du CCAS
2. Cartographier par grands domaines ce qui existe et ce qui doit être créé.	Enquêtes thématiques (enfance, logement, emploi...), puis élaboration du schéma communal d'action sociale
3. Déterminer les priorités.	Schéma communal d'action sociale

- 4** Expliquez en quoi un diagnostic des besoins sociaux sur un territoire donné peut constituer une aide à la réponse aux besoins sociaux des individus.

L'analyse couvre des champs variés : insertion professionnelle et emploi, santé, logement, accès aux loisirs, éducation et formation... Elle cherche à connaître les besoins de différents publics (personnes âgées, personnes handicapées, familles, enfants et jeunes, personnes en difficultés, sans-domicile fixe...) et à recenser l'offre présente sur le territoire pour y répondre.

Ce qui entraîne plusieurs questions : l'action de la commune est-elle adaptée aux besoins de la population ? Comment les différentes interventions portées par les acteurs de terrain (partenaires institutionnels, centres sociaux, associations...) s'articulent-elles ? Quels sont les besoins émergents et/ou non couverts sur la commune ? Quels seront les besoins futurs de la population (identifiés à partir de projections démographiques) ?

L'ABS doit permettre l'amélioration de la politique sociale globale de la ville, et l'adaptation des réponses locales aux besoins prioritaires au travers de politiques publiques pertinentes et cohérentes.

II

Les principaux acteurs de la politique sociale et leur organisation

Activité 2 L'organisation institutionnelle des politiques sociales

Objectif ♦ présenter les niveaux d'organisation et les principaux acteurs des politiques sociales.

120 min

Doc 8 – La réforme territoriale

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté le projet de loi portant nouvelle organisation territoriale de la République (« Loi NOTRe »), après l'accord sur le texte lors de la réunion de la commission mixte paritaire le 16 juillet [2015]. Il s'agit du troisième volet de la réforme des territoires, voulue par le président de la République, après la loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles et la loi relative à la délimitation des régions. [...]

Processus d'aménagement du territoire français, la décentralisation permet de transférer des compétences administratives de l'État vers les collectivités locales. L'article 1^{er} de la Constitution précise que « l'organisation de la République française est décentralisée ». La France compte 101 départements, 36 700 communes, 22 régions et 2 600 groupements intercommunaux. Aujourd'hui, la France compte quatre échelons administratifs locaux qui se partagent des compétences : commune, intercommunalité, département et région. Cet empilement des échelons d'administration, les compétences partagées et les financements croisés sont souvent résumés par l'expression « millefeuille territorial ».

Cette organisation est souvent illisible pour le citoyen et nuit à l'efficacité de l'action publique des territoires.

Une importante réforme territoriale portée par le chef de l'État entend transformer pour plusieurs décennies l'architecture territoriale de la République. En jeu, la baisse des dépenses publiques et une meilleure prise en compte des besoins citoyens. [...]

La loi NOTRE, promulguée le 7 août 2015, confie de nouvelles compétences aux régions et redéfinit clairement les compétences attribuées à chaque collectivité territoriale.

– **La commune est l'échelon de base de la République :** celui de la démocratie locale. La commune demeure ainsi l'unique échelon de collectivité à disposer de la clause de compétence générale, qui lui permettra de répondre à tous les besoins du quotidien des citoyens. [...]

– **Les départements seront centrés sur la solidarité sociale** avec la réaffirmation de la compétence de prévention et de prise en charge des situations de fragilité, du développement social, de l'accueil des jeunes enfants et de l'autonomie des personnes. Ils seront également centrés sur la solidarité territoriale, avec le développement d'une capacité d'ingénierie : un soutien d'experts pour accompagner les communes et les intercommunalités dans des domaines techniques pour lesquels elles ne disposent pas de moyens (aménagement, logement...).

www.gouvernement.fr

Doc 9 – La pertinence de l'échelon départemental pour la définition, la mise en œuvre et le pilotage des politiques sociales

Depuis 1983, le processus de décentralisation, fondé sur une logique de spécialisation des collectivités territoriales par blocs de compétences, a conduit à l'affirmation du rôle du département dans la mise en œuvre des politiques d'aide et d'action sociale.

La loi du 22 juillet 1983 avait ainsi fixé un principe clair en dotant le département de la compétence de droit commun en matière d'aide sociale légale et en laissant à l'État des compétences résiduelles, désormais énumérées à l'article L. 121-7 du code de l'action sociale et des familles.

La loi du 13 août 2004 est venue réaffirmer et renforcer le rôle du département en lui confiant la mission de chef de file de l'action sociale. Elle l'a ainsi chargé de la définition et de la mise en œuvre des politiques d'action sociale sur son territoire mais également de la coordination avec l'ensemble des acteurs amenés à intervenir en la matière. Ce rôle de chef de file est codifié à l'article L. 121-1 du code de l'action sociale et des familles. Il a été décliné à l'article L. 113-2 de ce même code s'agissant de l'action sociale en faveur des personnes âgées.

Doc 9



Ce rôle de chef de file confié au département trouve une traduction dans l'élaboration des documents de planification, notamment du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale et du plan départemental d'insertion. [...]

Le bilan du processus de décentralisation apparaît au final positif, les départements s'étant pleinement approprié leurs compétences en la matière. [...]

Selon les données fournies par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) pour l'année 2012, les dépenses d'action sociale des collectivités territoriales s'élevaient à cette date à près de 47,1 milliards d'euros.

Les départements concentrent à eux seuls plus de 85 % de ces dépenses. Cette proportion varie d'un département à l'autre et peut atteindre plus de 70 % dans ceux d'entre eux dont les populations sont les plus confrontées à la précarité. Leurs principaux postes de dépenses sont l'insertion (7,9 milliards d'euros en 2012), l'aide sociale à l'enfance (7 milliards d'euros), l'aide sociale aux personnes âgées (6,9 milliards d'euros) et l'aide sociale aux personnes handicapées (6,1 milliards d'euros). [...]

Le processus de décentralisation n'a pas nécessairement conduit à faire disparaître toute intervention de l'État dans les domaines de compétences transférés aux collectivités territoriales.

Celui-ci conserve en premier lieu une responsabilité dans la conception des politiques à l'échelle nationale et dans l'élaboration de la réglementation. Il continue également, dans certains cas, d'agir de façon conjointe avec les collectivités territoriales en développant des interventions qui lui sont propres. Dans d'autres domaines, l'action du département doit nécessairement s'articuler avec celle des services de l'État. Ceux de la justice ou de l'éducation nationale sont ainsi directement associés à la mise en œuvre des politiques relatives à la protection de l'enfance. S'y ajoute la responsabilité de l'État au titre de la politique de l'immigration pour ce qui concerne la prise en charge des mineurs isolés étrangers. [...]

Aux compétences des autres niveaux de collectivités territoriales s'ajoutent celles des organismes de protection sociale qui interviennent auprès de leurs affiliés au titre de leur politique d'action sociale.

www.senat.fr

Doc 10

La place de la protection sociale dans les politiques sociales

Les dépenses de protection sociale représentaient en 2010 près de la moitié du montant global des dépenses publiques. Signe d'une forte socialisation des risques, les montants dépensés en France sont bien au-dessus de la moyenne de la zone euro.

Les politiques sociales sont organisées pour répondre à différents risques : santé, vieillesse, maternité/famille, emploi, logement, pauvreté et exclusion. Différents acteurs concourent à leur financement. Les assurances sociales obligatoires doivent être citées en premier lieu dans la

mesure où elles couvrent plus de 80 % des dépenses. Les contributions de l'État et des collectivités locales viennent en second lieu, avec 11 % des prestations versées. [...]

Malgré l'existence d'une forte couverture des risques sociaux, attestée par la croissance des montants dépensés pour la protection sociale, les Français restent très préoccupés par la question des inégalités.

*Les politiques de cohésion sociale,
Rapports et documents n° 55, 2013*

Doc 11

Les associations : un acteur essentiel des politiques sociales

Souvent en charge de véritables missions de service public, plus de 15 000 associations participent à l'accompagnement social des populations en difficulté et constituent des relais locaux naturels de la politique de la ville dans les quartiers. Près des trois quarts des crédits de fonctionnement du programme « Équité territoriale et sociale et soutien » leur sont confiés, ce qui leur confère une responsabilité essentielle dans la mise en œuvre des politiques de cohésion sociale.

Nées le plus souvent dans les territoires où se concentrent les plus grandes difficultés, elles interviennent dans de nombreux domaines : l'insertion des jeunes, l'apprentissage de la citoyenneté, la lutte contre la délinquance et contre les violences faites aux femmes et aux enfants, l'animation sportive et culturelle, l'amélioration de l'accès à la



Doc 11

→ santé, la lutte contre la toxicomanie, et l'insertion par l'emploi et par le développement économique. À travers l'exercice de leurs missions, elles constituent un maillage de proximité, qui renforce les liens sociaux et entretient la cohésion sociale.

Ainsi que le souligne M. Jean-Pierre Decool dans son rapport sur la proposition de loi créant le chèque-emploi associatif, les associations sont aussi à l'origine de la création de nombreux emplois dans les quartiers. Créé par la loi n° 2003-442 du 19 mai 2003 et inspiré du dispositif du chèque-emploi-service destiné aux particuliers employeurs,

le chèque-emploi associatif a d'ailleurs permis de dynamiser l'emploi dans les petites et moyennes associations, en simplifiant l'embauche et la gestion des salariés par les associations et en prévoyant un mécanisme incitatif d'allègement des charges patronales.

Pourtant, le rôle des associations est insuffisamment reconnu, celles-ci souffrant de l'évolution erratique des crédits en faveur de la cohésion sociale et leurs personnels n'ayant pas un statut spécifique leur permettant d'accéder à une véritable reconnaissance sociale.

Sénat, *Rapport d'information*, n° 49, 2006

1 Repérez le rôle de chaque acteur intervenant dans l'élaboration des politiques sociales.

Acteurs	Rôles
État	– Prennent les décisions au niveau national.
Parlement	– Définissent les politiques sociales. – Votent les lois concernant ces mêmes politiques.
Département	Centré sur la solidarité sociale, il exerce les compétences de prévention et prise en charge des situations de fragilité, développement social, accueil des jeunes enfants, l'autonomie des personnes âgées et handicapées...
Commune (CCAS)	Réalise essentiellement de l'action sociale, à l'échelon de la ville. Son rôle se renforce avec l'accentuation du développement social local (DSL) et de l'intervention sociale d'intérêt collectif (ISIC).
Associations	Participent à l'accompagnement social des populations en difficulté et interviennent dans de nombreux domaines : l'insertion des jeunes, l'apprentissage de la citoyenneté, la lutte contre la délinquance et contre les violences faites aux femmes et aux enfants, l'animation sportive et culturelle, l'amélioration de l'accès à la santé, l'insertion par l'emploi et par le développement économique...

2 Montrez l'intérêt de l'intervention des collectivités territoriales (départements et communes) dans la mise en place des politiques sociales.

Les collectivités territoriales mettent en œuvre les politiques d'aide et d'action sociales. Elles sont en mesure d'agir directement sur le terrain, au plus près des populations, et donc de répondre au mieux aux besoins sociaux des individus. Ainsi, le département élabore des plans d'action relatifs à l'organisation sociale et médico-sociale, et à l'insertion. Grâce à sa compétence générale, la commune intervient dans tous les domaines du quotidien.

3 Justifiez pourquoi la protection sociale et les associations constituent des partenaires essentiels pour les pouvoirs publics.

Les politiques sociales sont organisées pour répondre à différents risques : santé, vieillesse, maternité/famille, emploi, logement, pauvreté et exclusion. Le système de protection (assurance maladie, allocations familiales, chômage...) constitue un partenaire essentiel car il couvre la majorité des dépenses sociales.

La France compte plus de 15 000 associations qui participent à l'accompagnement social des populations en difficulté et constituent des relais locaux naturels de la politique de la ville dans les quartiers. Elles interviennent dans de nombreux domaines (insertion des jeunes, protection des populations fragilisées, animation sportive et culturelle, développement économique local...). À travers l'exercice de leurs missions, elles renforcent les liens sociaux et entretiennent la cohésion sociale.

4 Expliquez comment l'organisation institutionnelle des politiques sociales peut permettre de répondre aux besoins sociaux des individus.

L'organisation entre les différents acteurs sociaux permet une véritable complémentarité des actions de chacun.

Cette complémentarité permet de mieux répondre aux besoins des individus. Ainsi, à l'échelle nationale, l'État a une responsabilité dans la conception des politiques et dans l'élaboration de la réglementation. Le système de protection sociale en assure l'essentiel du financement.

Au niveau local, les collectivités territoriales assurent, à travers leurs différentes compétences, la mise en place des politiques sociales. Elles répondent à tous les besoins du quotidien des citoyens sur le terrain. Les associations complètent ces actions en tant qu'acteur de proximité puisque elles permettent de renforcer les liens sociaux.

Pour aller plus loin

En vous aidant d'Internet et d'un logiciel de traitement de texte, expliquez l'utilité de l'outil schéma départemental des services aux familles et présentez les freins qu'il peut rencontrer.

<http://social-sante.gouv.fr/affaires-sociales/famille-enfance/soutien-a-la-parentalite/article/schemas-departementaux-des-services-aux-familles>

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/01/cir_39152.pdf

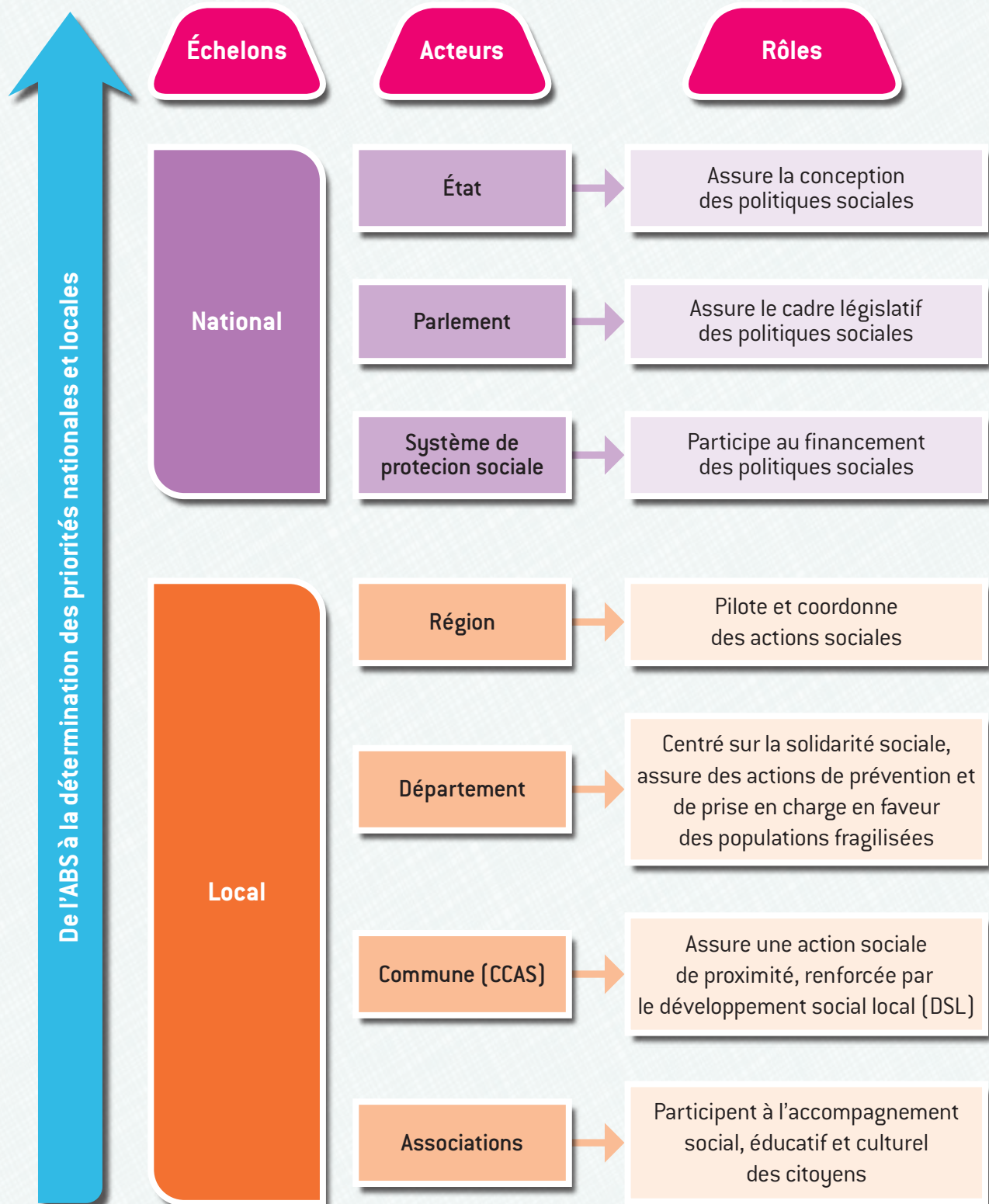
<http://www.lagazettedescommunes.com/220860/des-schemas-territoriaux-des-services-aux-familles-pour-renover-la-gouvernance-de-la-politique-daccueil-du-jeune-enfant/>

Synthèse

ATT

13

L'élaboration des politiques sociales



L'accès aux droits sociaux

ATT

14

I L'accès aux droits des personnes en difficulté

Activité 1 Les droits reconnus par la société

Objectif ► rappeler le fondement des droits sociaux.

30 min

Doc 1 La Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789

Art. 1^{er}. – Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune.

Doc 2 Le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

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. »



Doc 3 La Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948

Art. 25. – « 1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou

dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.
2. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale. »

1 Présentez l'origine et la portée des doc 2 et 3.

La Constitution est un texte fondamental dans la hiérarchie des lois. Aucune mesure mise en œuvre par l'État ne peut aller à l'encontre de la Constitution. Tout droit qui y est inscrit est une garantie pour le citoyen.

Après la Deuxième Guerre mondiale, la communauté internationale s'est engagée à ne plus jamais laisser se produire des atrocités

comme celles commises pendant le conflit. Les dirigeants du monde entier décidèrent de renforcer la Charte des Nations Unies par une feuille de route garantissant les droits de chaque personne, en tout lieu et en tout temps. Le document qu'ils examinèrent allait devenir la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948.

2 Précisez la catégorie de droits qui sont garantis par les textes ci-avant.

Les droits garantis par ces textes sont des droits fondamentaux : ils sont universels, imprescriptibles et inaliénables. Ils s'appliquent à tous les citoyens français. Par ailleurs, ils ont permis l'apparition de droits sociaux dont la mise en œuvre se traduit par le versement de prestations sociales en espèce et en nature, ainsi que par des services.

3 À l'aide de vos connaissances, indiquez comment l'État, garant de ces droits, assure leur accès à chaque citoyen. Ces droits sont inscrits dans la Constitution. Cela en fait une obligation pour l'État qui a donc le devoir de les garantir à l'ensemble des citoyens. Il assure leur accès par le biais de services publics liés à la santé, à l'éducation, au logement, à l'emploi ou encore à la justice. L'État protège également sa population grâce à des prestations telles que les minima sociaux, la couverture maladie universelle (CMU), les allocations logement, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)...

