

Corrigés

Fiches d'activités

Sciences et techniques

sanitaires et sociales

T^{ale} ST2S

2^e édition

Tome 1

Pôle : Politiques et dispositifs de santé publique et d'action sociale

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

Évelyne Bersier

Joëlle Guerrero

Sabrina Karadaniz

Réservé aux enseignants



ELSEVIER
MASSON

Sommaire

CHAPITRE 1 : APPROCHE HISTORIQUE DES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE	8
<i>Fiche I – De la police sanitaire à la santé publique.....</i>	9
◆ Activité 1 – La lutte contre les épidémies.....	9
◆ Activité 2 – La peste en Provence	9
◆ Activité 3 – Les mesures de santé publique jusqu'au xx ^e siècle	10
◆ Activité 4 – Un premier cadre juridique pour la santé publique.....	11
<i>Fiche II – La santé publique à la fin du xx^e siècle et au début du xxi^e siècle.....</i>	12
◆ Activité 5 – Évolution du champ de la santé publique.....	12
◆ Activité 6 – Une nouvelle loi pour la santé publique : la loi du 9 août 2004.....	13
◆ Activité 7 – Vers une nouvelle loi de santé publique ?	14
➤ Ce qu'il faut retenir.....	14
CHAPITRE 2 : PRINCIPES D'INTERVENTION EN SANTÉ PUBLIQUE : VEILLE ET SÉCURITÉ SANITAIRE ; PRÉVENTION, ÉDUCATION POUR LA SANTÉ, PROMOTION DE LA SANTÉ ; RESTAURATION DE LA SANTÉ.....	16
<i>Fiche I – Veille et sécurité sanitaire : une nécessité face aux risques et événements sanitaires</i>	17
◆ Activité 1 – Notion de risque sanitaire	17
◆ Activité 2 – La veille sanitaire	18
◆ Activité 3 – Veille sanitaire : l'exemple de la grippe.....	18
◆ Activité 4 – Utilité de la veille sanitaire après la réalisation d'un risque.....	19
◆ Activité 5 – La sécurité sanitaire	19
◆ Activité 6 – Évolution du champ de la sécurité sanitaire	20
◆ Activité 7 – La sécurité sanitaire en action	20
◆ Activité 8 – Les agences de sécurité sanitaire.....	21
<i>Fiche II – Promotion de la santé, prévention et éducation pour la santé.....</i>	22
◆ Activité 9 – Notion de promotion de la santé.....	22
◆ Activité 10 – Le plan Bien vieillir : un exemple de promotion de la santé	23
◆ Activité 11 – Notion d'éducation pour la santé	23
◆ Activité 12 – Exemple d'un programme d'éducation pour la santé	23
◆ Activité 13 – Notion de prévention.....	24
◆ Activité 14 – La diversité des mesures de prévention	25
◆ Activité 15 – Quelles différences entre prévention, promotion de la santé et éducation pour la santé ?.....	27
<i>Fiche III – Restauration de la santé</i>	28
◆ Activité 16 – Notion de restauration de la santé	28
◆ Activité 17 – L'éducation thérapeutique du patient.....	28
◆ Activité 18 – Exemple d'un programme d'éducation thérapeutique du patient.....	29
➤ Ce qu'il faut retenir.....	30
CHAPITRE 3 : ÉLABORATION DES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE : PRIORITÉ SANITAIRE ET PLANIFICATION	32
<i>Fiche I – Les priorités de santé publique</i>	33
◆ Activité 1 – Notion de priorité de santé publique	33
◆ Activité 2 – La maladie d'Alzheimer : une priorité de santé publique.....	33
<i>Fiche II – Planification des politiques de santé publique</i>	35
◆ Activité 3 – Programmation des politiques de santé publique au niveau national.....	35
◆ Activité 4 – Exemples de plans et programmes de santé publique	36
◆ Activité 5 – La prise en compte des inégalités environnementales	36
◆ Activité 6 – Analyse du Plan santé au travail	37
<i>Fiche III – Déclinaisons des plans nationaux de santé publique.....</i>	39
◆ Activité 7 – Le plan local de santé publique de la ville d'Aix-en-Provence	39

◆	Activité 8 – Le plan local de santé publique de la ville de Nice.....	39
	Fiche IV – L'évaluation des plans et programmes de santé publique	41
◆	Activité 9 – L'évaluation dans la démarche d'élaboration et mise en œuvre des plans et programmes de santé publique nationaux	41
◆	Activité 10 – L'évaluation du Plan cancer 2009–2013.....	42
◆	Activité 11 – L'évaluation du Plan psychiatrie et santé mentale 2005–2008	42
➤	Ce qu'il faut retenir.....	43
	CHAPITRE 4 : ÉLABORATION DES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE : ORGANISATION DES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE	45
	Fiche I – Niveaux d'organisation des politiques de santé et missions des acteurs	46
◆	Activité 1 – L'organisation de la politique de santé au niveau national	46
◆	Activité 2 – L'organisation de la politique de santé au niveau régional	47
◆	Activité 3 – L'organisation de la politique de santé au niveau local	49
	Fiche II – Illustrations des missions des acteurs intervenant dans la politique de santé publique	50
◆	Activité 4 – Exemple du Programme national d'actions contre le suicide	50
◆	Activité 5 – Intervention de la Conférence nationale de santé dans le cadre du Plan psychiatrie et santé mentale 51	
◆	Activité 6 – Les acteurs du Plan psychiatrie et santé mentale 2011–2015 et leurs missions.....	51
	Fiche III – L'influence de la politique européenne sur la politique nationale	52
◆	Activité 7 – L'Union européenne et la santé publique	52
◆	Activité 8 – Les compétences et domaines d'actions de l'Union européenne en santé publique	52
◆	Activité 9 – Des actions de l'Union européenne pour la santé publique	53
➤	Ce qu'il faut retenir.....	53
	CHAPITRE 5 : PLACE DE L'USAGER : DÉMOCRATIE SANITAIRE	55
	Fiche I – Usager et démocratie sanitaire	56
◆	Activité 1 – Notion d'usager	56
◆	Activité 2 – Quelle place pour l'usager ?	56
◆	Activité 3 – Histoire de la démocratie sanitaire	57
	Fiche II – La place de l'usager dans les politiques de santé.....	59
◆	Activité 4 – Typologie des droits des usagers	59
◆	Activité 5 – Les conférences et leur rôle pour la démocratie sanitaire	60
◆	Activité 6 – Des États généraux pour un Plan cœur	60
◆	Activité 7 – États généraux du VIH en Île-de-France	61
➤	Ce qu'il faut retenir.....	62
	CHAPITRE 6 : POLITIQUE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS)	63
	Fiche I – L'OMS et ses fonctions.....	64
◆	Activité 1 – Présentation de l'OMS	64
◆	Activité 2 – Le Règlement sanitaire international (RSI).....	65
	Fiche II – Priorités d'action de l'OMS	67
◆	Activité 3 – Exemples de domaines prioritaires d'action de l'OMS.....	67
➤	Ce qu'il faut retenir.....	68
	CHAPITRE 7 : NOTION DE SYSTÈME DE SANTÉ	70
	Fiche I – Notion de système de santé	71
◆	Activité 1 – Définition de la notion de système de santé.....	71
◆	Activité 2 – Les composantes du système de santé	72
	Fiche II – Le système de santé en France.....	74
◆	Activité 3 – Diversité des composantes et organisation du système de santé.....	74
◆	Activité 4 – Évaluation de la performance du système de santé	75
◆	Activité 5 – Perception du système de santé par la population française	75
➤	Ce qu'il faut retenir.....	76
	CHAPITRE 8 : DISPOSITIF DE VEILLE SANITAIRE	77

Fiche I – Dispositif de veille sanitaire	78
◆ Activité 1 – Dispositif de surveillance épidémiologique du cancer.....	78
◆ Activité 2 – Dispositif de veille sanitaire dans le cadre d'une intoxication alimentaire	78
Fiche II – L'Institut de veille sanitaire	80
◆ Activité 3 – L'InVS : un acteur de terrain.....	80
◆ Activité 4 – Diversité des actions de l'InVS	83
◆ Activité 5 – L'InVS et la veille internationale.....	83
Fiche III – Importance des systèmes d'information pour la veille sanitaire	84
◆ Activité 6 – Le système multisources cancer	84
◆ Activité 7 – Exemple de coordination pour un système d'information.....	85
◆ Activité 8 – Un système d'information pour une veille sanitaire plus efficace	85
◆ Activité 9 – La surveillance des maladies à déclaration obligatoire	86
➤ Ce qu'il faut retenir.....	89
CHAPITRE 9 : STRUCTURES ET ACTIONS DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ	91
Fiche I – Diversité des acteurs de prévention	92
◆ Activité 1 – Identification et rôle des principaux acteurs.....	92
◆ Activité 2 – Les acteurs du dispositif Octobre Rose	93
◆ Activité 3 – Étude de structures de prévention	94
Fiche II – Caractéristiques d'actions de prévention	96
◆ Activité 4 – Caractéristiques d'une action de prévention en direction des jeunes	96
◆ Activité 5 – Caractéristiques d'une action de prévention pour la sécurité routière	97
➤ Ce qu'il faut retenir.....	99
CHAPITRE 10 : SYSTÈME DE SOINS : LA PRODUCTION DES SOINS	101
Fiche I – Système de soins et complémentarité de ses composantes.....	102
◆ Activité 1 – Notion de système de soins	102
◆ Activité 2 – Les producteurs de soins en chiffres.....	103
◆ Activité 3 – Les établissements de santé : formes de prises en charge et activités	105
◆ Activité 4 – La prise en compte de l'évolution de l'offre de soins.....	106
◆ Activité 5 – Les outils de la complémentarité des établissements de santé	107
◆ Activité 6 – La coopération des professionnels de santé	108
◆ Activité 7 – Les maisons de santé	109
◆ Activité 8 – Les réseaux de santé	110
Fiche II – La permanence des soins dans les territoires	112
◆ Activité 9 – La démographie médicale : quelle évolution ?	112
◆ Activité 10 – L'utilité des maisons médicales de garde.....	112
◆ Activité 11 – La permanence des soins.....	113
◆ Activité 12 – L'organisation de la permanence des soins ambulatoires.....	114
◆ Activité 13 – Organisation de la permanence des soins ambulatoires en Bretagne	115
◆ Activité 14 – La participation des médecins généralistes à la permanence des soins	115
◆ Activité 15 – La permanence des soins en établissements de santé	116
Fiche III – Missions de service public des établissements de santé.....	117
◆ Activité 16 – Notion de mission de service public	117
◆ Activité 17 – Missions de service public des établissements de santé	117
◆ Activité 18 – Illustration des missions de service public des établissements de santé	118
◆ Activité 19 – Illustration des missions de service public pour un territoire de santé	119
➤ Ce qu'il faut retenir.....	119
CHAPITRE 11 : SYSTÈME DE SOINS : ACCÈS AUX SOINS ET RÉDUCTION DES INÉGALITÉS	121
Fiche I – Accès aux soins et réduction des inégalités de santé	122
◆ Activité 1 – L'accès aux soins : un déterminant de santé	122
◆ Activité 2 – L'accessibilité spatiale aux soins.....	123
◆ Activité 3 – Accès aux soins et réduction des inégalités de santé	123
◆ Activité 4 – Accès aux soins et réduction des inégalités de santé dans le Nord-Pas-de-Calais	124

Fiche II – Importance de la protection sociale dans l'accès aux soins.....	125
◆ Activité 5 – Protection sociale : accès aux soins et réduction des inégalités de santé	125
◆ Activité 6 – Dispositifs favorisant l'accès à la complémentaire santé	125
◆ Activité 7 – Évolution de la prise en charge des soins	126
◆ Activité 8 – Le renoncement aux soins	126
➤ Ce qu'il faut retenir.....	127
CHAPITRE 12 : SYSTÈME DE SOINS : ÉCONOMIE DE LA SANTÉ.....	129
Fiche I – Les agrégats des comptes de la santé.....	130
◆ Activité 1 – Définition et utilité des agrégats des comptes de la santé	130
◆ Activité 2 – Répartition et évolution de la consommation de soins et de biens médicaux	131
◆ Activité 3 – Répartition des composantes de la consommation médicale totale	133
◆ Activité 4 – La dépense courante de santé : répartition et classement des dépenses	134
◆ Activité 5 – Les dépenses de prévention	136
◆ Activité 6 – La croissance des dépenses de santé.....	136
Fiche II – La régulation du système de santé.....	138
◆ Activité 7 – La régulation du système de santé : une nécessité.....	138
◆ Activité 8 – Les outils de la régulation du système de santé.....	138
Fiche III – Quels choix pour assurer l'équilibre des comptes de la santé ?	140
◆ Activité 9 – L'équilibre des comptes par la maîtrise de l'ONDAM	140
◆ Activité 10 – L'équilibre des comptes par le développement de l'efficience à l'hôpital.....	141
➤ Ce qu'il faut retenir.....	143

Tome I

Pôle « Politiques et dispositifs de santé publique
et d'action sociale »

Partie 7

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

7.1 – Politiques de santé publique

Chapitre 1

Approche historique des politiques de santé publique

Fiche I – De la police sanitaire à la santé publique

◆ **Activité 1 – La lutte contre les épidémies**

1. Qu'est-ce qui caractérise les grandes épidémies évoquées dans le document 1 ?

- Conséquences lourdes : forte mortalité, bouleversements sociaux et politiques, désorganisation de la société...
- Elles se répandent notamment en raison des échanges commerciaux dans les ports et peuvent dégénérer en pandémie.
- Elles reviennent par crises successives.

2. Quelles remarques pouvez-vous faire sur les premières mesures de lutte contre les épidémies ?

Les premières mesures de lutte contre les épidémies ne sont apparues qu'au XIV^e siècle en Italie.

Il s'agit de mesures autoritaires et locales : contrôles des marchés, interdiction d'importation, cordons sanitaires, quarantaines.

Le dispositif de quarantaine sera appliqué jusqu'au XIX^e siècle.

◆ **Activité 2 – La peste en Provence**

1. Pourquoi peut-on dire que la peste de 1720 en Provence a été un véritable fléau sanitaire (document 2) ?

La peste est une maladie contagieuse qui a tué une grande partie de la population en Provence en 1720, soit 1/3 des habitants de l'époque. Au total, elle a fait 100 000 morts dont 40 000 à Marseille. Des familles entières ont été décimées.

2. Indiquez les facteurs qui ont favorisé cette épidémie.

- Problème non pris en considération pour des intérêts économiques.
- Corruption des autorités sanitaires et des médecins conduisant à l'autorisation de débarquement de marchandises qui sont contaminées.
- Mise en quarantaine du voilier tardive et rapidement levée.
- Conditions favorables au développement de l'épidémie : promiscuité, manque d'hygiène...

3. Quelles mesures ont été prises au plus fort de l'épidémie pour tenter de la

circonscire ? De quels types de mesures s'agissait-il ? Ont-elles été efficaces ?

- Création d'un cordon sanitaire pour isoler Marseille et de fosses communes à l'extérieur de la ville.
 - Construction d'un mur par Avignon avec présence de sentinelles.
- Il s'agit de mesures de quarantaines (du voilier puis de la ville de Marseille) et de police sanitaire. Elles n'ont pas été efficaces car insuffisantes et prises trop tardivement.

◆ **Activité 3 – Les mesures de santé publique jusqu'au XX^e siècle**

1. À partir du document 3, indiquez dans quels domaines de la vie quotidienne ont été prises les premières mesures d'hygiène publique. Pourquoi peut-on dire que certaines de ces mesures étaient des mesures de police sanitaire ?

Les premières mesures d'hygiène publique ont été prises dans les domaines de l'assainissement des villes, l'évacuation et le traitement des déchets. Certaines de ces mesures sont des mesures de police sanitaire étant donné qu'elles sont prises par les pouvoirs publics (ordonnance) et prennent la forme d'obligation ou d'interdiction.

2. À partir des documents 4 et 5, expliquez pourquoi on parle de « mouvement hygiéniste » au XIX^e siècle. Quel est son objectif ?

Le XIX^e siècle est celui d'importants progrès en matière d'hygiène individuelle et collective, liés aux progrès de l'urbanisme et de la science. L'hygiène devient une forte préoccupation visant à lutter contre les épidémies de maladies contagieuses.

3. Indiquez les mesures d'hygiène qui ont été mises en place au XIX^e siècle à partir des documents 4 et 5.

- Lavage des mains et toilette quotidienne recommandés.
- Antisepsie en chirurgie.
- Création de fosses septiques.
- Tout-à-l'égout.
- Collecte des déchets ménagers.
- Développement des *water-closets*.
- Quarantaines.
- Amélioration de l'hygiène dans certaines infrastructures (abattoirs...).

◆ **Activité 4 – Un premier cadre juridique pour la santé publique**

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 6 et 7.

1. Expliquez pourquoi on peut considérer que la loi de 1902 est le texte fondateur de la santé publique en France.

C'est la première loi relative à la protection de la santé de la population et à l'hygiène publique. Elle prévoit des dispositions (mesures à visée préventive) pour lutter contre un problème de santé publique identifié (maladies transmissibles) et les conditions de leur mise en œuvre. Elle marque les grandes avancées de la première moitié du XX^e siècle en matière d'hygiène publique.

2. Justifiez la phrase soulignée dans le document 6.

La loi de santé publique de 1902 prévoit des mesures à visée préventive (suivi épidémiologique, vaccination obligatoire, déclaration obligatoire de maladies...) en l'absence de thérapeutiques efficaces. À l'époque, la santé publique est assimilée à la prévention.

3. Indiquez les facteurs qui ont conduit au recul, au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle, de la conception hygiéniste de la santé.

- Développement des sciences et des techniques.
- Essor de la médecine curative qui est privilégiée.
- Éradication de certaines maladies et efficacité des vaccins : acuité au risque des maladies infectieuses moins forte.
- Mise en place des régimes de l'assurance maladie.

Fiche II – La santé publique à la fin du XX^e siècle et au début du XXI^e siècle

◆ **Activité 5 – Évolution du champ de la santé publique**

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 8 à 10.

1. Montrez en quoi le champ de la santé publique s'est considérablement élargi à la fin du XX^e siècle.

Le champ de la santé publique s'est considérablement élargi à la fin du XX^e siècle. En effet, de nouveaux risques sanitaires, de nouvelles pathologies... sont pris en considération dans la politique de santé publique qui n'est plus uniquement axée sur l'aspect curatif et se fixe de nouveaux objectifs. Les domaines d'intervention sont donc élargis : risques environnementaux, professionnels...

2. Différentes évolutions expliquent le changement de la politique de santé publique. Illustrez chacune d'elles par des exemples.

- Évolutions démographiques :
 - vieillissement de la population ;
 - flux migratoires.
- Évolutions socio-économiques :
 - industrialisme moderne, nouveaux risques professionnels ;
 - inégalités sociales de santé et nouvelles formes de précarité ;
 - poids croissant des dépenses de santé.
- Évolutions épidémiologiques :
 - pathologies nouvelles, réurgentes et en développement ;
 - crises sanitaires ;
 - développement des résistances aux antibiotiques ;
 - failles dans la couverture vaccinale.
- Évolutions environnementales :
 - augmentation des produits chimiques en circulation ;
 - pollution (industrielle par ex.).
- Évolutions comportementales :
 - consommation alimentaire et de médicaments ;
 - dépendances.
- Évolutions de l'offre de soins :
 - développement de l'offre de soins ;
 - infections nosocomiales, iatrogénie.

◆ Activité 6 – Une nouvelle loi pour la santé publique : la loi du 9 août 2004

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 11 à 13.

1. Énoncez les circonstances qui ont conduit à l'adoption d'une nouvelle loi de santé publique en 2004 et ses objectifs prioritaires.

Circonstances :

- besoin de clarifier le rôle de l'État dans la conduite de la politique de santé ;
- politique de prévention insuffisante ;
- faiblesse de notre performance en santé : mortalité prématurée et inégalités de santé importantes plus importantes que dans la plupart des pays d'un niveau de développement comparable ;
- crises sanitaires des dernières années.

Donc nécessité d'améliorer la situation.

Objectifs prioritaires de la loi de 2004 :

- réduire la mortalité et la morbidité évitables, en particulier celles des populations fragilisées ;
- réduire les inégalités de santé, notamment régionales.

2. Citez les deux conditions présentées comme nécessaires pour atteindre ces objectifs.

Pour atteindre ces objectifs, il faut cesser d'opposer soins et prévention et développer l'approche populationnelle de la santé, notamment en prenant en compte l'ensemble de ses déterminants.

3. Quelles remarques pouvez-vous faire concernant les domaines relatifs à la politique de santé publique dans la loi de 2004 ?

Pour répondre à cette question, il pourra être nécessaire de préciser la consigne aux élèves en leur indiquant de s'aider de leurs réponses aux activités 3 et 4.

La loi de 2004 liste précisément les domaines (ou champs) de la politique de santé publique. Ces domaines sont nombreux et variés.

Des domaines évoqués par la loi de 1902 sont repris (lutte contre les épidémies par exemple, surveillance de l'état de santé de la population), mais on constate un élargissement aux problématiques actuelles (risques environnementaux, dépendance, inégalités de santé, qualité et sécurité des produits de santé...).

La loi a adapté les champs de la santé publique aux évolutions démographiques, sociales, environnementales...

◆ Activité 7 – Vers une nouvelle loi de santé publique ?

À partir du document 14, répondez aux questions suivantes.

1. Pourquoi est-il nécessaire d'évaluer les objectifs de la loi de santé publique de 2004 ?

L'évaluation des objectifs de la loi de 2004 permet de préparer la prochaine loi relative à la santé publique. Cette évaluation est nécessaire au HCSP pour faire des propositions.

2. Que propose le HCSP pour la prochaine loi de santé publique ?

- Poursuivre certains objectifs jugés pertinents.
- Reformuler des objectifs et en formuler de nouveaux pour réduire les inégalités de santé quelles qu'elles soient.

3. Les nouveaux objectifs proposés par le HCSP couvrent des domaines très divers et très vastes. Pourquoi ?

Les nouveaux objectifs proposés couvrent des domaines très divers et très vastes dans la mesure où ils concernent à la fois les déterminants de santé, les pathologies et les problématiques spécifiques aux populations à certains âges de la vie.

➤ Ce qu'il faut retenir

1. Indiquez dans le tableau à quelle période de l'histoire de la santé publique correspondent les propositions suivantes :

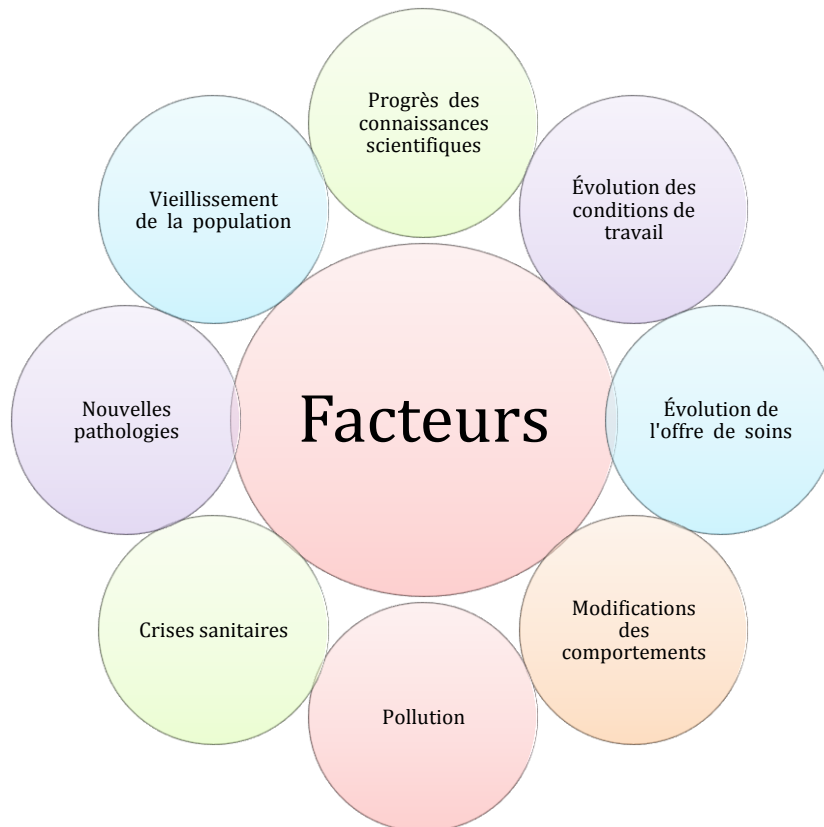
Propositions	xiv ^e au xviii ^e siècle	xix ^e siècle	Début du xx ^e siècle	Second e moitié du xx ^e siècle	Fin du xx ^e siècle/début du xxi ^e siècle
Premières mesures de police sanitaire (assainissement des villes, évacuation), de traitement des déchets et de quarantaines	x				
Mouvement hygiéniste		x			
Élargissement du champ de la santé publique aux déterminants de la santé et à la lutte contre les inégalités de santé					x
Première loi de santé publique			x		
Progrès importants pour l'hygiène collective et individuelle (antisepsie,		x			

collecte des ordures ménagères)					
Deuxième loi de santé publique					×
Recul du mouvement hygiéniste				×	
Lutte contre les épidémies et maladies contagieuses prioritaire	×	×	×		
Affirmation de la responsabilité de l'État en matière de santé publique					×
Réémergence de la prévention dans les objectifs de santé publique					×
Mesures de santé publique à visée essentiellement préventive (vaccinations obligatoires, déclaration obligatoire de maladies)			×		
Médecine curative dominante				×	

2. Complétez le schéma suivant pour mettre en évidence quelques facteurs de l'évolution des objectifs de santé publique.

Le schéma ne vise pas l'exhaustivité. Toute proposition pertinente sera retenue.

Facteurs de l'évolution des objectifs de santé publique



Chapitre 2

Principes d'intervention en santé publique :
veille et sécurité sanitaire ; prévention, éducation
pour la santé, promotion de la santé ;
restauration de la santé

Fiche I – Veille et sécurité sanitaire : une nécessité face aux risques et événements sanitaires

◆ Activité 1 – Notion de risque sanitaire

1. D'après vos connaissances, rappelez la définition de « risque sanitaire » et complétez le tableau ci-dessous par des exemples de risques sanitaires d'origines différentes.

Risque sanitaire : probabilité que survienne un événement nuisible à la santé d'un individu ou d'une population.

Une typologie des risques sanitaires

Types de risques sanitaires	Exemples
Risques naturels	Canicule, grand froid, tempête, avalanche, séisme, tsunami...
Risques infectieux	Épizootie, épidémie, pandémie grippale...
Risques technologiques	Accident nucléaire, accident industriel, rupture de barrage, transports de matières dangereuses...
Risques liés à la malveillance	Attentat, bioterrorisme, incendies criminels...
Risques liés à la vie quotidienne	Accidents de la route, accidents domestiques...