Activité 2 La non-effectivité de ces droits

Objectif • présenter le lien entre précarité, pauvreté ou exclusion sociale et difficulté d'accès aux droits sociaux.



Doc 4 – Qu'est-ce que le non-recours ?

À l'origine la question du non-recours renvoie à toute personne éligible à une prestation qui, en tout état de cause, ne la perçoit pas. Son approche s'élargie aujourd'hui à une diversité de domaines d'intervention.

Entre non-connaissance, non-réception et non-demande, les situations de non-recours interrogent l'effectivité et la pertinence de l'offre publique, et représentent un enjeu fondamental pour son évaluation.

<https://odenore.msh-alpes.fr>

Doc 5 – L'effet du non-recours aux droits est ravageur

En partant d'une réflexion sur le non-recours aux droits en matière de santé (10 à 24 % pour la CMU complémentaire, plus de 60 % pour l'aide à la complémentaire santé), nous avons vite constaté que le non-recours à tel ou tel droit se cumulait souvent avec d'autres : droit au logement, au transport, à l'éducation, à la formation, à la justice.

Pour faire aboutir un dossier et obtenir l'ouverture de droits de toute nature, il faut suivre un parcours du combattant : incroyable complexité des dossiers, manque d'information et de proximité, pénurie d'interlocuteurs physiques. À quoi s'ajoute l'inhibition provoquée par le discours sur les prétendus « chômeurs fraudeurs ». [...] Le non-recours provoque des effets de seuil ravageurs, des ruptures dramatiques. Il engendre amertume, colère,

sentiment de désespérance. Il met en danger la cohésion nationale, aggrave les divisions dans la société, déchire profondément le lien démocratique et favorise la montée des extrémismes.

Comment lutter contre le cruel manque de moyens ?

C'est la non-ouverture de ces droits qui coûte cher ! Chacun sait bien qu'elle aggrave la situation des personnes qui, du coup, retardent leurs soins, rognent sur des dépenses. Il faut simplifier les procédures, valoriser de nouveaux métiers plus transversaux et impulser l'essaimage de pratiques innovantes et préventives.

W. Le Devin, « L'effet du non-recours aux droits est ravageur », www.liberation.fr, 10 octobre 2014

Doc 6 Un exclu est-il encore un citoyen ?

Un exclu est toujours un citoyen au sens juridique du terme, puisque toute personne majeure ayant la nationalité française est un citoyen français. [...] C'est [en effet] la citoyenneté sociale, liée au développement de l'État-providence, qui est remise en cause par le développement de la pauvreté et des différentes formes d'exclusion. Les démocraties sont fondées sur l'égalité de tous les citoyens, mais l'affirmation des principes républicains qui confèrent des droits semble en contradiction avec l'application concrète de ces droits.

Ainsi, le droit d'obtenir un emploi, affirmé par le préambule de la Constitution de 1946, paraît difficile à mettre en œuvre en période de crise économique et de chômage. Les personnes qui connaissent la pauvreté, qui sont au chômage et exclues de la sphère d'intégration que constitue le travail peuvent-elles et sont-elles considérées par les autres comme de véritables citoyens ? L'égalité politique et juridique ne suffit pas à fonder le lien social. L'action de l'État-providence en faveur de la réduction des inégalités

sociales doit alors être envisagée comme une condition et une conséquence de l'affirmation de l'égalité des citoyens et de l'exercice concret de la citoyenneté.

www.vie-publique.fr



Doc 7 Le non-recours aux droits en France

Les niveaux élevés de non-recours observés pour le RSA et la CMU s'expliquent notamment par la complexité des démarches, qui peuvent décourager certaines personnes éligibles. D'autres ignorent, faute d'informations, qu'elles sont concernées par ces aides. Certains ayants droits potentiels refusent tout simplement ces aides, de peur de se voir assimilés à des « assistés »

et d'être considérés comme « pauvres », ou parce qu'ils estiment une telle aide inutile ou injustifiée.

L'exercice de mesure des taux de non-recours est précieux : si l'existence d'aides sociales en faveur des plus démunis est fondamentale, leur efficacité est toute aussi importante. Et pour déterminer si une politique est adaptée, il faut être capable d'en mesurer le niveau de réception.

www.inegalites.fr

1 À l'aide de vos connaissances, rappelez les définitions de pauvreté, précarité et exclusion sociale.

La pauvreté est l'état d'une personne ou d'un groupe qui ne dispose pas des ressources matérielles suffisantes et qui vit dans des conditions ne lui permettant pas d'exister dignement, selon les droits légitimes et vitaux de la personne humaine. Sur le plan monétaire, un individu est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté (soit en France, en 2012, 987 € par mois pour une personne seule).

La précarité est avant tout un état de fragilité et d'instabilité. C'est l'absence d'une ou plusieurs sécurités permettant aux personnes d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux.

L'exclusion sociale est la rupture progressive des relations entre l'individu et la société. Elle est souvent, mais pas uniquement, la conséquence de la pauvreté et de la précarité.

2 Donnez une définition de la notion de non-recours aux droits.

Situation des personnes ou des ménages qui sont éligibles à une ou plusieurs prestations mais qui, pour différentes raisons, n'accèdent pas à ces droits et services auxquels ils peuvent prétendre.

Activité 2

3 À l'aide des documents et de vos connaissances, précisez les formes et les raisons du non-recours aux droits sociaux.

Formes de non-recours aux droits sociaux	Raisons
Forme 1 : Non-connaissance	– Manque d'information sur l'existence ou le mode d'accès aux droits ; – non proposition de la part du prestataire.
Forme 2 : Non-demande	– Manque d'intérêt pour l'offre (coût/avantage) ; – estime de soi, fierté ; – découragement devant la complexité de l'accès ; – difficultés d'accessibilité (distance, mobilité) ; – dénigrement de son éligibilité, de ses chances ou de ses capacités ; – raisons financières ; – difficulté à exprimer ses besoins ; – crainte de stigmatisation ; – perte de l'idée d'avoir (droit à) des droits.
Forme 3 : Non-réception	– Abandon de la demande ; – non-adhésion à la proposition ; – inattention aux procédures ; – dysfonctionnement du service prestataire ; – discrimination.

4 Expliquez les phrases soulignées dans les **doc. 4** et **7**.

Ces phrases posent la question de la pertinence et de l'efficacité de l'offre proposée, au regard du public visé. La deuxième montre également l'intérêt d'évaluer les politiques publiques.

5 Montrez l'influence de la précarité, de la pauvreté et de l'exclusion sociale sur l'accès aux droits sociaux.

L'accès aux droits ne peut être effectif sans un revenu minimum décent. Ainsi, les personnes en situation de précarité, de pauvreté ou d'exclusion sociale ne peuvent acquérir certains biens et services essentiels (comme le logement, les soins médicaux).

Les prestations sociales représentent alors un revenu. Le non-recours aux droits et le non-versement des aides financières qui y ont trait a une incidence sur le niveau de vie des ménages, intensifiant encore des situations d'exclusion. Par ailleurs, une situation de grande pauvreté rend très difficiles, voir impossibles, les démarches de recours aux prestations sociales.

6 En vous appuyant sur les activités 1 et 2, expliquez pourquoi la question du non-recours aux droits est devenue essentielle dans les politiques sociales.

Le non-recours aux droits est une notion devenue essentielle dans les politiques sociales, puisqu'elle remet en cause le principe d'égalité qui fonde la République. En outre, elle accentue l'idée d'une incapacité de l'État à mettre en œuvre une politique sociale assurant à l'ensemble des citoyens l'accès aux droits garantis par la Constitution. Enfin, le non-recours aux droits met en danger la cohésion sociale.

II

Les structures spécialisées dans l'accès aux droits des jeunes

Activité 3 Les missions locales

Objectif • présenter un dispositif facilitant d'accès aux droits.



Doc 8 – L'accès aux droits des jeunes à la mission locale de la Mire

Carole Soucaille est responsable de secteur à la mission locale de la Mire – Bobigny, Drancy, Blancmesnil.

En janvier 2015, elle a été auditionnée par le Conseil économique, social et environnemental (CESE) dans le cadre d'un avis sur l'accès aux droits sociaux des jeunes (avis rendu le 25 mars 2015). En sa qualité de coordinatrice de la démarche Garantie jeunes, elle est revenue sur [...] les contraintes auxquelles sont confrontés quotidiennement les jeunes dans leurs démarches d'accès aux droits.

Des contraintes administratives qui freinent l'accès à un logement

« 50 % des jeunes que nous accompagnons rencontrent des problèmes d'hébergement. Sur notre territoire, dans ce domaine, l'offre est largement inférieure à la demande. Dans le cadre de la Garantie jeunes, avec l'appui des services de l'État et de la préfecture, nous avons amorcé

une nouvelle convention de partenariat avec les Foyers de jeunes travailleurs (FJT). C'est une expérimentation qui consiste à réserver une dizaine de places aux jeunes accompagnés en Garantie jeunes pour sécuriser leur parcours et leur permettre de faire des démarches par ailleurs. Malgré cela, des difficultés d'ordre administratif bloquent leur accès à ces hébergements. D'abord, la déclaration que doivent fournir les jeunes est celle datée de deux années antérieures :

- soit le jeune est chez ses parents et il doit donner celle de ses parents. Or, parfois le jeune est en rupture avec ses parents ou alors les parents sont dans l'impossibilité de produire ces documents ;

- soit le jeune est autonome, c'est-à-dire qu'il vit en logement individuel, en hôtel. Il peut être aussi sans domicile fixe. Dans ce cas, on fait donc tout un travail pédagogique pour expliquer que c'est une démarche citoyenne de faire sa déclaration et de se déclarer aux finances publiques. Dans le même temps, cela leur permet de récupérer cette fameuse attestation qui est le sésame pour ces places d'hébergement. Quand les jeunes s'engagent dans ces démarches pour obtenir leur propre attestation, cela peut prendre 6 mois. Il y a donc des places réservées dans des FJT qui ne seront pas pourvues. On essaie alors d'obtenir un délai auprès des FJT, une souplesse pour nous laisser le temps d'obtenir ces documents.

On a saisi le chargé de mission du préfet pour qu'il alerte son collègue de la direction des finances publiques afin que cette situation cesse.

La santé n'est pas une priorité pour certains jeunes

Sur les problématiques de santé, on se heurte au fait que pour les jeunes, ce n'est pas la priorité, tout comme les vacances et la culture. Ce qu'ils veulent, c'est un « taf ». Ils ne s'adressent aux professionnels de santé que lorsqu'ils rencontrent de sérieux problèmes.

Certains n'ont pas de droits ouverts, certains ont des droits mais ne sont pas au courant, d'autres ont des droits qui ne sont pas à jour. Certains sont ayants droit des parents. Ça nous prend souvent un temps fou avant de faire la lumière sur ce qui se passe. Pour beaucoup de jeunes, ce n'est pas naturel de se rendre dans une CPAM, de mettre à jour sa carte vitale, de choisir un médecin traitant. »

Pour en savoir plus : visionnez le film de l'interview de Carole Soucaille par le CESE (durée : 7,35 min).

www.peps-missionslocales.info, 20 mars 2015



Doc 9 – La mission locale de Colombes et l'insertion professionnelle des jeunes

Depuis près de 20 ans, la mission locale accompagne les jeunes dans leur recherche d'emploi, de formation ou dans l'élaboration de leur projet professionnel. Elle s'adresse aux jeunes Colombiens de 16 à 25 ans, diplômés ou non, après leur sortie du système scolaire. Elle propose un accompagnement personnalisé.

Emploi, formation, projet professionnel, changement d'orientation professionnelle, contrat de travail, contrat d'apprentissage, information sur les métiers... Quel que soit votre projet professionnel et personnel, votre niveau scolaire, votre expérience, la mission locale vous accueille, vous informe, vous oriente et vous accompagne tout au long de votre parcours, jusqu'à la réalisation de votre projet.

La mission locale peut également intervenir pour vous soutenir lorsque vous êtes en emploi, si vous vous questionnez sur votre contrat, votre poste, vos relations avec votre employeur...

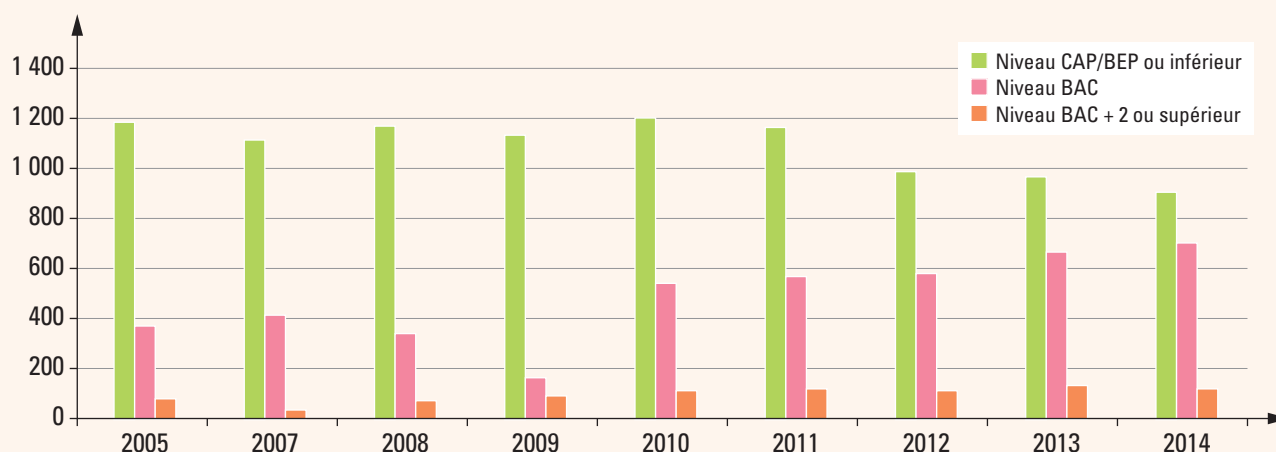
Ou encore, elle peut vous aider dans vos démarches administratives en lien avec la santé, le logement, l'accès aux droits (y compris le droit des étrangers, la Sécurité sociale...) ou encore à la citoyenneté.

L'équipe de la mission locale accompagne chaque jeune selon ses besoins et ses objectifs professionnels et personnels. C'est un accompagnement personnalisé. Les jeunes sont reçus en entretien individuel. Pendant cet entretien, le conseiller mission locale prend le temps d'écouter, de comprendre, de proposer des solutions adaptées à chacun. En complément, plusieurs ateliers collectifs sont à votre disposition pour faire un CV, une lettre de motivation, rechercher un emploi ou un contrat en alternance... Des rencontres avec des professionnels sont également organisées chaque mois ; ainsi que des visites d'entreprises ou de centres de formation.

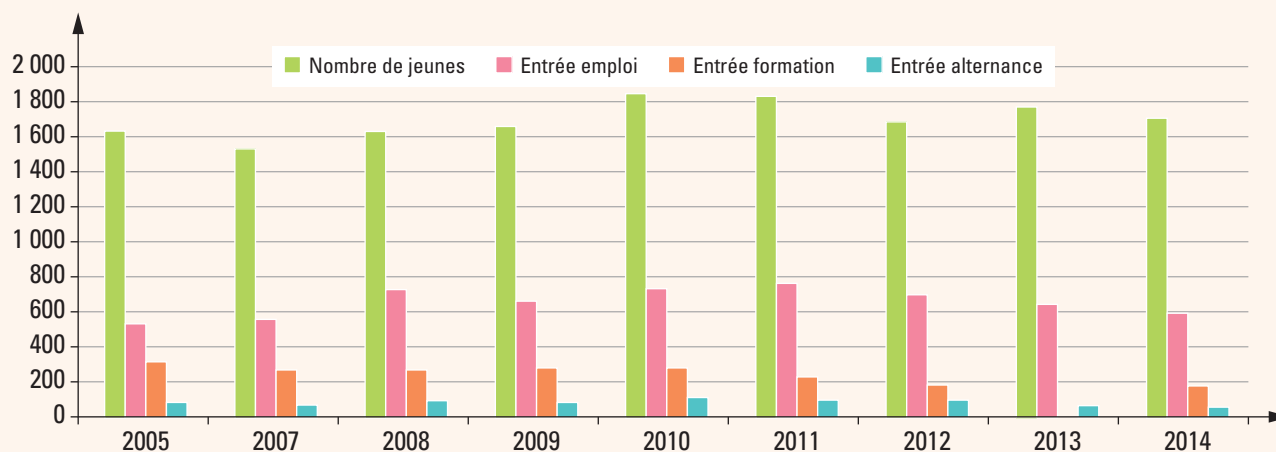
www.colombes.fr

Doc 10 – L'intervention de la mission locale de Colombes entre 2005 et 2014

Évolution du niveau d'études du public accueilli à la mission locale de Colombes



Évolution de l'insertion du public accueilli à la mission locale de Colombes



La lettre d'information de la mission locale de Colombes, n° 63, juin 2015

11 Le réseau des missions locales

Présentes sur l'ensemble du territoire national, les 450 missions locales exercent une mission de service public de proximité avec un objectif essentiel : permettre à tous les jeunes de 16 à 25 ans de surmonter les difficultés qui font obstacle à leur insertion professionnelle et sociale. Ainsi, chaque année, 1,4 million de jeunes sont accompagnés par les missions locales.

Un accompagnement global au service de l'accès à la vie active

Depuis bientôt trente ans, les missions locales ont développé un mode d'intervention global au service des jeunes qui consiste à traiter l'ensemble des difficultés d'insertion : emploi, formation, orientation, mobilité, logement, santé, accès à la culture et aux loisirs. Cette approche globale est le moyen le plus efficace pour lever les obstacles à l'insertion dans l'emploi et dans la vie active.

Des services proposés aux jeunes dans trois domaines : professionnel, social et vie sociale

- Définition du projet professionnel, accès à une formation professionnelle, recherche d'emploi et intégration dans l'entreprise.
- Information sur la santé et accès aux soins, recherche d'un hébergement et accès à un logement autonome.
- Accès aux droits, participation citoyenne, accès aux activités culturelles, sportives et de loisirs.

Le métier des missions locales : accueil et entretien avec les jeunes, réseau avec les partenaires locaux

L'accueil de proximité est primordial pour les missions locales qui ont mis en place plus de 5 000 lieux ouverts au public. Les jeunes se rendent à la mission locale de manière volontaire et sont accueillis immédiatement pour une première réponse à leur demande ou un premier entretien avec un conseiller.

L'accompagnement en entretien est le principal mode d'intervention. C'est au cours de l'entretien que le conseiller aide le jeune à s'orienter et détermine avec lui les moyens à mobiliser pour réaliser toutes ses démarches. Afin d'apporter aux jeunes tous les services nécessaires pour lever les freins à l'insertion, la mission locale dispose



d'un réseau de partenaires locaux : entreprises, organismes de formation, service public de l'emploi, services de santé, de logement et d'action sociale, services publics locaux, collectivités, associations, etc.

Un outil d'intervention en direction de la jeunesse associant l'État, les collectivités locales et les acteurs du territoire

Pour s'adapter au plus près de situations locales, les missions locales ont un statut associatif. Les présidents des conseils d'administration sont toujours des élus participant au financement des missions locales. Dans leurs instances associatives, les missions locales fédèrent les élus des collectivités territoriales, les services de l'État, Pôle emploi, les partenaires économiques et sociaux et le monde associatif.

Les missions locales sont une forme de mise en commun de moyens entre l'État et les collectivités locales. Ainsi, le financement des missions locales se répartit entre : l'État, les communes et établissements publics de coopération intercommunale, les régions et départements.

www.travail-emploi.gouv.fr

1 Montrez que les jeunes accueillis par la mission locale de la Mire sont en situation de non-droits.

Les droits des jeunes accueillis sont bafoués ou menacés. Ces usagers sont, par exemple, privés de logement ou n'ont pas accès aux soins de santé. De plus, ils ne cherchent pas toujours à exercer leurs droits.

↳ Activité 3

2 En vous appuyant sur le **doc. 10**, décrivez l'intervention de la mission locale de Colombes.

La mission locale de Colombes accueille et accompagne des jeunes de 16 à 25 ans, après leur sortie du système scolaire. Si leur nombre a globalement augmenté ces dix dernières années, il tend à baisser en 2010.

Le nombre de jeunes peu ou pas diplômés (CAP/BEP au plus) qu'elle reçoit est en baisse régulière. Parallèlement, elle accompagne de plus en plus de jeunes ayant un niveau baccalauréat et plus.

Les entrées en mesure (emploi, formation en alternance) régressent depuis 2010, montrant l'efficacité de l'action de la mission locale. Ce sont les entrées en formation qui subissent la baisse la plus importante. Les entrées en alternance ont légèrement progressé jusqu'en 2010, puis fortement régressé. L'accès à l'emploi, que la mission favorise, a progressé de 2005 à 2011, et diminue depuis. L'entrée en emploi reste majoritaire, celle en alternance minoritaire.

3 Expliquez pourquoi on parle « d'accompagnement personnalisé » en mission locale.

La mission locale accompagne chaque jeune selon ses besoins et ses objectifs professionnels et personnels. Les jeunes sont reçus en entretien individuel. Pendant cet entretien, le conseiller mission locale prend le temps d'écouter, de comprendre, de proposer des solutions adaptées aux difficultés d'accès aux droits du jeune reçu. C'est un accompagnement personnalisé.

4 Montrez que les missions locales forment un dispositif transversal d'accès aux droits.

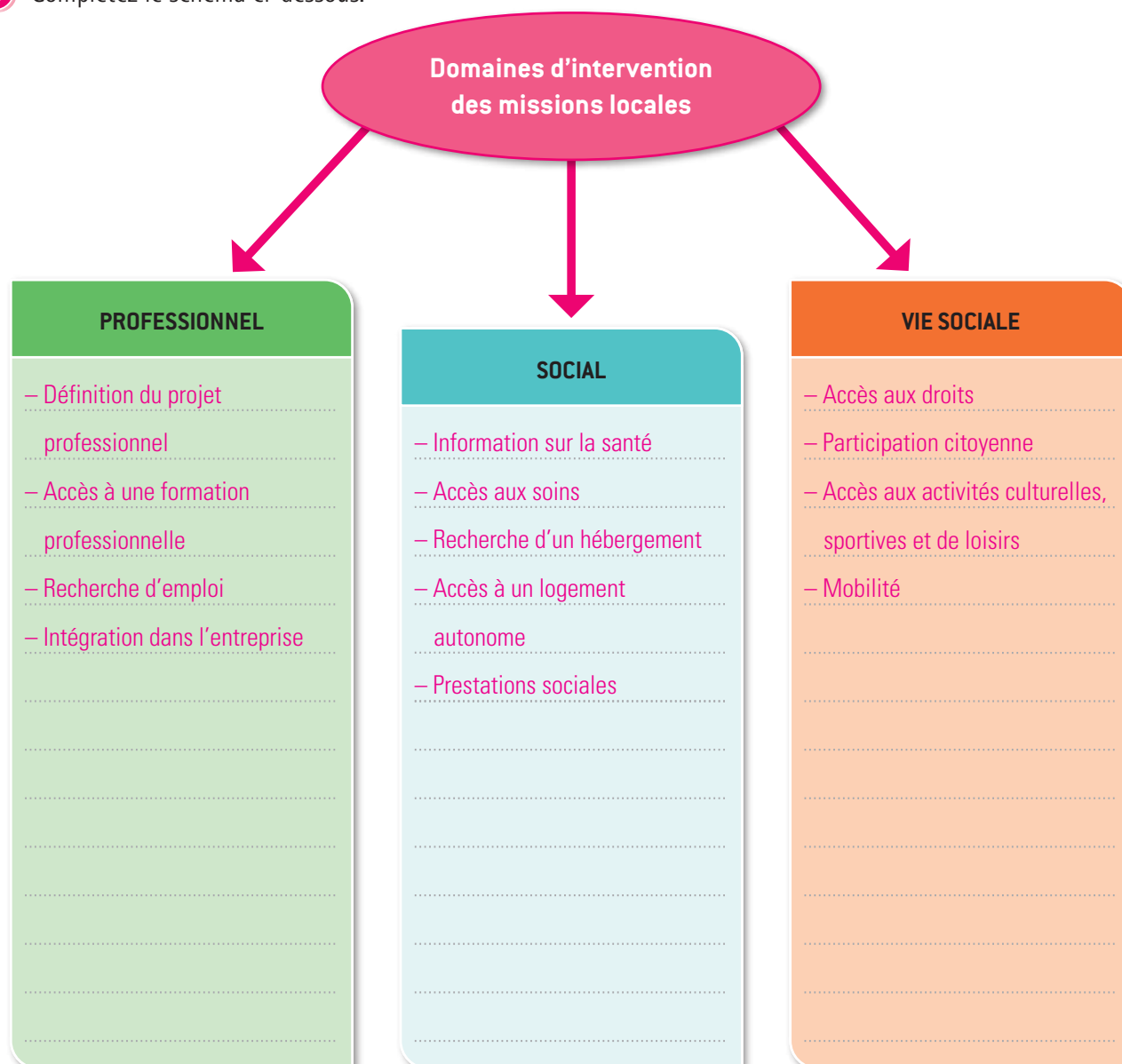
Les missions locales ont développé un mode d'intervention global qui consiste à traiter tous les aspects des difficultés d'insertion rencontrées par les jeunes : le logement, l'emploi, la formation, l'orientation, la mobilité, la santé, l'accès à la culture et aux loisirs. L'action sociale des missions locales est croisée.

5 Présentez l'intérêt qu'ont les missions locales à travailler en réseau avec les partenaires locaux.

Les missions locales travaillent en réseau avec les partenaires locaux afin de mieux répondre aux besoins des jeunes.

En facilitant l'accès aux différents services nécessaires, elles lèvent l'ensemble des freins à l'insertion. En outre, les présidents de leur conseil d'administration sont toujours des élus des organismes qui participent à leur financement. Dans leurs instances associatives, les missions locales fédèrent des partenaires nombreux et variés : les élus des collectivités territoriales, les services de l'État, Pôle emploi, les acteurs économiques et sociaux, et le monde associatif.

6 Complétez le schéma ci-dessous.



Pour aller plus loin

En vous aidant d'Internet et d'un logiciel de traitement de texte :

– Rappelez la devise de la République française.

Liberté, Égalité, Fraternité

– Montrez que la finalité de l'accès aux droits répond à la devise de la France.

<http://www.elysee.fr/la-presidence/liberte-egalite-fraternite/>

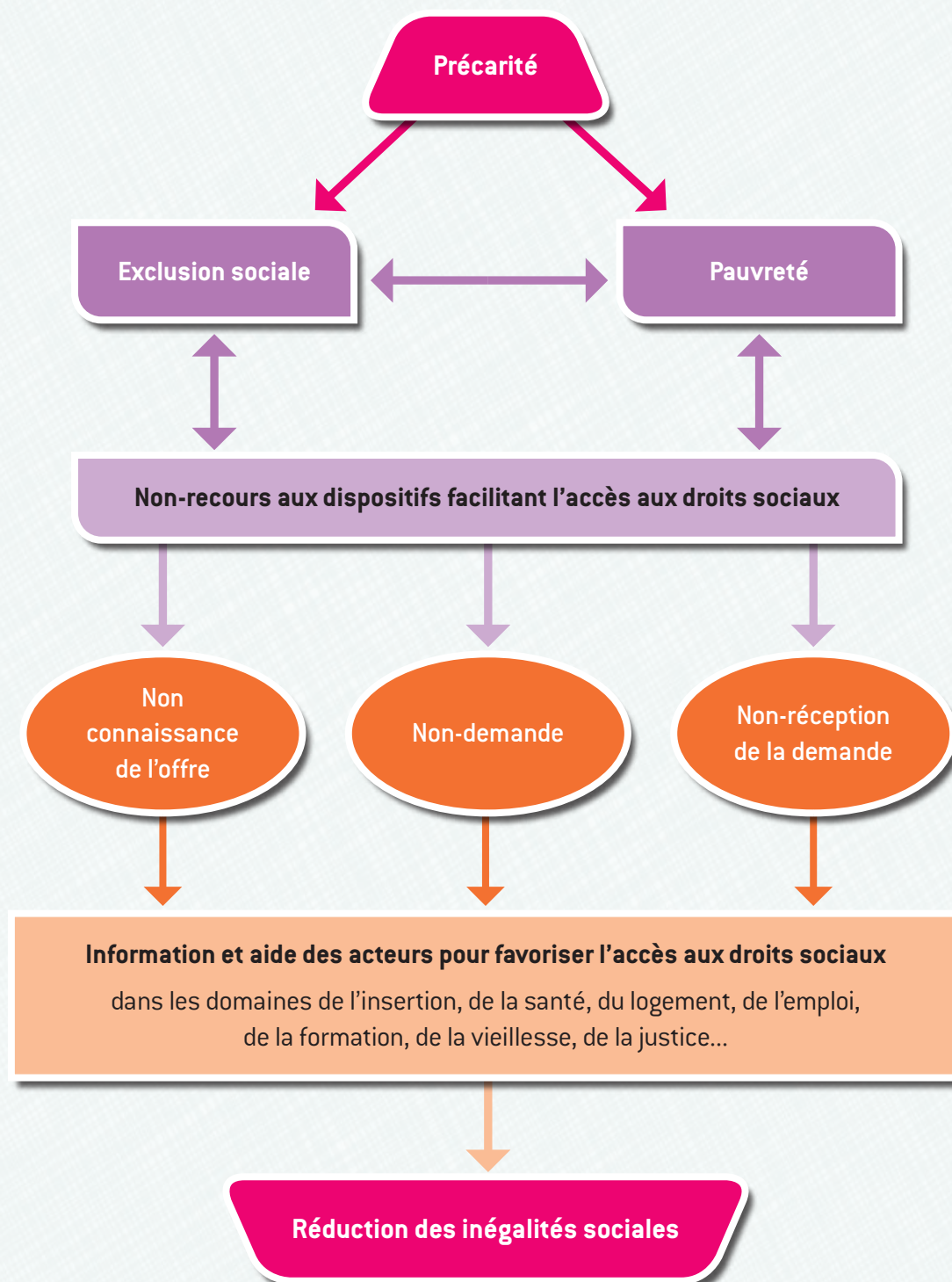
<http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946.5077.html>

<http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789.5076.html>

<http://www.un.org/fr/documents/udhr/>

Synthèse

ATT 14 L'accès aux droits sociaux



Les dispositifs et actions dans l'urgence ou dans la durée

ATT

15

I Les prestations et l'offre de services

Activité 1 La redistribution des ressources

Objectif repérer le rôle de la redistribution des ressources. 50 min

Doc 1 La redistribution verticale et horizontale des revenus

Une trop grande inégalité entre les membres d'une même société est source de mécontentement, et potentiellement de révolte.

L'État a donc la responsabilité de limiter de tels écarts en redistribuant les richesses. Il y a deux grandes méthodes de redistribution : horizontale et verticale.

La redistribution verticale

Le principe de la redistribution verticale est de limiter les inégalités des revenus, et donc de promouvoir la justice sociale. La redistribution verticale se fait par des transferts monétaires ou en nature vers les ménages méritants. Elle est financée par des prélèvements obligatoires sur les revenus de certains individus ou ménages, généralement les plus aisés de la société. Ces prélèvements obligatoires sont des impôts, taxes et cotisations sociales.

La redistribution horizontale

La redistribution horizontale couvre les risques sociaux, quel que soit le niveau de revenus. Par conséquent, même les gens aisés bénéficient de ce système. La redistribution horizontale fait qu'un groupe paie pour les services d'un autre groupe. Par exemple, les bien-portants paieront pour les malades ; les jeunes pour les vieux.

En France, la redistribution horizontale prend la forme de la protection sociale (c'est-à-dire la Sécurité sociale, l'action sociale et l'aide sociale). L'État indemnise les citoyens

victimes des aléas de la vie (chômage, maladie, vieillesse, décès d'un parent...) et s'assure que tout le monde ait accès à des services essentiels : éducation, eau, nourriture, santé publique.

La protection sociale se finance par des cotisations salariales, et par la CSG (contribution sociale généralisée) qui s'applique aussi sur les revenus fonciers et locatifs.

www.economiesolidaire.com, 18 avril 2010



À Avignon, une équipe mobile fait le tour de la ville tous les soirs d'hiver pour suivre les populations de SDF et leur proposer un hébergement.

Doc 2 La redistribution monétaire

Pour mesurer l'impact des prélèvements directs et des prestations sociales sur la répartition des richesses, le revenu des ménages est comparé avant et après redistribution monétaire. Avant redistribution monétaire, le niveau de vie moyen des 20 % de personnes les plus aisées est de 57 080 € par an et par unité de consommation (UC),

soit 8,2 fois supérieur au niveau de vie moyen des 20 % de personnes les plus modestes (6 920 € par an et par UC). Après redistribution, ce rapport est de 4,1 : le niveau de vie moyen des 20 % de personnes les plus modestes a augmenté de 60 % et celui des 20 % les plus riches a diminué de 20 %. La réduction des écarts est encore plus

Doc 2

→ grande aux extrémités de la distribution des revenus : les 10 % de personnes les plus pauvres disposent d'un niveau de vie moyen avant redistribution de l'ordre de 3 730 € par an et par UC, contre 75 330 € pour les 10 % les plus riches, soit 20,2 fois plus. Après redistribution, ce

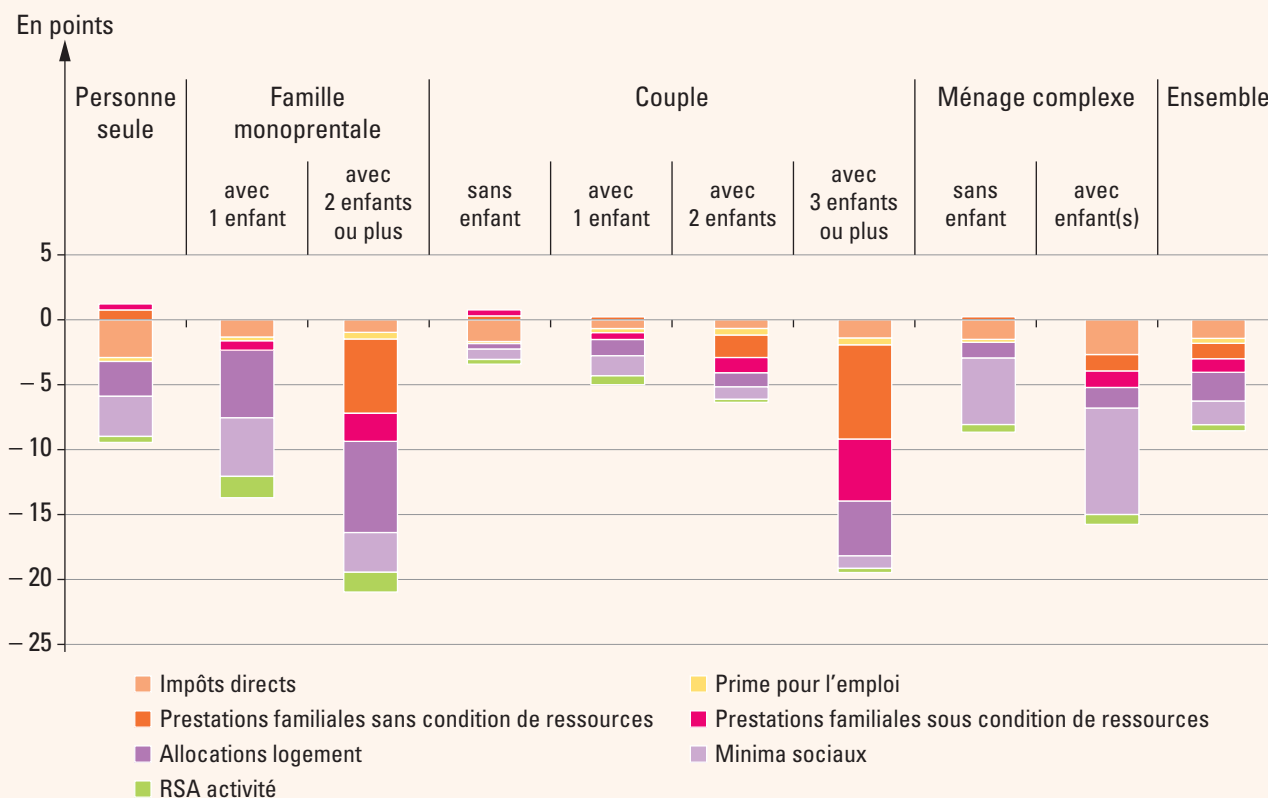
rapport passe de 20,2 à 5,9. Les prélèvements et prestations ne contribuent pas tous avec la même intensité à la réduction globale des inégalités de niveau de vie.

« France, portrait social », édition 2014, www.insee.fr

Doc 3

L'effet des prestations sociales et du système fiscal sur la réduction de la pauvreté monétaire

Impact de chaque transfert sur le taux de pauvreté à 60 % du niveau de vie médian selon la configuration familiale en 2012



Lecture • Les impôts font baisser le taux de pauvreté des personnes seules de 3 points. Les prestations familiales sans condition de ressources l'augmentent de 0,8 point.

Champ • France métropolitaine, personnes vivant dans un ménage dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Sources • INSEE-DGFiP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête « Revenus fiscaux et sociaux 2012 ».

DREES, Minima sociaux et prestations sociales, Éd. 2015

1 Définissez la notion de redistribution des ressources.

La redistribution des ressources consiste à prélever une part des revenus (cotisations sociales, impôts) de certains individus, pour verser des prestations à d'autres afin de les protéger des risques sociaux et mettre à leur disposition des biens et des services quasi gratuits (logements sociaux, santé...). Ces transferts, monétaires ou en nature, sont effectués par l'État.