2. À partir de la définition du risque sanitaire, mis en évidence à la question 1, et de celle d'un événement de santé donnée dans le document 1, indiquez le point commun et la différence entre ces deux notions.

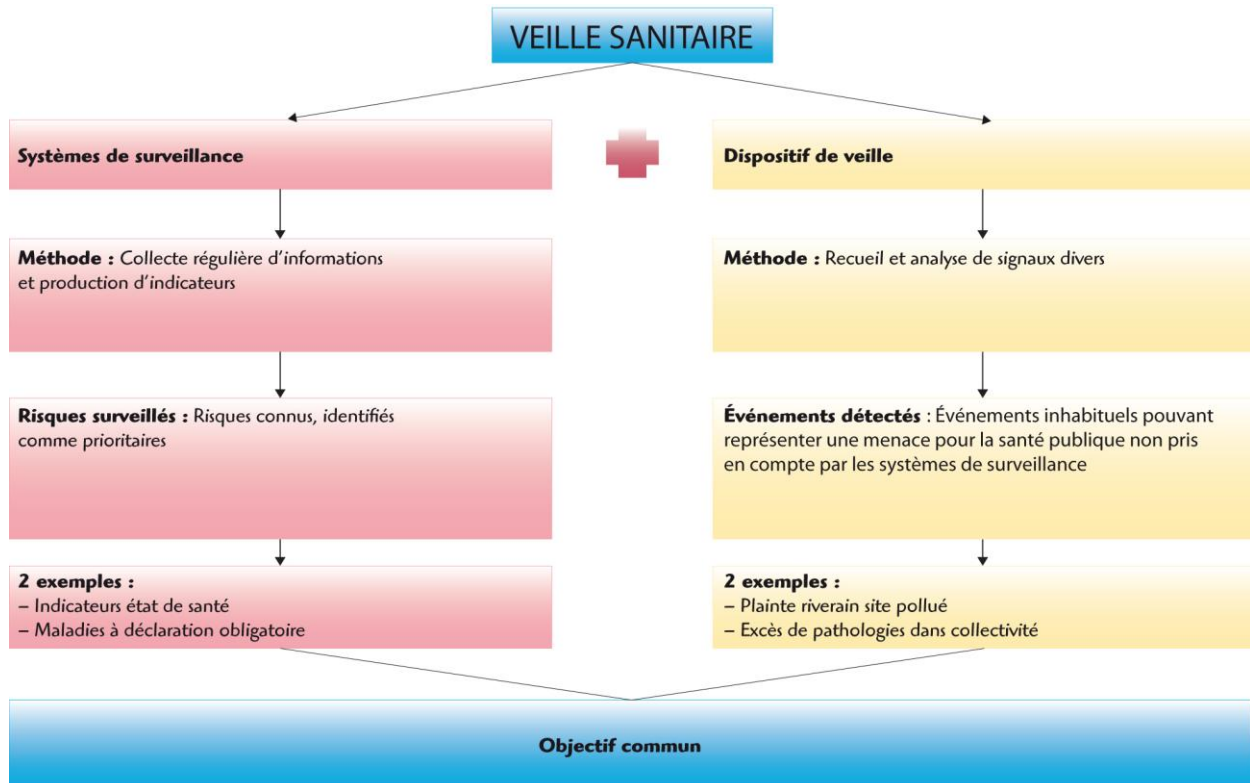
- Point commun : notion d'impact négatif sur la santé d'un groupe de personnes (une population/une collectivité).
- Différence : le risque sanitaire renvoie à un événement plus ou moins probable donc non réalisé, tandis que l'événement de santé correspond à la réalisation du risque sanitaire.

3. D'après vos connaissances, ou à partir d'une recherche, citez quelques exemples de risques sanitaires d'origines différentes qui se sont produits ces dernières années en France ou dans le monde.

Mise en commun des réponses des élèves.

◆ Activité 2 – La veille sanitaire

1. Complétez le schéma suivant à partir du document 2.



2. Relevez les outils de la veille sanitaire cités dans le document 3.

Déclaration obligatoire, registre des décès, enquêtes, système informatisé de notification des maladies à déclaration obligatoire.

3. Indiquez les acteurs de la veille sanitaire en France cités dans le document 3. Sous quelle dénomination sont-ils regroupés ?

INVS, Drees, Inserm, Ined, Insee, institutions et réseaux de surveillance, agences de sécurité sanitaire, appelés « producteurs de données et d'analyses en matière sanitaire ».

◆ Activité 3 – Veille sanitaire : l'exemple de la grippe

À partir du document 4, présentez les raisons qui font de la grippe une préoccupation de santé publique et les intérêts de la veille sanitaire pour cette

pathologie.

- Fort potentiel épidémique (voire pandémique).
 - À l'origine d'une morbidité importante, elle peut toucher plusieurs millions de personnes en France et être grave voire mortelle pour les personnes à risque non vaccinées (complications).
 - Le coût pour la société est lourd.
- La veille sanitaire concernant cette pathologie permet :
- de suivre la circulation des souches épidémiques et d'en détecter de nouvelles ;
 - d'orienter le choix du vaccin antigrippal à venir ;
 - donc d'élaborer une politique de santé adaptée.

◆ **Activité 4 – Utilité de la veille sanitaire après la réalisation d'un risque**

Montrez, à travers l'exemple des tempêtes et inondations présenté dans le document 5, l'utilité de la veille sanitaire après la réalisation d'un risque.

La veille sanitaire est nécessaire car la réalisation des risques sanitaires peut avoir des conséquences nombreuses et lourdes :

- impacts sanitaires : décès, traumatismes physiques, intoxications, impacts psychologiques, augmentation de la prévalence de certains troubles... ;
- destruction du cadre de vie, dégâts matériels importants ;
- conséquences socio-économiques collectives.

Donc le choc peut s'avérer sévère pour la population, surtout lorsque les capacités de la communauté à y faire face se révèlent insuffisantes.

La veille sanitaire permet d'identifier et d'objectiver les impacts sanitaires et d'orienter les recommandations pour les atténuer, pour un événement réalisé ou futur.

◆ **Activité 5 – La sécurité sanitaire**

Répondez aux questions à partir des documents 6 à 8.

1. Pour quel type de risques sanitaires a été défini le concept de sécurité sanitaire ? Qu'est-ce qui a conduit le Parlement à préciser ce concept en 1992 ?

Le concept de sécurité sanitaire a été défini pour les risques thérapeutiques quels qu'ils soient (soins, produits de santé...). Il inclut les interventions et décisions des autorités sanitaires.

Le Parlement a précisé ce concept en 1992 à la suite d'une succession de crises sanitaires durant les années 1980 et notamment des crises de l'hormone de croissance et « l'affaire du sang contaminé » ayant mis en jeu l'usage de produits de santé, les autorités sanitaires et le corps médical.

De plus, ces crises, en révélant les carences importantes du dispositif de sécurité sanitaire, ont conduit à une perte de confiance de l'opinion publique envers les acteurs de la santé.

2. Quel est l'objectif que le Parlement donne alors à la sécurité sanitaire ?

Assurer la protection de la santé des personnes face aux risques thérapeutiques de toute nature.

3. Qu'est-ce qui a été mis en place, après les crises sanitaires des années 1980, par les pouvoirs publics pour assurer cette sécurité sanitaire ?

Les pouvoirs publics ont mis en place des agences sanitaires : Agence française du sang et Agence du médicament.

◆ Activité 6 – Évolution du champ de la sécurité sanitaire

Répondez aux questions suivantes à partir du document 9.

1. Comment le champ de la sécurité sanitaire a-t-il évolué ?

Le champ de la sécurité sanitaire a évolué vers d'autres risques que les risques thérapeutiques : risques liés à l'alimentation, à l'environnement... Il couvre l'ensemble des risques pour la santé.

2. Quel est l'objectif de la sécurité sanitaire aujourd'hui ?

Aujourd'hui, la sécurité sanitaire a pour objectif de protéger la population contre les risques que la société engendre ou favorise, qui sont liés à son fonctionnement.

◆ Activité 7 – La sécurité sanitaire en action

À partir des documents 10 à 12, complétez le tableau ci-dessous.

Exemples d'actions pour la sécurité sanitaire

Noms des agences sanitaires	ANSES	ANSM
Domaines de compétences	Alimentation, environnement et travail	Médicaments et produits de santé
Circonstances à l'origine de leur intervention	Étude mettant en cause l'innocuité à long terme du maïs transgénique NK 6003 sur les rats Saisines ministérielles	Détection fin 2009 d'une augmentation du nombre des ruptures de prothèses mammaires pré-remplies de gel de silicone fabriquées par la société Poly Implant Prothèse (PIP)

		Délation et échanges infructueux avec le fabricant
Actions réalisées au nom du principe de précaution	Étude visant à rendre un avis au gouvernement	Inspection diligentée dans les locaux de la société en mars 2010 Décision de police sanitaire : suspension de mise sur le marché et de l'utilisation des implants mammaires PIP Recommandations à l'attention des chirurgiens et des femmes porteuses de prothèses mammaires en silicone PIP

◆ Activité 8 – Les agences de sécurité sanitaire

Recherchez pour chaque agence de sécurité sanitaire présentée dans le document 13 son champ de compétences et ses missions. Exposer le résultat de votre recherche sous une forme visuelle avec l'outil informatique.

*Informations disponibles sur les sites Internet des agences.
Un tableau pourra être réalisé.*

Fiche II – Promotion de la santé, prévention et éducation pour la santé

◆ Activité 9 – Notion de promotion de la santé

1. Complétez le tableau suivant pour caractériser la notion de promotion de la santé à l'aide des documents 14 à 17.

La promotion de la santé

Qui participe à la promotion de la santé ?	Politiques Citoyens/Communautés/Groupes/Collectivités Professionnels Institutions
Selon quels principes fondamentaux ?	Participation des individus Approche positive et globale de la santé Action aux niveaux individuel, social et environnemental
Au bénéfice de qui ?	Individus, groupes, communautés, populations
Dans quels objectifs ?	Donner aux individus et aux populations les moyens de gérer ou d'améliorer leur santé : les rendre acteurs de leur santé Agir sur les déterminants de la santé : – changer des comportements, des modes de vie – changer les environnements, les conditions de vie
Avec quelles stratégies ?	Éducation pour la santé Communication de masse Action politique Actions (ou stratégies) individuelles, sociales et environnementales portant sur des déterminants individuels et collectifs.

Tout élément pertinent formulé autrement sera accepté.

2. Selon vous pourquoi peut-on dire que la promotion de la santé est un processus ?

- Il y a plusieurs étapes : connaître les déterminants de sa santé, modifier ses comportements... pour gérer son capital de santé, voire le faire fructifier.
- Changer les comportements nécessite des actions à long terme, planifiées.
- La promotion de la santé est continue tout au long de la vie, c'est une véritable démarche.

◆ **Activité 10 – Le plan Bien vieillir : un exemple de promotion de la santé**

À partir des documents 17 (*voir activité 9*) et 18, expliquez pourquoi le plan Bien vieillir est un plan de promotion de la santé en faveur des personnes âgées.

Le plan Bien vieillir couvre un champ d'intervention très large et comporte différentes actions permettant d'agir sur différents déterminants :

- déterminants personnels : recommandations de comportements (alimentation, activité physique) ;
- déterminants environnementaux : actions collectives concernant le logement, aides techniques ;
- déterminants sociaux : diverses activités de vie sociale encouragées ;
- déterminants liés au système de santé : mesures facilitant l'accès au dépistage et la prévention de pathologies.

De plus, la consultation de médecine au moment du départ à la retraite permet un bilan global de l'état de santé de la personne qui participe à la préparation de sa retraite.

Ce plan correspond donc bien à un plan de promotion de la santé.

◆ **Activité 11 – Notion d'éducation pour la santé**

Situez la place de l'éducation pour la santé dans la promotion de la santé à l'aide des documents 16 (*voir activité 9*) et 19.

L'éducation pour la santé est un outil de la promotion de la santé. C'est une stratégie utilisée pour la promotion de la santé.

L'éducation pour la santé donne les moyens d'adopter des comportements favorables à la santé, donc elle renforce la capacité de chacun à agir dans un sens favorable à sa santé et à celle des autres et, à ce titre, est donc comprise dans la promotion de la santé.

◆ **Activité 12 – Exemple d'un programme d'éducation pour la santé**

1. Complétez le tableau suivant à partir du document 20.

Caractéristiques d'un programme d'éducation pour la santé

Acteur à l'origine du programme	CoDES 13 – association loi 1901
Thème abordé	Alimentation : prévention du surpoids et de l'obésité chez l'enfant
Publics destinataires du programme	Enfants de moins de 6 ans Parents

	Professionnels de l'école maternelle
Lieux ciblés	École maternelle Centre social Crèche Consultation PMI
Planification dans le temps	Interventions conduites : sur plusieurs demi-journées sur plusieurs semaines

2. À partir des documents 19 (voir activité 11) et 20, montrez que le programme présenté est une véritable action d'éducation pour la santé et vise à la construction de compétences favorables à la santé.

- Apport de savoirs : réponses aux questions des parents ; séances sur l'équilibre alimentaire, l'activité physique...
- Apport de savoir-être : travail sur les représentations et attitudes alimentaires (grignotage).
- Apport de savoir-faire : organisation d'un petit déjeuner par les enfants.
- Le programme vise à impulser de bonnes habitudes alimentaires, sans imposer.
- Enseignants, parents et enfants participent aux actions : ils sont acteurs des actions, interviennent en complémentarité, et sont responsabilisés.
- Des méthodes et outils pédagogiques variés sont utilisés : marionnettes, participation active des enfants...
- Des moyens sont donc donnés pour adopter des comportements plus favorables à la santé.

◆ Activité 13 – Notion de prévention

À l'aide du document 21, répondez aux questions suivantes.

1. Complétez le tableau suivant.

Deux classifications de la prévention

Auteurs	Année	Type de classification
OMS	1948	Selon le stade de la maladie 3 types de prévention correspondant à des états successifs de la maladie : – primaire : avant l'apparition de la maladie – secondaire : au tout début de la maladie – tertiaire : une fois la maladie installée
San Marco	2003	Selon la participation de l'individu ou de la population ciblée : – universelle : vers l'ensemble de la population quel que soit son état de santé – orientée : en direction de sous-groupes en fonction de leurs risques spécifiques qu'ils existent ou non – ciblée : appliquée aux malades

2. Présentez la notion de prévention de la maladie ou des problèmes de santé au sens

de l'OMS.

Présentez votre réponse sous forme visuelle, avec l'outil informatique.

Proposition de représentation. Toute représentation pertinente sera acceptée.



3. Expliquez l'évolution de la notion de prévention.

L'évolution de la notion de prévention est liée à celle des problèmes de santé (moins de mortalité liée aux maladies infectieuses ; développement des pathologies chroniques et liées aux comportements...). Aujourd'hui, on a une conception plus globale de la prévention dans laquelle l'individu doit être acteur de sa santé, d'où la définition de San Marco.

◆ Activité 14 – La diversité des mesures de prévention

1. Complétez le tableau ci-dessous en cochant la case qui convient pour chaque mesure de prévention, selon la classification de l'OMS.

Différentes mesures de prévention

Mesures de prévention	Niveaux de prévention		
	Primaire	Secondaire	Tertiaire
1. Mammographie gratuite dans le cadre du dépistage généralisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans		×	
2. Suivi médical des patients diabétiques			×
3. Vaccin gratuit contre la grippe pour les personnes âgées	×		

4. Interdiction de vente de tabac aux mineurs	×		
5. Rééducation après une fracture du col du fémur			×
6. Interdiction de téléphoner en conduisant	×		
7. Ateliers pédagogiques sur l'hygiène alimentaire auprès d'enfants en milieu scolaire	×		
8. Campagne nationale d'information sur la violence routière	×		
9. Traitement d'une tumeur à un stade précoce		×	
10. Changement de poste de travail pour un salarié souffrant de troubles musculo-squelettiques			×
11. Installation de climatiseurs dans une maison de retraite pour éviter la déshydratation des personnes âgées	×		
12. Information sur les bons gestes pour éviter les coups de soleil	×		
14. Entretien entre une patiente et son médecin sur l'intérêt de la vaccination contre le papillomavirus	×		
15. Augmentations régulières du prix du tabac	×		

2. À la lecture des mesures de prévention citées dans le tableau précédent, répondez aux questions ci-dessous.

a. Montrez la diversité de l'étendue du public ciblé par la prévention.

Les mesures de prévention peuvent s'adresser à un public plus ou moins étendu :

- l'individu (traitement d'une tumeur, changement de poste de travail) ;
- un groupe de population (dépistage généralisé du cancer du sein, ateliers pédagogiques pour enfants sur l'hygiène alimentaire) ;
- l'ensemble de la population (campagne nationale d'information sur la violence routière).

De plus, la prévention peut se faire en direction de populations spécifiques : femmes de 50 à 74 ans, personnes âgées, enfants...

b. Citez une mesure de prévention universelle, une mesure de prévention orientée et une mesure de prévention ciblée.

- Mesure de prévention universelle : campagne nationale d'information sur la violence routière.
- Mesure de prévention orientée : mammographie gratuite dans le cadre du dépistage généralisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans.
- Mesure de prévention ciblée : suivi médical des patients diabétiques.

3. Classez les mesures de prévention citées précédemment (voir tableau de la question 1) dans le tableau suivant.

La prévention : différents types d'interventions

Types d'interventions	Mesures de prévention (n° correspondant)
Mesures légales et socio-économiques	4, 6, 15
Actions pour améliorer ou préserver l'environnement et les conditions de vie	10, 11
Actes médicaux	1, 2, 3, 5, 8
Éducation pour la santé	7, 12, 13

◆ **Activité 15 – Quelles différences entre prévention, promotion de la santé et éducation pour la santé ?**

La prévention, la promotion de la santé et l'éducation pour la santé interviennent-elles de manière identique pour favoriser la santé (document 22) ?

Le mode d'intervention diffère :

- la prévention intervient sur les facteurs de risque ;
- la promotion de la santé intervient sur les déterminants de la santé ;
- l'éducation pour la santé intervient sur les connaissances et les aptitudes (développement de compétences en santé).

Cependant, dans les trois cas, on agit à l'échelle de l'individu ou d'une population.

Fiche III – Restauration de la santé

◆ **Activité 16 – Notion de restauration de la santé**

À partir du document 23, répondez aux questions suivantes.

1. À quoi correspondent la couleur grise et la couleur rose sur ce schéma ?

- Couleur verte : les niveaux d'action et ce qu'il faut faire pour maintenir la santé.
- Couleur rose : les niveaux d'action et ce qu'il faut faire pour restaurer la santé ou pallier la maladie et ses conséquences.

2. Que faut-il faire pour maintenir la santé ?

Pour maintenir la santé, il faut promouvoir la santé et prévenir le risque.

3. Que faut-il faire pour restaurer la santé ?

Pour restaurer la santé, il faut guérir la maladie et soigner les maladies chroniques.

4. Justifiez le titre du schéma.

La santé est un capital qui n'est pas acquis définitivement et qui nécessite des actions continues, tout au long de la vie, pour la maintenir ou la restaurer. Cette notion de continuité se retrouve dans le schéma avec la flèche à double pointe.

◆ **Activité 17 – L'éducation thérapeutique du patient**

À partir des documents 24 à 26, répondez aux questions suivantes.

1. Montrez que l'éducation thérapeutique du patient (ETP) participe à la restauration de la santé.

L'ETP, qui s'adresse à des patients atteints de maladies chroniques essentiellement, participe à la restauration de la santé car elle permet, par un ensemble de pratiques, de rendre le patient acteur de sa santé et plus autonome en développant des compétences favorables à sa santé permettant d'éviter des complications et d'améliorer sa qualité de vie.

2. Que pouvez-vous en déduire sur la place de l'ETP par rapport à l'éducation pour la santé ?

L'ETP fait partie intégrante de l'éducation pour la santé car elle est basée sur les mêmes principes, mais s'adresse à un public plus restreint de malades. L'ETP est donc une composante de l'éducation pour la santé.

3. Pour quelles raisons l'ETP est considérée comme une priorité par les pouvoirs publics ?

- Prévalence importante et en augmentation des maladies chroniques : 15 millions de personnes atteintes en France soit une part importante de la population.
- Maladies nécessitant un suivi particulier et des changements d'habitudes de vie afin d'éviter les complications, responsables d'une augmentation des coûts de santé.
- Demande de plus en plus fréquente des malades de participer aux décisions qui les concernent et difficultés à suivre les conseils et prescriptions de leurs médecins.

◆ Activité 18 – Exemple d'un programme d'éducation thérapeutique du patient

1. Complétez le tableau suivant à partir du document 27.

Description d'un programme d'éducation thérapeutique

Professionnel à l'origine du programme	Dr Frère, médecin endocrinologue
Lieu d'intervention	Établissement de soins de suite, de réadaptation et de convalescence
Public visé	30 patients diabétiques hospitalisés
Objectif	Rendre le patient le plus autonome possible par rapport à sa maladie
Actions mises en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> – Diagnostic initial pour identifier les leviers et les freins à la prise en charge – Ateliers éducatifs et accompagnement thérapeutique personnalisé (activité physique, cours de cuisine, ateliers de connaissances sur l'hygiène alimentaire...) – Groupes de parole

2. Pourquoi peut-on dire que la prise en charge des patients est personnalisée et pluridisciplinaire ?

- Personnalisée : programme proposé spécifique à chaque patient, à ses besoins, établi sur la base d'un diagnostic personnalisé.
- Pluridisciplinaire : prise en charge par des professionnels de nature différente (diététicienne, médecin, animateurs psychologues).

3. Nommez les partenaires associés au programme d'éducation thérapeutique et

précisez l'intérêt de ce partenariat.

Médecins traitants et associations de diabétiques sont associés au programme d'éducation thérapeutique pour permettre la continuité de la prise en charge, après l'hospitalisation.

➤ Ce qu'il faut retenir

1. Rédigez un court paragraphe pour argumenter l'affirmation suivante : « la veille sanitaire est une mission sans limite ».

Les arguments à indiquer sont les suivants :

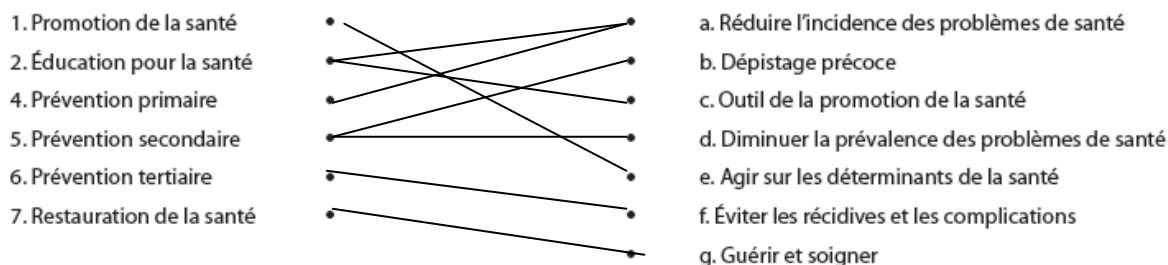
La veille sanitaire s'applique :

- à toute la population ;
- pour tous les risques et événements sanitaires (origines et natures diverses) ;
- en France et à l'international ;
- en permanence.

2. À quoi correspondent les définitions suivantes ?

- Collecte régulière d'informations et production d'indicateurs concernant des risques connus et identifiés comme prioritaires : **surveillance sanitaire**.
- Recueil et analyse de signaux divers pour détecter des événements inhabituels pouvant représenter une menace pour la santé publique : **veille sanitaire**.
- Protection de la santé de la population contre les risques de toute nature que la société engendre ou favorise : **sécurité sanitaire**.

3. Reliez les notions qui correspondent entre elles.



4. Complétez le texte suivant en remettant les groupes de mots suivants à leur place.

Trois niveaux de prévention – états successifs – orientée – tertiaire – universelle – participation des individus – éviter ou réduire – secondaire – la gravité – ciblée – San Marco – primaire – comportements

- L'OMS a défini la prévention comme étant « l'ensemble des mesures visant à **éviter ou réduire** le nombre ou **la gravité** des maladies ou accidents ». Elle distingue **trois niveaux de prévention : primaire, secondaire et tertiaire**.
- Cette classification correspond à des **états successifs** de la maladie.
- **San Marco** distingue la prévention en trois sous-ensembles prenant en compte la **participation des individus** ou de la population ciblée face à des pathologies liées aux **comportements** ou d'évolution chronique.
- Il différencie la prévention **universelle** (dirigée vers l'ensemble de la population), la prévention **orientée** (vers la population à risque) et la prévention **ciblée** (dirigée vers une population de malades).

Chapitre 3

Élaboration des politiques de santé publique : priorité sanitaire et planification

Fiche I – Les priorités de santé publique

◆ Activité 1 – Notion de priorité de santé publique

À la lecture du document 1, déduisez ce qui a conduit les pouvoirs publics à faire du suicide une priorité de santé publique.

- Début des années 1990 : nécessité de définir des priorités de santé pour orienter la politique de santé.
- 1993 : rapport du Conseil économique et social sur le suicide, étudié dans toutes ses dimensions. Diffusion large du rapport : prise de conscience du problème de santé publique.
- 1994 : consultation lancée par la DGS sur les priorités nationales de santé publique ; les suicides et tentatives de suicide sont classés en 6^e position.
- Indicateurs relatifs au suicide préoccupants.

◆ Activité 2 – La maladie d'Alzheimer : une priorité de santé publique

À partir des documents 2 à 9, justifiez que la maladie d'Alzheimer soit en France une priorité nationale de santé publique. Votre réponse, sur feuille annexe, sera construite (introduction, développement en plusieurs parties et conclusion).

Proposition de corrigé : toute autre structuration logique sera acceptée.

Introduction

- Présentation rapide de la maladie d'Alzheimer (démence la plus fréquente, maladie chronique).
- Morbidité qui augmente avec l'allongement de l'espérance de vie.
- 3 millions de personnes concernées incluant les malades et leur entourage.
- Annonce du plan : caractéristiques d'une priorité de santé publique.

Partie I. Morbidité

- Incidence : 250 000 nouveaux cas/an.
- Prévalence :
 - 850 000 malades (860 000 en incluant les syndromes apparentés) dont près de 10 % des plus de 65 ans ;
 - augmentation importante attendue : taux de 20 pour mille en 2020, soit 1,3 million de personnes qui seront atteintes, ce qui représentera 1/4 des plus de 65 ans ;
 - plus de 85 ans : 1 femme sur 4 touchée et 1 homme sur 5.

Partie II. Mortalité

- Mortalité en 2008 : 17 283 décès, soit une mortalité proportionnelle de 3,2 % et un taux de mortalité de 22,10 pour 100 000 habitants.
- Surmortalité féminine : 2/3 des décès environ, soit 2 fois plus de décès que chez les hommes.
- Augmentation attendue des décès liés à cette pathologie en raison du vieillissement démographique.