2 Indiquez la finalité de la redistribution verticale.

La finalité de la redistribution verticale est de réduire les inégalités sociales et de promouvoir la justice sociale.

3 Précisez la finalité de la redistribution horizontale

La finalité de la redistribution horizontale est double. D'une part, elle permet à l'État d'indemniser les citoyens victimes des aléas de la vie (chômage, maladie, vieillesse, décès d'un parent. . .). D'autre part, elle lui permet de s'assurer que tout le monde a accès à des services essentiels tels que l'éducation, l'eau, la nourriture, la santé publique. . .

4 Analysez, en vous aidant des documents, l'effet redistributif des prestations.

En comparant le revenu des ménages avant et après redistribution monétaire, on constate que le rapport de niveau de vie moyen entre les 20 % de personnes les plus aisées et celui des 20 % de personnes les plus modestes passe de 8,2 à 4,1.

Cela signifie qu'après redistribution, le niveau de vie moyen des plus modestes a augmenté de 60 % et celui des plus riches a diminué de 20 %.

La réduction des écarts est encore plus grande aux extrémités de la distribution des revenus : le rapport de niveau de vie moyen entre les 10 % de personnes les plus riches et les 10 % les plus pauvres passe de 20,2 à 5,9.

Dans les ménages dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, l'ensemble des prestations abaisse le taux de pauvreté, quelle que soit la composition des ménages. Seuls les prestations familiales sans et sous condition de ressources augmentent ce taux, et uniquement dans les ménages constitués de personne seule ou de couple sans enfant.

La redistribution des ressources contribue donc à lutter contre la pauvreté, contre l'exclusion sociale et à maintenir la cohésion sociale.

Activité 2 Un dispositif d'insertion sociale en lien avec le diagnostic des besoins : le RSA

Objectif • présenter un dispositif d'insertion sociale en lien avec le diagnostic des besoins correspondant.



Doc 4 – Le RSA

Conditions d'attribution

- Vous avez plus de 25 ans. Il n'y a pas de condition d'âge si vous êtes enceinte et si vous avez déjà au moins un enfant à charge.
- Si vous avez entre 18 et 25 ans, sans enfant, vous devez avoir exercé, en plus des conditions énoncées ci-après, une activité à temps plein (ou l'équivalent) durant au moins 2 ans sur les 3 dernières années.
- Vous habitez en France de façon stable.
- Vous êtes français ou ressortissant de l'Espace économique européen ou Suisse et vous justifiez d'un droit au séjour, ou vous êtes ressortissant d'un autre pays et vous séjournez en France de façon régulière depuis au moins 5 ans (sauf cas particuliers).
- Les ressources mensuelles moyennes de votre foyer pendant les 3 mois précédant votre demande ne doivent pas dépasser un certain montant maximal de RSA. Certaines

ressources ne sont pas prises en compte, renseignez-vous auprès de votre Caf.

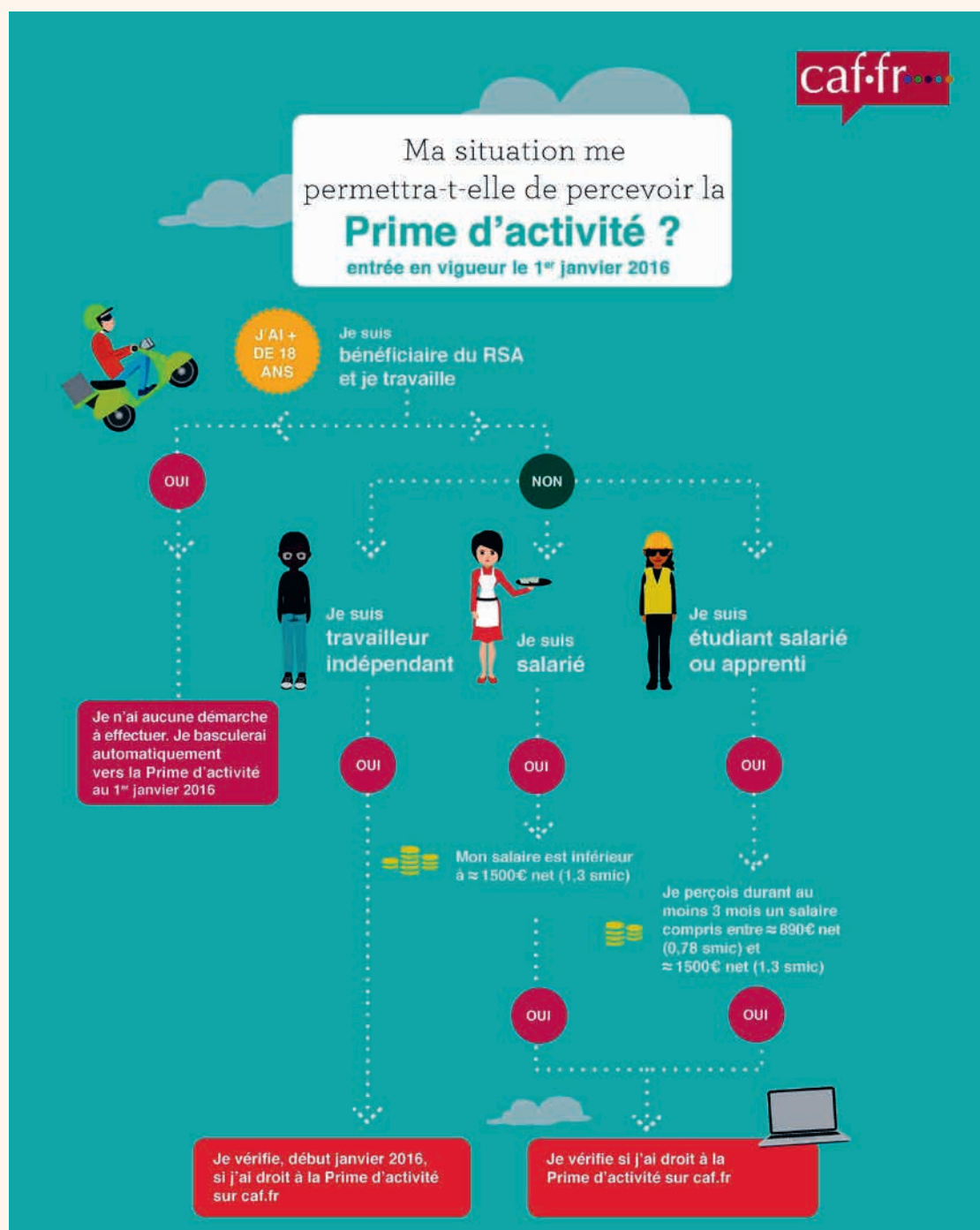
- Vous devez prioritairement faire valoir vos droits à l'ensemble des autres prestations sociales (allocation chômage, retraite...) auxquelles vous pouvez prétendre.

Un accompagnement personnalisé

- Si vous êtes sans emploi ou si vous tirez de votre activité des ressources limitées, le conseil général désignera un référent (un professionnel de l'emploi ou du secteur social) pour vous aider.
- Vous déciderez avec lui des démarches à entreprendre pour rechercher un emploi, créer votre propre activité et/ou favoriser votre insertion sociale et professionnelle.
- Vous signerez avec lui un projet personnalisé d'accès à l'emploi ou un contrat d'insertion sociale que vous devrez respecter.

www.caf.fr

Doc 5 La prime d'activité



Plus de 5,6 millions d'actifs, dont 1 million de jeunes, sont éligibles à la prime d'activité

Conformément à l'engagement du président de la République, le gouvernement met en place la prime d'activité au 1^{er} janvier 2016, en remplacement de la prime pour l'emploi (PPE) et du RSA activité. La création de cette nouvelle prestation est inscrite dans le projet de loi relatif au dialogue social et à l'emploi.

Cette prime permettra de soutenir l'activité et le pouvoir d'achat des travailleurs, qui ont des emplois

faiblement rémunérés ou précaires. Il s'agit d'inciter à la reprise d'activité et que le travail soit valorisé. Il ne s'agit pas d'un minima social.

- Elle se déclenchera dès le premier euro de revenu d'activité et concernera tous les travailleurs de plus de 18 ans.
- Elle permettra notamment une amélioration du pouvoir d'achat des travailleurs rémunérés autour du SMIC. Son montant dépendra des revenus d'activité des bénéficiaires, et le bonus sera particulièrement important pour les travailleurs percevant entre 0,8 et 1,2 SMIC.

www.gouvernement.fr

Doc 6

Le diagnostic territorial partagé des Alpes-Maritimes

Rapide dégradation de l'emploi

De décembre 2008 à juin 2014, le taux de chômage a augmenté de 41 % dans les Alpes-Maritimes, passant de 7,3 % à 10,3 % de la population active. Cette dégradation s'est poursuivie en 2014. Au 30 septembre 2014, il y avait 66 537 chômeurs de catégorie A inscrits à Pôle emploi dans notre département, soit une augmentation de 8,1 % en un an.

Une paupérisation qui s'accompagne d'inégalités fortes

La dégradation de l'emploi a eu pour conséquence une augmentation de la précarité dans le département. Pour mesurer la pauvreté, les Caisses d'allocations familiales utilisent le taux de bas revenus. Ce taux mesure la part des allocataires de la branche Famille vivant dans des foyers dont le revenu par unité de consommation (UC) avant impôt est inférieur à 60 % du revenu médian, en excluant les étudiants et les plus de 65 ans. Ce revenu s'établit à 1 001 € par mois et par UC en 2012. Le taux de bas revenus, légèrement différent du taux de pauvreté (qui est calculé sur l'ensemble de la population), est de 17,1 % dans les Alpes-Maritimes, un peu plus que la moyenne nationale (16,5 %). Ce taux est en augmentation depuis 2008.

Le RSA, une stratégie pour le retour à l'emploi**1.1. Priorité à l'emploi dès l'orientation dans le dispositif RSA**

- Proposer un diagnostic dans le domaine professionnel, en s'appuyant sur l'expertise de Pôle emploi, notamment à l'entrée dans le dispositif RSA.
- Améliorer les circuits d'orientations en déterminant des critères, en utilisant des outils appropriés (@RSA).
- Renforcer la coordination entre les partenaires chargés d'accompagner les publics, notamment les référents professionnels (Pôle emploi, PLIE...), la MDPH, les Missions locales, etc.

1.2. Une réponse adaptée à chacun

Les situations des bénéficiaires du RSA sont d'une grande diversité et il s'est avéré que les réponses standardisées ne sont pas efficaces. Le *Plan emploi-insertion 06* propose donc des réponses diversifiées et une structuration claire des outils d'insertion selon les types de situations, notamment pour les :

- Nouveaux entrants dans le dispositif RSA avec une action dynamique d'accès à tous types d'emploi.
- Créateurs d'entreprise avec des conseils dans le suivi de leur entreprise et/ou en amont de la création.
- Personnes de plus de 50 ans, avec une valorisation des compétences et savoir-faire par une action de redynamisation.
- Jeunes majeurs connus de l'aide sociale à l'enfance avec une action spécifique d'obtention d'une qualification et de retour à l'emploi.
- Familles monoparentales bénéficiaires de minima sociaux (RSA majoré) avec l'élaboration d'un projet professionnel, en facilitant l'accès aux modes de gardes.
- Bénéficiaires du RSA depuis de nombreux mois, sans frein à l'emploi détecté, avec une action de recherche intensive d'emploi.

1.3. Lever les obstacles à un retour rapide à l'emploi

Bien souvent, des contraintes matérielles constituent un obstacle pour des personnes qui sont par ailleurs parfaitement disposées à reprendre un emploi. Il convient d'apporter des réponses adaptées et rapides.

- Aide aux déplacements.
- Aide à la garde d'enfants.
- Aide au permis de conduire (auto-écoles sociales).
- Aide personnalisée de retour à l'emploi (APRE).

Conseil général des Alpes maritimes,
Programme départemental d'insertion Alpes-Maritimes 2015-2017

Doc 7

Insertion : l'action du Conseil général du Lot-et-Garonne



Reportage vidéo sur le RSA *Paroles de bénéficiaires en Lot-et-Garonne* (durée : 8,35 min) consultable sur Internet

<http://www.lotetgaronne.fr/fr/nos-missions/action-sociale/insertion.html>

1 Définissez à l'aide de vos connaissances le terme « diagnostic ».

Un diagnostic est l'identification de la nature d'un dysfonctionnement, d'une difficulté. Il est basé sur une analyse d'un problème, d'un besoin. L'analyse de la situation est une phase exploratoire à partir de laquelle il est possible de dégager des priorités d'action.

2 Précisez, à l'aide du doc. 6 et de vos connaissances, l'utilité d'un diagnostic territorial préalable à la mise en place de mesures d'accompagnement social.

Le diagnostic territorial permet d'analyser les besoins de la population d'un territoire (ex. : une commune, un département) et d'en obtenir un portrait social. Il fournit une connaissance approfondie des problèmes de pauvreté, d'hébergement, d'emploi et

d'insertion dans une zone géographique donnée. Il permet également d'obtenir un éclairage sur l'offre de services et d'accompagnement existants et sur les besoins d'actions nouvelles.

3 Expliquez l'utilité d'effectuer un diagnostic social pour les bénéficiaires du RSA.

Le RSA est un dispositif d'accompagnement des personnes sans activité. Il repose sur un diagnostic social de la situation du bénéficiaire : il s'agit d'évaluer ses savoir-faire et de lui proposer des aides pour lever les difficultés liées à la reprise d'activités (logement, mobilité, enfants, santé...). Le diagnostic social prend en compte la situation globale de l'individu afin de lui conseiller l'orientation la plus adaptée.

4 Montrez que le RSA est un dispositif d'insertion social personnalisé.

Le RSA est à la fois une prestation financière et un dispositif visant l'insertion professionnelle. Le Conseil général désigne un référent (un professionnel de l'emploi ou du secteur social) qui accompagne personnellement la personne éligible au RSA.

Ce dispositif prévoit des réponses diversifiées et structurées selon les types de situations (nouveaux entrants, créateurs d'entreprise, personnes de plus de 50 ans, jeunes majeurs, familles monoparentales, bénéficiaires du RSA depuis de nombreux mois). Il tient compte des obstacles à un retour rapide à l'emploi et prévoit différentes aides personnalisées (garde d'enfants, permis de conduire, aide personnalisée de retour à l'emploi APRE).

5 Indiquez, en vous appuyant sur les activités 1 et 2, que la prime d'activité participe à la redistribution des ressources.

La prime d'activité remplace la prime pour l'emploi (PPE) et le RSA activité. La création de cette nouvelle prestation est inscrite dans le projet de loi relatif au dialogue social et à l'emploi. Elle a pour objectif d'améliorer le pouvoir d'achat des travailleurs rémunérés autour du SMIC et d'encourager à la reprise d'activité. En réduisant les écarts de salaire, elle devrait affaiblir les inégalités de revenus.

II

La pluralité des dispositifs : dispositifs dans l'urgence et dispositifs dans la durée

Activité 3 Les dispositifs d'accès à l'hébergement ou au logement

- Objectifs ▶ présenter le dispositif de veille sociale ;
▶ montrer l'intérêt de la pluralité de dispositifs : dispositif d'urgence, dispositif dans la durée.



Doc 8

Une hausse inquiétante des femmes et des enfants sans abri

Les résultats du rapport annuel 115 pour l'année 2014 montrent que le recours au numéro d'urgence est en progression ces deux dernières années, avec une hausse de 4 % du nombre de personnes qui demandent un hébergement d'urgence, sur les 37 départements du baromètre de la FNARS (Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale).

Le 115 face à la paupérisation des familles

Pendant l'année 2014, 97 600 personnes ont appelé le 115 dans l'espoir d'être hébergées dans une structure sociale. Si les hommes seuls restent encore les principaux demandeurs, la FNARS observe une sollicitation croissante des familles avec enfants (+ 16 % depuis 2012, les familles

Doc 8

→ représentant 39 % des appels en 2014), des femmes seules (+ 12 % depuis 2012) et des travailleurs pauvres (10 % des appelants déclarent avoir un emploi).

La précarité des enfants s'intensifie, avec plus de 20 600 mineurs dont les parents ont appelé le 115 cette année, un phénomène en hausse : + 18 % entre 2012 et 2014.

Le 115 n'héberge qu'une personne sur deux faute de places d'accueil disponibles

Le rapport annuel 2014 montre une nouvelle fois que le droit à l'hébergement d'urgence pour toute personne en détresse sociale reste en grande partie inappliqué faute de places suffisantes. En 2014, une personne sur deux n'a pas obtenu d'hébergement. 48 000 personnes ont eu une réponse négative à chacun de leur appel au 115.

Une situation sociale qui s'aggrave (+ 14 % de personnes jamais hébergées entre 2012 et 2014).

Un été 2015 difficile

Les chiffres du baromètre de juin 2015 montrent que la situation ne s'améliore pas cet été : 52 % des personnes ayant sollicité le 115 n'ont jamais pu obtenir de place en juin. Pendant la période estivale, des structures d'hébergement et de distribution alimentaire suspendent ou diminuent leurs services, des places ayant fermé à partir du 31 mars, date qui marque la fin des plans hiver. Pourtant, la détresse sociale n'est pas moins importante en été, moment où la rue tue aussi.

Fnars, Rapport annuel 115 pour l'année 2014

Doc 9

Le dispositif de veille sociale : les SIAO

La loi pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR), consacre juridiquement l'existence des SIAO (Service public intégré de l'accueil et de l'orientation).

Reconnaissance législative des SIAO

La reconnaissance législative des SIAO traduit la volonté du gouvernement de donner toute sa légitimité au SIAO, et de renforcer son effectivité, pour qu'il devienne l'instance de coordination départementale incontournable en matière d'hébergement et d'accès au logement des personnes sans domicile.

Un SIAO unique sur chaque département

La loi ALUR réaffirme également le principe d'un SIAO unique dans chaque département, et pose l'intégration

du 115 dans le service intégré. [...] Les finalités qui répondent à cette convergence sont doubles : la volonté pour l'État d'avoir une personne morale unique comme interlocuteur pour faciliter le pilotage du dispositif ; mais également de favoriser la fluidité des parcours de l'urgence, vers l'insertion et le logement. Ce second objectif est louable, mais il ne va pas de soi. Le portage par un opérateur unique ne constituera pas la seule condition de réussite de la fluidité. Les territoires présentant déjà un fonctionnement intégré rencontrent également des difficultés, notamment dues à la saturation et à l'insuffisance de l'offre.

www.fnars.org, 7 juillet 2014

Doc 10

Le 115 sur les Alpes-Maritimes

Vous pouvez joindre le 115 des Alpes-Maritimes d'une cabine téléphonique, d'un téléphone fixe ou portable. Ce numéro est gratuit. Il se caractérise par un accueil immédiat et anonyme, si tel est votre souhait.