Partie III. Retentissement individuel et pour la société

Conséquences pour le malade et l'entourage lourdes

- Souffrance pour le malade, institutionnalisation (rupture du couple)...
- Répercussions importantes sur la vie professionnelle, sociale et sur la santé des aidants ou des proches (souffrance, désarroi, stress, obligation de modifier ses habitudes de vie, temps important consacré au malade, moins de vacances...).
- Charge financière élevée (1 000 euros en moyenne/mois).

Conséquences pour la collectivité : coût social élevé

- Coût très élevé et qui va encore augmenter dans les prochaines années :
 - soins coûteux (ALD prise en charge 100 % par l'assurance maladie) ;
 - dépenses d'APA ;
 - recherche ;
 - prévention...
- 1 milliard 669 millions au total pour 2008 à 2012 pour le financement du plan Alzheimer tous volets confondus.

Partie IV. Intervention des pouvoirs publics

- Reconnaissance de la priorité nationale de santé publique : grande cause nationale 2007.
- Plan Alzheimer doté d'un financement important.
- Plan qui devrait être reconduit et élargi à d'autres maladies neurodégénératives.

Conclusion

- Indicateurs de santé préoccupants.
- Conséquences individuelles et collectives lourdes.
- Problème plus général du vieillissement démographique et de ses conséquences auxquelles il faut se préparer.
- Nécessité de revoir la prise en charge des malades et l'aide aux familles...

Fiche II – Planification des politiques de santé publique

◆ **Activité 3 – Programmation des politiques de santé publique au niveau national**

À l'aide des documents 10 et 11, répondez aux questions suivantes.

1. Indiquez le texte qui entérine la nécessité de structurer l'action de santé publique.

Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

2. Expliquez comment se traduisent concrètement les stratégies d'action en santé publique au niveau national ?

Les stratégies d'action en santé publique se traduisent concrètement par l'élaboration, par le Gouvernement, de plans et de programmes qui permettent l'organisation des actions menées en vue d'atteindre les objectifs fixés par la loi de santé publique.

3. Distinguez plans, programmes et actions de santé publique. Selon vous, comment peut se justifier leur caractère pluriannuel ?

Les plans de santé publique définissent les stratégies d'actions pour atteindre les objectifs de santé publique.

Les programmes de santé publique sont des composantes de ces plans correspondant aux différents domaines d'intervention (recherche, épidémiologie...).

Les actions sont des composantes d'un programme. Elles sont conduites pour atteindre les objectifs de santé publique. (N.B. : on parle de composante opérationnelle.)

L'amélioration de la santé de la population est un objectif ambitieux. Elle nécessite des stratégies d'actions sur l'ensemble des problèmes de santé, des déterminants de la santé et sur les inégalités de santé. Leur réalisation ne peut donc se faire sur le court terme pour atteindre les objectifs pluriannuels de santé publique.

4. Qu'est-ce qui distingue les plans stratégiques pluriannuels des autres plans et programmes nationaux de santé publique ?

Les plans stratégiques pluriannuels sont prévus par le rapport annexé à la loi de santé publique, contrairement aux autres plans et programmes nationaux qui sont arrêtés au niveau ministériel.

Leur durée les distingue également : 5 ans pour les plans stratégiques pluriannuels, variable pour les autres.

◆ Activité 4 – Exemples de plans et programmes de santé publique

1. Complétez le tableau suivant à partir du document 12.

Quelques plans et programmes de santé publique au niveau national

n°	Intitulé du plan	Durée du plan	Structuration du plan
1	Plan cancer 2009–2013	5 ans	5 axes comprenant 30 mesures dont 6 mesures phares et 118 actions
2	Plan obésité 2010–2013	4 ans	4 axes prioritaires comportant 36 actions
3	Programme national nutrition santé 2011–2015 (PNNS3)	5 ans	5 axes (4 axes stratégiques et 1 axe transversal) regroupant 21 mesures et plusieurs actions
4	Plan santé des jeunes 16–25 ans 2008–2010	3 ans	4 axes comprenant un ensemble de mesures

2. Ces plans concernent-ils une pathologie, une population ou un déterminant de la santé ?

1. une pathologie ; 2. une pathologie ; 3. un déterminant ; 4. une population.

3. La lutte contre les inégalités est-elle prise en compte dans ces différents plans ? Justifiez.

La lutte contre les inégalités est effectivement prise en compte dans ces différents plans :

- Plan cancer : lutte contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages ;
- Plan obésité : lutte contre la discrimination ;
- PNNS3 : lutte contre les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention ;
- Plan santé des jeunes : répondre aux besoins des jeunes vulnérables.

◆ Activité 5 – La prise en compte des inégalités environnementales

1. À partir du document 13, déduisez une définition de la notion d'inégalités environnementales.

Les inégalités environnementales peuvent être définies comme des inégalités d'exposition à des nuisances écologiques.

2. Comment se justifie la prise en compte des inégalités environnementales ?

Les inégalités environnementales sont susceptibles d'induire ou de renforcer les inégalités de santé dès le plus jeune âge, et leur prise en compte peut donc contribuer à les réduire. Cela rentre donc dans le cadre des priorités de la politique de santé publique.

De plus, la lutte contre les inégalités environnementales participe à la mise en application de l'article 1^{er} de la Charte de l'environnement promulguée en mars 2005.

3. Contre quelles inégalités le PNSE2 prévoit des actions pour réduire les inégalités environnementales ?

- Inégalités de sensibilité aux agents pathogènes selon l'âge et l'état de santé.
- Inégalités liées au contexte socio-économique.
- Inégalités géographiques.

◆ **Activité 6 – Analyse du Plan santé au travail**

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 14 à 16.

1. Quelle est la durée du Plan santé au travail ? Est-ce un plan stratégique pluriannuel ?

Durée du plan : 5 ans.

Ce n'est pas un plan stratégique pluriannuel, car il n'est pas inscrit dans la loi de santé publique. Il est arrêté par le ministère en charge du Travail.

2. Qui est visé par ce plan ?

Les travailleurs, les chefs d'entreprise, les acteurs de prévention et de la protection sociale.

3. Indiquez de manière succincte le diagnostic à l'origine du plan.

Le plan a été élaboré sur la base du diagnostic suivant :

- des indicateurs épidémiologiques inquiétants : morbidité et mortalité importantes concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
- les conditions de travail ne sont pas toujours sans risque, certaines conditions de travail favorisent l'inaptitude et le licenciement.

4. Pourquoi la réalisation de ce diagnostic est-elle une étape indispensable pour l'élaboration du plan ?

La réalisation du diagnostic est une étape indispensable, car elle permet de dégager les enjeux du plan et de déterminer les objectifs à atteindre et les actions à mettre en place pour les atteindre.

5. Les enjeux de ce plan sont-ils seulement sanitaires ?

Les enjeux de ce plan sont sanitaires dans la mesure où il faut améliorer les conditions de travail pour prévenir les risques professionnels, le mal-être au travail... Mais ils sont également économiques et sociaux car la santé au travail et l'amélioration des conditions de travail sont des conditions nécessaires à la performance et la compétitivité, ainsi que le maintien des salariés plus âgés (transmission de leur expérience).

6. Comment est structuré ce plan ?

Il comporte un objectif transversal et quatre axes majeurs comprenant des objectifs auxquels correspondent des actions.

7. Quel est le plan suivi pour la présentation de l'action 12 du Plan santé au travail ?

- Intitulés de l'axe et de l'objectif dans lesquels s'inscrit l'action.
- Intitulé de l'action.
- Description de l'importance du problème (indicateurs) : le diagnostic.
- Description de l'action à mettre en œuvre : contenu, acteurs, indicateurs de suivi, calendrier, outils.

8. Quelle est l'utilité de l'indicateur de suivi ?

L'indicateur de suivi permet d'évaluer le niveau de mise en œuvre de l'action.

9. Quelles remarques pouvez-vous faire sur le pilotage de l'action et les partenaires impliqués ?

On observe deux pilotes pour l'action : un service de l'État et un organe de la Sécurité sociale. Les partenaires impliqués sont nombreux et spécialisés dans la prévention des risques professionnels.

Fiche III – Déclinaisons des plans nationaux de santé publique

◆ **Activité 7 – Le plan local de santé publique de la ville d'Aix-en-Provence**

À l'aide du document 17, répondez aux questions suivantes.

1. Qu'est-ce qui, dans le sommaire du plan local de santé publique de la ville d'Aix-en-Provence, permet de dire que le diagnostic local de santé occupe une place importante ?

Un grand nombre de pages est consacré au diagnostic local de santé (nombre plus important que celui consacré aux actions).

Les domaines abordés dans ce diagnostic sont nombreux.

2. Quels types d'indicateurs ont été utilisés pour réaliser ce diagnostic ?

Indicateurs démographiques, économiques, sanitaires et sociaux.

3. Pourquoi peut-on dire que le diagnostic local de santé est approfondi ? Quelle est son utilité ?

Il aborde une grande diversité de thèmes : les caractéristiques démographiques, économiques et sociales, les problèmes de santé, des catégories de populations, mais aussi l'environnement et l'accès aux soins et aux équipements.

Le diagnostic local de santé permet de faire un état des lieux, d'identifier des besoins pour proposer des actions adaptées.

◆ **Activité 8 – Le plan local de santé publique de la ville de Nice**

À l'aide du document 18, répondez aux questions suivantes.

1. Indiquez les problèmes de santé pris en compte prioritairement dans le PLSP de la ville de Nice.

- Obésité des enfants.
- Hygiène bucco-dentaire.

- Conduites addictives.
- Troubles psychiques.

2. Montrez que ce PLSP vise à réduire les inégalités sociales et territoriales.

Le PLSP de la ville de Nice vise à réduire les inégalités sociales dans la mesure où il cible certaines catégories de population en difficulté, notamment d'accès aux soins, comme les sortants de prison, les migrants vieillissants ou les sans-abri.

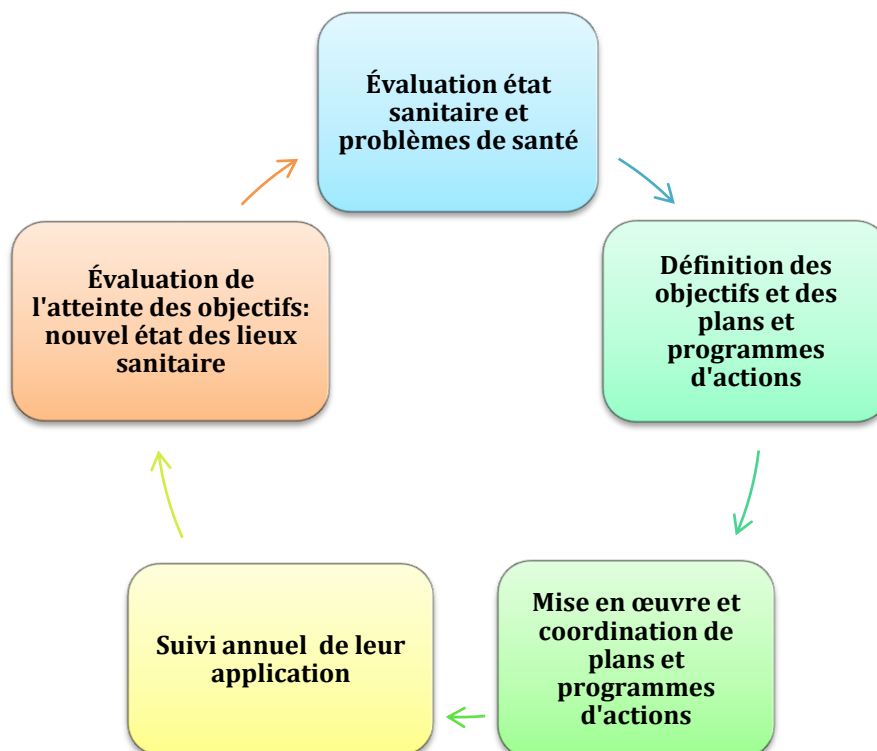
Les inégalités territoriales sont également prises en considération, des quartiers de la ville ayant été prioritairement ciblés.

Fiche IV – L'évaluation des plans et programmes de santé publique

◆ Activité 9 – L'évaluation dans la démarche d'élaboration et mise en œuvre des plans et programmes de santé publique nationaux

Représentez sous la forme d'un schéma simple, à partir du document 19, la démarche d'élaboration et de mise en œuvre des plans et programmes de santé publique nationaux. Quelle remarque pouvez-vous faire sur la place de l'évaluation dans cette démarche ? Quels sont les intérêts de l'évaluation ?

Démarche d'élaboration et de mise en œuvre des plans et programmes de santé publique nationaux



L'évaluation occupe une place importante dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans et programmes de santé publique.

On la retrouve avant l'élaboration des plans et programmes (évaluation diagnostique), en cours d'application (suivi annuel) et après leur mise en œuvre (évaluation finale du plan), donc tout au long.

Intérêts de l'évaluation :

- elle permet de réaliser un diagnostic de l'état sanitaire d'une population et de déterminer des objectifs, des plans et des programmes adaptés à la situation ;
- elle permet également de faire des bilans réguliers de l'application des plans et programmes ;

- elle permet enfin de mesurer l'atteinte des objectifs et ainsi d'orienter au mieux la politique future ;
- elle est donc un outil d'aide à la décision.

◆ **Activité 10 – L'évaluation du Plan cancer 2009–2013**

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 20 et 21.

1. Quels acteurs sont impliqués dans l'évaluation de l'axe « Recherche » du Plan cancer 2009–2013 ?

Acteurs impliqués : Haut Conseil de la santé publique, AERES, prestataires externes.

2. Quelle est la conclusion du HCSP concernant la prise en compte des inégalités ?

Prise en compte insuffisante des inégalités sociales et territoriales.

3. Quel est l'intérêt de l'évaluation à mi-parcours pour la lutte contre les inégalités face au cancer ?

L'intérêt de l'évaluation à mi-parcours est de formuler des recommandations pour mieux intégrer l'objectif de lutte contre les inégalités dans les réalisations en cours.

◆ **Activité 11 – L'évaluation du Plan psychiatrie et santé mentale 2005–2008**

Répondez aux questions suivantes à partir du document 22.

1. Citez les acteurs de l'évaluation du Plan psychiatrie et santé mentale 2005–2008 et l'objet de leur évaluation.

- Haut Conseil de la santé publique : évaluation des conditions de mise en œuvre et des apports du Plan.
- Cour des comptes : évaluation de la gestion du plan et de son impact sur le dispositif de la psychiatrie en France.

2. Déduisez les intérêts de ce rapport d'évaluation.

Ce rapport d'évaluation permet de mettre en évidence les points positifs et négatifs de la mise en œuvre du plan, donc de faire un bilan. Il permet également de faire des propositions (ex. : améliorer la connaissance des besoins...) pour l'avenir.

3. Complétez le tableau ci-dessous.

Bilan de l'évaluation du Plan psychiatrie et santé mentale 2005–2008

Points positifs	Points négatifs
Conception générale du plan pertinente	Des mesures non mises en place
Mise en œuvre de la plupart des mesures	Manque d'évolution dans le décloisonnement des champs sanitaire, social et médico-social
Des progrès dans l'accompagnement social	Accès au logement indépendant ou collectif et insertion professionnelle toujours problématiques
	Organisation et pratiques professionnelles pas suffisamment prises en compte

➤ Ce qu'il faut retenir

1. Indiquez les critères qui font d'un problème de santé une priorité de santé publique.

- Indicateurs épidémiologiques préoccupants : mortalité, morbidité.
- Gravité des conséquences individuelles, familiales, sociales.
- Coût social élevé : dépenses, perte de productivité.
- Nécessite l'intervention des pouvoirs publics (allocation de ressources, mise en place d'un plan ou d'un programme...).

2. Complétez le texte ci-dessous.

- La loi du **9.08.2004** relative à la politique de santé publique structure l'action de santé publique.
- Le **Gouvernement** élabore des **plans** et des programmes qui permettent l'organisation des actions menées en vue d'atteindre les **objectifs** fixés par la loi de santé publique.
- Les plans **stratégiques pluriannuels** sont prévus par le rapport annexé à la loi de santé publique, contrairement aux autres plans et programmes nationaux qui sont arrêtés au niveau **ministériel**.
- Leur durée les distingue également : **5** ans pour les plans stratégiques pluriannuels, variable pour les autres.
- Les **programmes** de santé publique sont des composantes de ces plans correspondant aux différents domaines d'intervention (recherche, épidémiologie...).
- Les **actions** sont les composantes opérationnelles d'un programme.

- La réduction des **inégalités** est un objectif transversal aux différents plans.
- Le **diagnostic épidémiologique** est la première étape de l'élaboration des plans et programmes de santé publique. Il est réalisé à partir d'une grande diversité d'**indicateurs** : démographiques, socio-économiques, et sanitaires.
- Il permet de faire un **état** des lieux et d'identifier des **besoins** afin de proposer des actions adaptées.
- La mise en œuvre des actions est régulièrement **évaluée** pour faire des bilans intermédiaires.
- L'évaluation finale des plans et des programmes permet de mesurer **l'atteinte des objectifs** et d'orienter la **politique** future.
- Le **H CSP** participe à l'évaluation des plans et des programmes et formule des **recommandations** pour les plans et programmes à venir.

Chapitre 4

Élaboration des politiques de santé publique : organisation des politiques de santé publique

Fiche I – Niveaux d'organisation des politiques de santé et missions des acteurs

◆ **Activité 1 – L'organisation de la politique de santé au niveau national**

À l'aide des documents 1 et 2, répondez aux questions suivantes.

1. Comment l'État assure-t-il sa responsabilité à l'égard de la santé de la population ?

L'État assume sa responsabilité à l'égard de la santé de la population en définissant dans une loi quinquennale les objectifs de la santé publique.

2. Nommez l'acteur qui est à l'origine de la loi de santé publique et celui chargé de la voter.

Le Gouvernement élabore la loi de santé publique et le Parlement la vote.

3. Citez les fonctions du ministère chargé de la Santé concernant la politique de santé publique.

Fonctions de préparation de la politique de santé publique, de pilotage et de mise en œuvre.

4. Indiquez les instances consultées pour préparer le projet de loi de santé publique et leurs rôles dans cette préparation.

- Le Haut Conseil de la santé publique :
 - il établit un rapport d'analyse des problèmes de santé de la population et des facteurs susceptibles de l'influencer ;
 - il propose des objectifs quantifiés en vue d'améliorer l'état de santé de la population.
- La Conférence nationale de santé : elle formule des avis et propositions sur les plans et programmes que le Gouvernement veut mettre en œuvre et pour améliorer le système de santé publique.

5. Citez les instances chargées de l'évaluation de la mise en œuvre de la loi de santé publique et indiquez l'intérêt de cette évaluation.

- Instances chargées de l'évaluation : Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé et Haut Conseil de la santé publique.

- Intérêt de cette évaluation : mesurer la réalisation des objectifs nationaux de santé publique donc déterminer si les objectifs sont atteints.

6. À l'aide de vos connaissances, citez des acteurs qui participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique au niveau national.

Inpes, InVS, assurance maladie, associations, ministères...

7. Complétez le schéma suivant.

Missions des acteurs intervenant pour la politique de santé publique au niveau national



◆ **régional**

À partir des documents 3 à 5, répondez aux questions suivantes.

1. Citez les acteurs qui interviennent en matière de politique de santé au niveau régional.

- Agence régionale de santé.
- Conférence régionale de la santé et de l'autonomie.
- Commissions de coordination des politiques publiques de santé.
- Observatoire régional de santé.
- Conseil régional.

2. Quel acteur est chargé de réaliser les objectifs de la politique nationale de santé au niveau régional ? Comment ?

L'Agence régionale de santé réalise les objectifs de la politique nationale de santé en définissant et en mettant en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions à l'échelon régional et infrarégional.

3. Quel est le lien entre la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie et l'Agence régionale de santé (ARS) ?

C'est un lien de conseil qui relie ces deux instances : la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie est un organisme consultatif qui donne ses avis sur la politique régionale de santé à l'ARS.

4. Justifiez la nécessité d'une coordination entre les ARS ? Qui en est chargé ?

Le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé est chargé de cette coordination qui est nécessaire pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire et pour assurer la cohérence des politiques mises en œuvre au niveau régional.

5. Le conseil régional intervient-il obligatoirement pour la politique de santé publique ?

Le Conseil régional n'intervient pas obligatoirement pour la politique de santé publique. C'est une possibilité qui lui est reconnue par la loi.

6. Complétez le schéma suivant en notant les acteurs qui conviennent.

Missions des acteurs intervenant pour la politique de santé publique au niveau régional



◆ **Activité 3 – L'organisation de la politique de santé au niveau local**

À partir des documents 6 et 7, répondez aux questions suivantes.

1. Quel est le niveau d'organisation de la politique de santé évoqué dans les documents ?

Niveau local.

2. Indiquez les intérêts du contrat local de santé.

- Consolider le partenariat pour la mise en œuvre de la politique de santé au niveau local dans le respect des objectifs poursuivis par l'ARS.
- Permettre la coordination des différents acteurs.

3. Nommez les acteurs intervenant pour la mise en œuvre de la politique de santé au niveau local.

- ARS.
- Services de l'État : préfecture, rectorat.
- Collectivités territoriales : communes, conseil général.
- Organismes de protection sociale : sécurité sociale, mutualité française.
- Centres hospitaliers.

4. Les contrats locaux de santé sont-ils tous identiques ?

Non, ils portent sur des priorités de santé dont le nombre et la nature sont variables.

Fiche II – Illustrations des missions des acteurs intervenant dans la politique de santé publique

◆ **Activité 4 – Exemple du Programme national d'actions contre le suicide**

À l'aide des documents 8 et 9, répondez aux questions suivantes.

1. Pourquoi le suicide fait-il l'objet d'un programme national d'actions ? Par qui ce programme a-t-il été lancé et financé ?

Le suicide est un enjeu majeur de santé publique avec des indicateurs préoccupants :

- près de 200 000 tentatives de suicide chaque année ;
- 10 500 décès par an.

De plus, c'est une réponse à l'objectif de réduction de 20 % du nombre de suicides inséré en annexe de loi de santé publique de 2004.

Ce programme a été lancé par le Gouvernement et soutenu financièrement par l'État.

2. Le ministère en charge de la Santé est-il le seul ministère concerné par ce programme ? Justifiez.

Ce programme ne concerne pas seulement le ministère chargé de la Santé. En effet, la problématique du suicide est traitée de façon interministérielle pour agir plus efficacement en termes de prévention et de prise en charge.

3. Indiquez les rôles du comité de pilotage et des agences régionales de santé.

Le comité de pilotage s'assure de la mise en œuvre des actions.

Les agences régionales de santé assurent la coordination des acteurs pour la mise en œuvre des actions adaptées aux spécificités régionales.

◆ **Activité 5 – Intervention de la Conférence nationale de santé dans le cadre du Plan psychiatrie et santé mentale**

1. À partir du document 10, déduisez le type de mission de la Conférence nationale de santé.

La Conférence nationale de santé intervient au titre d'une mission de conseil, elle rend des avis.

2. Quels sont les sujets sur lesquels la Conférence nationale de santé est intervenue ?

- Les éléments qu'un plan de santé publique devrait comporter.
- Le Plan psychiatrie et santé mentale.

◆ **Activité 6 – Les acteurs du Plan psychiatrie et santé mentale 2011–2015 et leurs missions**

À partir du document 11, complétez le tableau suivant.

Plan psychiatrie et santé mentale 2011–2015 : acteurs et missions

Acteurs	Missions
Acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale	Travaux préparatoires, concertation
Cours des comptes	Évaluation du Plan 2005–2008
HCSP	Évaluation du Plan 2005–2008
Direction générale de la santé	S'assure de la mise en œuvre du plan
ARS	Déclinaison des orientations nationale dans un plan régional opérationnel Veille à la qualité et à la coordination des actions

Fiche III – L'influence de la politique européenne sur la politique nationale

◆ **Activité 7 – L'Union européenne et la santé publique**

Répondez aux questions suivantes à partir du document 12.

1. Depuis quand la santé publique fait-elle partie des compétences de l'Union européenne (UE) ?

Depuis le traité de Maastricht en 1992.

2. Quelles sont les circonstances qui justifient une coopération européenne en matière de santé publique ?

Circonstances justifiant la coopération européenne : risques épidémiologiques et perméabilité des frontières, vieillissement de la population.

3. Indiquez le rôle de l'UE.

Veiller à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine.

◆ **Activité 8 – Les compétences et domaines d'actions de l'Union européenne en santé publique**

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 13 et 14.

1. Citez les compétences de l'UE en matière de santé publique et le texte qui les définit.

Les compétences de l'UE en matière de santé publique sont définies par le Traité de Lisbonne signé en 2007 :

- compléter les politiques de santé publique des États membres ;
- encourager la coopération entre les États membres ;
- appuyer leur action ;
- adopter des mesures fixant des normes de qualité et de sécurité pour certaines substances et certains produits.

2. Indiquez quelques domaines d'actions de l'UE.

Domaines d'actions :

- lutte contre les grands fléaux ;
- éducation en matière de santé ;
- surveillance des menaces transfrontalières, alerte ;
- lutte contre la drogue ;
- qualité et sécurité des médicaments...

3. De l'UE et des États membres, qui a les compétences générales les plus importantes en matière de santé publique ?

Ce sont les États membres qui ont les compétences générales les plus importantes en matière de santé publique : la protection de la santé publique et l'organisation et la fourniture des services de santé relèvent avant tout de la compétence nationale et l'UE intervient essentiellement en appui.

◆ Activité 9 – Des actions de l'Union européenne pour la santé publique

À partir du document 15, complétez le tableau suivant.

Exemples d'actions de l'UE pour l'amélioration de la santé publique

Domaines d'action	Exemples d'actions
Lutte contre les grandes maladies et les maladies transmissibles	Actions de dépistage et d'information du public contre le cancer Surveillance et contrôle des maladies transmissibles Adoption de communications en cas de pandémie Actions de coopération avec les pays tiers contre le Sida/soutien à des acteurs de la lutte
Lutte contre les drogues	Lutte contre le trafic de drogue Campagnes d'information

➤ Ce qu'il faut retenir

1. Citez trois niveaux d'organisation de la politique de santé publique.

1. national ; 2. régional/infrarégional ; 3. local.

Autres niveaux pouvant être cités : interrégional, territorial, départemental.

2. Complétez le tableau ci-dessous.

Les missions des acteurs de la politique de santé

Missions	Acteurs au niveau national	Acteurs au niveau régional
<i>Expertise, conseil, concertation</i>	Haut Conseil de la santé publique Conférence nationale de santé Inpes	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie Observatoire régional de la santé
<i>Décision, pilotage</i>	Gouvernement Ministère en charge de la Santé (DGS)	Agence régionale de santé Conseil régional
<i>Coordination</i>	Conseil national de la santé publique	Commissions de coordination des politiques publiques de santé
<i>Mise en œuvre</i>	Ministère en charge de la Santé (DGS) Inpes, InVS, assurance maladie...	Agence régionale de santé Collectivités territoriales Assurance maladie...
<i>Évaluation</i>	Office parlementaire de l'évaluation des politiques de santé Haut Conseil de la santé publique	Agence régionale de santé Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

3. Quelle est l'année de l'entrée de la santé publique dans les compétences de l'Union européenne ?

1997.

4. En quelle année le Traité de Lisbonne, définissant les compétences de l'Union européenne en santé publique, a-t-il été signé ?

2007.

5. Indiquez si les affirmations suivantes sont vraies ou fausses.

n°	Affirmations	Vrai	Faux
1	L'UE est une organisation spécialisée dans l'action sanitaire		×
2	L'UE a pour objectif d'assurer un niveau de santé élevé des populations	×	
3	L'UE intervient essentiellement en appui des politiques nationales	×	
4	L'UE complète les politiques de santé publique des États membres	×	
5	L'UE ordonne la coopération entre certains États membres		×
6	L'UE n'a pas le pouvoir de fixer des normes de qualité et de sécurité pour certaines substances		×

Chapitre 5

Place de l'utilisateur : démocratie sanitaire

Fiche I – Usager et démocratie sanitaire

◆ Activité 1 – Notion d'usager

À l'aide des documents 1 et 2, répondez aux questions suivantes.

1. Qu'est-ce qu'un « usager » ?

Un usager est l'utilisateur d'un service public.

2. Indiquez depuis quand le patient est considéré comme un usager et pourquoi.

Depuis la loi du 31 décembre 1970 (loi hospitalière), le patient est considéré comme un usager car il devient alors utilisateur du service public hospitalier créé par cette loi.

3. La notion d'usagers du système de soins se limite-t-elle de nos jours aux patients ? Justifiez.

La notion d'usagers du système de soins ne se limite plus aujourd'hui aux patients. Elle englobe dorénavant tous les utilisateurs avérés ou potentiels du système de soins, mais aussi les contributeurs permanents, la famille et les proches.

Tous ceux qui entrent en contact avec l'activité sanitaire, quelle qu'elle soit, peuvent être considérés comme des usagers du système de soins.

◆ Activité 2 – Quelle place pour l'usager ?

Observez les illustrations du document 3. Selon vous, que suggèrent-elles ?

Ces illustrations, où l'ironie est présente, peuvent être interprétées de différentes façons. Mais on peut déduire les idées suivantes de leur observation (liste non exhaustive) :

- opposition soignant/soigné ;
- droits reconnus aux patients mais ils se sentent à peine figurants dans le système de santé, pas vraiment acteurs de santé ;
- usagers représentés dans les établissements de santé : les professionnels doivent tenir compte de leur avis, mais faible rôle en réalité (situation « d'infériorité ») ;
- patient qui ne sait plus vraiment quel est son statut face au médecin : patient ? usager ? client ?

◆ **Activité 3 – Histoire de la démocratie sanitaire**

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 4 et 5.

1. À partir de vos connaissances, définissez la notion de démocratie.

Régime politique où le pouvoir est détenu par le peuple.

2. Pourquoi le terme « démocratie » a-t-il été associé à la Sécurité sociale lors de sa création ? D'après vos connaissances, comment peut se justifier cette « démocratie sociale » ?

Le terme démocratie a été associé à la Sécurité sociale lors de sa création en raison de la participation d'élus syndicaux aux conseils d'administration des caisses de Sécurité sociale. Cette « démocratie sociale » se justifie par le fait que le financement de la Sécurité sociale est basé en partie sur les cotisations des travailleurs, qui sont donc contributeurs et, par ailleurs, bénéficiaires des prestations.

3. Quelle définition de la démocratie sanitaire pouvez-vous déduire à partir des documents ?

Participation des usagers aux politiques de santé publique : association des usagers, par la concertation, à la prise de décision sur les questions de santé.

4. Présentez, sur feuille annexe, de manière synthétique les grandes étapes de l'évolution de la démocratie sanitaire.

Présentation possible sous forme la forme d'un schéma de type frise chronologique ou d'un tableau.

- **Entre 1945 et 1980 :** participation des usagers (familles de personnes handicapées ou âgées) dans le secteur médico-social.
- **Années 1980 :** développement de l'implication des associations de patients (survenue du Sida).
- **Milieu des années 1990 :**
 - création du CISS regroupant les principales associations de personnes malades, handicapées et de consommateurs ;
 - charte du patient hospitalisé ;
 - officialisation de la représentation des usagers dans les conseils d'administration des établissements ;
 - association des usagers à l'élaboration des plans régionaux de santé et dans les conférences de santé.
- **Fin années 1990 :**

- organisation d'États généraux de la santé avec jurys de citoyens ;
 - création d'un bureau démocratie sanitaire et d'un bureau sur le droit des usagers au niveau au sein du ministère de la Santé.
- **Années 2000 :**
- officialisation de la démocratie sanitaire par la loi de 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : développement de la représentation des usagers ;
 - renforcement de la participation des usagers citoyens dans les processus décisionnels avec la loi HPST de 2009 (les représentants des usagers siègent notamment au sein des conseils de surveillance des ARS).

5. Finalement, qu'est-ce qui a permis de faire avancer la démocratie sanitaire et a conduit au premier dispositif législatif en 2002 ?

Ce sont les acteurs privés, et notamment les associations de patients, qui ont été à l'origine du développement de la participation des usagers. Les associations de malades du Sida ont joué un grand rôle à ce niveau.

Le fait que des associations soient regroupées au sein du CISS a également eu un effet important auprès des pouvoirs publics.

De plus l'organisation des États généraux de la santé en 1999 a permis de mettre en évidence les attentes de participation de la population dans le domaine de la santé, mais aussi d'autres partenaires (mutuelles...). Cette consultation nationale a été l'occasion pour les citoyens de s'exprimer sur les questions de santé.

On pourra évoquer l'association AIDES, première association française de lutte contre le Sida, créée en 1984 (reconnue d'utilité publique en 1990). Dès son origine, l'objectif de l'association a été de réunir les personnes touchées directement ou indirectement par le Sida afin de leur permettre de s'organiser face à ce nouveau fléau.

Fiche II – La place de l’usager dans les politiques de santé

◆ Activité 4 – Typologie des droits des usagers

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 6 à 8.

1. Classez les droits des usagers dans le tableau ci-dessous.

Droits du patient-usager du système de santé

Droits individuels	Droits collectifs
Égalité devant le service public Respect de sa dignité, de sa vie privée et de son intimité Confidentialité Information Participation aux choix le concernant Accès à son dossier médical Sollicitation d'un second avis avant décision Se plaindre et être dédommagé en cas de préjudice	Droit de représentation par l'intermédiaire de membres d'associations agréées Droit d'apporter son concours à la réflexion et à la décision sur des questions de santé à l'occasion de certaines manifestations

2. Lorsque l'on parle de « place des usagers dans les politiques de santé », à quel type de droits est-il fait référence ? Justifiez.

On fait référence aux droits collectifs exclusivement. En effet, les droits individuels ne concernent pas la politique de santé.

Dans le cadre des droits collectifs, les représentants des usagers (associations) ont pour rôle de participer aux choix stratégiques pour le compte de l'ensemble des usagers du système de santé en siégeant dans certaines instances aux niveaux national et régional : CNS, ARS, CRSA...

Les usagers peuvent de plus participer directement à la réflexion et à la décision sur des questions de santé lors de débats publics par exemple.

En cela les usagers sont acteurs de la politique de santé et sont responsables (en partie) des choix faits.

◆ **Activité 5 – Les conférences et leur rôle pour la démocratie sanitaire**

À la lecture des documents 9 et 10, montrez en quoi la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie et les conférences de territoire sont des instances favorisant l'exercice de la démocratie sanitaire.

La CRSA a pour rôle d'aider l'ARS à définir une politique de santé régionale répondant aux besoins de la population. Elle est une instance permettant aux usagers et représentants d'usagers de s'exprimer sur les questions de santé : ils peuvent donner leur point de vue, faire des propositions, et formuler des recommandations sur la prise en charge par le système de santé, la prévention ou l'éducation pour la santé.

Elle organise notamment à cet effet un débat public annuel mais laisse aussi la possibilité aux usagers de s'exprimer en ligne en répondant à un questionnaire ou en témoignant à travers un forum.

Les conférences de territoire, au sein desquelles les usagers sont également représentés, sont associées à l'analyse et à la formulation des besoins locaux de santé et font des propositions au directeur général de l'ARS. Elles participent à l'élaboration du Projet régional de santé.

◆ **Activité 6 – Des États généraux pour un Plan cœur**

1. À partir des documents 11 et 12, justifiez la mise en place des États généraux pour un Plan cœur.

Les États généraux pour un plan cœur ont été mis en place pour les raisons suivantes :

- les MCV sont à l'origine d'une forte mortalité et d'une morbidité très élevée (illustrer par quelques indicateurs) ;
- les dépenses liées aux maladies cardiovasculaires sont très importantes (plus de 28 milliards d'euros par an) ;
- il y a un besoin d'amélioration de la prise en charge des MCV.

2. Indiquez l'objectif de ces États généraux.

Recueillir la parole et les recommandations publiques des patients et des acteurs de santé concernant l'amélioration de la lutte contre les maladies cardiovasculaires (recherche, prévention, réinsertion sociale...) dans un *Livre Blanc*, qui sera remis aux pouvoirs publics, afin que l'État prenne des mesures à travers un Plan cœur.

3. Par quels moyens la participation des usagers du système de santé est-elle permise ?

- Débats animés dans différentes villes de 2012 à 2013.
- Mise à disposition du grand public d'une plate-forme Internet :
 - diffusion d'informations sur les contenus des débats ;
 - possibilité de s'informer ;
 - possibilité de contribuer au débat en déposant des commentaires et des avis.

◆ **Activité 7 – États généraux du VIH en Île-de-France**

1. À partir du document 13, indiquez le contexte à l'origine de l'organisation des États généraux du VIH en Île-de-France.

Les associations de lutte contre le Sida et de soutien aux personnes concernées étaient inquiètes des projets de restructuration de l'AP-HP et ont demandé une concertation des acteurs concernés.

2. Quel rôle a joué l'ARS dans cet événement ? D'après vos connaissances, cela fait-il partie de ses missions ?

L'Agence Régionale de Santé a pris la décision d'organiser les États généraux, a assuré la coordination de leur préparation et de leur organisation et s'est investie dans le bon déroulement des débats.

Cela rentre dans le cadre de ses missions puisque l'ARS a la responsabilité à l'échelon régional des actions de prévention conduites dans la région et l'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins de la population.

3. Réalisez une recherche Internet pour répondre, sur feuille annexe, à la question suivante : pour quelles raisons le VIH/Sida est-il une forte préoccupation pour la région Île-de-France ?

Les élèves mettront notamment en évidence que le nombre de diagnostics de séropositivité chaque année est 4 fois supérieur au reste du territoire national dans cette région.

4. Quel est l'objectif de ces États généraux ?

Faire émerger et synthétiser les préoccupations, les attentes, les observations et les propositions des usagers, des associations et de tous les acteurs de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH en région.

5. Quels moyens ont été donnés aux usagers pour faire entendre leur voix ?

Les usagers ont pu témoigner, donner leur avis, faire des propositions par différents moyens :

- enregistrements audio anonymes ;
- rencontres collectives/événement public (journées du 26 et 27 novembre 2010) ;
- mise à disposition d'une plate-forme en ligne.

➤ Ce qu'il faut retenir

La démocratie sanitaire c'est :

La participation des usagers aux politiques de santé publique qui sont associés à la prise de décision sur les questions de santé.

Elle a toujours été reconnue en France : oui non

- C'est sous l'impulsion **des associations de patients** qu'une place a été faite aux usagers du système de santé dans l'élaboration de la politique de santé.
- La loi **du 4 mars 2002** a officialisé la démocratie sanitaire. Elle a été récemment renforcée par la loi **HPST du 21 juillet 2009**.
- Ce sont les droits **collectifs** qui permettent l'exercice de cette forme de démocratie. Ils viennent s'ajouter aux droits **individuels** qui sont des droits fondamentaux reconnus à toute personne.
- La participation des usagers du système de santé se concrétise par leur représentation au sein de **différentes instances** à tous les niveaux du territoire :

National	Conférence nationale de santé
Régional	Conseil de surveillance de l'ARS Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
Local	Conférences de territoire

Les usagers peuvent faire entendre leur voix au travers de différents moyens :

- participation à des débats/événements publics ;
- questionnaires en ligne ;
- forum en ligne.

Chapitre 6

Politique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

Fiche I – L'OMS et ses fonctions

◆ Activité 1 – Présentation de l'OMS

À partir des documents 1 à 3, répondez aux questions suivantes.

1. Nommez l'organisation dont dépend l'OMS : Organisation des Nations unies.

Indiquez son but : Amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible.

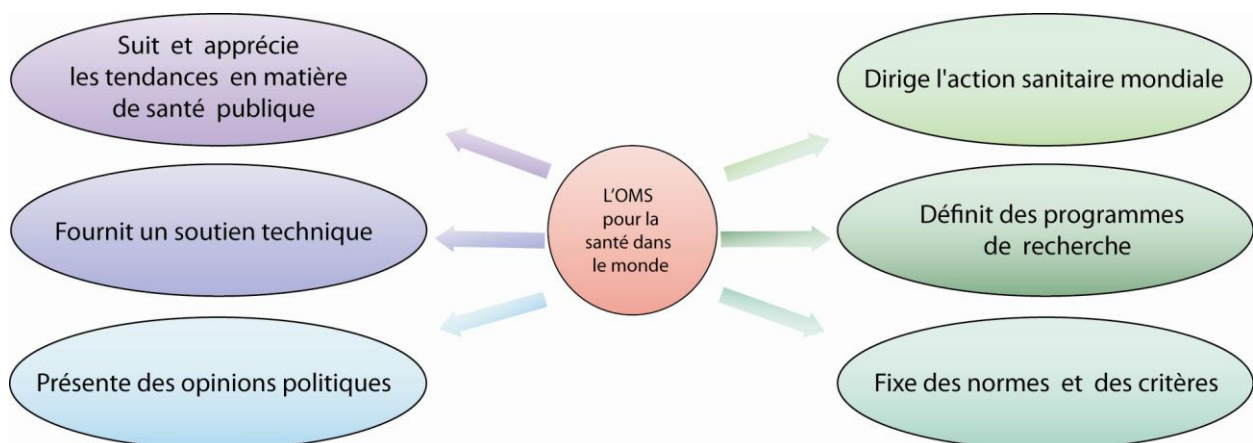
Quand l'OMS a-t-elle été fondée ? Le 7 avril 1948, date d'entrée en vigueur de sa Constitution.

2. Quel est l'échelon d'intervention de l'OMS ? International.

Pourquoi une telle organisation est-elle nécessaire ? Cette organisation est nécessaire pour permettre aux pays de lutter en partenariat contre les inégalités d'accès aux soins et les problèmes de santé toujours plus nombreux dans le monde, qui évoluent très rapidement et qui sont des facteurs déstabilisants pour ces pays (pauvreté, conflits).

3. Complétez le schéma suivant.

Les fonctions de l'OMS



4. L'OMS a-t-elle autorité sur les États membres ? Justifiez.

L'OMS a autorité sur les États membres. Elle possède un pouvoir réglementaire puisqu'elle impose ses réglementations sanitaires à tous les États (même ceux qui ont voté contre celles-ci) pour éviter la propagation d'agents infectieux.

5. Pour chacune des priorités d'intervention de l'OMS, recherchez des exemples d'actions qui ont été mises en place par cette organisation. Vous imprimerez votre travail de recherche.

Les élèves indiqueront les priorités à partir du document 2 et trouveront des éléments de réponse à partir du site Internet de l'OMS.

◆ Activité 2 – Le Règlement sanitaire international (RSI)

À partir des documents 4 et 5, répondez aux questions suivantes.

1. Indiquez le but du RSI.

Le RSI est un instrument juridique international qui a pour but d'aider la communauté internationale à éviter les risques aigus pour la santé publique susceptibles de se propager au-delà des frontières et de constituer une menace dans le monde entier, en prenant les mesures qui s'imposent.

Il vise donc à assurer la protection des populations contre la propagation internationale des maladies et d'autres urgences de santé publique, et à renforcer la sécurité sanitaire nationale, régionale et mondiale.

2. Expliquez la phrase soulignée dans le texte. Comment cela peut-il se justifier ?

Cela signifie que le RSI s'impose aux 194 États membres : il a un caractère contraignant.

Il doit être respecté car les maladies n'ont pas de frontières, une crise sanitaire ou encore une catastrophe nucléaire peuvent avoir des répercussions dans de nombreuses parties du monde.

3. Quelles sont les dispositions prévues par le RSI ?

- Permet de restreindre les limitations apportées aux déplacements et aux échanges commerciaux internationaux en évitant la propagation des maladies.
- Obligations pour les pays de :
 - désigner un point focal d'échanges ;
 - notifier certaines flambées de maladies et certains événements de santé publique ;
 - renforcer leurs capacités de surveillance et d'action.
- Mise en place des procédures à suivre pour la défense et la sécurité sanitaire mondiale

4. Selon vous, pourquoi le RSI ne fait-il pas l'objet d'une stratégie différenciée selon les régions du monde ?

Les risques infectieux, les accidents biochimiques ou radioactifs peuvent concerner tous les pays. De plus, le risque épidémique ou de pollution ne connaît pas de frontières, tous les pays doivent être solidaires et respecter les mêmes règles pour que la sécurité sanitaire internationale soit la plus efficace possible.

5. Indiquez :

- a. Qui est chargé de la mise en œuvre du RSI en France ? La DGS.
- b. Avec quels acteurs travaille-t-elle en partenariat ? InVS, ECDC et OMS.

Fiche II – Priorités d'action de l'OMS

◆ **Activité 3 – Exemples de domaines prioritaires d'action de l'OMS**

Répondez aux questions à partir des documents 6 et 7.

1. Dans quels domaines prioritaires l'OMS est-elle intervenue ?

Domaines dans lesquels l'OMS est intervenu à travers ces exemples :

- prévention des maladies infectieuses (rougeole, maladies nosocomiales) et usage des antibiotiques ;
- normes de sécurité sanitaire et de qualité des aliments ;
- lutte anti-tabac.

2. Montrez que les priorités d'action de l'OMS ont une incidence sur la politique de santé en France.

À travers ces exemples, on peut dire que la politique de santé mondiale conduite par l'OMS a une incidence sur la politique de santé de la France.

En effet :

- la France suit la démarche initiée par l'OMS pour éliminer la rougeole et la rubéole congénitale : elle a élaboré un plan national concernant ces deux pathologies qui s'inscrit dans la politique de l'OMS et suit ses recommandations en matière de vaccination et de stratégies de surveillance ;
- elle doit respecter des normes internationales quant au niveau maximum de mélanine dans les aliments dans un but de sécurité sanitaire et de qualité des aliments destinés à l'Homme et aux animaux ;
- la France a suivi des recommandations de l'OMS sur les grandes mises en garde sanitaires explicites préconisées pour réduire la demande de tabac, protéger les individus contre la fumée du tabac... ;
- la politique nationale de santé doit intégrer des mesures de lutte contre les infections en milieu hospitalier pour limiter la propagation des souches multi-résistantes et renforcer les politiques nationales sur l'usage prudent des antibiotiques, pour réduire l'apparition de bactéries résistantes.

➤ Ce qu'il faut retenir

1. Indiquez la date de fondation de l'OMS : 7 avril 1948.

2. Complétez le tableau suivant en cochant les cases qui conviennent.

n°	Affirmations	Vrai	Faux
1	L'OMS est une organisation spécialisée dans l'action sanitaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	L'OMS a pour objectif d'assurer un niveau de santé élevé des populations	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	L'OMS dépend des Nations unies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	L'OMS édicte des conventions internationales et des recommandations	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	L'OMS dispose d'un pouvoir réglementaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Le Règlement sanitaire international est un texte contraignant pour les États membres de l'OMS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Le Règlement sanitaire international fixe des règles en matière d'éducation pour la santé	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Le Règlement sanitaire international vise à éviter la propagation des maladies et d'autres urgences de santé publique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	La direction générale de la Santé est chargée de la mise en œuvre du RSI en France	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	La sécurité sanitaire mondiale est une priorité de l'OMS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.2 – Organisation et fonctionnement des dispositifs et institutions

Chapitre 7

Notion de système de santé

Fiche I – Notion de système de santé

◆ **Activité 1 – Définition de la notion de système de santé**

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 1 à 3.

1. Caractériser la notion de système.

- Présence de plusieurs éléments qui peuvent être de natures différentes.
- Liens/rerelations entre ces éléments.
- Formation d'un ensemble ayant un objectif commun.

2. Pourquoi la notion de système est-elle appliquée à la santé ?

Cette notion est appliquée à la santé car des éléments de différentes natures (professionnels, structures...) interviennent en interrelations en faveur de la santé, formant un ensemble ayant un objectif commun : répondre au mieux aux besoins et à la demande de santé dans le but de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé.

3. Pourquoi les usagers sont-ils acteurs du système de santé ?

Divers arguments peuvent être donnés pour justifier que les usagers sont acteurs du système de santé :

- ils sont bénéficiaires des soins, de la prévention et de la veille et de la sécurité sanitaires ;
- ils participent au financement des dépenses ;
- ils influencent les décisions en matière de santé publique (démocratie sanitaire) ;
- ...

4. Distinguez les notions de système de santé et de système de soins.

Le système de soins fait référence au dispositif de prise en charge de la maladie, tandis que le système de santé s'étend également à d'autres dimensions (prévention, veille et sécurité sanitaires).

Le système de soins est donc compris dans le système de santé qui est un système plus vaste.

◆ Activité 2 – Les composantes du système de santé

Répondez aux questions suivantes à partir du document 3 et de vos connaissances.

1. Complétez le tableau suivant en indiquant quelques acteurs pour chaque composante du système de santé.

Contenu non exhaustif attendu.

Des acteurs du système de santé

Demande de santé	Offre de soins	Dispositif de prévention	Dispositif de veille et de sécurité sanitaire	Financeurs	Administration (ou pilotage)
Usagers Associations de représentants d'usagers	Établissements de santé publics et privés Réseaux de santé Maisons médicales ou pluridisciplinaires de santé Professionnels de santé	Inpes Santé scolaire Santé au travail Protection maternelle et infantile	InVS Autres agences sanitaires (INCa, ANSM...) Cire	État Département Sécurité sociale Mutuelles Assurances Institutions de prévoyance Usagers	État (Direction générale de la santé, Direction de la Sécurité sociale...) ARS Délégations territoriales de l'ARS

2. Présentez schématiquement le système de santé.

*Différentes représentations sont possibles et toute proposition pertinente pourra être acceptée.
Les usagers du système de santé pourront apparaître au centre du schéma et les autres composantes pourront être placées autour d'eux, avec quelques exemples pour illustrer chacune d'elle.
Les interrelations entre les composantes du système pourront être mises en évidence par des flèches faisant le lien entre elles.
L'objectif de système de santé pourrait apparaître dans le titre.*

3. Comparez le schéma réalisé précédemment avec celui du document 4.

Le schéma du document 4 comporte deux éléments non représentés précédemment : la télésanté et les entreprises du médicament. Ce sont des moyens utilisés par le système de santé.

La dénomination des acteurs du système peut être différente : « régime de santé » dans le document 4 pour désigner les financeurs du système de santé.

De plus, les dispositifs de prévention et de veille sanitaires n'apparaissent pas sur le document 4.
Selon les sources d'information ou l'objectif du schéma, le nombre et la nature des composantes varient.

Fiche II – Le système de santé en France

◆ **Activité 3 – Diversité des composantes et organisation du système de santé**

Répondez aux questions suivantes à partir du document 5.

1. Illustrez la diversité de l'offre de soins et des financeurs du système de santé français.

- Diversité de l'offre :
 - diversité selon le statut : public, privé à but ou non lucratif ;
 - diversité selon la nature des acteurs : établissements, professionnels.
- Diversité des financeurs :
 - organismes de prise en charge : assurance maladie obligatoire, complémentaire santé facultative... ;
 - sources de financement différentes : les cotisations des salariés et des employeurs et les taxes.

2. Quelle remarque pouvez-vous faire concernant l'organisation, sur le territoire, du système de santé ?

Elle est organisée à différents niveaux : niveau local, niveau régional et niveau national.

3. L'organisation du système de santé français est-elle figée ? Selon vous, pourquoi ?

L'organisation du système de santé français n'est pas figée. Elle peut évoluer, comme cela a été le cas avec le vote de la loi HPST en 2009 qui a changé la structure, l'organisation et la gestion de notre système.

Arguments pouvant justifier l'évolution du système de santé (tout élément pertinent sera retenu) :

- évolution des besoins de santé ;
- difficultés du financement des dépenses de santé ;
- progrès médicaux et techniques ;
- changements politiques...

◆ **Activité 4 – Évaluation de la performance du système de santé**

À partir du document 6, répondez aux questions suivantes.

1. Quelle est l'utilité du rapport rédigé par le HCSP ?

Le rapport rédigé par le HCSP compare l'état de santé des Français et l'efficacité de notre système de santé à celui d'autres pays européens.

Il met en évidence les points positifs mais surtout les points à améliorer et constitue donc un outil d'aide à la décision pour les acteurs de la santé publique.

2. Comment cette évaluation de l'état de santé des Français et de l'efficacité de notre système de santé a-t-elle été réalisée ?

Le HCSP a réalisé son évaluation sur la base d'indicateurs de santé définis par la Commission européenne. Ils proviennent de diverses bases de données internationales (OMS, Eurostat...) et d'agences spécialisées sur certaines thématiques.

◆ **Activité 5 – Perception du système de santé par la population française**

À partir du document 7, mettez en évidence les principaux résultats de l'enquête qui a été réalisée sur l'opinion des Français concernant leur système de santé. Votre réponse sera présentée sur feuille annexe.

Principaux résultats :

- bonne opinion sur la qualité des soins pour la grande majorité des personnes interrogées : neuf personnes sur dix ;
- accès aux soins facile sur l'ensemble du territoire pour les trois quarts des personnes interrogées ;
- seulement une personne sur deux est d'accord pour dire que les soins sont financièrement accessibles à tous ;
- plus de huit personnes sur dix ont confiance dans le système de santé pour faire face aux grands enjeux de santé publique, nettement moins pour la prise en charge des maladies mentales ;
- confiance importante dans les acteurs du système de santé sauf pour les laboratoires pharmaceutiques, l'assurance maladie et les pouvoirs publics (deux tiers des personnes interrogées ne leur font pas confiance) ;
- la grande majorité des personnes interrogées pensent qu'il faut réformer ou tout du moins adapter le système, donc elles ne sont pas hostiles aux changements.