Un travailleur social répondra à votre demande tous les jours de l'année (y compris les week-ends et jours fériés) de 9 heures à 23 heures.

Vous pouvez contacter le 115 si vous êtes une personne ou une famille recherchant des informations.

Vous pouvez alors être renseigné(e) sur :

- les possibilités d'hébergement et les accueils de jour dans le 06
- l'accès aux soins et à l'hygiène
- l'aide alimentaire
- les services sociaux, les associations caritatives et humanitaires du département

- l'accès aux droits
- les interventions des équipes mobiles et autres services d'urgence.

Vous pouvez contacter le 115 si vous êtes une personne ou une famille rencontrant des difficultés sociales telles que : absence ou perte de logement, violences conjugales, expulsions...

Le travailleur social vous écoute, évalue alors avec vous la situation et vous informe des possibilités existantes. Au besoin, il vous oriente sur les dispositifs et services d'urgence sociale sur le 06 avec lesquels il se met en lien.

Vous pouvez contacter le 115 si vous êtes un citoyen désireux de signaler une situation de détresse, une équipe du SAMU social ira à la rencontre de l'intéressé(e), ou désireux de faire du bénévolat.

www.le-115-06.org

11 – La Mutualité française Paca SSAM gère le Samu social à Nice

Le Samu social intervient dans le cadre de l'urgence sociale auprès des personnes en situation d'extrême précarité, en privilégiant la médiation et le contact.

Le travail du Samu social se situe en amont du processus d'insertion : il permet une écoute sans dramatisation, sans volontarisme. Il ne s'agit pas d'une démarche contractuelle. La proximité recherchée est avant tout relationnelle. L'équipe mobile du Samu social a pour objectif principal de retisser le lien entre les personnes sans domicile stable et le réseau sanitaire et social.

Au cours de l'année 2014 :

- l'équipe mobile du Samu social a rencontré 829 personnes différentes sur Nice : 680 hommes et 149 femmes ;
- 35 bénévoles sont intervenus les week-ends et jours fériés. Une formation leur est préalablement dispensée.

Les modes d'intervention

L'équipe mobile du Samu social utilise trois modes d'intervention auprès des personnes en difficulté : la « maraude », le signalement, le rendez-vous.

- « La maraude » consiste à circuler sans trajet préétabli, avec un véhicule aménagé pour la circonstance et à s'arrêter à chaque situation de précarité repérée.

- L'équipe mobile intervient également **sur des signalements** effectués soit par le 115 géré par ALC Chorus 06, soit par des partenaires, eux-mêmes parfois alertés par des particuliers. Les sans-abri sont alors dans des locaux associatifs ou dans la rue.

- L'équipe mobile intervient **sur rendez-vous** avec les sans-abri. Le rendez-vous est pris à la fin d'un entretien pour permettre de les revoir et d'assurer ainsi une continuité dans leur suivi.

Ces différents modes d'intervention vont permettre à l'équipe mobile du Samu social de créer un lien avec les personnes sans domicile stable, puis d'évaluer les situations au niveau administratif, social, sanitaire et psychologique (conditions de vie, connaissance des dispositifs existants sur Nice, droits sociaux, situation administrative...) et enfin de proposer des réponses personnalisées correspondant aux besoins, aux désirs et possibilités de chaque personne. Au-delà de la mise à l'abri des personnes sans domicile stable le soir, il est indispensable de les aider en journée à retrouver des droits sociaux et à s'engager dans une démarche de soins. Une simple orientation ne suffit donc pas, un accompagnement physique s'avère indispensable afin d'améliorer la prise en charge de chaque individu.

samu-social.accompagnementmutualiste.fr

12 – Les centres de stabilisation et d'hébergement d'urgence

L'accueil en hébergement, considéré comme temporaire, est destiné aux personnes sans domicile ou contraintes de le quitter en urgence, en situation de précarité et connaissant de graves difficultés sociales. De l'abri immédiat à l'hébergement d'insertion, Adoma propose des structures adaptées à ces situations de grande exclusion.

Centres d'hébergement d'urgence (CHU)

Ces centres sont destinés à apporter des solutions immédiates et de courtes durées à des demandes urgentes en offrant des prestations de première nécessité (abri de nuit, couvert, hygiène...) à des personnes sans-abri ou brutalement confrontées à une absence de logement. [...]

Au-delà de la mise à l'abri, les CHU peuvent aussi proposer une évaluation de la situation des personnes et une orientation vers des structures d'insertion adaptées.

Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)

Ces centres offrent aux personnes (isolées ou en famille) connaissant de graves difficultés d'ordre économique et

social, un hébergement ainsi qu'un projet de prise en charge socio-éducatif individualisé et global (logement, travail, formation, santé...).

La durée de séjour est déterminée (6 mois) et renouvelable. L'objectif est d'aider les personnes à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale (logement, emploi...).

Centres de stabilisation (CHS)

Ce type de dispositif vise avant tout un public très désocialisé, à la rue depuis plusieurs années et en rupture avec les structures classiques. Ouvert 24 h/24, il propose un accompagnement social qui doit permettre aux personnes éloignées de l'insertion, de se stabiliser et de favoriser leur orientation ultérieure vers des structures adaptées à leur situation. La durée de séjour n'est pas limitée dans le temps, ce qui doit permettre de faire émerger un projet en direction des dispositifs de droit commun même s'il n'aboutit pas à une autonomie complète.

www.adoma.fr

1 Présentez le profil des personnes qui ont fait appel au 115 en 2014-2015.

Les hommes seuls restent les principaux demandeurs. Toutefois, on observe une sollicitation croissante des familles avec enfants (+ 16 % depuis 2012, les familles représentant 39 % des appels en 2014), des femmes seules (+ 12 % depuis 2012) et des travailleurs pauvres (10 % des appelants déclarent avoir un emploi).

Par ailleurs, la précarité des enfants s'intensifie, avec plus de 20 600 mineurs dont les parents ont appelé le 115 en 2014, un phénomène en hausse + 18 % entre 2012 et 2014.

2 Complétez le tableau suivant à l'aide des **doc. 9 à 12** et de vos connaissances.

Dispositifs	Interventions	Actions dans l'urgence	Actions dans la durée
SIAO	<ul style="list-style-type: none"> – Veille sociale : accueil et orientation des personnes mal logées ou sans abri. – Instance de coordination départemental. – Le SIAO urgence oriente vers des places d'urgence, d'hôtel ou de stabilisation. – Le SIAO insertion travaille à la réinsertion sociale. 	X	
Le 115	<ul style="list-style-type: none"> – Veille sociale : aide d'urgence à l'hébergement et aux soins. – Écoute, évalue les situations d'absence ou de perte de logement, de violences conjugales, d'expulsions... et informe des possibilités existantes. – Oriente sur les dispositifs et services d'urgence sociale qu'il contacte. 	X	
Équipe mobile du Samu social	<ul style="list-style-type: none"> – Veille sociale : aide d'urgence aux personnes en grande précarité. – Circule sans trajet préétabli, avec un véhicule aménagé et s'arrête à chaque situation de précarité repérée ; intervient sur des signalements effectués par le 115, ou des partenaires et sur rendez-vous avec les sans-abri. – Aide à retrouver des droits sociaux et à s'engager dans une démarche de soins. 	X	
CHU	<ul style="list-style-type: none"> – Apporte des solutions immédiates et de courtes durées à des demandes urgentes en offrant des prestations de première nécessité (abri de nuit, couvert, hygiène...) à des personnes sans-abri ou brutalement confrontées à une absence de logement. – Propose une évaluation de la situation des personnes et une orientation vers des structures d'insertion adaptées. 	X	
CHS	<ul style="list-style-type: none"> – Propose un accompagnement social qui doit permettre aux personnes éloignées de l'insertion, de se stabiliser et de favoriser leur orientation ultérieure vers des structures adaptées à leur situation. 		X
CHRS	<ul style="list-style-type: none"> – Offre aux personnes (isolées ou en famille) connaissant de graves difficultés d'ordre économique et social, un hébergement ainsi qu'un projet de prise en charge socio-éducatif individualisé et global (logement, travail, formation, santé...). – Aide les personnes à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale. 		X

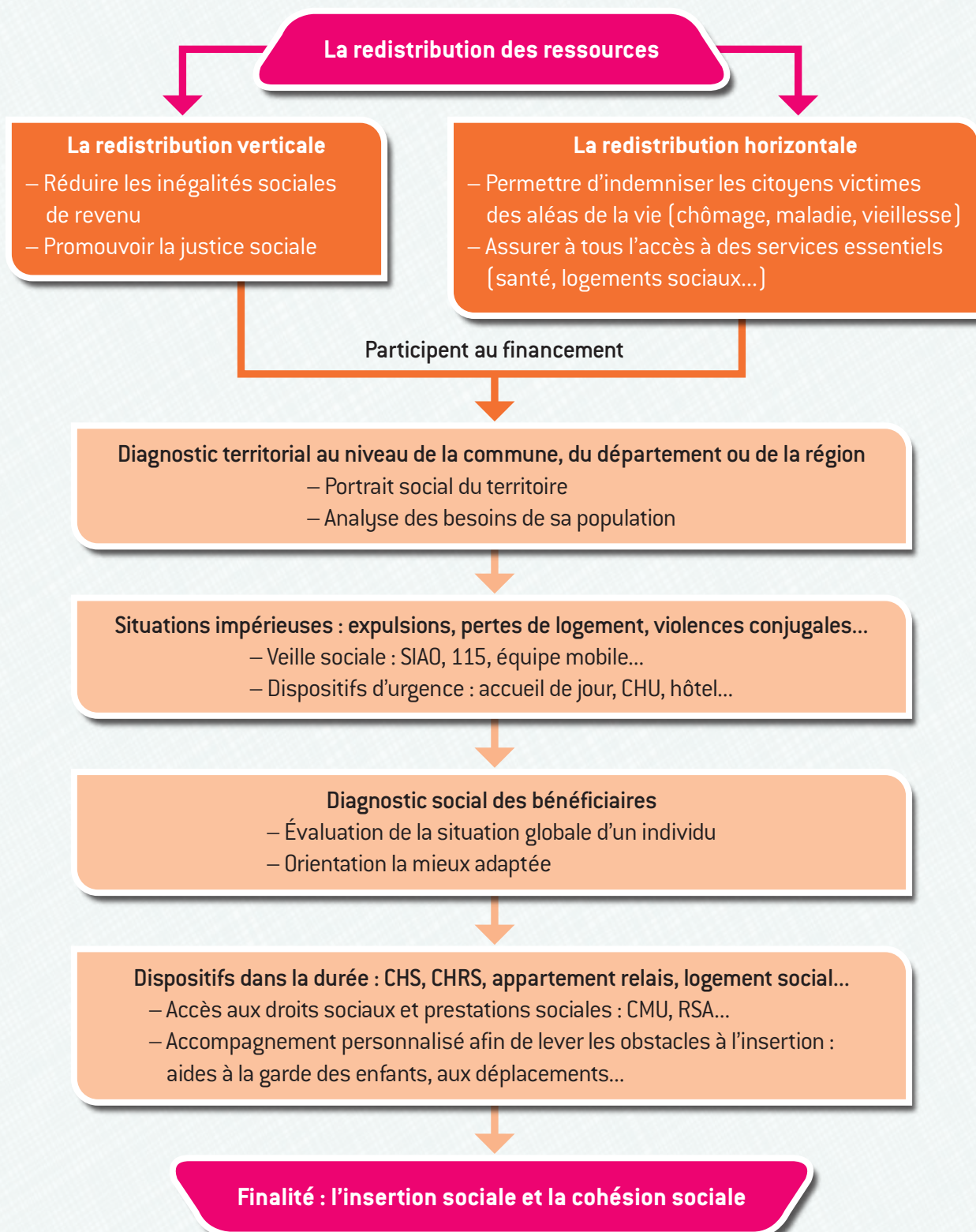
3 Analysez l'intérêt, pour un domaine comme le logement, d'avoir des dispositifs dans l'urgence et dans la durée. Des situations de détresse peuvent nécessiter une intervention dans l'urgence, par exemple pour des personnes qui sont expulsées de leur logement ou victimes de violences conjugales. En revanche, pour construire un projet d'insertion (recherche de logement, d'emploi, de formation... pour maintenir une vie sociale) un accompagnement dans la durée est indispensable.

Synthèse

ATT

15

Dispositifs et actions dans l'urgence ou dans la durée



Structures, diversité et complémentarité

ATT

16

I

Le rôle des différents acteurs de la lutte contre l'exclusion

Activité 1 Une pluralité et une diversité d'interventions

Objectif ► montrer la diversité et la complémentarité des acteurs et leurs rôles sur un territoire et illustrer la place des associations dans la lutte contre l'exclusion.

160 min

Doc 1 – Le pacte parisien de lutte contre l'exclusion

La Ville de Paris et de nombreux partenaires institutionnels, associatifs et économiques ont signé aujourd'hui à l'Hôtel de Ville un « Pacte parisien de lutte contre la grande exclusion », qui décline 106 mesures « en faveur des plus fragiles », annonce la Ville dans un communiqué.

Ce pacte est le fruit de « cinq mois de débats et de consultations auprès de tous les acteurs concernés », dans la foulée de l'engagement d'Anne Hidalgo de faire de la lutte contre l'exclusion la « grande cause » de sa mandature. Il égrène des mesures en cours ou à mettre en œuvre, avec l'objectif constamment réaffirmé de « décloisonner et coordonner les approches, les réponses et les dispositifs ».

Au nombre des signataires, la préfecture de région, la préfecture de police, l'Agence régionale de Santé d'Île-de-France, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, la FNARS (Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale), la Fondation agir contre l'exclusion, la SNCF, la RATP, EDF, Pôle emploi, la Caisse d'allocations familiales de Paris, la Caisse primaire d'assurance maladie de Paris.

Plusieurs dispositions visent à faire reculer le « non-recours » aux dispositifs d'aide, comme l'ouverture expérimentale à partir de fin 2015, au pied d'immeubles HLM, de permanences proposant de l'information et un accompagnement. Une attention particulière est accordée aux familles avec enfants sans-domicile fixe, « manifestation la plus préoccupante des profonds changements de la grande exclusion dans la métropole parisienne ». Un deuxième espace solidarité insertion dédié à ce public sera ouvert d'ici 2016.

La mairie compte également étoffer ses structures, en doublant le nombre de restaurants solidaires gérés par le



centre d'action sociale de la Ville (de six à douze). Un plan d'action en faveur des 200 familles hébergées à l'hôtel dans Paris depuis plus de cinq ans sera mis en œuvre, et 1 800 places en résidences sociales et pensions de famille créées d'ici 2020.

De manière plus anecdotique, le pacte se propose de « favoriser l'inclusion de personnes vulnérables [...] par la pratique artistique et (de) développer des résidences d'artistes dans les structures d'accueil et d'hébergement » des SDF.

© lefigaro.fr, 18 février 2015

Doc 1

→ **Une volonté commune de participer à la mise en œuvre du Pacte de lutte contre la grande exclusion**

Les représentants de l'État, des institutions de protection sociale, des entreprises publiques et privées ainsi que des associations ont apposé le 18 février 2015 leur signature aux côtés de celle de la maire de Paris pour témoigner de leur volonté commune de participer à sa mise en œuvre [...]



Retrouvez les témoignages des principaux signataires du Pacte en cliquant sur le lien : <http://www.paris.fr/grande-exclusion>

Retrouvez tous les détails du Pacte parisien de lutte contre la grande exclusion au format PDF en cliquant sur le lien : <http://api-site-cdn.paris.fr/images/153658.pdf>



Doc 2

Le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale 2015-2017

Adopté à la suite d'un comité interministériel de lutte contre l'exclusion en 2013, le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale est issu d'une vaste concertation et d'un diagnostic partagé sur les causes de la pauvreté et les moyens de venir en aide aux plus fragiles, à rebours des discours stigmatisant et des remises en cause de notre modèle social.

Mis en œuvre grâce à l'engagement de l'État, des collectivités territoriales, du secteur associatif dans son ensemble et des personnes en situation de précarité elles-mêmes, il a permis de nombreuses avancées et engagé une dynamique dont les récents bilans témoignent.

Alors que le contexte économique reste difficile et qu'il convient de repenser les fondements de notre vivre ensemble, le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale et sa feuille de route renouvelée, constitueront, dans les trois années qui viennent, le socle commun d'actions et de partenariats pour faire vivre au quotidien la solidarité qui demeure plus que jamais une valeur forte de la République.

De nombreuses mesures tant sur le volet préventif que pour accompagner les personnes en difficultés ont été engagées sur la période 2013-2014. Les efforts doivent toutefois être maintenus et amplifiés.

C'est pourquoi au cours de la période 2015-2017, le gouvernement s'engage à poursuivre le suivi exhaustif des mesures annoncées et non encore réalisées pour la période 2013-2014, tout en les complétant par plusieurs actions complémentaires programmées dans une feuille de route 2015-2017, en tirant notamment les enseignements du deuxième rapport de l'Inspection générale des affaires sociales piloté par François Chérèque.

La présente feuille de route 2015-2017 du plan s'inscrit tout d'abord dans la continuité des cinq grands principes qui ont présidé à l'adoption du plan : objectivité, non stigmatisation, participation, juste droit et décloisonnement des politiques sociales. Comme le souligne le rapport d'évaluation de l'IGAS, ainsi que de nombreuses études sur le sujet, malgré ses faiblesses, le système de protection sociale a joué un rôle d'amortisseur social depuis 2008. [...]

La nouvelle feuille de route confirmera un nouveau principe : celui de l'accompagnement. Qu'il s'agisse de l'accès à l'emploi, aux droits, ou à la scolarité, l'ensemble des partenaires fait le constat de la nécessité de coupler les mesures proposées avec des actions d'accompagnement des publics, celui-ci devenant de ce fait un sixième principe à part entière du plan. La spécificité de ce plan tient également à sa volonté d'accompagner en permanence les trajectoires

Doc 2

→ des individus : sont ainsi traités l'accès aux droits et la lutte contre le non-recours, les questions d'hébergement et de logement, l'enfance et la famille, l'emploi et la formation, la santé qu'il s'agisse de prévention et d'accès aux soins. Cette cohérence se traduit par la dimension fortement interministérielle du plan, mais aussi par la volonté d'impliquer l'ensemble des acteurs qui agissent sur les territoires au plus près des personnes : collectivités territoriales, secteur associatif, usagers. Le plan pluriannuel rassemble en effet tous les acteurs de la solidarité nationale, dans une logique de décloisonnement des secteurs d'intervention visant à mettre les personnes au cœur de l'action publique.[...]

Renforcement de la territorialisation du plan : agir au plus près des territoires

La mise en œuvre du plan pauvreté et pour l'inclusion sociale repose sur un partenariat actif entre l'État, les organismes de protection sociale (CNAF, MSA, CNAM, Pôle emploi), les collectivités locales (départements, communes et intercommunalités, et régions), mais aussi les associations, les entreprises et les organisations syndicales.

Au cours de la période 2013-2014, les préfets de région ont été placés dans un rôle d'animation et d'impulsion stratégique. Pour autant, la mise en œuvre locale du plan n'est pas encore devenue une réalité sur l'ensemble des territoires.

Une nouvelle circulaire précisera donc les conditions de territorialisation du plan dans sa seconde phase. Les préfets de régions seront garants de la territorialisation du plan. Les préfets de région s'appuieront prioritairement sur les préfets de département pour identifier les échelons territoriaux les plus pertinents pour décliner le plan, ainsi que le ou les pilotes et partenaires qui seront en capacité de mettre en œuvre localement les mesures du plan (préfets de départements, conseils généraux, associations, intercommunalités, Caf, MSA...). Deux types de schémas ont été identifiés à ce stade : une approche départementale avec pilotage État et/ou Conseil général (en capitalisant sur les premiers acquis de la démarche AGILLE en cours de déploiement), et une approche « politique de la ville » qui pourra s'appuyer sur les instances de pilotage au niveau des sous-préfets et/ou des intercommunalités. L'intérêt d'un co-pilotage État/collectivités est de s'appuyer sur les capacités de développement territorial des équipes des collectivités et des instances de gouvernance locale pour trouver de meilleures complémentarités entre des politiques de l'État (hébergement, santé, domiciliation...), et les politiques d'action sociales décentralisées obligatoires ou facultatives.

La question de la déclinaison du plan en milieu rural sera abordée. En milieu rural, la pauvreté se caractérise par un isolement accru, une plus grande précarité énergétique et l'éloignement des biens et services sociaux, culturels ou sportifs. Les modes d'intervention sont plus coûteux car il faut se déplacer vers les personnes. C'est pourquoi les coopérations doivent être encouragées. Le

ministère du Logement, de l'Égalité des territoires et de la Ruralité, le ministère de l'Agriculture et le secrétariat d'État chargé des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion proposeront, avec l'appui du Conseil national de lutte contre l'exclusion, d'approfondir la réflexion pour renforcer l'efficacité des coopérations en milieu rural. [...]

Favoriser le développement de la participation des personnes en situation de pauvreté et de précarité en consolidant et diffusant les bonnes pratiques

La participation des personnes en situation de pauvreté et de précarité est un des 6 grands principes structurant du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Associer des personnes en situation de pauvreté et de précarité à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation des politiques de lutte contre la pauvreté présente un triple intérêt :

- **pour les politiques publiques** : la participation permet d'adapter les politiques de lutte contre la pauvreté aux besoins et attentes des personnes en situation de précarité, les rendant de fait plus pertinentes, plus efficaces et plus légitimes ;
- **pour les personnes** : les dynamiques participatives ont des conséquences positives pour les personnes en situation de pauvreté en termes de développement de compétences, de confiance en soi et de capacité d'action ;
- **pour les professionnels, les organisations et les associations** : la participation permet de renforcer les relations nouées avec les personnes accompagnées, à condition de faire évoluer les pratiques professionnelles dans le sens d'une intervention plus collective.

Au cours de la période 2013-2014, outre la pérennisation du 8^e collège au sein du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), la mise en place d'instances de participation a été encouragée par :

- la loi pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR), qui prévoit l'extension de la participation des personnes à l'ensemble du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement vers l'insertion et le logement des personnes sans domicile ;
- la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 24 février 2014, qui prévoit la création de conseils citoyens et propose un cadre de référence pour leur mise en place ;
- la circulaire de juin 2013 concernant le renouvellement des Conseils économiques, sociaux et environnementaux des régions, incités à associer des personnes en situation de pauvreté et de précarité à leurs travaux.

Afin d'accompagner le développement de ses instances et d'orienter les acteurs locaux qui s'engagent dans ces démarches, il apparaît nécessaire de mettre en place un dispositif de capitalisation et de partage des bonnes pratiques, articulé selon deux volets complémentaires. [...]

Doc 2

**Appuyer les initiatives associatives et les engagements citoyens**

Le développement de la vie associative et de l'engagement citoyen est fondamental : ce sont les piliers de la cohésion sociale. Les associations servent le vivre ensemble en fédérant autour de projets communs. La vie associative est également un secteur où l'on « entreprend autrement » : les associations sont créatrices d'emploi et porteuses d'innovation. Elles apportent de nouvelles manières de faire et sont ainsi capables de faire progresser les politiques publiques.

Afin de soutenir le développement du secteur associatif, une politique d'accompagnement stratégique sera mise en œuvre visant à renforcer l'adéquation des projets associatifs aux besoins sociaux des territoires. Une cartographie des acteurs publics et privés de l'accompagnement sera réalisée à cet effet au cours de l'année 2015.

Par ailleurs, afin de permettre aux responsables associatifs de se concentrer pleinement sur le cœur de leur mission, des mesures visant à simplifier les démarches administratives des associations seront mises en œuvre.

Enfin, les conditions d'une réelle co-construction des politiques publiques et d'une participation accrue au débat public seront recherchées dans le cadre de la Charte des engagements réciproques et des partenariats entre État,

collectivités et associations (signée le 14 février 2014). Sa mise en application visera à créer des espaces de dialogue sur les territoires entre associations, collectivités territoriales et services déconcentrés de l'État, permettant de mieux définir le cadre de financement des associations qui bénéficient de subventions publiques.

S'agissant de l'engagement citoyen, le gouvernement favorisera l'engagement bénévole, notamment des actifs. Dans cette perspective, la création d'un congé d'engagement bénévole sera discutée avec les organismes syndicaux patronaux et salariés. Il sera par ailleurs proposé aux entreprises d'expérimenter la mise en place de fonds de RTT solidaires dédiés à l'engagement associatif permettant aux salariés d'effectuer des dons de RTT. Le dialogue sur l'aménagement de dispositifs pour favoriser l'engagement et la prise de responsabilités associatives également sera poursuivi.

En matière d'accompagnement du déploiement du service civique universel, l'objectif est d'assurer la montée en charge du service civique afin de permettre à tout jeune qui le souhaite de s'engager au bénéfice de l'intérêt général. Cette montée en charge s'accompagnera d'une diversification des missions proposées par les organismes à but non lucratif et les collectivités.

Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, Feuille de route 2015-2017, 3 mars 2015, social-sante.gouv.fr

1 Repérez les différents acteurs de la lutte contre l'exclusion.

Au niveau international : OCDE, l'OMS, des commissions de l'Union européenne.

Au niveau national : l'État, le Parlement, les organismes de protection sociale (CNAM, MSA...), différents organismes partenaires (CESER, CNLE...).

Au niveau local : le conseil régional, le conseil général, le conseil municipal, les préfets, les services sociaux de l'État (les ARS, pôle emploi, Caf...), les associations, les professionnels du social et de la santé, des entreprises privées et publiques (EDF, SNCF...), la population.

2 Présentez l'importance du rôle de l'État dans la lutte contre l'exclusion et la pauvreté.

L'État est en charge de l'élaboration de la politique sociale et des différents plans de lutte contre l'exclusion et la pauvreté.

C'est lui qui impulse les orientations et qui prend les décisions et les mesures au niveau national. Il a un rôle primordial car il est à la fois décideur et acteur : il fixe les mesures à appliquer aux niveaux national et local, il participe à leur financement et il soutient ses partenaires auprès des usagers.

3 Montrez en quoi les collectivités territoriales sont également des acteurs essentiels de la politique sociale.

En agissant directement sur les territoires, au plus près des personnes, les collectivités territoriales sont les mieux placées pour répondre aux besoins sociaux des individus. Elles assurent l'application locale des politiques sociales élaborées par l'État. Les lois de décentralisation ont fait des régions, départements et communes, des acteurs primordiaux de la mise en place des plans nationaux.

4 Expliquez pourquoi le plan pluriannuel du gouvernement considère le développement de la vie associative et l'engagement citoyen comme des piliers de la cohésion sociale.

Les associations sont des acteurs à part entière des politiques sociales. Elles participent à l'accompagnement des populations en difficulté et constituent des relais locaux naturels de l'État en matière de politique du logement, de la santé, de l'emploi...

À travers l'exercice de leurs missions, elles contribuent au maillage social du territoire, renforçant les liens entre les individus et donc la cohésion sociale. Elles traduisent l'engagement citoyen de leurs bénévoles.

5 Montrez l'importance de la diversité et la complémentarité des acteurs en réponse aux besoins sociaux des individus.

La mise en œuvre des politiques sociales repose sur un partenariat actif entre l'État, les organismes de protection sociale (CNAF, MSA, CNAM, Pôle emploi), les collectivités locales (départements, communes et intercommunalités et régions), mais aussi les associations, les entreprises et les organisations syndicales.

La participation de chaque acteur, à son propre niveau, permet de décroiser et de coordonner les approches, les réponses et les dispositifs mis en place. En effet, une vaste concertation et un diagnostic partagé permettent de mieux repérer les attentes et donc de mieux répondre aux besoins des individus.

La cohérence des actions est le résultat d'une dimension fortement interministérielle des politiques sociales, mais aussi de la volonté d'impliquer l'ensemble des acteurs agissant sur les territoires, au plus près des personnes : (collectivités territoriales, secteur associatif, citoyens...). Ainsi, en rassemblant tous les acteurs de la solidarité nationale, le plan pluriannuel s'appuie sur leur complémentarité pour mettre les personnes et leurs besoins au cœur de l'action publique.

II La coordination des acteurs pour une meilleure complémentarité

Activité 2 Une importante coordination des acteurs

Objectif justifier la coordination des acteurs.



Doc 3 La gouvernance des politiques sociales

L'amélioration de la gouvernance des politiques de solidarité constitue un des trois axes fondateurs du Plan, visant à renforcer la coordination d'acteurs, tant au niveau national qu'au niveau local.

À l'échelle nationale, le gouvernement assure une coordination permanente de l'action des différents ministères dans le champ de l'inclusion sociale. Au plan territorial, les rencontres territorialisées organisées en 2013 ont enclenché une dynamique qui a été maintenue en 2014 avec l'envoi d'une circulaire aux préfets le 13 juillet 2014, qui a donné lieu à la mise en place progressive de schémas régionaux de lutte contre la pauvreté : à ce jour, 9 régions ont décliné un plan régional, et les 13 autres régions ont amorcé la démarche.

Cette dynamique a été renforcée au niveau départemental par la mise en œuvre de la démarche AGILLE visant à décroiser les politiques sociales et à simplifier leur gouvernance au service des usagers. Un accord-cadre entre l'État et l'ADF signé le 6 novembre 2014 a permis de préciser les engagements des départements et de l'État dans ce cadre. Enfin, la participation des personnes en situation d'exclusion a progressé, avec notamment la pérennisation du 8^e collège du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE).

Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, Feuille de route 2015-2017, 3 mars 2015, social-sante.gouv.fr

4 L'évaluation de la gouvernance territoriale des politiques d'insertion et de lutte contre l'exclusion

Le développement de telles approches rend d'autant plus cruciaux les enjeux de gouvernance territoriale car elle suppose d'impliquer et d'intégrer d'autres acteurs et d'autres politiques publiques que celles considérées traditionnellement comme relevant du strict champ social. Ainsi, les associations de quartier, les initiatives collectives de développement social local (telles que celles portées par les centres sociaux) concourent directement au maintien ou au développement du lien social entre les habitants et au repérage précoce et attentif des situations de fragilité. De la même façon, les politiques d'accès à la culture, aux loisirs et au sport, les politiques éducatives, la politique globale de mobilité et d'aménagement du territoire peuvent être efficacement mobilisées au service d'une approche plus préventive.

La nécessité d'une mise en cohérence des acteurs

Le champ de la lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale se caractérise par un spectre particulièrement étendu d'acteurs mobilisés, de natures diverses, avec des modes d'organisation et de gouvernance qui leur sont propres. Historiquement portées par l'État, son représentant dans les départements (le préfet) et ses services déconcentrés, les politiques publiques de lutte contre l'exclusion et pour l'insertion ont fait l'objet d'une décentralisation progressive. En premier lieu, la loi du 22 juillet 1983 confie aux départements la compétence de l'aide sociale légale et de prévention sanitaire. Le département est ainsi responsable : de l'aide sociale à l'enfance, de l'aide aux personnes handicapées adultes, de l'aide aux personnes âgées, de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance, et de la lutte contre les fléaux sociaux. En second lieu, les lois de 1988 et de 1992 donnent compétences aux départements en matière d'insertion (à travers le Revenu minimum d'insertion, RMI) et de logement des personnes les plus démunies. [...]

Cependant, les lois de décentralisation n'ont pas modifié la répartition des compétences des communes. Les compétences de prise en charge des personnes sans domicile fixe, la gestion des hospices restent en effet dévolues aux communes, qui ont également une mission globale de prévention et de développement social à travers leurs Centres communaux d'action sociale (CCAS). Les EPCI (Établissements publics de coopération intercommunale) peuvent également jouer ce rôle lorsque les communes membres lui attribuent la compétence concernée, notamment à travers les Centres intercommunaux d'action sociale (CIAS). De même, si les compétences prises en charge par l'État ont été précisées (l'État reste compétent pour l'assurance maladie des adultes handicapés pour l'allocation différentielle aux adultes handicapés, et les mesures d'aide sociale pour les personnes accueillies en CHRS), l'État reste en droit compétent dans les domaines du logement, de la santé, de l'insertion par l'activité économique, de la politique de la ville, etc. En plus des trois acteurs cités précédemment (conseil général, communes et intercommunalités, État), certaines agences, caisses ou associations ont dans les faits, en plus de leur rôle d'opérateur pour le compte des porteurs des politiques publiques suscitées, une véritable politique sociale orientée vers leurs publics : c'est le cas de la Caf, la MSA, la CPAM, Pôle emploi, les SIAO, etc.

www.ladocumentationfrancaise.fr



Evaluation de la gouvernance territoriale des politiques d'insertion et de lutte contre l'exclusion



Rapport final - Décembre 2013

Doc 4



Quatre types d'acteurs aux modes d'organisation différents

		Pouvoirs publics		Associations	OPS
National		État	Collectivités	Fédérations nationales	CNAF, CNAMTS Pôle emploi, CCMSA
		DGCS, DGOS, DGEFP CILE	Relais nationaux : ARF, ADF, AMD, UNCCAS	Têtes de réseau	
		Préfets, DRJSCS, DIRECCTE	Régions CG	Fédérations régionales ou départementales	Caf, CPAM, CARSAT, Pôle emploi, MSA
Local		Sous-préfets, DDCS, Délégués du préfet	Relais nationaux : ARF, ADF, AMD, UNCCAS	Antenne des réseaux Associations locales	Antennes locales
		<ul style="list-style-type: none"> Les politiques de lutte contre l'exclusion sont conçues de façon sectorielle, avec un premier niveau de coordination (CILE notamment). Les politiques sont déclinées localement à partir de stratégies nationales. 	<ul style="list-style-type: none"> Les collectivités locales s'administrent librement, à plusieurs niveaux. Les dispositifs sont adaptés aux réalités locales. Les collectivités locales disposent progressivement de relais au niveau national. 	<ul style="list-style-type: none"> Le champ d'action des associations est souvent multisectoriel (santé, logement, etc.). Le centre de gravité des associations est ancré au niveau local. Les acteurs associatifs peuvent être fédérés en réseaux nationaux, mais beaucoup restent des structures locales. 	<ul style="list-style-type: none"> Stratégies nationales établies via des conventions d'objectifs et de gestion avec l'État. Organismes paritaires (Conseil d'administration).

La gouvernance territoriale doit donc répondre à un triple impératif : le décloisonnement de l'ensemble des politiques et des acteurs, la territorialisation des actions au plus près des usagers, la construction des réponses à partir des besoins et ressources des personnes, et non à partir des logiques de compétences et d'institutions.

Rappel des enjeux

		Politiques publiques				
Maille nationale		Accès aux droits	Emploi/travail	Logement/hébergement	Santé	Famille
		État, CNAF, CNAM	État, Pôle emploi	État, Associations	État, CNAM	État, CNAF
Maille territoriale		Conseil général, Caf, CCAS, CPAM, Associations	Pôle emploi, Mission locale, Maison de l'emploi, PLIE, Associations, DIRECCTE	Conseil général, Services décentralisés (État), CCAS, Associations	ARS, CPAM, CCAS, Hôpitaux, Associations	Caf, Conseil général, PMI, Associations
TRANSVERSALITÉ						TERRITORIALISATION

Gouvernance territoriale :

- Besoins et capacités des usagers
- Ressources et expertises des acteurs locaux
- Politiques et dispositifs sectoriels

Doc 5 L'accueil du jeune enfant et de sa famille : un exemple de coordination locale



L'accueil du jeune enfant est une préoccupation commune et partagée entre les parents, les professionnels, les partenaires locaux associatifs ou privés, les collectivités territoriales, la Caf et les services de l'État.

La conciliation de la vie professionnelle et familiale, l'évolution des structures familiales et de leur environnement socio-économique ont fait émerger des préoccupations nouvelles. Les besoins des familles ont évolué et nécessitent de développer des modes d'accueil diversifiés à la fois sur le plan quantitatif (créations de structures, de places d'accueil, horaires décalés...) et sur le plan qualitatif (encadrement qualifié, formation du personnel, projet social et éducatif, accueil des enfants en situation de handicap...).

La politique locale petite enfance relève de la compétence des collectivités territoriales (communes, communautés de communes) qui la conduisent en cohérence avec les évolutions sociétales et les spécificités de chaque territoire. Cette politique petite enfance s'inscrit dans un projet social territorial décliné par chaque acteur du dispositif d'accueil des jeunes enfants et de leur famille. Le partenariat vise à développer la cohérence, l'équité et la complémentarité à l'échelle territoriale et départementale. [...]

L'élaboration du schéma départemental de l'accueil du jeune enfant et de sa famille s'inscrit dans une dynamique partenariale au cœur des travaux de la CDAJE installée depuis 2007 dans le Rhône.

www.rhone.fr



Cliquez sur le lien suivant pour découvrir en détail la mise en place de ce dispositif :

Accueil du jeune enfant et de sa famille, schéma départemental 2012-2015

www.rhone.fr/solidarites/enfants-famille/cdaje/schema-de-l-accueil-du-jeune-enfant

1 Identifiez le mode d'organisation de chacun des acteurs de la politique sociale aux différents échelons.

Les différents acteurs de la politique sociale sont organisés autour d'une gouvernance territoriale dont l'objectif est triple :
décloisonner l'ensemble des politiques et des acteurs, territorialiser les actions au plus près des usagers, et construire les réponses
à partir des besoins et ressources des personnes et non à partir des logiques de compétences et d'institutions.

2 Justifiez la nécessaire diversité et complémentarité des interventions de ces acteurs pour mieux lutter contre l'exclusion.

Le champ d'action de la lutte contre la pauvreté et de la promotion de l'inclusion sociale se caractérise par un nombre important
d'acteurs mobilisés, de natures diverses, avec des modes d'organisation et de gouvernance qui leurs sont propres.

Parmi eux, c'est l'État qui a pour charge les prises de décision, ainsi que l'élaboration et le financement des politiques sociales.