➤ Ce qu'il faut retenir

1. Un système de santé peut être défini comme :

l'ensemble des moyens :

- organisationnels ;
 - humains ;
 - structurels ;
 - et financiers ;
- destinés à réaliser les objectifs d'une **politique de santé**.

2. Citez les composantes du système de santé.

- L'offre de soins.
- Le dispositif de prévention.
- Le dispositif de veille et de sécurité sanitaires.
- Les financeurs.
- L'administration.
- Les usagers.

3. Donnez trois caractéristiques du système de santé français.

- Diversité d'acteurs.
- Diverses sources de financement.
- Organisation à différents niveaux du territoire.
- Organismes de prise en charge des soins obligatoires ou facultatifs...

Chapitre 8

Dispositif de veille sanitaire

Fiche I – Dispositif de veille sanitaire

◆ Activité 1 – Dispositif de surveillance épidémiologique du cancer

1. Relevez dans le document 1 les indicateurs sur lesquels repose la surveillance épidémiologique des cancers.

Indicateurs d'incidence, de prévalence, de mortalité et de survie.

2. Quels sont les intérêts respectifs de l'analyse de ces indicateurs ?

- Incidence et mortalité :
 - identification des risques nouveaux et suivi des risques connus ;
 - mesure de l'ampleur et des évolutions spatio-temporelles ;
 - élaboration et évaluation des politiques et actions de prévention.
- Survie : mesure de l'impact des prises en charge des patients.
- Prévalence : évaluation des besoins de soins.

◆ Activité 2 – Dispositif de veille sanitaire dans le cadre d'une intoxication alimentaire

1. D'après vos connaissances, rappelez les facteurs qui peuvent faire qu'un événement sanitaire dégénère en crise sanitaire.

Un événement ou un phénomène sanitaire devient ou peut devenir une crise sanitaire, notamment lorsqu'il est mal connu, non anticipé voire négligé, qu'il y a rétention d'information ou déni de l'événement et qu'il suscite méfiance et émoi dans l'opinion publique.

2. Quel est le problème évoqué dans le document 2 ? Quelle autorité sanitaire a la compétence pour gérer cet événement ?

- Problème : intoxication à *Escherichia coli* liée à la consommation de steaks hachés surgelés.
- Autorité sanitaire compétente pour gérer cet événement : ARS.

3. Expliquez comment le dispositif de veille sanitaire a permis d'éviter cette situation pour l'événement sanitaire relaté dans le document 2.

Dans le cas des steaks hachés contaminés par *Escherichia coli*, le risque était connu et le dispositif de veille sanitaire a permis d'éviter une situation de crise sanitaire, car une réponse rapide au problème a été apportée :

- les enfants victimes ont été pris en charge à temps en réanimation pédiatrique ;
- des investigations ont été conduites pour identifier la source de la contamination ;
- les consommateurs ont été informés et des recommandations ont été diffusées ;
- au nom du principe de précaution, l'autorité sanitaire a demandé au fabricant de procéder au rappel des steaks hachés de la marque concernée.

Le dispositif mis en place a donc permis d'éviter la multiplication des personnes contaminées.

Fiche II – L'Institut de veille sanitaire

◆ Activité 3 – L'InVS : un acteur de terrain

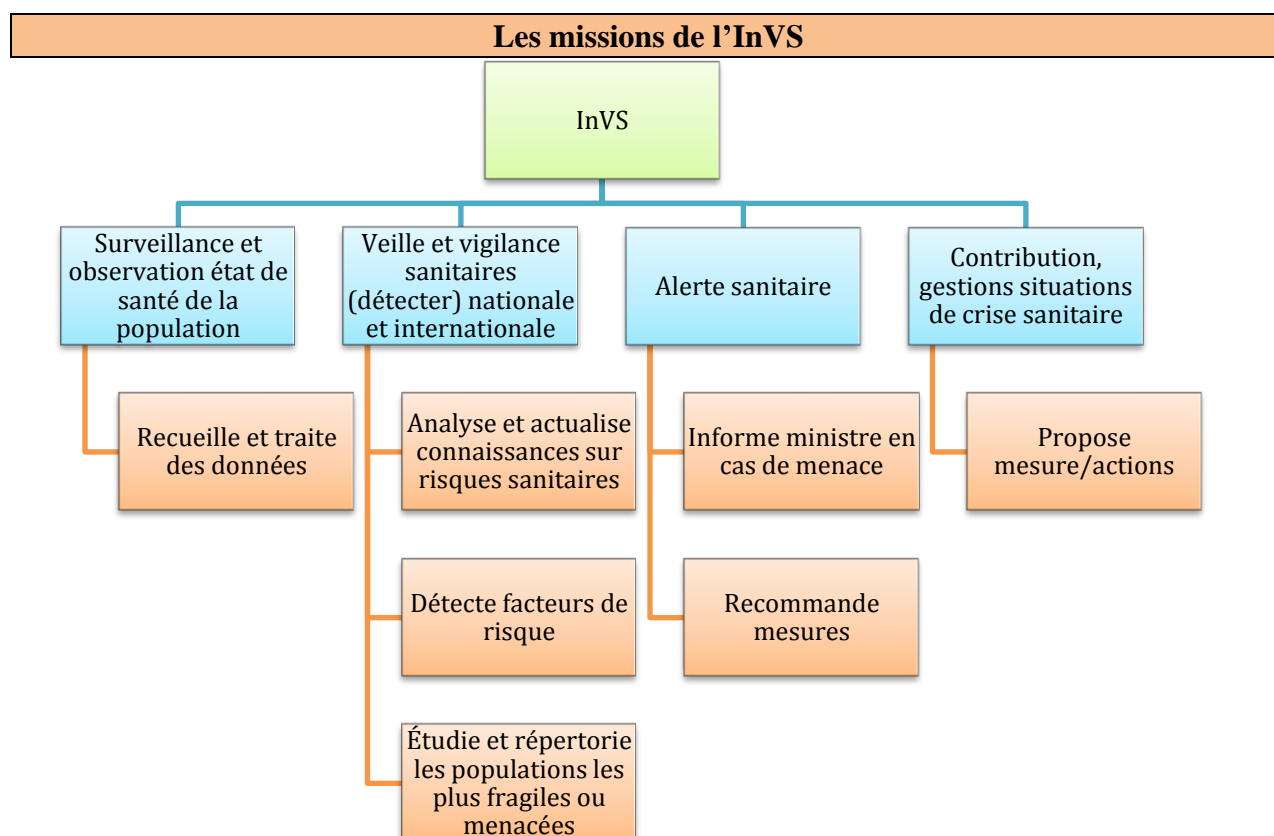
Répondez aux questions suivantes à partir des documents 3 à 8.

1. Indiquez dans quel contexte l'InVS a été créé.

Établissement public créé par la loi du 1^{er} juillet 1998, relative au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle des produits destinés à l'homme, suite aux différentes crises sanitaires survenues au cours des années 1980–1990 (sang contaminé, « vache folle », hormones de croissance, amiante).

Ces différentes crises ont montré les failles de notre système de santé publique. Pour assurer la sécurité de la population, répondre aux nouveaux défis (crises sanitaires et risques émergents), il faut développer la veille.

2. Présentez visuellement les missions de l'InVS.



3. Montrez et justifiez la diversité des partenaires de l'InVS. Rédigez votre réponse sur feuille annexe.

Les partenaires de l'InVS sont nombreux et très divers selon la catégorie de personnes juridiques et le statut juridique, selon le domaine d'intervention ou encore l'échelon géographique d'intervention :

- personnes physiques (professionnels de santé) et morales (établissements de santé...);
- acteurs privés (médecins libéraux) et publics (agences nationales...);
- acteurs généralistes (médecins...) ou spécialisés (réseaux de surveillance pour certaines pathologies);
- acteurs de l'offre de soins, de la veille et également de la protection sociale;
- partenaires à différents niveaux du territoire : de l'international (ECDC) au local.

Cet important partenariat est nécessaire car :

- la surveillance est une mission sans limite, qui nécessite une grande réactivité;
- les risques sont divers et tendent à se globaliser;
- il faut partager les données pour une circulation rapide de l'information et que les bonnes pratiques soient efficaces;
- les acteurs doivent coordonner leur action pour une meilleure efficacité.

4. Pourquoi peut-on dire que son champ d'action est très vaste ?

L'InVS assure la surveillance et la veille sur des pathologies de différentes natures (chroniques, infectieuses), les accidents, des déterminants environnementaux/professionnels...

Donc surveillance de problèmes de santé liés à des pathologies, des déterminants et des inégalités.

De plus, ses missions de veille et de surveillance ne se limitent pas au territoire national, la veille internationale fait également partie de ses missions.

5. Quelles remarques pouvez-vous faire concernant les programmes de surveillance de l'InVS ?

- Près de 61 millions d'euros consacrés à la surveillance en 2010.
- Dépenses par programme de surveillance variables.
- La surveillance des maladies infectieuses, des maladies chroniques et des traumatismes représente plus de la moitié des dépenses (plus de 34 millions d'euros). Il s'agit donc de programmes prioritaires.
- Les programmes de surveillance santé et travail et santé et environnement représentent plus de 1/5^e des dépenses = cadre de vie pris en compte de manière importante tout de même.
- Coordination des alertes et des régions : 16 % soit près de 1/5^e des dépenses.
- 2 % des dépenses ont été spécifiquement dédiées à la surveillance des maladies internationales, ce qui montre que l'InVS prend en compte les risques sanitaires hors frontières.

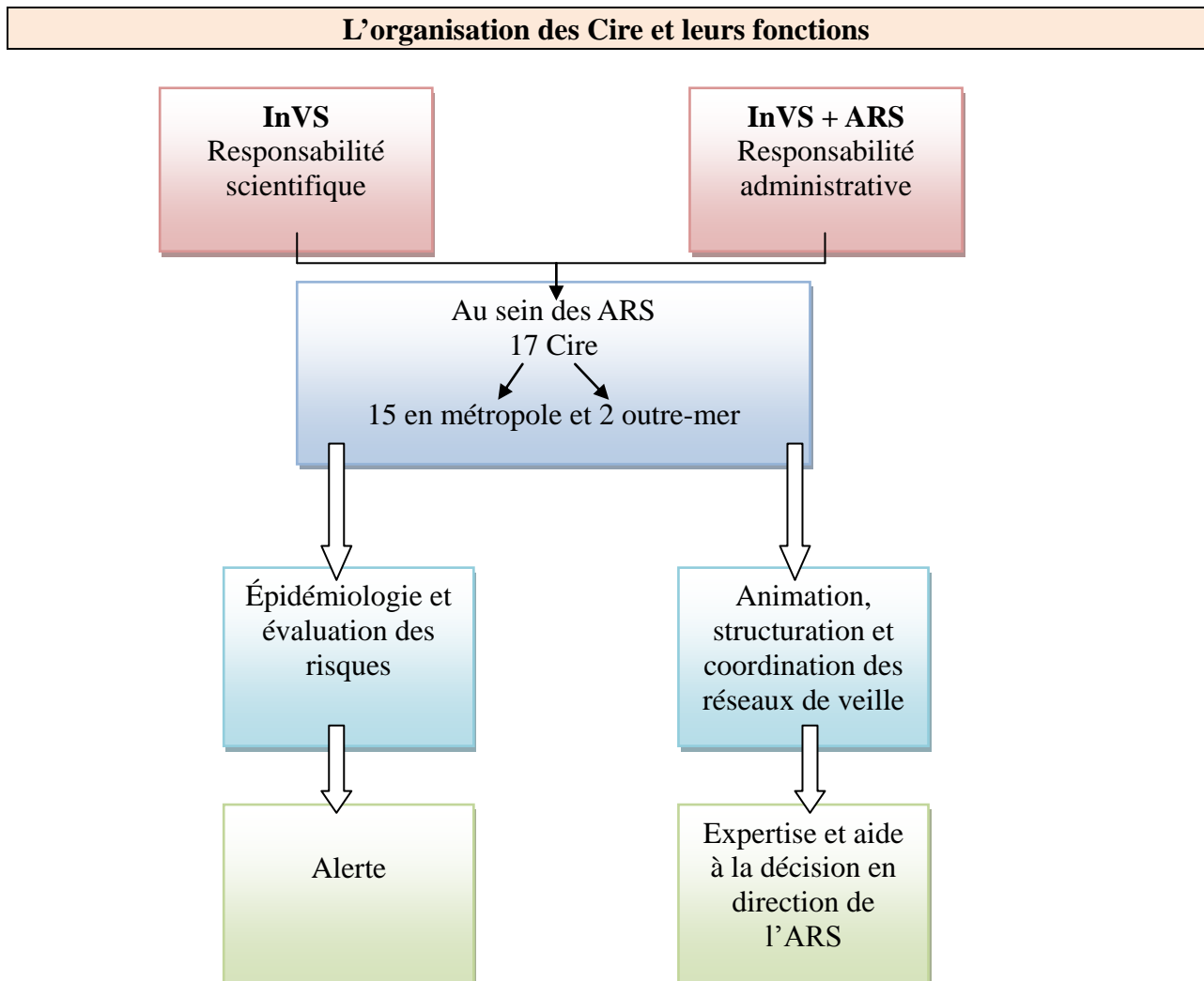
6. Montrer comment l'InVS assure sa présence sur le terrain et les intérêts de cette présence.

L'InVS assure sa présence sur le terrain grâce une présence forte en régions avec 17 cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire) qui ont été intégrées aux ARS et qui sont des relais aux niveaux régional et local. De plus, 10 antennes locales sont rattachées à certaines Cire.

Cette organisation, véritable maillage territorial, permet :

- de garantir et de renforcer la capacité d'intervention en région ;
- une plus grande proximité avec le terrain ;
- d'être au plus près des décisions sanitaires des territoires des acteurs locaux ;
- plus de réactivité dans les situations d'alerte sanitaire ;
- de créer et consolider les réseaux de surveillance.

7. Présentez visuellement l'organisation des Cire et leurs fonctions.



◆ **Activité 4 – Diversité des actions de l'InVS**

Déduisez les actions possibles de l'InVS à partir des exemples présentés dans les documents 9 à 11.

- Réalisation d'études sur des problèmes de santé et publication de rapports.
- Mise en garde de la population sur les risques liés à la consommation de certains produits et rappel des recommandations.
- Évaluation des risques sanitaires et recommandations aux pouvoirs publics.
- Coordination d'un système d'alerte, de la surveillance d'une pathologie, de l'évaluation de programmes nationaux de dépistage, d'un projet international de santé publique.
- Surveillance renforcée lors d'un événement international entraînant un afflux massif de population.
- Recensement de la population exposée à une catastrophe pour analyse de ses répercussions.
- Investigations suite au signalement d'épidémies.
- Élaboration d'un guide méthodologique pour accompagner les épidémiologistes dans la surveillance.

◆ **Activité 5 – L'InVS et la veille internationale**

1. À partir du document 12, justifiez la nécessité d'une veille sanitaire internationale et nommez l'acteur qui en est chargé.

On constate une globalisation du risque épidémique en raison de la circulation des biens et des personnes qui s'accélère constamment. Les risques émergents dans l'espace international sont donc susceptibles d'affecter gravement la population française.

Il est donc nécessaire de détecter et de caractériser précocement tout événement sanitaire pouvant constituer une menace, afin d'alerter les autorités sanitaires pour qu'elles réagissent rapidement si besoin. C'est l'InVS qui est chargé de cette veille internationale.

2. Expliquez la phrase soulignée dans le document.

Il ne s'agit pas de surveillance car la veille sanitaire internationale ne repose pas sur une collecte régulière d'informations. En effet, la nature des événements détectés n'est pas prédéterminée, alors que c'est le cas pour la surveillance épidémiologique. La veille internationale consiste donc seulement en un dispositif de veille.

Fiche III – Importance des systèmes d'information pour la veille sanitaire

◆ Activité 6 – Le système multisources cancer

À l'aide des documents 13 et 14, répondez aux questions suivantes.

1. Énoncez les circonstances conduisant l'InVS à développer un système multisources cancer.

La surveillance actuelle, assurée par le réseau Francim, ne permet pas une surveillance optimale des cancers :

- les informations d'incidence ne couvrent pas toute la population ;
- le modèle utilisé est inadapté pour produire des données infrarégionales et peu adapté pour les cancers à faible létalité ;
- la comparaison des cas incidents dans le temps et dans l'espace est problématique.

Donc nécessité de disposer de données de référence plus fiables (en cas d'alerte notamment).

2. Montrez que le système multisources cancer est un système d'information.

- **Objectif défini** : permettre une surveillance du cancer étendue à l'ensemble du territoire, plus fiable et exhaustive.
- **Ensemble de moyens** :
 - acteurs : InVS, établissements de santé, assurance maladie et pathologistes (laboratoires) ;
 - organisationnels : partenariat permettant une couverture de l'ensemble du territoire ;
 - système informatique : base de données individuelles, anonymes et croisées, à partir de trois sources d'information.
- **Rassemblement et traitement des données** : croisement des sources d'information, enregistrement fiable et exhaustif des cas incidents.
- **Production d'informations** : indicateurs d'incidence, évolution spatio-temporelle des cas incidents de cancer.

3. Quelle est la contrainte liée au croisement des sources de données du système multisources cancer ?

Le croisement des données nécessite l'utilisation d'un identifiant anonyme unique par patient commun aux trois bases pour l'élimination des doublons.

4. Montrez l'importance de ce système d'information pour la veille sanitaire.

Ce système d'information contribue à améliorer la connaissance de l'état de santé de la population. Grâce à la production d'indicateurs plus fiables, la connaissance des cancers incidents sera meilleure et cela contribuera à mieux cibler les choix politiques (prévention, dépistage, organisation de l'offre de soins), puis à mieux les évaluer et ainsi aider à la prise de décision.

Le système multisources cancer devrait permettre d'être plus efficace en cas d'alerte (agrégats de cas de cancers).

◆ Activité 7 – Exemple de coordination pour un système d'information

1. Indiquez l'objectif du système d'information évoqué dans le document 15. Puis, précisez en quoi il consiste.

L'objectif du système d'information est le renforcement de l'organisation des SAMU dans la lutte contre les pandémies pour repérer des situations sanitaires émergentes à l'échelle nationale et pouvoir réagir efficacement.

Il consiste en un recueil d'informations communes à tous les centres 15, lors des appels d'urgence et en une association avec l'InVS.

2. Quelle contrainte a-t-il fallu respecter pour permettre le suivi épidémiologique à l'échelle nationale ?

Pour permettre le suivi épidémiologique à l'échelle nationale, il a fallu harmoniser les pratiques de tous les centres 15.

◆ Activité 8 – Un système d'information pour une veille sanitaire plus efficace

1. À partir du document 16, complétez le tableau ci-dessous.

Un système d'information au service de la veille sanitaire

Nom du système	SurSaUD [®]
Circonstances à l'origine de la création	Canicule de 2003 ayant conduit à un réexamen des dispositifs de veille et d'alerte sanitaires car quasi exclusivement basés sur des systèmes spécifiques par pathologie
Objectifs	Détecter de nouvelles menaces d'origines diverses Fournir des informations au jour le jour sur l'état de

	santé de la population
Fournisseurs de données et données transmises	SOS Médecins : données sur les patients Services d'urgences hospitaliers (réseau OSCOUR) : données sur les patients Services d'état civil/Insee/Inserm-CépiDC : données de mortalité
Fréquence de transmission des données	Quotidienne
Niveaux de transmission des données	National, régional et local
Acteur qui centralise les données	InVS

2. Quel est l'intérêt d'inclure plusieurs sources d'information ?

L'intérêt d'inclure plusieurs sources d'informations est de croiser des données d'origines et de natures différentes pour une veille sanitaire plus efficace.

◆ **Activité 9 – La surveillance des maladies à déclaration obligatoire**

1. Après avoir pris connaissance de la liste des maladies à déclaration obligatoire (MDO) sur le site Internet de l'InVS, recherchez les caractéristiques qui justifient leur inscription dans cette liste. Imprimez le résultat de votre recherche.

Trente et une maladies inscrites sur la liste des MDO au 30 juin 2012.

Caractéristiques des maladies qui justifient leur inscription sur cette liste :

- les maladies qui justifient de mesures exceptionnelles à l'échelon international telles que la peste, le choléra doivent être déclarées à l'OMS ;
- les maladies qui nécessitent une intervention urgente à l'échelon local, régional ou national : leur signalement déclenche des enquêtes, des mesures préventives et des mesures correctives pour agir sur la source de contamination ;
- les maladies pour lesquelles une évaluation des programmes de prévention et de lutte menés par les pouvoirs publics est nécessaire pour en mesurer l'efficacité et au besoin les adapter (Sida, tuberculose, tétanos...);
- les maladies graves dont il est nécessaire d'évaluer et de suivre la létalité, la morbidité et le risque de séquelles (Sida, légionellose...);
- les maladies pour lesquelles il existe un besoin de connaissances comme les maladies émergentes ou mal connues (maladie de Creutzfeldt-Jakob).

Source : InVS.

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 17 et 18.

2. Nommez les deux procédures permettant la surveillance des MDO et les acteurs à l'origine du déclenchement de ces procédures.

Procédure de signalement et procédure de notification déclenchées par les médecins et les biologistes.

3. Qui sont les destinataires successifs de la transmission des données ?

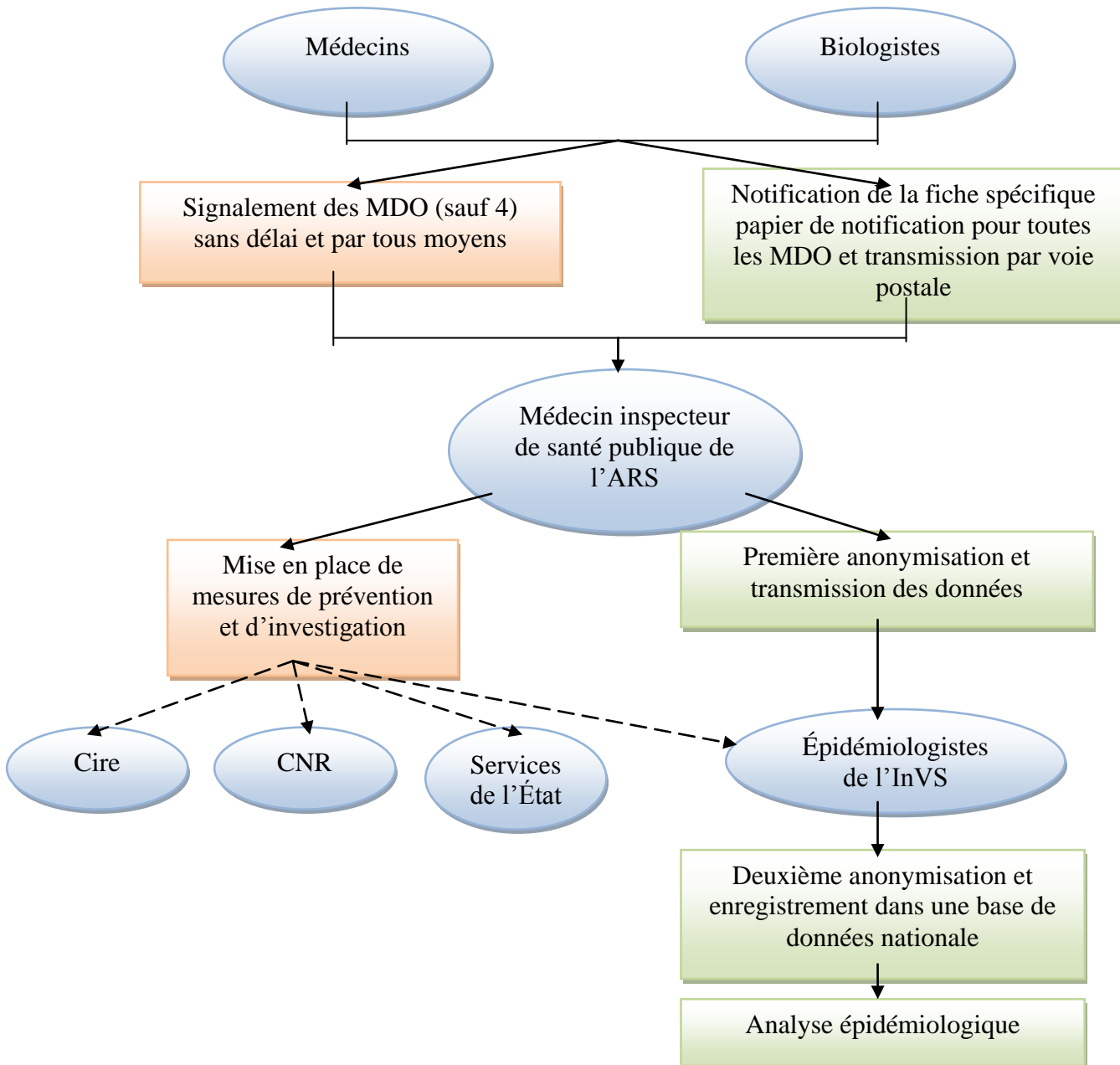
L'ARS puis l'InVS.

4. Nommez les autres acteurs qui peuvent intervenir suite au signalement d'une MDO et précisez dans quel but.

Les Cire, les CNR, les services déconcentrés de l'État peuvent intervenir suite à un signalement pour investiguer et mettre en place des mesures de prévention.

5. Réalisez un schéma du circuit de l'information dans le cadre de la surveillance épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire à l'aide de l'outil informatique.

Circuit de l'information pour la surveillance épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire



6. Quels sont les points communs et les différences entre ces deux procédures

concernant la surveillance des MDO ?

- Points communs :
 - objectif commun de surveillance des MDO ;
 - transmission de données individuelles à l'autorité sanitaire ;
 - acteurs qui transmettent les données identiques ;
 - obligation d'informer chaque personne de la déclaration de sa maladie.
- Différences :
 - pas de support dédié au signalement, contrairement à la notification faite à partir d'une fiche papier spécifique à chaque maladie ;
 - procédure de signalement ne concerne pas toutes les MDO contrairement à la procédure de notification ;
 - la procédure de signalement est une procédure d'urgence qui peut déclencher une investigation contrairement à la procédure de notification.

7. Relevez les contraintes liées aux données individuelles dans le cadre de la surveillance des MDO.

Dans le cadre de la procédure de signalement, les données nominatives ne doivent pas être conservées au-delà du temps nécessaire à l'investigation et à l'intervention.

Dans le cadre de la notification, la protection de l'anonymat des personnes doit être assurée par une anonymisation des données.

De plus, la transmission des fiches doit être faite sous pli confidentiel avec la mention « secret médical » et toutes les personnes qui traitent ces informations sont soumises au secret professionnel.

Pour les deux procédures, chaque personne doit être informée par son médecin de la déclaration de sa maladie et son droit d'accès et de rectification des données doit être permis.

8. En quoi la surveillance des maladies à déclaration obligatoire participe-t-elle à l'amélioration de la santé de la population ?