Ses partenaires, que sont les différents acteurs territoriaux, assurent la mise en œuvre des mesures en les adaptant aux besoins
spécifiques de leur territoire.

3 À l'aide de vos connaissances, expliquez les limites que peut rencontrer une telle organisation.

L'une des principales limites peut être la complexité des dispositifs mis en place par les nombreux acteurs de la politique sociale. Cette complexité a pour effet de décourager les usagers et les acteurs de terrain. Ces derniers doivent consacrer beaucoup d'énergie à comprendre les règles et à chercher, parmi tous les dispositifs et acteurs existants, ceux qui pourraient leur venir en aide, dans le cas particulier qu'ils ont à traiter. Cette complexité est également un obstacle pour les personnes en difficulté : elles subissent des ruptures dans leur parcours d'insertion, lorsqu'elles doivent passer d'une institution à une autre, qui n'a pas les mêmes pratiques, n'exige pas les mêmes documents ou n'applique pas les mêmes critères pour attribuer une prestation.

4 Montrez en quoi la coordination des acteurs de la politique sociale est nécessaire pour mieux répondre aux besoins des individus.

La coordination des différents acteurs vise à décloisonner les politiques sociales et à simplifier leur gouvernance au service des usagers tant au niveau national qu'au niveau local. À l'échelle nationale, le gouvernement assure une coordination permanente de l'action des différents ministères dans le champ de l'inclusion sociale. Au plan territorial, les différents acteurs locaux assurent sa mise en œuvre de manière précise.

Cette gouvernance permet le décloisonnement de l'ensemble des politiques et des acteurs, la territorialisation des actions au plus près des usagers, la construction des réponses à partir des besoins et ressources des personnes et non à partir des logiques de compétences et d'institutions.

Le schéma départemental de l'accueil du jeune enfant et de sa famille illustre la coordination des acteurs sociaux. Il s'appuie sur une dynamique partenariale entre les différents intervenants nationaux et locaux. Il permet un diagnostic partagé et témoigne d'une volonté de prendre en compte les enjeux à l'œuvre à la croisée des politiques familiales, de la petite enfance et de l'emploi.

Il marque la volonté de développer une offre d'accueil de qualité, adaptée aux besoins et aux attentes de toutes les familles, ici du département du Rhône.

Pour aller plus loin

À l'aide d'Internet et d'un logiciel de traitement de texte, présentez et analysez les limites de la politique de lutte contre la pauvreté et l'exclusion.

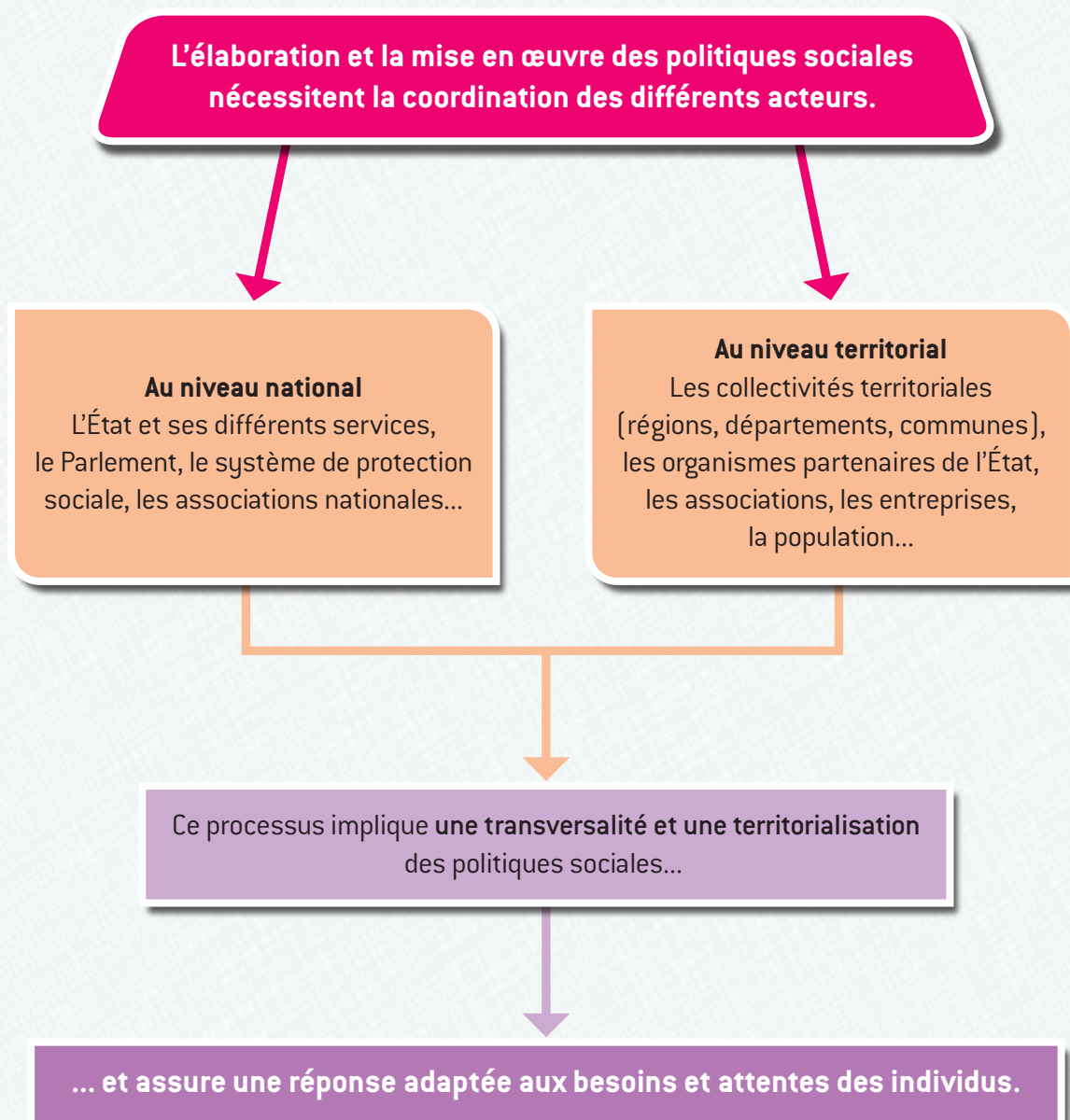
<http://www.senat.fr/rap/r07-445-1/r07-445-1115.html>

Synthèse

ATT

16

Structures, diversité et complémentarité



La notion d'organisation

ATM

1

Activité 1 Les composantes d'une organisation

Objectif • identifier les composantes d'une organisation. 2h

Doc 1 Emmaüs Solidarité : un beau projet voit le jour à l'ESI Familles



Un projet de partenariat entre l'ESI familles et la Maternité de Port Royal (Hôpital Cochin) va bientôt voir le jour.

Situé dans le 15^e arrondissement de Paris, l'ESI familles a été créée par Emmaüs en 2003 pour accueillir les familles en situation de précarité dans le respect de l'esprit et des exigences du cahier des charges de l'ensemble des ESI (Espace solidarité insertion) : accueil anonyme, inconditionnel et gratuit, permettant aux familles de se reposer physiquement et psychologiquement, d'être écoutées et soutenues dans leurs démarches sociales et d'accès aux droits communs.

Axé sur l'accueil des femmes enceintes isolées dans des situations sociales fragilisées et précarisées, ce projet expérimental a deux principaux objectifs :

1. Accompagner les femmes enceintes, en situation de précarité et/ou de vulnérabilité, puis la mère et son bébé, sur les plans social, psychologique et nutritionnel.
2. Dans le cadre de la nutrition du jeune enfant, promouvoir l'allaitement maternel auprès de ces femmes et, pour celles qui le choisissent, en optimiser les conditions de mise en œuvre.

Ce projet permettra à la fois à l'ESI familles d'orienter les futures mamans pour les suivis grossesse vers la maternité de Port Royal, puis à l'équipe de la maternité d'orienter les futures mamans vers l'ESI familles pour rompre l'errance institutionnelle et favoriser l'accès à une alimentation équilibrée, afin de rendre l'allaitement possible et durable pour les femmes qui le souhaiteront.

Après la visite du Professeur Dominique Cabrol, chef du pôle périnatalogie périconceptologie et gynécologie à l'ESI famille le vendredi 30 avril, c'est au tour de toute l'équipe de l'ESI d'aller, le 1^{er} juin, visiter la maternité de Port Royal et rencontrer les équipes hospitalières.

www.emmaus-solidarite.org

Doc 2 La notion d'organisation

Une organisation est l'action d'organiser, de structurer.

Une organisation est un ensemble de personnes qui ont entre elles des relations en partie régulières et prévisibles.

Une organisation est la coordination rationnelle des activités d'un certain nombre de personnes pour l'atteinte d'un but explicite commun, via une division du travail et des fonctions, et une hiérarchie de l'autorité et des responsabilités.

Edgar H. Schein, 1970

1 Présentez brièvement le projet proposé dans le doc. 1.

C'est un projet centré sur l'accueil des femmes enceintes isolées, qui se trouvent dans des situations sociales fragilisées et précarisées. Il vise à les accompagner tout au long de leur grossesse, puis la mère et son bébé, sur le plan social, psychologique et nutritionnel.

Dans le cadre de la nutrition du jeune enfant, le projet vise aussi à promouvoir l'allaitement maternel auprès de ces femmes et, pour celles qui le choisissent, en optimiser les conditions de mise en œuvre.

2 Repérez les différentes structures à l'origine de ce projet.

Les deux structures à l'origine du projet sont :

- l'association Emmaüs ;
- la maternité Port Royal de l'hôpital Cochin à Paris.

3 À l'aide de recherches sur Internet, présentez de manière synthétique chacune de ces structures (dénomination, situation géographique, statut juridique, objectifs, missions, activités, acteurs, publics, modes de financement).

Caractéristiques des organisations à l'origine du projet

	Emmaüs	Maternité Port Royal
Situation géographique	À Paris, dans le 15 ^e arrondissement.	À Paris, dans le 14 ^e arrondissement.
Statut juridique	Statut privé.	Statut public.
Objectifs	La lutte contre la misère et l'exclusion, ainsi que l'aide aux personnes sans-abris.	La prise en charge des grossesses à risque, l'accompagnement et l'aide à l'accouchement.
Missions	L'accueil, l'hébergement et l'accompagnement vers l'insertion des personnes et familles en grande difficulté sociale.	L'accueil, l'accompagnement, l'orientation et la prise en charge des mères et de leur enfant.
Activités	L'accompagnement social et le logement.	La médecine et la chirurgie, ainsi que la réanimation adulte, néonatale et pédiatrique.
Acteurs	Des salariés, des bénévoles et des adhérents.	Des gynécologues, des sages-femmes, des pédiatres et des équipes paramédicales.
Publics	Les personnes et les familles en grande difficulté sociale.	Les femmes enceintes, les jeunes mères et leur nouveau-né.
Modes de financement	Des dons, des legs et la récupération d'objets.	Les subventions de l'État.

4 Identifiez les différences qui existent entre ces deux structures.

Ces deux structures se distinguent par leur statut juridique (public, privé), leurs rôles (sanitaire, social), leurs membres (professionnels, bénévoles), leurs publics (femmes, sans-abris) et leurs modes de financement (subventions, générosité).

5 Expliquez pourquoi ces structures constituent des organisations sanitaires et sociales.

Chacune de ces structures constitue un ensemble de personnes (des professionnels de santé, salariés, bénévoles...), réunies et organisées pour mettre en place des activités dans un objectif commun (accompagner, soigner, héberger...), en direction d'un public déterminé (femmes enceintes, personnes en difficulté sociale), soit dans le domaine sanitaire (maternité), soit dans le domaine social (entraide). Les deux structures sont bien des organisations sanitaires et sociales.

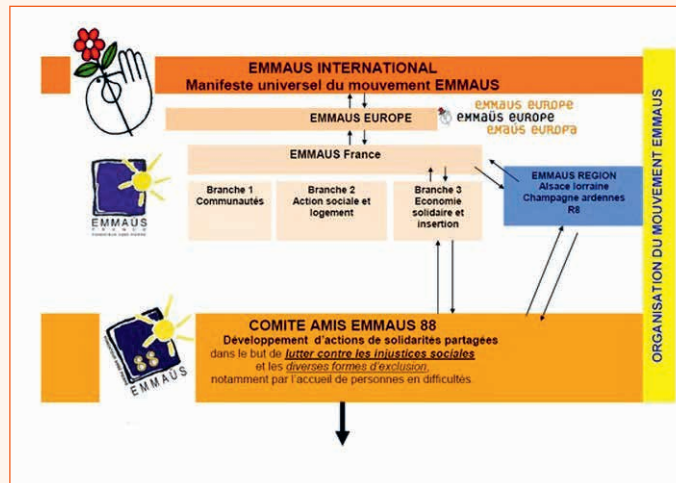
Activité 2 Les différents types de relations

Objectif • identifier les différents types de relations existants dans une organisation.



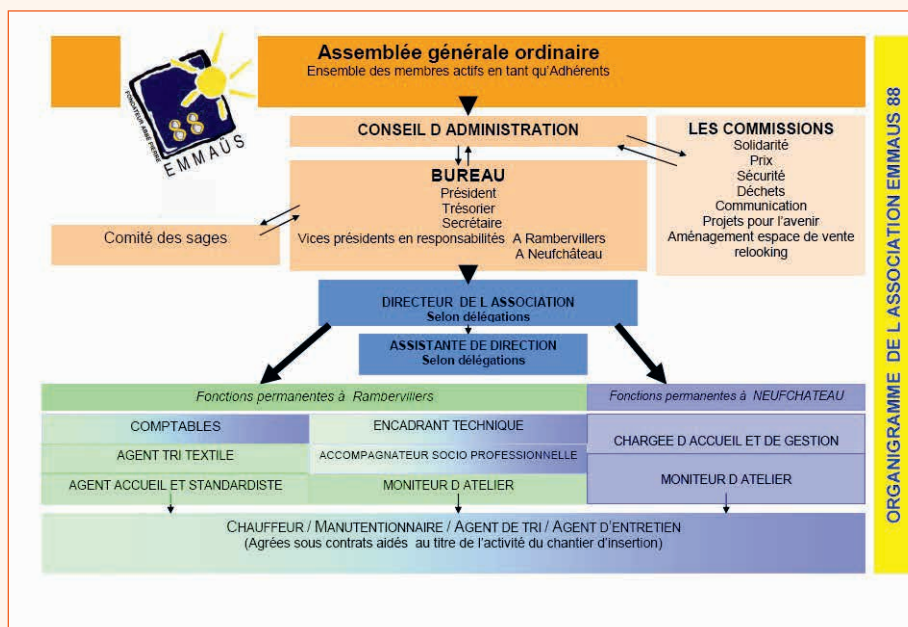
Doc 3 L'organigramme de l'association Emmaüs

Organisation du mouvement Emmaüs International



Emmaüs International fédère 350 associations Emmaüs dans 37 pays du monde.

Organigramme de l'association Emmaüs 88 dans les Vosges



Activité 2

1 Identifiez l'outil présenté dans le **doc. 3**.

L'outil présenté est un organigramme. C'est un schéma qui permet de visualiser les différentes relations et rapports hiérarchiques entre les membres (professionnels ou non) d'une organisation.

2 Repérez les différentes relations existantes entre les professionnels au sein de l'organisation.

On peut y repérer :

- des relations hiérarchiques entre les acteurs (les flèches à trait plein allant de haut en bas et de bas en haut indiquent des liens verticaux) ;
- des relations de travail, d'échanges entre les différents acteurs se situant les uns à côté des autres (liens horizontaux).

3 Expliquez l'intérêt d'une répartition hiérarchique.

La répartition hiérarchique permet d'organiser de manière claire et précise les relations professionnelles entre les acteurs (supérieurs et subordonnés). Elle permet de situer les responsabilités de chacun au sein de l'organisation.

4 Montrez l'importance de la communication entre les professionnels au regard des besoins des individus.

La communication constitue la base des relations professionnelles entre les acteurs. C'est un élément primordial car elle permet les échanges, la transmission des informations concernant l'organisation et ses membres (patients et usagers). L'échange et la transmission d'informations permettent un meilleur suivi et une meilleure prise en charge des individus. Une communication précise, fiable, complète, rapide constitue donc un élément essentiel et incontournable pour mieux répondre aux besoins des individus.

La démarche de projet

ATM

2

Activité 1 Décrire un projet d'action « Mobilité et atelier mécanique »

- Objectifs** ▶ identifier la place du projet dans le secteur sanitaire et social ;
▶ repérer les éléments caractéristiques d'un projet ;
▶ réaliser un support de présentation d'un projet.

1 h 30

1 Le projet « Mobilité et atelier mécanique » de l'association l'Atelier à Bergerac

Introduction

Afin de lutter contre « l'immobilité contrainte » et l'exclusion qu'elle génère, l'association l'Atelier à Bergerac souhaite aider à la mobilité des jeunes pour favoriser leur insertion sociale et professionnelle par son projet : « Mobilité et atelier mécanique », accompagné d'une démarche de sécurité routière.

À cette fin, elle répond au projet « Mobilité urbaine pour tous » dans le cadre d'un partenariat avec la ville de Bergerac, visant à mettre en place un accès temporaire et individuel à un deux roues.

L'action concrète se décline au travers de deux projets :

- la mise en place d'un service de prêt de mobylettes et vélos ;
- la mise en place d'un atelier d'entretien et de réparations mécaniques.

Ce projet s'inscrit dans le cadre des orientations du volet « insertion » du contrat de ville de l'agglomération bergeracoise.

Quelques éléments de diagnostic et justification de la pertinence du projet au regard :

- des caractéristiques de la mobilité et de ses évolutions ;
- des besoins de déplacements exprimés par les habitants.

Les partenaires associés au projet sont :

- l'association l'Atelier » ;
- la ville de Bergerac ;
- la mission locale de Bergerac ;
- le LEP de l'Alba, section cyclo ;
- Aide 24.

Mise en place d'un dispositif de suivi évaluation

Responsable du suivi-évaluation : l'association l'Atelier.

Indicateurs :

▶ Indicateurs quantitatifs :

- nombre de bénéficiaires : à titre d'exemple, pour l'année 2015, 24 personnes dont 4 femmes ;
- nombre de mois de mise à disposition de véhicules : 40 mois ;

– nombre d'heures d'entretien et de réparation des véhicules : 150 heures.

▶ Indicateurs qualitatifs :

- type de trajets parcourus : domicile travail ;
- type de besoins satisfaits : besoins liés à la mobilité permettant l'insertion par l'économique ;
- plus-value sociale et professionnelle : insertion par l'économique.

Ce projet s'articule avec les orientations du plan départemental de sécurité routière et les orientations de la politique de la ville.

Parallèlement, des initiatives liées à la sécurité routière sont conduites par l'association l'Atelier en partenariat avec les jeunes des quartiers, la régie urbaine de Bergerac, les collèges, la gendarmerie, l'objectif étant de permettre à un jeune public de passer leur brevet de sécurité routière.

Description concrète de l'action :

le service de prêt de mobylettes et vélos

L'association l'Atelier est une association de prévention spécialisée qui a pour but, dans un esprit de collaboration avec les autres associations intéressées et les pouvoirs publics, de promouvoir les actions nécessaires à la prise en considération des besoins des jeunes et des adultes pouvant, par leurs difficultés matérielles et morales, être entraînés vers une marginalisation, l'exclusion du monde du travail et la délinquance.

L'association l'Atelier se propose de mettre en place une prévention prenant en compte les dimensions sociales, économiques, culturelles et psychologiques des problèmes de cette population.

Dans le cadre de son action, elle a développé, suite à l'analyse des besoins de ses publics, un service de prêt de mobylettes ou de vélos. En effet, depuis plusieurs années se sont développées sur Bergerac et aux alentours des actions d'insertion pour jeunes et adultes. Pour l'ensemble des partenaires, un des problèmes majeurs reste

Doc 1

→ pour ces publics, la mobilité. Les transports collectifs n'ont pas toujours des horaires adaptés à l'emploi ou au stage trouvé, et l'achat d'un véhicule est financièrement impossible.

Depuis 2013, l'association l'Atelier gère un parc disponible de 6 mobylettes et 7 vélos.

Il s'agit de permettre à toute personne suivant un parcours d'insertion, de disposer rapidement d'un moyen de transport pour suivre une formation, un stage ou se rendre sur son lieu de travail. Le public visé est *a priori* un public ne possédant pas le permis de conduire. Une priorité sera donnée aux jeunes de moins de 25 ans pour les aider dans leurs démarches de primo-insertion et/ou insertion, plus particulièrement les jeunes d'origine étrangère et habitant les quartiers prioritaires de la politique de la ville (Naillac, La Catte).

Pour améliorer la qualité du service, l'association a pour objectif de posséder un parc de 15 mobylettes et 10 vélos, ce qui permettrait de mieux faire face à la demande.

Les principes de fonctionnement

- Une action quotidienne ;
- une réponse rapide à un besoin de mobilité ;
- un suivi par l'association qui assure l'accompagnement pour envisager une adaptation des moyens de transport en fonction du projet de l'utilisateur.

L'association gère le prêt de véhicules, évalue le bien-fondé de la demande de l'utilisateur et définit contractuellement et expressément les conditions et l'attribution de ce prêt.

Bénéficiaires et conditions d'accès

Les bénéficiaires de l'action sont en priorité les moins de 25 ans, plus particulièrement d'origine étrangère, issus des quartiers prioritaires du contrat de ville et dans un itinéraire d'insertion sociale et professionnelle, notamment inscrits dans le programme TRACE.

Les conditions d'accès à la location sont les suivantes :

- le bénéficiaire doit pouvoir justifier d'un contrat de travail, ou d'un stage en entreprise ;
- il doit être titulaire du brevet de sécurité routière ;
- une participation minimum des usagers est demandée ;
- lorsque c'est possible, il est fait une demande d'aide au FAJ.

Moyens mis en œuvre

➤ Moyens humains :

- 1 éducateur (½ ETP) pour la coordination, le suivi des dossiers et la relation aux partenaires.

➤ Moyens techniques :

- un parc de 6 mobylettes et 7 vélos ;
- un atelier de mécanique.

À la recherche d'une solution durable : la mise en place d'un atelier de maintenance et de réparation mécanique

A priori, la location des mobylettes répond à un besoin ponctuel qui ne nécessite pas la recherche d'une solution durable. Cependant, un point est fait avec le bénéficiaire avant la fin de son contrat pour envisager, si besoin est, une solution durable.

En 2015, un partenariat avec le LEP de l'Alba à Bergerac a été mis en place pour l'entretien et la réparation des deux roues, moyennant rétribution, tout en profitant des conseils d'un mécanicien et de la collaboration des lycéens. Cette collaboration permet aux jeunes lycéens de s'inscrire dans une valorisation de leur cursus en mettant leur savoir-faire au service de l'insertion d'autres jeunes.

Afin d'améliorer les délais de réparation et de maintenance des véhicules, un atelier mécanique est mis en place dès 2013, pour réaliser les petites réparations et les maintenances en temps réel. Le partenariat avec le LEP de l'Alba est maintenu pour les réparations les plus conséquentes.

Le fonctionnement

- Ouverture quotidienne, également en soirée, de l'atelier ;
- personnel mis à disposition :
 - un éducateur à mi-temps ;
 - un professeur de mécanique et ses élèves de la section cyclo ;
 - un local mis à disposition par la mairie de Bergerac, servant de garage pour le parc de véhicules, situé en centre-ville qui, moyennant quelques réaménagements, deviendra l'atelier mécanique.

La mise en place de l'atelier nécessite néanmoins un achat de matériel et matériaux indispensables tels que qu'une table de réparation mécanique, un compresseur et des outils spécifiques.

Bénéficiaires de l'action et conditions d'accès

Les bénéficiaires de l'action sont les moins de 25 ans (cf. bénéficiaires du prêt de mobylettes et vélos) inscrits dans un parcours d'insertion professionnelle.

Direction de la coordination interministérielle, document d'application.

1 À partir du projet décrit dans le **doc. 1** et en vous aidant de l'annexe située en page 173, construisez sur une feuille à part la fiche descriptive du projet « Mobilité et atelier mécanique ».

Annexe : Décrire un projet d'action

	Repérer	Indiquer
Intitulé du projet	– Le titre, éventuellement un sous-titre qui définit et permet d'identifier l'action	→ À recopier
Origine du projet	– L'institution à l'initiative du projet – Le contexte de départ – La situation qui justifie la mise en place du projet ou le texte juridique qui impose le projet	→ Le porteur du projet (un organisme, une équipe, un support juridique) → Les études des besoins (recherche documentaire, enquêtes) → Les textes juridiques...
Responsables du projet et intervenants	– Le chef de projet ou le coordonnateur – Le comité de pilotage qui assiste le chef de projet dans ses choix – L'équipe projet qui réalise le projet	→ Le nom de la fonction, de l'institution ou de l'employeur → La composition du comité de pilotage : nom et fonction des membres → La composition de l'équipe projet : nom et fonction des membres
Objectifs du projet	– L'objectif général – Le ou les objectif(s) spécifique(s) – Le ou les objectif(s) opérationnel(s)	→ Le résultat à atteindre → Les effets concrets attendus grâce aux actions
Population concernée	– Le public visé	→ Les bénéficiaires (âge, qualité...), leur localisation géographique
Partenaires	– Les institutions engagées – Les élus – Les professionnels ou bénévoles	→ Le nom des institutions engagées → La qualité des élus → La fonction des professionnels et leur organisme employeur
Financement	– Le coût de l'action	→ Le montant de l'action
Moyens	– Les moyens humains – Les moyens matériels – Les moyens financiers	→ Les différents intervenants → Les types de locaux, équipements, outils → Le financement, les subventions, une éventuelle mise à disposition de matériels, de locaux...
Calendrier et échéancier	– La programmation dans le temps, la durée	→ Les dates
Description des modalités de l'action	– Les actions – La mise en œuvre – Les lieux	→ La description des actions et des lieux
Suivi de l'action	– Les outils de suivi	→ Le tableau de bord, le journal de bord...
Évaluation	– L'évaluation du processus – L'évaluation des résultats	→ Tout au long de la démarche, un suivi des activités → Les indicateurs quantitatifs et qualitatifs
Valorisation de l'action	– La présentation du projet, la campagne de communication	→ La réalisation d'un support de communication (écrit, visuel ou audio-visuel)
Suite à donner au projet	– La modélisation ou le nouveau projet	→ Les perspectives du projet

Sommaire

Fiche 1	Se documenter et déterminer qui va porter le projet	Analyser tout ou une partie d'un projet
Fiche 2	Se documenter et déterminer qui va porter le projet	Concevoir un projet
Fiche 3	Mener l'étude nécessaire au diagnostic	Analyser & Concevoir
Fiche 4	Définir les objectifs du projet	Analyser & Concevoir
Fiche 5	Préciser ou repérer des moyens d'évaluation	Concevoir un projet
Fiche 6	Préciser ou repérer des moyens d'évaluation	Analyser tout ou une partie d'un projet
Fiche 7	Identifier les partenaires du projet	Analyser & Concevoir
Fiche 8	Identifier les modalités de mise en œuvre	Analyser & Concevoir
Fiche 9	Chercher et identifier les moyens	Concevoir
Fiche 10	Identifier les moyens	Analyser tout ou une partie d'un projet
Fiche 11	Communiquer sur le projet	Analyser & Concevoir

Fiche 1

Se documenter et déterminer
qui va porter le projet

Analyser

Quelle(s) structure(s) avez-vous contactée(s) ?	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Cette (ces) structure(s) a (ont) une mission de nature :	<p>– Sanitaire <input type="checkbox"/></p> <p>– Sociale <input type="checkbox"/></p> <p>– Médico-sociale <input type="checkbox"/></p>
Quel(s) public(s) avez-vous ciblé(s) ?	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Listez les documents techniques obtenus.	<p>– Livret d'accueil <input type="checkbox"/></p> <p>– Dépliant <input type="checkbox"/></p> <p>– Documents écrits sur le projet <input type="checkbox"/></p> <p>– Autre(s) <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Par quel(s) moyen(s) avez-vous obtenu ces documents techniques ?	<p>– Internet <input type="checkbox"/></p> <p>– Sur le terrain <input type="checkbox"/></p> <p>– Dans la presse locale <input type="checkbox"/></p> <p>– Autre(s) <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Existe-t-il un projet d'action écrit dans la structure ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lequel ?
Sur quel territoire précis est apparu(e) ce besoin (ou cette demande) ?	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
L'équipe enseignante a-t-elle validé votre documentation technique ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
La documentation technique va vous servir à :	– Décrire la structure <input type="checkbox"/> – Décrire la démarche (une ou plusieurs étapes) <input type="checkbox"/> – Autre(s) <input type="checkbox"/>
Quelles informations supplémentaires devez-vous demander aux professionnels ?	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....

Travail à réaliser

Présentez la structure porteuse du projet sous forme de fiche, tableau...

Fiche 2

Se documenter et déterminer
qui va porter le projet

Concevoir

Quelle(s) structure(s) avez-vous contactée(s) ?	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
Cette (ces) structure(s) a (ont) une mission de nature :	– Sanitaire – Sociale – Médico-sociale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Quel(s) public(s) avez-vous ciblé(s) ?	..... ..... ..... ..... ..... .....
Listez les documents techniques obtenus.	– Livret d'accueil – Dépliant – Autre(s)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Par quel(s) moyen(s) avez-vous obtenu ces documents techniques ?	– Internet – Sur le terrain – Dans la presse locale – Autre(s)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	

Avez-vous relevé un besoin existant (ou une demande) auprès d'un public ciblé ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lequel ?
Sur quel territoire précis est apparu ce besoin (ou cette demande) ?	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
L'équipe enseignante a-t-elle validé votre documentation technique ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
La documentation technique va vous servir à :	– Décrire la structure <input type="checkbox"/> – Faire émerger un besoin ou un problème <input type="checkbox"/> – Autre <input type="checkbox"/>
Quelles informations supplémentaires devez-vous demander aux professionnels ?	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....

Travail à réaliser

Présentez la structure porteuse du projet sous forme de fiche, tableau...

Fiche 3

Mener l'étude nécessaire
au diagnostic

Analyser & Concevoir

Listez les informations recueillies
sur l'environnement dans lequel
le projet peut se monter.

- Population :
- Géographie :
- Équipements, services ou actions existants ou manquants :
- Acteurs institutionnels et associatifs en présence :

Avez-vous utilisé des outils de
recueil de données ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, quels sont les outils de recueil de
données utilisés pour mener le diagnostic ?

- Questionnaire (destiné à) ?
- Entretien (avec qui) ?
- Observation (de) ?
- Autre :

Si non, quel(s) outil(s) pouvez-vous proposer
pour mener l'étude nécessaire au diagnostic ?

- Questionnaire (destiné à) ?
- Entretien (avec qui) ?
- Observation (de) ?
- Autre :

Quel bilan tirez-vous des rencontres et entretiens avec les professionnels sur le terrain ?	..... ..... ..... ..... ..... .....
Votre projet répond-il à une demande (explicite) ou un besoin (implicite) ?	..... ..... ..... ..... ..... .....
Les besoins perçus sont-ils déjà entièrement, partiellement ou pas du tout satisfaits ?	..... ..... ..... ..... ..... .....
Hiérarchisez les priorités du projet d'action.	1 : 2 : 3 :
Rappelez la mission de la structure (mission ≠ objectif général du projet).	..... ..... ..... ..... ..... .....

Travail à réaliser

- Construisez un diagramme Ishikawa ou tout autre outil utilisé pour réaliser le diagnostic.
- Fournissez l'outil de recueil de données conçu par la structure. S'il n'existe pas, réalisez-le.

Fiche 4

Définir les objectifs
du projet

Analyser & Concevoir

Au préalable, repérez la ou les partie(s)
du programme de Première et/ou de
Terminale ST2S en lien avec le projet.

– Programme de Première :

.....

.....

.....

.....

– Programme de Terminale :

.....

.....

.....

.....

L'objectif général :

.....

.....

.....

.....

.....

Définissez :

Les objectifs intermédiaires (stratégiques) :

.....

.....

.....

.....

.....

Les objectifs opérationnels :

.....

.....

.....

.....

.....

Travail à réaliser

À l'aide des définitions, formulez les objectifs de votre projet et construisez un arbre des objectifs.

Fiche 5

Préciser ou repérer des moyens d'évaluation

Concevoir

Proposez des indicateurs :

Indicateurs quantitatifs :

.....

.....

.....

Indicateurs qualitatifs :

.....

.....

.....

Quels outils permettraient d'évaluer
le déroulement de l'action ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quels outils permettraient d'évaluer le
respect des délais et des étapes du projet ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quels outils pouvez-vous proposer
pour l'évaluation finale ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Imaginez les freins à la mise
en œuvre du projet.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fiche 6

Préciser ou repérer
des moyens d'évaluation

Analyser

Proposez des indicateurs :

Indicateurs quantitatifs :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Indicateurs qualitatifs :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

En l'absence d'indicateurs, proposez
des outils d'évaluation permettant de
vérifier la pertinence des actions.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quel(s) outil(s) a (ont) permis d'évaluer
le déroulement de l'action ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si aucun outil, quel(s) outil(s)
proposeriez-vous ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<p>Quel(s) outil(s) a (ont) permis l'évaluation finale ?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Si aucun outil n'a été utilisé pour l'évaluation finale, que proposez-vous ?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Si une évaluation a été réalisée, quel en est le bilan tiré par la structure (rapport, réunion, article de presse...) ?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Des solutions de remédiation ont-elles été proposées après le bilan ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Explications :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Identifiez les freins à la mise en œuvre du projet.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Fiche 7

Identifier les partenaires du projet

Analyser & Concevoir

Présentez les différents partenaires que vous avez identifiés.

Partenaires financiers :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Partenaires techniques (matériels) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Partenaires humains :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Indiquez leurs contributions au sein du projet.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fiche 8

Identifier les modalités de mise en œuvre

Analyser & Concevoir

Listez les différentes tâches accomplies.
Ces tâches ont-elles été prévues en fonction de l'urgence ou de priorités ?
Si non, classez-les par ordre de priorité.

Tableau des étapes
Qui fait quoi ?
Définissez pour chacune des étapes :

Quelles contraintes (difficultés) avez-vous rencontrées (identifiées par la structure porteuse du projet ou non) ?

Qui fait quoi (en fonction des compétences et intérêts de chacun) ?

Quand (à quel moment du projet, sur quelle durée, en tenant compte des contraintes extérieures) ?

Où, comment ?

Contraintes humaines :

Contraintes financières :

Contraintes matérielles :

Contraintes temporelles :

Travail à réaliser

Construisez un outil permettant de visualiser la mise en œuvre du projet (diagramme de Gantt, tableau de bord...).

Fiche 9

Chercher et identifier
les moyens

Concevoir

À partir des moyens nécessaires à la réalisation du projet, déterminez les moyens humains, matériels et financiers permettant de garantir la réalisation des objectifs et d'assurer le bon déroulement de l'action.

Ce dont vous disposez :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ce que vous pouvez mobiliser auprès de nos partenaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ce que vous devez trouver ailleurs :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Les moyens nécessaires sont-ils en lien avec les objectifs du projet et/ou avec les missions de la structure porteuse du projet ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Travail à réaliser

Construisez un tableau qui répertorie les moyens indispensables et les moyens optionnels.

Fiche 10

Identifier les moyens

Analyser

Identifiez les moyens humains, matériels et financiers permettant de garantir la réalisation des objectifs et d'assurer le bon déroulement de l'action.

Démontrez que les moyens employés sont en lien avec les objectifs du projet et/ou avec les missions de la structure porteuse du projet.

Repérez les moyens (matériels, humains ou financiers) qui ont freiné le bon déroulement du projet.

Fiche 11

Communiquer
sur le projet

Analyser & Concevoir

Déterminez quel est le public destinataire du message : est-ce le grand public, les financeurs, les décideurs politiques, les habitants de votre quartier... ?

Présentez les outils de communication : affiche (affichette), tract, journal (associatif, de quartier, municipal, presse locale, régionale...), communiqués de presse, réunions, événements, entretiens, sans oublier le bouche-à-oreille...

Listez les moyens de diffusion : Internet, la Poste...

Les outils de communication sont-ils adaptés ?

Nous démontrons que la communication a permis de :

- faire connaître le projet ;
- faire adhérer les gens à l'action ;
- mettre en valeur le projet, la structure, mais aussi les partenaires qui y ont contribué, pendant et après sa réalisation.

Crédits photographiques

p. 5 ph © Jean Bernard/Leemage
p. 7 ph © Lee/Leemage
p. 12 ph © Ian Hanning/Rea
p. 17 © INPES
p. 20 © INPES
p. 55 ph © Matton images
p. 56 ph © Matton images
p. 57 ph © Matton images
p. 59 © INPES
p. 65 © INPES
p. 81 ph © Matton images
p. 89 © CSMF
p. 90 ph © Matton images

p. 98 ph © Matton images
p. 105 ph © Matton images
p. 109 ph © Bridgeman images
p. 110 ph © Johanna Leguerre/Afp
p. 115 © Caf des Hauts-de-Seine
p. 115 ph © Matton images
p. 121 © Œuvre normande des mères
p. 125 ph © Sylvie Branty
p. 133 ph © Pierre Bessard/Rea
p. 139 ph © Philippe Desmazes/Afp
p. 143 ph © Marta Nascimento/Rea
p. 147 ph © A. Surel/PhotPqr/Le Dauphine Libéré/Maxppp
p. 157 ph © Joel Saget/Afp

Maquette intérieure : Florian Hue
Composition et infographies : STDI
Iconographe : Katia Davidoff
Paris – mars 2016 – 01 – SB – MS/VO