- Meilleure connaissance de l'état de santé de la population par l'analyse de la situation et de l'évolution des MDO.
- Permet la mise en place de mesures de prévention et de programmes adaptés aux besoins de santé publique.

➤ Ce qu'il faut retenir

1. Citez les missions de l'InVS :

- Surveillance et observation permanente de l'état de santé de la population.
- Veille et vigilance sanitaire nationale et internationale.
- Alerte sanitaire.

- Contribution à la gestion des situations d'urgence sanitaire.

2. Nommez les relais de l'InVS en région. Au sein de quelles structures sont-ils situés ?

Relais de l'InVS en région : les Cire situées au sein des ARS.

3. Nommez un partenaire de l'InVS pour chaque catégorie suivante :

Exemples :

- Professionnel : médecin libéral...
- Acteur spécialisé dans la surveillance de certaines pathologies : Réseau de lutte contre les infections nosocomiales...
- Agence sanitaire : ANSM...
- Partenaire de niveau européen : ECDC.
- Acteur de la protection sociale : CNAMTS...

4. Cochez les cases qui conviennent.

n°	Affirmations	Vrai	Faux
1	Les systèmes d'information permettent d'apporter des informations plus fiables à l'InVS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Les systèmes d'information sont limités à la surveillance sanitaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Les systèmes d'information permettent le croisement des données de différentes sources d'information	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Les systèmes d'information nécessitent une harmonisation des pratiques des acteurs	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	La transmission de données nominatives est interdite	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	L'InVS développe des systèmes d'information	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chapitre 9

Structures et actions de prévention et de promotion de la santé

Fiche I – Diversité des acteurs de prévention

◆ Activité 1 – Identification et rôle des principaux acteurs

1. Construire sur une feuille annexe un tableau qui mettra en évidence, de façon synthétique, les rôles des acteurs de la prévention et de la promotion présentés dans le document 1.

Proposition de tableau.

Rôles de différents acteurs de prévention et de promotion de la santé

Structures		Rôles
État et établissements publics de l'État		
Ministère de la santé DGS		Pilotage de la politique de prévention Élabore les programmes de prévention et de gestion du risque infectieux et sert d'interface avec les intervenants locaux
Agences sanitaires	INPES	Communication des programmes nationaux de prévention Expertise afin d'inciter à une évolution des comportements Développe l'éducation pour la santé sur tout le territoire
	INCa	Évalue le dispositif de lutte contre le cancer et coordonne les actions dans ce domaine
	ANSES	Assure la sécurité sanitaire dans l'alimentation, l'environnement et le travail
Agences régionales de santé		Pilote la politique de prévention et de promotion de la santé dans la région Élabore le schéma régional de prévention : favorise la promotion de la santé, la prévention de certaines maladies ou certains risques et la mise en place de l'éducation thérapeutique
Collectivités territoriales		
Régions		Actions de prévention
Départements		Protection maternelle et infantile : aide et délivrance de conseils aux familles et aux enfants âgés de moins de 6 ans
Communes		Actions de prévention
Assurance maladie		
CNAMTS		Élabore des programmes de prévention en lien avec les priorités de santé publique
CARSAT et CPAM		Prévention, éducation et information sanitaire
Complémentaires santé		
Mutualité française		Programmes de prévention à destination de ses assurés sur différentes thématiques
Associations		
CODES, CRES		Actions de prévention globales

Associations de patients : ANPAA, AIDES...	Prévention spécialisée dans leur domaine de compétence
Professionnels de santé	
Médecins	Prévention primaire, dépistage, diagnostic, et suivi des maladies

2. Illustrez la diversité des acteurs de prévention et de promotion de la santé.

- **Diversité des acteurs selon le statut juridique :**
 - intervention d'acteurs publics (État, établissements publics de l'État au niveau national et régional, collectivités territoriales) ;
 - intervention d'acteurs privés (associations, professionnels, complémentaires santé...).
- **Diversité des acteurs selon le niveau territorial d'intervention :**
 - niveau national : DGS, INPES, CNAMTS, ANPAA ;
 - niveau régional : ARS, CRES... ;
 - niveau départemental : conseils généraux, CODES... ;
 - niveau local : communes, CPAM, professionnels de santé...
- **Diversité selon la forme de l'intervention :**
 - acteurs ayant un rôle de pilotage : DGS, ARS, INCA... ;
 - acteurs opérateurs : INPES, CRES, assurance maladie, conseils généraux, associations...
- **Diversité selon la mission de l'acteur :**
 - certains acteurs ont la mission essentielle de faire de la prévention : INPES, CRES, ANPAA, services de PMI... ;
 - pour d'autres, il s'agit d'une mission complémentaire : assurance maladie, complémentaires santé...

◆ **Activité 2 – Les acteurs du dispositif Octobre Rose**

Répondez aux questions suivantes à partir du document 2.

1. En quoi consiste le dispositif Octobre Rose ? Quel est l'acteur qui pilote ce dispositif ?

Le dispositif d'information et de communication Octobre rose 2012 consiste à mobiliser, tout au long du mois d'octobre, les femmes et les professionnels de santé sur les bénéfices du dépistage organisé du cancer du sein. Il vise aussi à renforcer la participation des femmes traditionnellement moins touchées par les campagnes de santé publique.

Le dépistage organisé du cancer du sein concerne toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans. C'est l'INCa qui pilote ce dispositif.

2. Montrez les intérêts de la diversité des acteurs impliqués dans le dispositif Octobre Rose.

On constate une grande diversité des acteurs impliqués dans ce dispositif :

- État et agence sanitaire de l'État : ministère chargé de la Santé, INCa, Acsé ;
- acteurs de la protection sociale : différents régimes de Sécurité sociale (régime général, régime agricole, régime des indépendants) ;
- acteurs du secteur sanitaire : établissements et professionnels de santé, structures de gestion du dépistage organisé ;
- monde associatif : associations de lutte contre le cancer... ;
- médias : chaînes de télévision, radios ;
- acteurs du secteur social : CCAS, travailleurs sociaux.

Remarque : toute autre proposition de regroupement des acteurs pourra être retenue.

Cette diversité a pour intérêt de :

- fédérer différents acteurs autour d'un même objectif et d'un même symbole (le ruban rose), ce qui peut permettre d'espérer une plus grande efficacité ;
- permettre une large mobilisation sur l'ensemble du territoire par des actions d'envergure nationale mais aussi locale grâce aux acteurs de proximité ;
- augmenter les chances de réception du message par sa répétition dans le même mois par différents acteurs ;
- s'adresser à toutes les femmes et plus particulièrement aux femmes en situation de vulnérabilité sociale, migrantes, ou vivant en milieu rural (notamment grâce aux acteurs de terrain du champ social et aux radios communautaires) ;
- ...

◆ Activité 3 – Étude de structures de prévention

Complétez le tableau suivant à partir des documents 3 à 5.

Présentation de structures de prévention

Nom de la structure de prévention	Pôle prévention santé	CRIPS	ANPAA
Statut juridique	Public (service municipal)	Privé (association)	Privé (association)
Niveau territorial d'intervention	Local : la commune	Régional	National (implantation sur l'ensemble du territoire)
Missions	Information et éducation à la santé Prévention en milieu scolaire (écoles maternelles et primaires)	Appui et relais des actions de prévention et de lutte contre le VIH/Sida et la toxicomanie Information et prévention	Prévention de l'ensemble des addictions

		des pathologies associées au VIH/Sida et à la toxicomanie	
Public(s)	Habitants de la commune Publics ciblés : élèves, professionnels, associations	Tout public Acteurs de la prévention	Tout public Publics ciblés : élèves, étudiants, populations vulnérables, entreprises, acteurs de la prévention

Fiche II – Caractéristiques d'actions de prévention

◆ Activité 4 – Caractéristiques d'une action de prévention en direction des jeunes

1. À partir du document 6, complétez la fiche suivante pour mettre en évidence de façon synthétique les caractéristiques de l'action de prévention présentée.

Intitulé de l'action :

Mise en place d'un parcours de prévention, de dépistage et d'accompagnement à l'accès aux droits et aux soins

Caractéristiques de l'action	
Contexte Diagnostic Besoin identifié	Déficit d'accès aux droits et à la médecine préventive pour les jeunes en insertion : – absence de centres d'examen de santé – difficultés de recours aux dispositifs de santé existants et aux actions de prévention : absence de permis de conduire, problèmes d'insertion sociale et professionnelle
Structure de pilotage	GRETA des Alpes de Haute-Provence et Atelier santé ville de Digne-les-Bains et Manosque
Public	Jeunes de 16 à 25 ans en difficulté d'insertion sociale et professionnelle en formation ETAPS
Territoire et période de l'action	Département 04 à partir de 2008
Objectifs	Repérer les jeunes éloignés du système de santé Accompagner ces jeunes dans une démarche : – d'accès à une couverture sociale – de déclaration d'un médecin traitant – de dépistage de leurs problèmes de santé éventuels
Contenu de l'action	Bilan de santé dans un centre de la CPAM de Gap Vérification de la couverture sociale Séances d'information sur le système de santé Séances sur la promotion de la santé/d'éducation pour la santé sur des thèmes variés (stress, sommeil, addictions...)
Partenaires	Financiers : – région – villes de Digne et Manosque – Fondation de France Opérationnels : – Atelier santé ville de Digne et de Manosque – CoDES 04 – CARSAT – centre d'examen de santé de Gap – association Action pour la Mobilité vers l'Emploi – Ligue de l'enseignement 04

Remarque : la méthode du QQQQCP aurait également pu être utilisée pour caractériser cette action de prévention. Suivant les informations disponibles concernant une action, les rubriques de la fiche peuvent varier.

2. Quels autres éléments pourraient compléter la caractérisation d'une action de prévention ?

- Coût.
- Moyens matériels.
- Évaluation.
- Perspectives d'avenir...

3. À quel(s) niveau(x) de prévention cette action correspond-elle ? Justifiez votre réponse.

- Prévention primaire : information et éducation pour la santé sur des thèmes variés pour réduire la survenue de problèmes de santé.
- Prévention secondaire : bilans de santé/dépistage.

◆ Activité 5 – Caractéristiques d'une action de prévention pour la sécurité routière

1. Réalisez sur une feuille annexe un document synthétique pour présenter l'action de prévention du document 7.

Intitulé de l'action : **Action de prévention routière « Opération Capitaine de soirée »**

Caractéristiques de l'action	
Contexte Diagnostic Besoin identifié	Risque routier : première cause de mortalité des jeunes Dangers de l'alcool au volant
Structures de pilotage	Association de Prévention Routière (comités départementaux) et Fédération française des sociétés d'assurance
Public	Jeunes qui sortent en soirées en groupe
Territoire et période de l'action	Ensemble du territoire dans des lieux stratégiques (discothèques, soirées étudiantes, festivals, bars...) Depuis 1997, action toujours en cours
Objectifs	Réduire la mortalité liée au risque routier chez les jeunes Sensibiliser les jeunes aux dangers de l'alcool au volant
Contenu de l'action	Campagne de communication (affiches...) Distribution d'éthylotests Incitation à désigner un capitaine de soirée Mise à disposition des organisateurs de soirées étudiantes de matériels de prévention

Partenaires	Bénévoles Organisateurs de soirées Entreprises Pouvoirs publics Organisations professionnelles Associations
--------------------	--

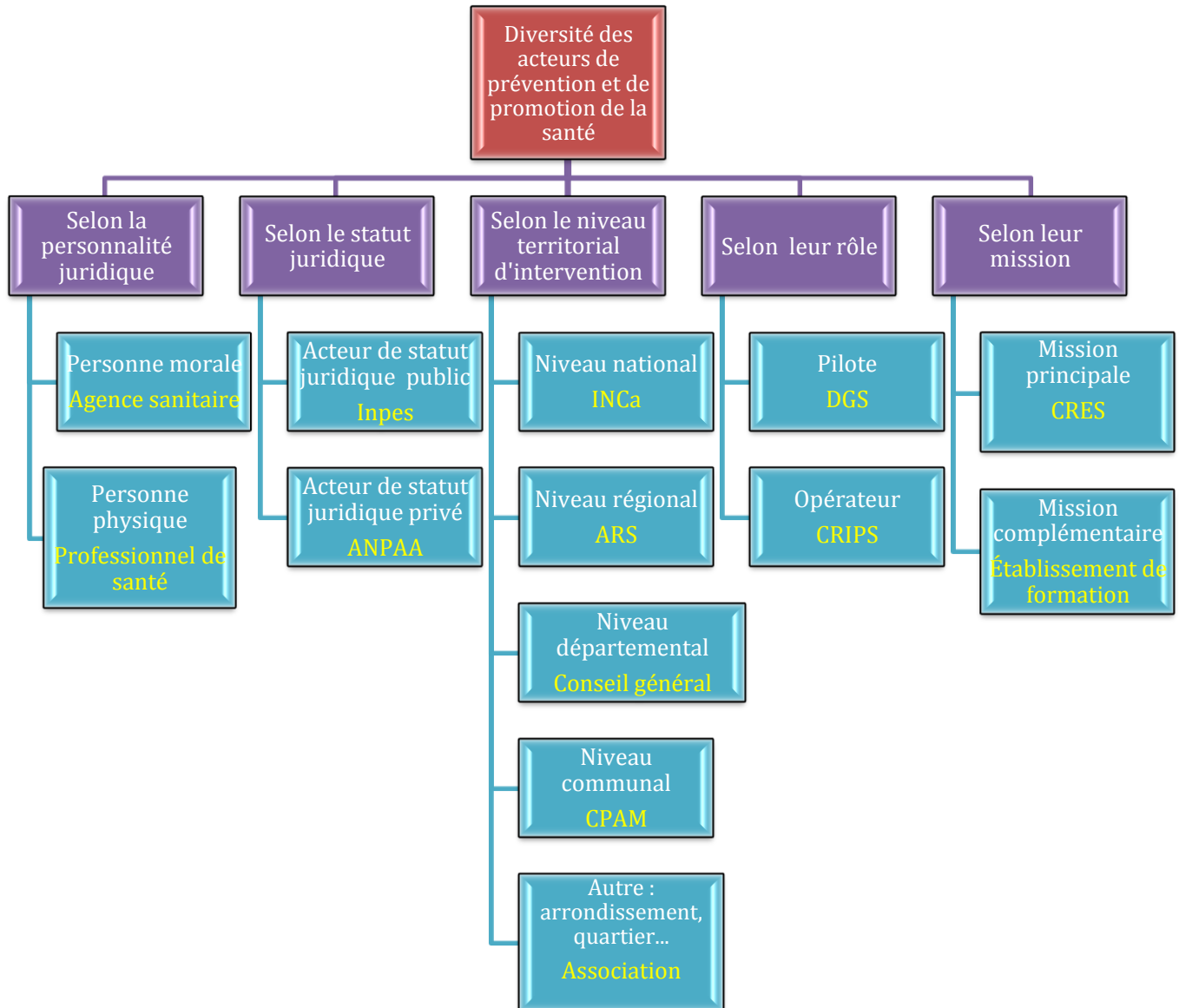
Remarque : les élèves pourraient rechercher tous les supports utilisés pour la campagne de communication.

2. À quel(s) niveau(x) de prévention cette action correspond-elle ? Justifiez votre réponse.

Prévention primaire car le but est d'éviter les accidents de la route par une sensibilisation des dangers de l'alcool au volant.

➤ **Ce qu'il faut retenir**

1. Réalisez un schéma pour montrer la diversité des acteurs de prévention et de promotion de la santé. Illustrez par des exemples d'acteurs.



Remarque : schéma non exhaustif, d'autres critères montrant la diversité des acteurs peuvent être ajoutés.

2. Indiquez des éléments permettant de caractériser une action de prévention :

- Intitulé.
- Contexte/diagnostic/besoin à son origine.
- Pilote.

- Public.
- Territoire et période.
- Objectifs.
- Contenu.
- Partenaires...

Chapitre 10

Système de soins : la production des soins

Fiche I – Système de soins et complémentarité de ses composantes

◆ Activité 1 – Notion de système de soins

À l'aide des documents 1 et 2 ci-dessous, répondez aux questions suivantes.

1. Citez les trois composantes du système de soins :

1. offre de soins ; 2. demande de soins ; 3. financeurs des soins.

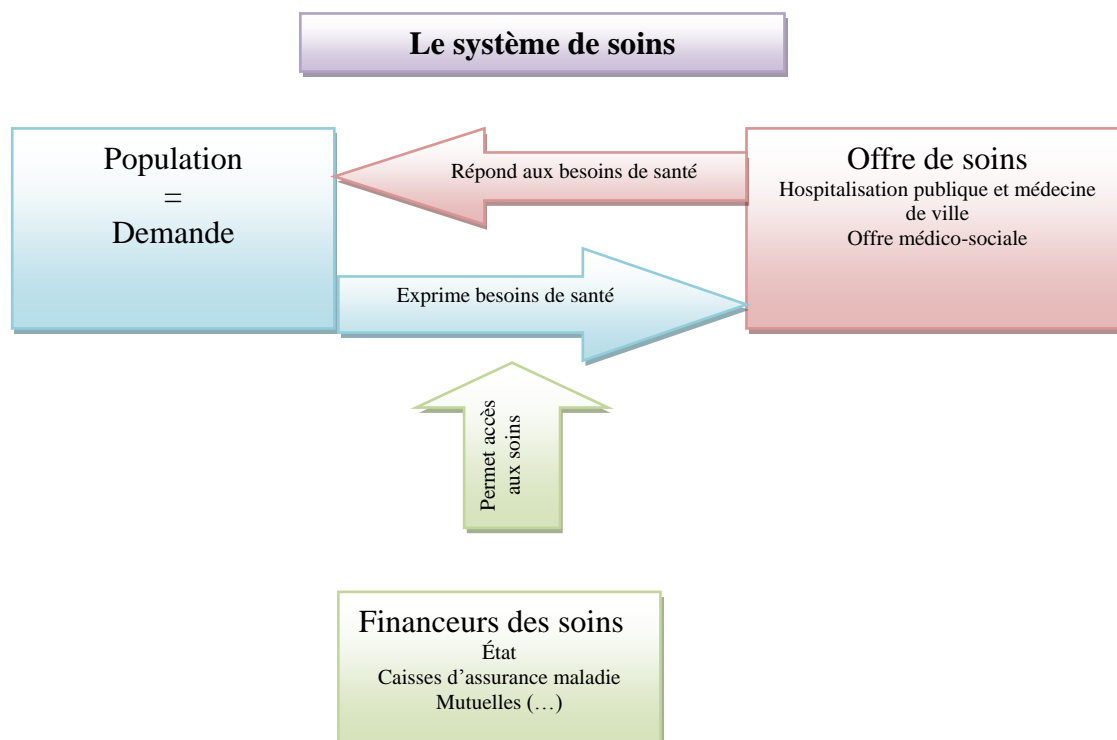
2. À quelle composante correspond la production des soins ?

À l'offre de soins.

3. Justifiez que l'on utilise la notion de système pour désigner ces trois composantes.

- Éléments de différentes natures, en lien, qui dépendent les uns des autres et qui forment un tout organisé.
- La demande exprime des besoins de santé en direction de l'offre de soins qui y répond.
- Les financeurs permettent l'accès à l'offre, donc aux soins.

4. Réaliser un schéma, sur feuille annexe, représentant l'ensemble des éléments du système de soins et leurs liens.



◆ Activité 2 – Les producteurs de soins en chiffres

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 3 et 4.

1. Comment les établissements de santé sont-ils classés ?

Les établissements de santé sont classés en deux catégories faisant référence au statut juridique des établissements : établissements publics de santé et établissements privés de santé.

2. Quelle remarque pouvez-vous faire sur la répartition des établissements de santé ?

Les établissements privés dominent l'offre en nombre d'établissements : sur près de 2900 établissements de santé, presque deux fois plus d'établissements privés que d'établissements publics de santé.

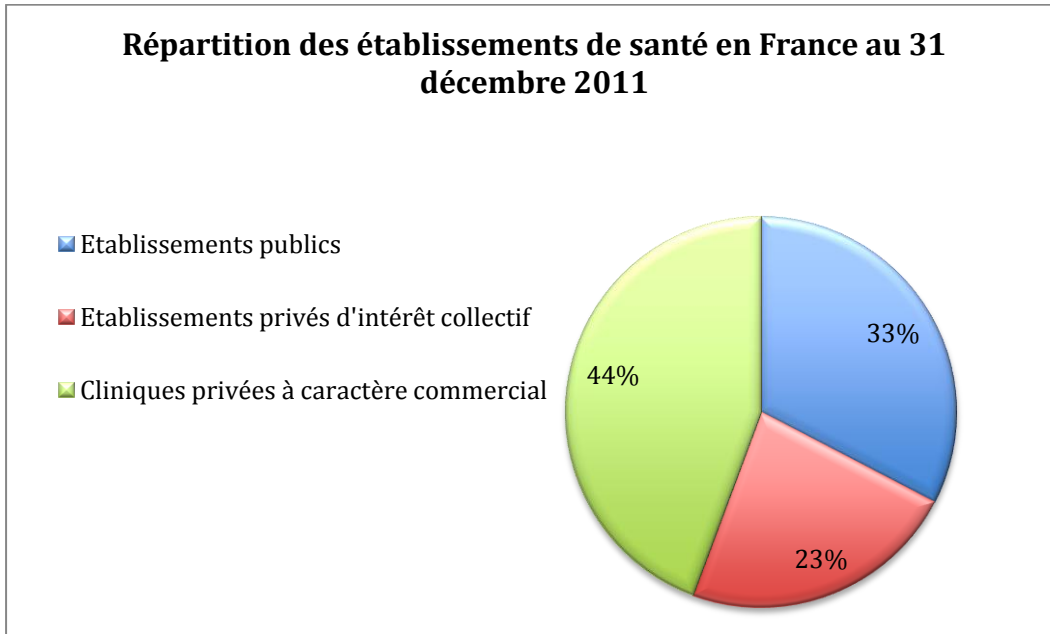
Remarque : la capacité d'hospitalisation de l'offre publique est nettement supérieure, elle représente environ 3/5 des 488 000 lits et places.

3. Indiquez les deux grandes catégories de professionnels de santé et leurs statuts.

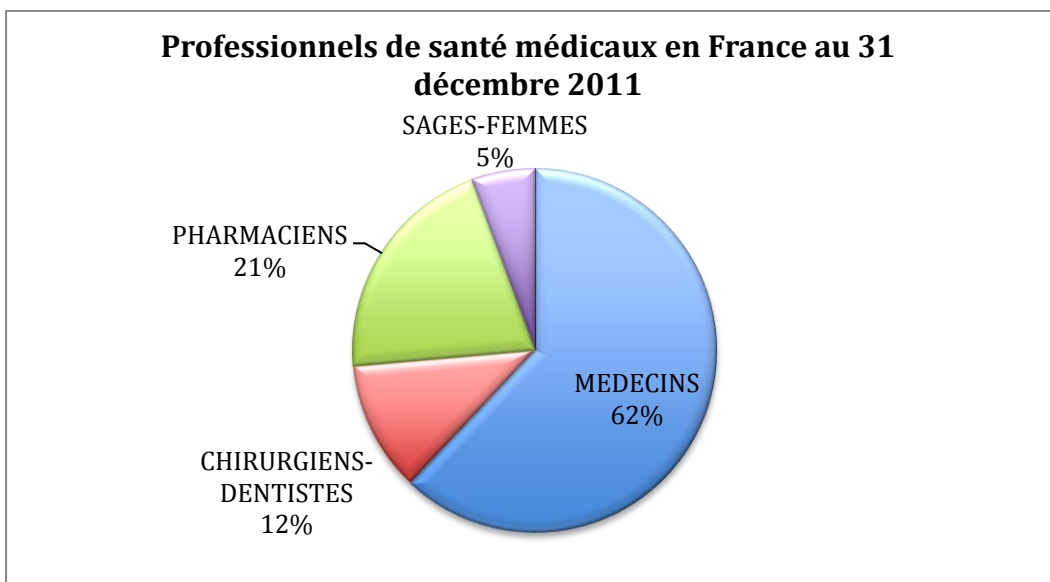
Professionnels médicaux et non médicaux (ou auxiliaires médicaux).
Différents statuts d'exercice salarié, libéral ou statut mixte.

4. Représentez à l'aide d'un grapheur :

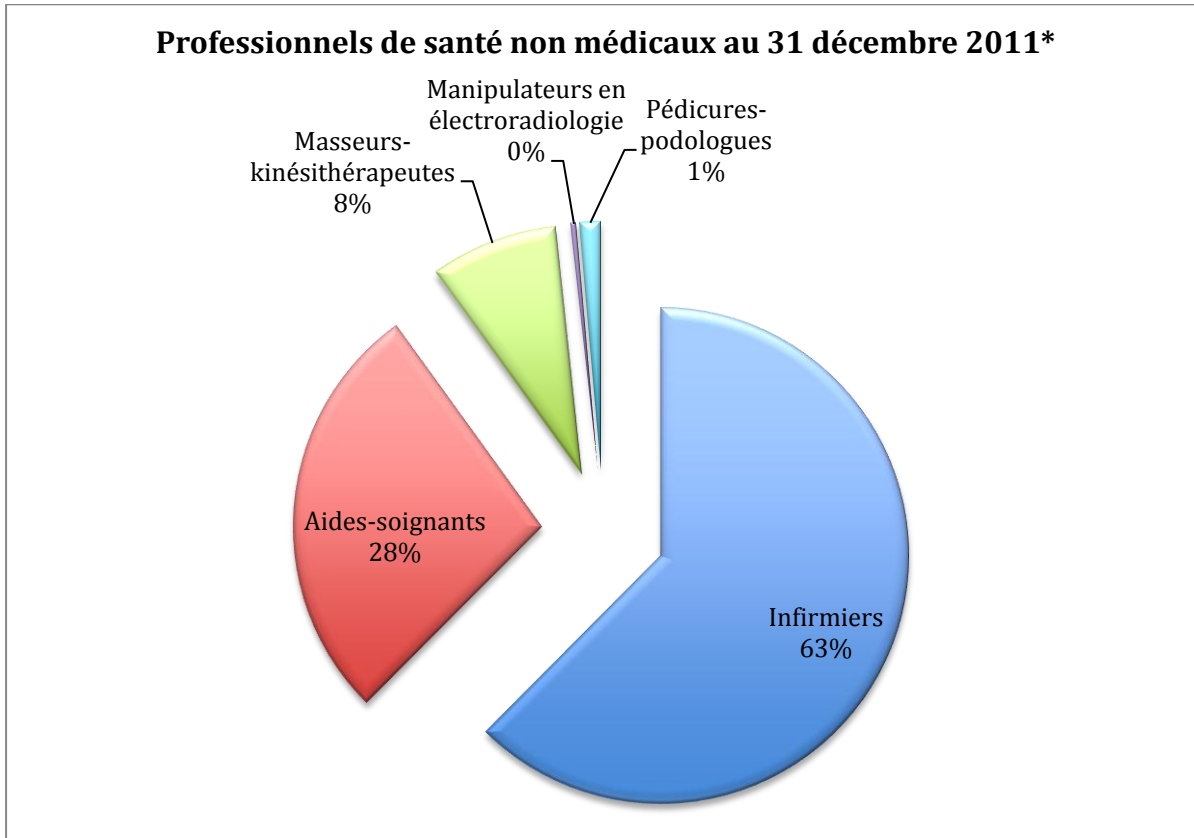
a. la répartition des établissements de santé :



b. la répartition des professionnels de santé médicaux :



c. la répartition des professionnels de santé non médicaux :



*Remarque : tous les professionnels de santé non médicaux n'étant pas représentés dans les données, la répartition est obtenue sur la base du total des professionnels dont les effectifs sont notés dans le document, soit sur un total de 935 800 professionnels.

◆ **Activité 3 – Les établissements de santé : formes de prises en charge et activités**

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 5 et 6.

1. **Quelle mission commune assurent les établissements de santé publics et privés ?**

Diagnostic, surveillance et traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

2. **Quelles formes de prise en charge proposent les établissements de santé ?**

Prises en charge avec hébergement, ambulatoire ou à domicile.

3. Quelle remarque pouvez-vous faire sur les activités assurées par les établissements privés d'intérêt collectif ?

Les activités sont variées : MCO, SSR, prise en charge des personnes âgées dépendantes...
Ils interviennent sur des activités identiques à celles des établissements publics.

4. Quelle est l'activité qui correspond à une offre de prise en charge médico-sociale ?

L'hébergement des personnes âgées dépendantes dans le cadre des EHPAD correspond à une offre médico-sociale de prise en charge.

◆ **Activité 4 – La prise en compte de l'évolution de l'offre de soins**

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 7 et 8.

1. Expliquez comment doivent évoluer l'offre de soins puis les facteurs qui rendent nécessaire cette évolution.

Il est nécessaire de faire l'offre de soins dans le sens d'une collaboration étroite entre ses composantes, visant le décloisonnement entre les acteurs et la promotion de parcours de santé fluides.

Les facteurs justifiant cette évolution nécessaire sont les suivants :

- profondes transformations du système de santé affectant tous les acteurs ;
- augmentation des pathologies chroniques ;
- vieillissement de la population.

2. Comment se traduit la volonté de faire évoluer l'offre de soins au niveau des acteurs de pilotage de l'offre de soins ?

Cette volonté de faire évoluer l'offre de soins se traduit :

- au niveau national par la substitution de la DGOS à la DHOS en 2010 ;
- au niveau régional par la mise en place des ARS.

Ces modifications traduisent la volonté d'une approche globale de l'offre de soins intégrant aussi bien la ville que l'hôpital.

◆ Activité 5 – Les outils de la complémentarité des établissements de santé

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 9 à 14.

1. Présentez les objectifs des coopérations encouragées par la loi HPST et citez les dispositifs de cette coopération.

Les objectifs sont de :

- dépasser les logiques de concurrence entre secteurs (public/privé, ville/hôpital, sanitaire/médico-social) ;
- favoriser les complémentarités entre professionnels, établissements ou structures.

Les deux nouveaux dispositifs sont :

- la communauté hospitalière de territoire (CHT) ;
- le groupement de coopération sanitaire (GCS).

2. Expliquez dans quel contexte la communauté hospitalière de territoire (CHT) en Rhône-Alpes de Villefranche–Tarare a été créée et montrez par des exemples comment les objectifs de cette CHT pourront être atteints. Répondre sur feuille annexe.

Cette CHT, basée sur un projet médical commun, a été conclue entre deux centres hospitaliers (celui de Tarare et celui de Villefranche) dans le contexte suivant :

- **nécessité de renforcer l'offre publique sur les deux territoires** par une prise en charge de qualité : il faut renforcer l'attractivité de l'hôpital de Tarare et renforcer le plateau technique de Villefranche ;
- nécessité d'améliorer les indicateurs de santé de la population de Tarare.

En effet, ce bassin de 50 000 habitants, où plus d'un foyer sur deux vit en dessous du seuil de pauvreté et où le taux de chômage est supérieur à 15 %, est la zone de soins de proximité la plus en difficulté de la région Rhône-Alpes :

- indicateurs de santé (morbidité et mortalité) très dégradés pour de nombreux problèmes de santé ;
- accès aux soins en secteur 1 restreint par l'absence de certaines spécialités à l'hôpital, ce qui contraint la population à se rendre en cliniques privées.

La formation de cette CHT est donc une réponse aux besoins de santé de la population du territoire de Tarare, et notamment aux problèmes d'accès aux soins.

De nombreux moyens doivent permettre à cette CHT d'atteindre ses objectifs :

Objectifs de la CHT	Exemples de moyens pour atteindre les objectifs
Améliorer la qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> – Amélioration de l'accès aux soins par des consultations spécialistes régulières (hebdomadaires) à Tarare – Renforcement du plateau technique de Villefranche – Coopération pour le développement d'outils de téléconférence et télémédecine

Renforcer et pérenniser l'offre de soins	<ul style="list-style-type: none"> – Création de 30 lits de soins de suite et de réadaptation et création d'un nouvel hôpital à Tarare – Renforcement du plateau technique de Villefranche – Maintien d'un service d'urgences à Tarare
Diminuer les coûts de prise en charge de manière globale	Équipe chirurgicale commune

3. Quel est l'acteur qui valide la création de la CHT ?

Le directeur de l'agence régionale de santé.

4. Indiquez dans le tableau ci-dessous les points communs et les différences entre les communautés hospitalières de territoire (CHT) et les groupements de coopération sanitaire (GCS) de moyens.

Points communs et différences entre CHT et GCS de moyens

Points communs	Différences
<ul style="list-style-type: none"> – Outils de coopération définis par la loi HPST de 2009 – Mutualisation des moyens – Participation d'établissements de santé 	<ul style="list-style-type: none"> – GCS de moyens ouvert aux établissements privés et à d'autres acteurs que des établissements de santé (médecine de ville...) contrairement aux CHT – Pas de personnalité juridique propre pour les CHT

◆ Activité 6 – La coopération des professionnels de santé

À partir des documents 15 à 17, répondez aux questions suivantes.

1. Indiquez en quoi consiste la coopération des professionnels de santé.

Transferts d'actes ou d'activités de soins des médecins à d'autres professionnels de santé.

2. Complétez le tableau suivant.

La coopération des professionnels de santé

Cadre juridique	Loi HPST du 21 juillet 2009 (article 51)
Objectifs	Favoriser de nouvelles organisations des soins pour : <ul style="list-style-type: none"> – améliorer la qualité du système de santé – optimiser le parcours de soins du patient
Outil formalisant la coopération	Protocole de coopération
Types de prise en charge	Suivi des patients atteints de pathologies chroniques Consultations Actes techniques

3. Quel est l'objet de la coopération des professionnels qui a été autorisée à l'Institut Paoli-Calmettes ?

Transfert d'actes entre médecins et infirmiers pour la réalisation de myélogrammes.

4. Comment la HAS et l'ARS sont-elles intervenues ?

- HAS :
 - analyse et expertise les protocoles de coopération ;
 - rend un avis/valide les protocoles.
- ARS : autorise la mise en œuvre du protocole de coopération.

5. Énoncez les intérêts de la coopération des professionnels dans le tableau ci-dessous.

Les intérêts de la coopération des professionnels

Médecins	Autres professionnels de santé	Patients
Optimisation du temps médical pour privilégier des activités purement médicales	Valorisation des compétences	Optimisation du parcours de soins
Exercice pluriprofessionnel favorisé	Élargissement du champ d'action et des missions	Moins de déplacements
Une réponse aux problèmes de démographie médicale	Évolution et perspectives de carrières autres que l'encadrement ↓ Profession plus attractive	Une réponse aux problèmes de démographie médicale

◆ Activité 7 – Les maisons de santé

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 18 et 19.

1. Montrez que la maison de santé pluridisciplinaire de Pont-d'Ain répond aux critères de définition des maisons de santé précisés par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2008 et indiquez les intérêts de cette forme d'offre de soins (répondre sur feuille annexe).

La maison de santé pluridisciplinaire de Pont-d'Ain répond en effet aux critères de définition de cette forme d'offre de soins précisés par loi de financement de la sécurité sociale de 2008 :

Critères de définition	Éléments correspondants pour la maison de Pont D'Ain
Activité de soins sans hébergement	Accueil des patients uniquement en journée Soins médicaux et paramédicaux dispensés
Actions de santé publique, de	Actions de prévention prévues (groupes thérapeutiques)

prévention et d'éducation à la santé	notamment pour le diabète
Actions sociales	Orientation des patients en difficultés vers le centre social
Présence de professionnels de santé et médico-sociaux	Équipe pluridisciplinaire : médecins, orthophoniste, infirmières, pharmacien
Projet de santé	Harmonisation des pratiques et exercice coordonné, actions de prévention

Les intérêts de cette forme d'offre de soins sont nombreux, pour la population comme pour les professionnels :

- pour la population :
 - amélioration de la prise en charge : pluridisciplinarité, coordination des soins, prévention, prise en compte de leurs difficultés sociales. Donc prise en charge globale,
 - regroupement des professionnels dans un même lieu : accès aux soins facilité, moins de déplacements ;
- pour les professionnels :
 - amélioration des pratiques professionnelles liée à l'exercice de groupe : harmonisation des pratiques, coordination des soins, partage des expériences,
 - amélioration de la qualité de vie : réponse aux aspirations nouvelles des médecins, plus de temps libre donc de loisirs, moins de stress, conciliation vie professionnelle/vie familiale plus aisée pour les femmes.

2. Qu'est-ce qui différencie les maisons de santé des cabinets médicaux de groupe ?

L'existence d'un projet de santé.

◆ Activité 8 – Les réseaux de santé

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 20 à 22.

1. Complétez le tableau suivant.

Présentation de deux réseaux de santé

Nom du réseau	Réseau 1 (document 21) : Asma	Réseau 2 (document 22) : Dialogs
Type de patients	Adolescents ayant fait une tentative de suicide et leur famille	Patients atteints du diabète de type 2
Objectifs	Assurer la qualité et la continuité du suivi des adolescents Éviter la récurrence Former les professionnels	Optimiser la prise en charge des patients Dépister les complications Responsabiliser les patients
Activités	Coordination des acteurs de la prise en charge Création d'équipes ressources dans les collèges Formation des professionnels de l'Éducation nationale à la détection des situations de souffrance	Activités sportives : gymnastique, marche, gymnastique aquatique Rencontres avec d'autres patients Réunions pédagogiques Consultations Formation des professionnels

	Orientation rapide des adolescents vers des spécialistes partenaires Médiation parents-enfants	
Réseau généraliste ou spécifique ?	Spécifique à une population et à une pathologie	Spécifique à une pathologie

2. Quelles remarques pouvez-vous faire sur les acteurs impliqués dans ces réseaux ?

- Nombreux acteurs impliqués.
- Diversité des acteurs : professionnels de la santé, du secteur socio-éducatif, du sport...
- Ces acteurs sont issus de différents milieux : offre de soins libérale et hospitalière, aide sociale à l'enfance, Éducation nationale.

3. Montrez, à partir des deux exemples de réseaux, comment ils répondent aux objectifs visés par la loi du 4 mars 2002.

Ces réseaux répondent aux objectifs assignés par la loi :

- favoriser l'accès aux soins :
 - proximité des soins,
 - orientation vers différents professionnels,
 - prise en charge des consultations ;
- favoriser la coordination des soins :
 - cellule de coordination, médecins coordonnateurs,
 - outils de circulation de l'information (fiche Internet, dossier médical partagé informatisé) ;
- favoriser la continuité des soins :
 - dossier médical partagé,
 - protocole de suivi après hospitalisation,
 - contacts réguliers entre les acteurs des réseaux et les patients ;
- favoriser l'interdisciplinarité de la prise en charge : diversité des professionnels intervenant autour d'un même patient (prise en charge sanitaire, sociale, psychologique).

Au regard de ces éléments, on peut donc en déduire qu'ils permettent une prise en charge globale, coordonnée, continue et interdisciplinaire des patients.

Fiche II – La permanence des soins dans les territoires

◆ **Activité 9 – La démographie médicale : quelle évolution ?**

Répondez aux questions suivantes à partir du document 23.

1. Indiquez les problèmes soulevés par le conseil national de l'Ordre concernant la démographie médicale et son évolution.

- Recul de la densité médicale.
- Vieillesse de la population médicale.
- Relève insuffisante notamment chez les généralistes.
- Répartition géographique très inégale.
- Présence de déserts médicaux.
- Faible proportion de jeunes médecins choisissant l'exercice libéral.

2. Déduisez les conséquences possibles de l'évolution de la démographie médicale pour les patients et pour les établissements de santé accueillant les urgences.

- Pour les patients :
 - difficultés d'accès aux soins notamment la nuit et le week-end, difficultés encore plus importantes dans les zones sous-dotées ;
 - risque de dégradation de l'état de santé.
- Pour les établissements de santé accueillant les urgences : risque de surcroît d'activité (alors que les services des urgences sont déjà engorgés) lié au nombre insuffisant de médecins dans les années à venir.

◆ **Activité 10 – L'utilité des maisons médicales de garde**

1. D'après le document 24, à quel problème peuvent être confrontés les usagers du système de soins ? À quelles solutions peuvent-ils avoir recours ?

Les usagers peuvent être confrontés à la difficulté de trouver un médecin la nuit, les week-ends et les jours fériés.

Ils peuvent avoir recours dans ce cas à/aux :

- SOS médecins ;
- urgences d'un établissement de santé ;
- une maison médicale de garde qu'ils y accèdent par leurs propres moyens ou après orientation par le 15.

2. Quels sont les intérêts des maisons médicales de garde ?

Elles facilitent l'accès aux soins des usagers pour des maladies prises en charge par la médecine générale (les cabinets médicaux sont fermés).

Elles structurent la permanence des soins et elles permettent de décharger les services d'urgences hospitaliers, sachant que de nombreuses entrées ne correspondent pas toujours à de véritables urgences.

◆ **Activité 11 – La permanence des soins**

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 25 et 26.

1. En quoi consiste la permanence des soins ? Pourquoi est-elle indispensable ?

La permanence des soins consiste en l'organisation de l'offre de soins libérale afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés des patients.

Elle est indispensable pour permettre aux patients d'accéder aux soins quand :

- les cabinets de médecins libéraux sont fermés ;
- dans certains secteurs ou à certains moments de l'année l'offre de soins est insuffisante.

2. Quels producteurs de soins participent à la permanence des soins ?

Les médecins dans le cadre de leur activité libérale en collaboration avec les établissements de santé.

3. Depuis quand la permanence des soins est-elle une mission de service public ?

La permanence des soins est une mission de service public depuis la loi du 21 décembre 2006 (loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007).

4. Quelle est la précision apportée par la loi HPST concernant cette mission ?

La loi HPST affirme que les établissements de santé peuvent participer à la permanence des soins.

◆ **Activité 12 – L'organisation de la permanence des soins ambulatoires**

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 27 et 28.

1. Pourquoi peut-on dire que la permanence des soins ambulatoires est un dispositif non rigide ?

La permanence des soins ambulatoires est un dispositif non rigide dans la mesure où :

- il peut être étendu à d'autres horaires et jours que ceux prévus en fonction des besoins de la population ;
 - il est organisé selon des territoires qui peuvent varier suivant les horaires, les périodes de l'année toujours en fonction des besoins de la population.
- Il peut donc varier dans le temps et dans l'espace.

2. Qui définit l'organisation de la permanence des soins ?

C'est le directeur de l'ARS qui est responsable de l'organisation de la permanence des soins.

3. Sur quel principe repose la participation des médecins à la permanence des soins ? Quels rôles peuvent-ils être amenés à jouer dans ce dispositif ?

La participation des médecins repose sur le principe du volontariat.

Ils peuvent être amenés à jouer le rôle de :

- effecteur, c'est-à-dire assurer des consultations et/ou des visites ;
- régulateur, c'est-à-dire orienter les demandes de soins vers un médecin effecteur ou une structure adéquate.

4. Expliquez la notion de territoire de permanence des soins.

Espace ou périmètre géographique d'organisation de l'activité de permanence des soins au sein d'une région. Il s'agit d'un territoire de proximité pour l'accès aux soins de premiers recours : généralistes, pharmaciens, infirmiers.

◆ **Activité 13 – Organisation de la permanence des soins ambulatoires en Bretagne**

Répondez aux questions suivantes à partir du document 29.

1. Tous les usagers de la région Bretagne disposent-ils de la même offre de soins dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires ?

Tous les usagers ne disposent pas de la même offre dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires.

Selon les territoires, certains disposent de SOS médecins et/ou d'une maison médicale de garde. Les usagers de certains territoires n'en disposent pas.

2. Selon vous, pourquoi le nombre de territoires de permanence des soins ambulatoires varie-t-il de 58 à 60 dans cette région ?

Le nombre de territoires de PDSA qui est de 58, passe à 60 en été. Cela peut s'expliquer par les flux touristiques à cette période-là de l'année qui sont à l'origine d'une augmentation temporaire de la population de certains territoires.

◆ **Activité 14 – La participation des médecins généralistes à la permanence des soins**

Dégagez deux idées essentielles du document 30.

La PDS n'est pas assurée de façon équitable sur les différents territoires par les médecins généralistes.

Pour la majorité des départements (3 départements/4), on observe une assez bonne, voire très bonne participation des médecins : 60 % de participation et plus.

Dans quelques départements, la participation est très faible (moins de 20 % de participation).

Remarque : il ne semble pas y avoir de lien entre nombre de médecins et PDS. La région PACA qui compte le plus de médecins (avec l'Île-de-France) est une région où les médecins participent plutôt faiblement.

◆ Activité 15 – La permanence des soins en établissements de santé

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 31 et 32.

1. Citez les acteurs de l'offre de soins qui participent à la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) et les activités concernées.

Établissements de santé publics ou privés pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique.

2. Quelles sont les différences entre PDSES et continuité des soins ?

La PDSES n'est pas une obligation pour les établissements de santé et consiste en l'accueil et la prise en charge de patients non déjà hospitalisés contrairement à la continuité des soins.

3. Dans les situations suivantes, le patient est-il pris en charge dans le cadre de la PDSES ?

Situations	OUI	NON
Patient pris en charge en service de psychiatrie un dimanche à 22 heures		×
Patient accueilli dans le cadre de l'urgence un lundi à 10 heures		×
Patiente prise en charge pour une urgence obstétrique le samedi à 15 heures	×	
Patient pris en charge pour une urgence chirurgicale le 25 décembre	×	

Fiche III – Missions de service public des établissements de santé

◆ **Activité 16 – Notion de mission de service public**

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 33 et 34.

1. Quelle définition pourriez-vous donner de la notion de « mission de service public » ?

Service dû aux usagers par l'État (ou mission d'intérêt général, prestation, ou encore activité).

2. Indiquez pourquoi la notion de « service public » s'est substituée à celle de « service public hospitalier ». Quel est l'objectif de cette modification ?

La notion de service public s'est substituée à celle de service public hospitalier car la loi HPST prévoit la possibilité de confier aux établissements de santé privés, quel que soit leur statut, une ou plusieurs missions de service public dans le cadre d'un contrat signé entre le directeur général de l'ARS et ceux-ci. On ne peut donc plus parler de service public hospitalier.

L'objectif de cette modification est d'offrir une meilleure couverture de soins et de prise en charge quel que soit le lieu géographique de l'utilisateur.

3. La possibilité pour les établissements privés de santé d'assurer des missions de service public est-elle sans condition ? Justifiez par un exemple.

Non, les établissements de santé privés sont tenus à certaines obligations comme de garantir à tout patient l'égal accès à des soins de qualité ou encore une prise en charge aux tarifs fixés par les pouvoirs publics.

◆ **Activité 17 – Missions de service public des établissements de santé**

1.a. Recherchez dans le Code de la santé publique (consultez le site Internet www.legifrance.gouv.fr) :

- les missions de service public des établissements de santé ;
- les acteurs de l'offre de soins autres que les établissements de santé qui peuvent être chargés d'assurer ou de contribuer à assurer des missions de service public.

b. Présentez les résultats de votre recherche sur feuille annexe.

Pas d'éléments de corrigé pour cette activité : voir la loi.

2. En fonction de quel critère les acteurs de l'offre de soins, autres que les établissements de santé, peuvent-ils assurer ou contribuer à assurer les missions de service public ?

En fonction des besoins de la population appréciés par le schéma régional d'organisation des soins.

3. La loi prévoit que les missions de service public soient assurées sur tous les territoires de santé. Que se passe-t-il si ce n'est pas le cas ?

Le directeur général de l'agence régionale de santé, sans préjudice des compétences réservées par la loi à d'autres autorités administratives, désigne la ou les personnes qui en sont chargées.

◆ **Activité 18 – Illustration des missions de service public des établissements de santé**

Complétez le tableau suivant à partir des exemples des documents 35 à 37.

Exemples d'actions mises en œuvre par des établissements de santé pour assurer des missions de service public

Établissement de santé concerné	Centre hospitalier de Voiron	Hôpital Édouard-Herriot de Lyon	CHU Clermont-Ferrand
Mission(s) de service public assurée(s)	Action de prévention et d'éducation pour la santé	Permanence des soins Lutte contre l'exclusion	Recherche
Action(s) mise(s) en œuvre pour assurer cette mission	Participation à des journées de santé publique à différents niveaux : affichage, exposition, débats... sur des thèmes variés (tabac, alimentation, don d'organes...)	PASS : – consultations médico-sociales – orientation vers des structures de prise en charge adaptées	Étude sur la prise en charge des traumatismes crâniens modérés au sein du service des urgences pédiatriques
Partenaires	Établissements scolaires	Médecins du monde Associations caritatives Services sociaux...	Faculté de médecine (université d'Auvergne)

◆ **Activité 19 – Illustration des missions de service public pour un territoire de santé**

Recherchez des exemples d'activités ou actions mises en œuvre par des établissements de santé de votre territoire de santé pour assurer leurs missions de service public.

Vous pouvez prendre contact avec un ou plusieurs établissements de santé et/ou effectuer une recherche Internet.

Présentez les résultats de votre recherche de manière synthétique dans un tableau.

*Pas d'éléments de corrigé pour cette question.
Les élèves pourront s'inspirer du tableau de l'activité 18.*

➤ **Ce qu'il faut retenir**

1. Citez les composantes du système de soins :

Demande de soins, offre de soins et financeurs des soins.

2. Quelle loi a récemment posé les bases de la collaboration entre les secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoires de l'offre de soins ?

La loi HPST DU 21 juillet 2009.

3. Citez deux objectifs de la coopération entre les acteurs de l'offre de soins.

- Améliorer l'accès aux soins.
- Améliorer la qualité des soins, permettre une prise en charge globale.
- Diminuer les coûts de prise en charge...

4. Citez les différentes catégories d'établissements de santé selon le statut juridique.

- Établissements publics de santé.
- Établissements privés d'intérêt collectif.
- Établissements privés commerciaux (ou à but lucratif).

5. Quel type de structure de l'offre de soins ambulatoire se développe en milieu rural afin de favoriser l'accès aux soins ?

Les maisons de santé pluridisciplinaires.

6. Citez trois formes de coopération entre les acteurs de l'offre de soins.

CHT, GCS, réseaux de santé, maisons de santé pluridisciplinaires...

7. Répondez par vrai ou par faux aux affirmations suivantes.

n°	Affirmations	Vrai	Faux
1	Tous les établissements de santé, quels qu'ils soient, peuvent assurer des missions de service public	x	
2	Les capacités d'hospitalisation des établissements de santé publics sont supérieures à celles des établissements privés.	x	
3	Les établissements publics de santé sont plus nombreux que les établissements privés de santé		x
4	Tous les établissements de santé ont des activités de médecine–chirurgie–obstétrique (MCO)		x
5	Le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades sont une mission commune à tous les établissements de santé quel que soit leur statut juridique	x	
6	Les établissements publics de santé doivent assurer toutes les missions de service public		x
7	La médecine de ville correspond à l'offre de soins ambulatoires	x	
8	C'est l'ARS qui organise la permanence des soins ambulatoires	x	
9	La permanence des soins ambulatoires s'organise à l'échelon régional	x	
10	La permanence des soins suppose la présence d'une maison médicale de garde dans chaque territoire de permanence des soins		x
11	Les médecins libéraux sont tenus de participer à la permanence des soins ambulatoires		x
12	Les CHT sont des outils de coopération entre établissements de santé publics exclusivement	x	
13	Les réseaux de santé ont été définis officiellement par la loi HPST		x

Chapitre 11

Systeme de soins : accès aux soins et réduction des inégalités

Fiche I – Accès aux soins et réduction des inégalités de santé

◆ **Activité 1 – L'accès aux soins : un déterminant de santé**

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 1 à 3.

1. Quelles raisons peuvent expliquer que l'accès aux soins soit une préoccupation majeure des consommateurs enquêtés par l'UFC-Que choisir ?

- Présence de déserts médicaux et éloignement de l'offre qui devrait s'accroître dans les années à venir.
- Dépassements d'honoraires des médecins qui freinent leur accès aux soins.

2. Identifiez et expliquez les deux conditions nécessaires à l'accès aux soins évoquées.

Pour accéder aux soins, il faut que :

- les prestataires de soins soient accessibles matériellement, c'est-à-dire que cela dépend de la proximité de l'offre et de la longueur du trajet à effectuer ;
- les soins soient accessibles socialement, c'est-à-dire que les individus aient la possibilité financière d'y recourir notamment grâce à la protection sociale.

3. Expliquez à l'aide d'exemples pourquoi l'accessibilité aux soins peut être considérée comme un déterminant de santé et un éventuel facteur de risque.

L'accessibilité aux soins peut exercer une influence positive ou négative sur la santé des individus.

L'accessibilité aux soins peut influencer l'état de santé positivement lorsque l'offre de soins est proche de l'individu et qu'il peut y accéder rapidement. C'est par exemple le cas dans une situation d'urgence médicale (infarctus, accident de la circulation...).

La possibilité financière de recourir aux soins favorise également la santé. C'est notamment le cas pour les actes médicaux non ou peu pris en charge par la protection sociale : pose de prothèses dentaires par exemple.

Dans le cas contraire, pour le premier exemple, le risque de séquelles ou de mortalité sera plus élevé en raison d'une prise en charge plus tardive.

Pour le deuxième exemple, le risque que la santé bucco-dentaire se dégrade sera plus important.

L'accessibilité des soins est donc un déterminant de la santé et un éventuel facteur de risque.

◆ **Activité 2 – L'accessibilité spatiale aux soins**

Quelles remarques pouvez-vous faire à partir du document 4 ?

Remarques essentielles à faire :

- concernant l'accessibilité au médecin généraliste en 15 minutes :
 - l'accès géographique au généraliste en 15 minutes est globalement satisfaisant sur les territoires,
 - ce sont essentiellement les zones rurales ou montagneuses qui présentent de nombreux territoires non couverts,
 - la Corse est la région où les territoires non couverts sont les plus concentrés ;
- concernant l'accessibilité aux maternités de niveau 3 :
 - la plupart des territoires sont couverts à moins de 1 h 30,
 - là aussi ce sont les zones rurales ou montagneuses qui présentent le plus de territoires non couverts à 1 h 30,
 - l'ensemble de la Corse n'a pas d'accessibilité à moins de 1 h 30.

◆ **Activité 3 – Accès aux soins et réduction des inégalités de santé**

Répondez aux questions suivantes à partir du document 5.

1. Pourquoi l'importance du principe d'équité a été rappelée par l'OMS dans son rapport de 2009 ? Que suppose-t-il ?

L'importance du principe d'équité horizontale, qui suppose que chacun reçoive un traitement égal pour un besoin de soins égal, a été rappelée par l'OMS car c'est, selon elle, une condition nécessaire pour réduire les inégalités de santé.

2. Expliquez pourquoi favoriser l'accès aux soins participe à la réduction des inégalités de santé.

Les inégalités de santé, et notamment les inégalités sociales de santé, sont liées à une utilisation insuffisante et/ou trop tardive des services de santé par les groupes sociaux les plus pauvres et les moins éduqués pour diverses raisons : préférences différentes pour la santé, barrières informationnelles et financières.

Agir sur ces derniers facteurs favoriserait l'accès aux soins et participerait donc à la réduction des inégalités de santé.

◆ **Activité 4 – Accès aux soins et réduction des inégalités de santé dans le Nord-Pas-de-Calais**

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 6 et 7.

1. Expliquez succinctement pourquoi la région du Nord-Pas-de-Calais cumule les plus mauvais indicateurs de santé de la France métropolitaine.

La région du Nord-Pas-de-Calais cumule les plus mauvais indicateurs de santé de la France métropolitaine en raison d'inégalités sociales et territoriales de santé qui pèsent lourdement sur l'état de santé de la population de cette région :

- inégalités sociales de santé qui s'expliquent par une situation économique et sociale très défavorisée ;
- inégalités territoriales de santé qui s'expliquent notamment par une densité médicale insuffisante.

2. En quoi une meilleure organisation et coordination de l'offre de soins est-elle nécessaire ?

Une meilleure organisation et une meilleure coordination de l'offre de soins sont nécessaires pour optimiser les réponses à la demande de soins, ce qui participera à la réduction des inégalités de santé notamment territoriales.

3. Quelles solutions sont évoquées par l'agence régionale de santé ?

- Offre ambulatoire : développement des maisons et pôles de santé.
- Offre hospitalière : mutualisation des moyens par le développement de GCS et de CHT.

4. Favoriser l'accessibilité matérielle aux soins est-il suffisant pour réduire les inégalités de santé dans cette région ?

Favoriser l'accessibilité matérielle aux soins n'est pas suffisant pour réduire les inégalités de santé. Il faut également agir sur d'autres déterminants : sociaux, comportementaux...

5. Expliquez pourquoi le « contrat d'engagement public » constitue une solution dans la lutte contre les inégalités de santé.

Le « contrat d'engagement public », créé par la loi HPST, constitue une solution dans la lutte contre les inégalités de santé, car c'est un dispositif incitatif à l'installation de jeunes médecins dans les zones où l'offre de soins est insuffisante. Par ailleurs, ces médecins doivent appliquer les tarifs conventionnels, ce qui favorise l'accès aux soins et participe à la réduction des inégalités de santé.

Fiche II – Importance de la protection sociale dans l'accès aux soins

◆ Activité 5 – Protection sociale : accès aux soins et réduction des inégalités de santé

À partir des documents 8 à 10, expliquez l'importance de la protection sociale pour l'accès aux soins et donc pour la réduction des inégalités de santé. Est-elle une condition suffisante de la réduction des inégalités de santé ? Votre réponse sera rédigée sur feuille annexe.

La protection sociale, en assurant une prise en charge du risque maladie, lève en grande partie les barrières économiques à l'accès aux soins, cet accès n'étant plus uniquement lié aux revenus de l'individu.

L'assurance maladie de la Sécurité sociale, obligatoire, qui s'est universalisée, est indépendante du montant des cotisations versées et des ressources de l'individu.

Elle permet une prise en charge des frais de soins, même si elle n'est pas totale.

L'assurance maladie complémentaire renforce l'accès aux soins en couvrant tout ou partie du reste à charge du patient.

L'accès aux soins étant une condition de la réduction des inégalités de santé, la protection sociale participe donc à la réduction de ces inégalités.

Cependant, elle n'est pas une condition suffisante pour la réduction des inégalités de santé : un reste à charge peut encore freiner l'accès aux soins (des « poches d'inégalités persistent ») et d'autres déterminants entrent en jeu dans les inégalités de santé (comportementaux, sociaux, géographiques...).

◆ Activité 6 – Dispositifs favorisant l'accès à la complémentaire santé

À partir du document 11, complétez le tableau suivant.

Les dispositifs d'accès à la complémentaire santé pour les personnes ayant de faibles ressources

Nom du dispositif	CMU-C	ACS
Année d'entrée en vigueur	2000	2005
Objectif	Lever l'obstacle financier à l'accès aux soins par une couverture maladie complémentaire gratuite	Lever l'obstacle financier aux soins par une aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire individuel
Bénéficiaires	Personnes ayant des revenus	Personnes ayant des revenus légèrement

inférieurs au plafond CMU-C

supérieurs au plafond CMU-C

◆ Activité 7 – Évolution de la prise en charge des soins

Analysez le problème évoqué dans le document 12.

*L'analyse permettra de mettre en évidence : la nature du problème, ses causes et ses conséquences.
Cette activité pourra être l'occasion de revoir les notions de la classe de première concernant la prise en charge des frais de soins.*

Nature du problème :

Prise en charge des soins qui se dégrade pour l'ensemble de la population et notamment pour ceux qui ne disposent pas d'une complémentaire santé (taux de couverture moyen de 55 %).

Causes :

- Moindres remboursements des soins.
- Faible couverture par la Sécurité sociale (en matière d'optique, d'audioprothèses et de prothèses dentaires).
- Augmentation des dépassements d'honoraires des médecins.
- Augmentation progressive du forfait hospitalier.
- Création de différentes franchises médicales.

Conséquences :

Augmentation du reste à charge pour l'ensemble de la population, y compris pour les personnes bénéficiant des soins les plus coûteux (ALD), qui pose des difficultés d'accès financier aux soins encore plus importantes pour les plus modestes et accroît les inégalités sociales.

Ce reste à charge n'est pas sans conséquences sur le recours tardif voire le renoncement aux soins.

◆ Activité 8 – Le renoncement aux soins

1. Expliquez la notion de renoncement aux soins et citez les déterminants du renoncement aux soins évoqués dans le document 13.

Renoncement aux soins : fait de renoncer à des soins qu'un état de santé aurait justifiés. Les besoins de santé ne sont donc pas satisfaits.

Déterminants évoqués dans les documents : raisons financières (pouvoir d'achat) et fait d'être couvert ou non par une complémentaire santé.

2. Analysez le graphique du document 13.

Taux de renoncement aux soins pour les bénéficiaires de la CMU-C plus élevé qu'en population générale : 22,1 % contre 15,4 %.

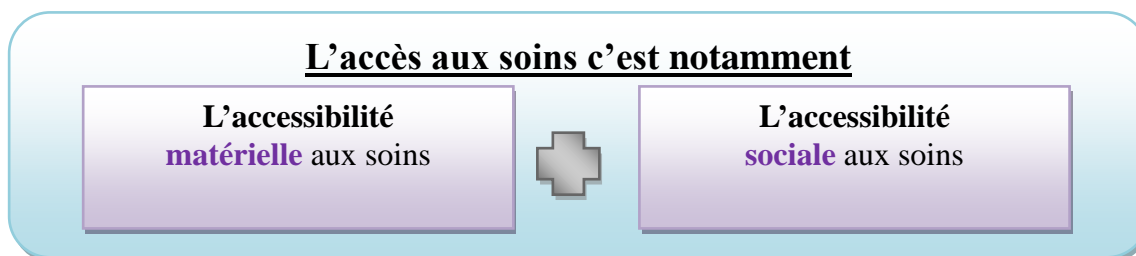
Le taux de renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C serait encore plus élevé si ces bénéficiaires n'étaient pas couverts par la CMU-C : tous soins confondus, il serait de presque 40 %.

Pour les soins dentaires et les lunettes, sans couverture par la CMU-C, les bénéficiaires du dispositif renonceraient presque 2 fois plus aux soins et 3 fois plus pour les visites/consultations.

Même si les bénéficiaires de la CMU-C renoncent plus aux soins que la population générale, ce dispositif a donc un certain « effet protecteur » sur le renoncement aux soins.

➤ Ce qu'il faut retenir

1. Complétez le schéma ci-dessous.

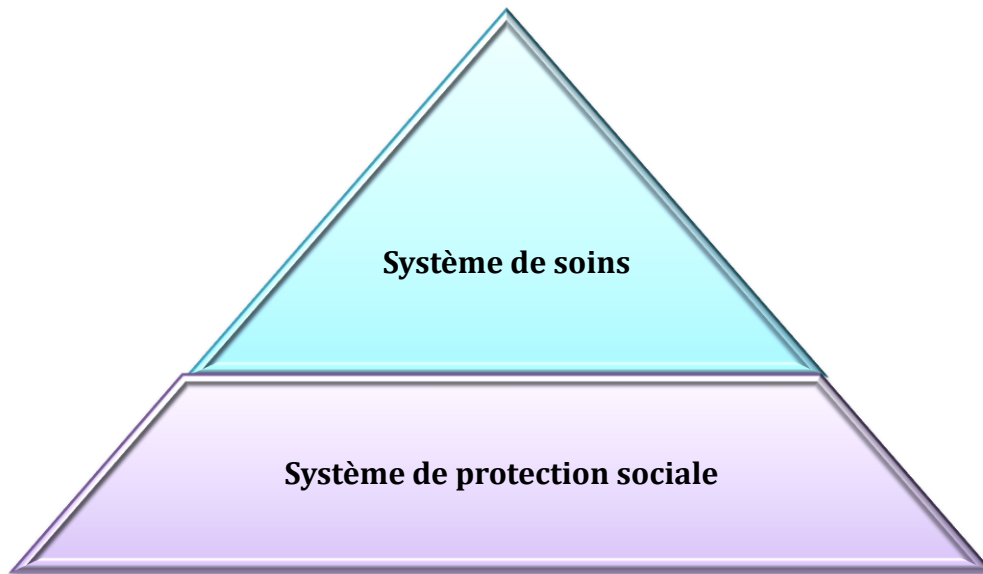


2. Répondez par vrai ou faux aux affirmations suivantes.

n°	Affirmations	Vrai	Faux
1	L'accès aux soins est un déterminant de la santé	x	
2	Favoriser l'accès aux soins est une condition nécessaire pour réduire les inégalités de santé	x	
3	Favoriser l'accès aux soins est une condition suffisante pour réduire les inégalités de santé		x
4	Une densité médicale insuffisante au regard des besoins de santé aggrave les inégalités de santé	x	
5	Une offre de soins suffisante au regard des besoins de santé et bien répartie sur le territoire suffit à la réduction des inégalités de santé		x
6	La protection sociale favorise l'accès aux soins et participe à la réduction des inégalités de santé	x	
7	La protection sociale lève les freins géographiques d'accès aux soins		x
8	La protection sociale lève tous les freins financiers d'accès aux soins		x
9	En règle générale, pour le risque maladie, chacun cotise en fonction de ses revenus et reçoit en fonction de ses besoins	x	
10	Le reste à charge des patients tend à augmenter ces dernières années	x	
11	Les complémentaires santé couvrent toujours la totalité du reste à charge des patients pour favoriser l'accès aux soins		x
12	La CMUC permet de diminuer la probabilité de renoncement aux soins de ses bénéficiaires	x	

13	Environ 15 % de la population adulte a renoncé à des soins en 2008 pour des raisons financières	x	
14	Les inégalités de santé révèlent notamment des problèmes d'accès aux soins	x	
15	Pour réduire les inégalités de santé, il faut agir sur d'autres déterminants que l'accès aux soins	x	

3. Complétez le schéma suivant en positionnant le système de soins et le système de protection sociale.



Chapitre 12

Systeme de soins : économie de la santé

Fiche I – Les agrégats des comptes de la santé

◆ Activité 1 – Définition et utilité des agrégats des comptes de la santé

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 1 à 4.

1. Citez les trois agrégats qui peuvent être utilisés en économie de la santé et indiquez leur montant pour 2011.

- Consommation de soins et de biens médicaux : 180 milliards d'euros.
- Consommation médicale totale : 183,4 milliards d'euros environ.
- Dépense courante de santé : 240,3 milliards d'euros environ.

2. Définissez ces agrégats.

Document 3 : La CSBM

Elle correspond à l'ensemble des dépenses de soins et de biens médicaux pour la satisfaction directe des besoins individuels. Elle comprend les dépenses pour :

- les soins hospitaliers publics et privés ;
- les soins de ville ;
- les transports de malades ;
- les médicaments et autres biens médicaux.

Document 4 : La CMT et la DCS

CMT = dépenses de soins et de biens médicaux (CSBM) + dépenses de prévention individuelle.

DCS : dépenses courantes engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé.

$$\text{DCS} = \text{CMT} + \left. \begin{array}{l} \text{dépenses} \\ \left\{ \begin{array}{l} \text{de soins de longue durée} \\ \text{d'indemnités journalières} \\ \text{de prévention collective} \\ \text{en faveur du système de soins (recherche, formation...)} \end{array} \right. \end{array} \right.$$

+ Coût de gestion de la santé

On pourra faire abstraction du détail concernant le double compte pour la recherche pharmaceutique.

3. Pour quelles raisons sont élaborés chaque année les Comptes nationaux de la

santé ?

L'élaboration de ces agrégats permet de :

- connaître :
 - le montant des dépenses de soins et de biens médicaux des Français,
 - la répartition des dépenses entre différentes catégories de soins et selon leurs financeurs ;
- envisager des mesures de régulation ;
- établir des comparaisons internationales.

◆ Activité 2 – Répartition et évolution de la consommation de soins et de biens médicaux

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 3 à 5.

1. Sur feuille annexe, à l'aide d'un tableur/grapheur, représentez visuellement la part de chaque grande composante de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) en 2011.

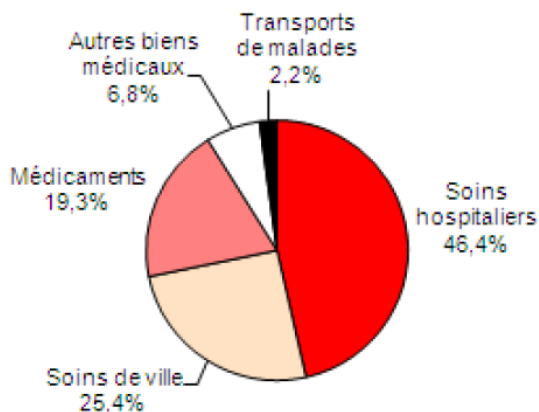
Part de chaque grande composante dans la CSBM en 2011 (en %)

Composantes de la CSBM	Part dans la CSBM
Soins hospitaliers	46,4
Soins de ville	25,4
Médicaments	19,3
Transports de malades	2,2
Autres biens médicaux	6,8
Total	100

Sources : DREES, Comptes de la santé.

Remarque : le total est égal à 100,1 % en raison des arrondis.

Structure de la CSBM en 2011



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

2. Quelles remarques essentielles pouvez-vous dégager concernant la répartition de la CSBM à partir du document 3 et de vos représentations (question 1).

Les deux postes de consommation les plus importants concernent la consommation de soins : soins hospitaliers et de ville. Ces deux postes représentent ensemble plus de 70 % de la CSBM.

Les soins hospitaliers et les soins de ville représentent respectivement près de la moitié et un quart de la CSBM.

Concernant les soins hospitaliers, la consommation pour le secteur public est trois fois plus importante que pour le secteur privé.

La consommation de soins de médecins représente environ 40 % de la consommation de soins de ville.

La consommation de médicaments représente environ 1/5^e de la CSBM. Si on associe les autres biens médicaux, la consommation de biens médicaux représente un quart environ de la CSBM.

Les transports de malades ne représentent qu'une très faible part de la CSBM.

3. Analysez l'évolution des grandes catégories de soins et de biens médicaux de 2009 à 2011.

De 2009 à 2011, on observe des taux d'évolution annuels toujours positifs quelles que soient les grandes catégories de soins et de biens médicaux. La croissance est donc continue sur la période étudiée.

Pour les soins hospitaliers, les transports sanitaires et les médicaments, on observe un fléchissement de la croissance. Ce ralentissement de la croissance est important pour ces deux derniers postes.

Concernant les soins de ville, le taux d'évolution, après avoir reculé en 2010, croît en 2011.

Le taux d'évolution annuel moyen de la CSBM pour la période 2009–2011 est d'environ 2,8 %.

4. Dégagez trois remarques essentielles de l'observation du document 5.

- Le taux de croissance de la CSBM est toujours supérieur à celui du PIB sur la période sauf pour les années 2006, 2007, 2010 et 2011.
- Le taux de croissance de la CSBM varie selon les années entre 2,5 et 6 % environ.
- En 2009, alors que le taux de croissance du PIB est négatif, celui de la CSBM reste positif.

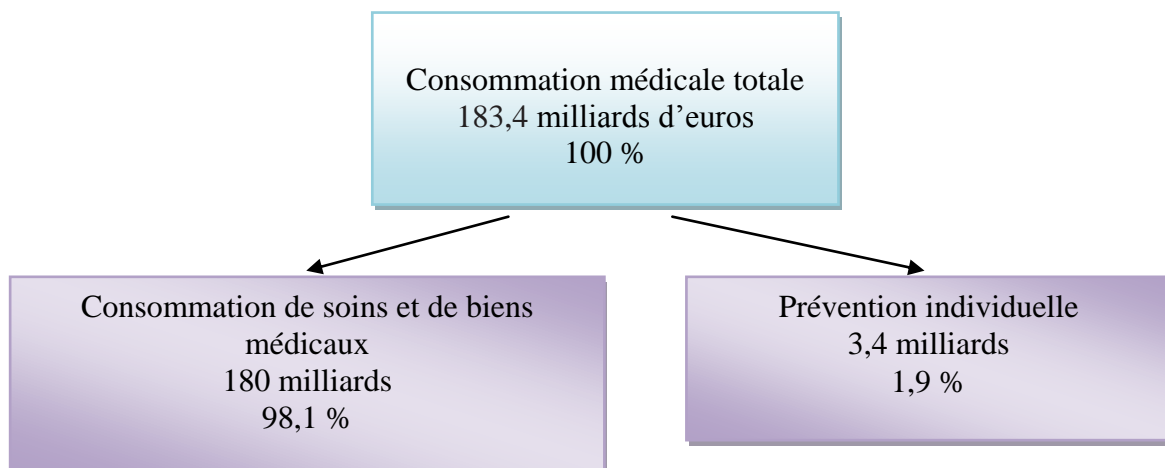
5. Quelle conclusion pouvez-vous déduire des résultats de 2010 et 2011 ?

On peut en conclure que des mesures ont été mises en place qui ont permis d'inverser la tendance et faire que la croissance des dépenses de la CSBM soit moins forte que celle du PIB.

◆ Activité 3 – Répartition des composantes de la consommation médicale totale

1. Représentez avec un grapheur les deux composantes de la consommation médicale totale en 2011 (indiquez le montant et la part de chacune). Imprimez votre travail sur feuille annexe.

Les élèves réaliseront un graphique de répartition faisant apparaître les données suivantes :



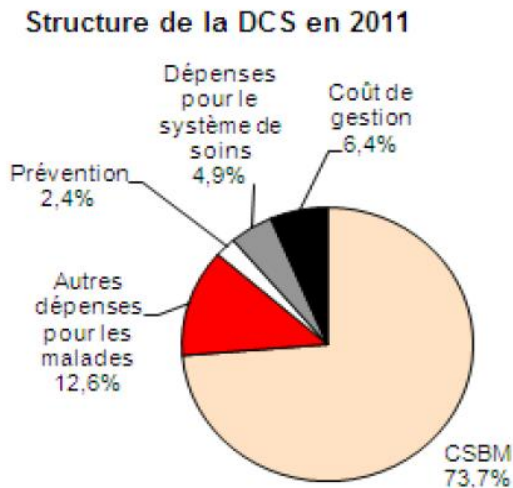
Remarque : les données sont arrondies.

2. Quelle part de la dépense courante de santé (DCS) représente la consommation médicale totale (CMT) ?

La CMT représente environ trois quarts de la DCS : 76,3 %.

◆ Activité 4 – La dépense courante de santé : répartition et classement des dépenses

1. À partir du document 4 (*voir activité 1*), représentez avec un grapheur la structure de la DCS en 2011 (grands postes de dépenses).

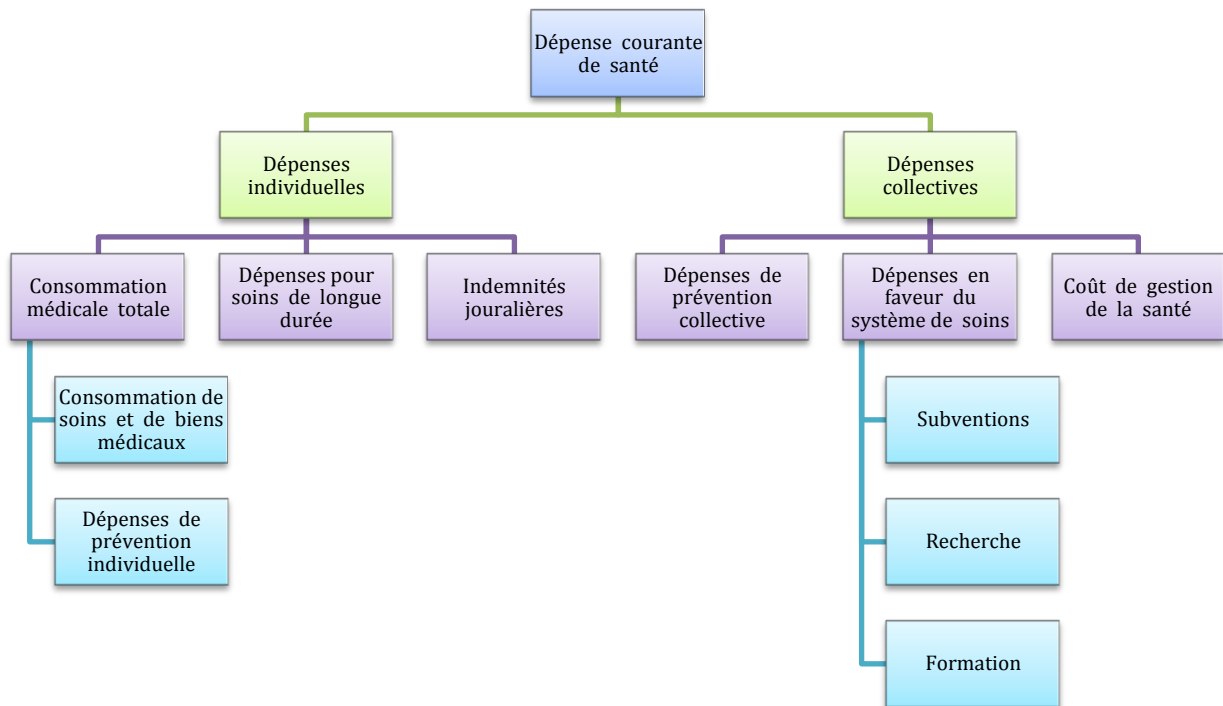


Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Remarque sur le double compte : ce poste présente la déduction des dépenses de recherche déjà comptabilisées dans la CSBM, dans les soins hospitaliers en tant que programme hospitalier de recherche clinique et dans les médicaments en tant que recherche de l'industrie pharmaceutique.

Il faut donc enlever 3,9 millions au montant de la CSBM pour calculer la structure de la DCS en %.

2. Représentez schématiquement les composantes de la DCS en distinguant dépenses individuelles et dépenses collectives pour la santé.



Abstraction a été faite du double compte concernant la recherche pharmaceutique.

3. Pour quelle raison est-il utile de calculer la DCS ?

La DCS regroupe un champ plus étendu de dépenses de santé. Elle décrit l'ensemble des dépenses courantes engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. Elle intègre donc des dépenses supplémentaires à celles de la consommation de soins et de biens médicaux. Le calcul de la DCS permet donc de mesurer l'effort financier global des financeurs pour la santé.

◆ Activité 5 – Les dépenses de prévention

Analysez la répartition des dépenses de prévention et leur financement à partir du document 6.

Les dépenses de prévention concernent majoritairement la prévention individuelle (59 %) et surtout primaire (48 %).

La prévention collective représente 41 % des dépenses de prévention. Les dépenses pour la prévention environnementale représentent environ un tiers des dépenses totales de prévention et sont plus élevées que les dépenses de prévention comportementale (plus de 3 fois plus élevées) qui ne représentent que 9 % des dépenses de prévention.

Quant à son financement, il dépend surtout de l'État et des collectivités territoriales (59 %) devant le secteur privé (25 %) et la Sécurité sociale (16 %).

◆ Activité 6 – La croissance des dépenses de santé

Répondez aux questions suivantes à partir des documents 7 à 9.

1. Relevez les facteurs explicatifs de la croissance des dépenses de santé.

- Facteur économique (richesse) : croissance du PIB, quand la croissance du revenu par habitant augmente, le montant des dépenses de santé augmente encore plus.
- Facteurs démographiques : croissance de la population et vieillissement démographique.
- Facteur épidémiologique : augmentation des maladies chroniques avec pour corollaire l'augmentation des personnes prises en charge en ALD particulièrement coûteuses.
- Facteurs technologiques : progrès techniques notamment concernant les médicaments, le matériel lourd, les pratiques des professionnels.
- Démographie médicale importante.

On pourra conduire les élèves à rechercher d'autres facteurs de croissance des dépenses de santé.

2. Citez des indicateurs permettant de mesurer l'efficacité des dépenses de santé.

Espérance de vie, mortalité infantile, mortalité prématurée.

3. Des dépenses de santé élevées et en augmentation sont-elles un déterminant majeur de l'amélioration de l'état sanitaire d'un pays ?

On n'observe pas de corrélation évidente entre les dépenses totales de santé d'un pays et l'état de santé de sa population. À pays comparables, l'amélioration de l'état sanitaire serait davantage influencée par une meilleure utilisation des ressources que par une augmentation des dépenses de santé.

L'exemple des États-Unis le montre bien : la part du PIB consacrée à la santé y est très élevée et pourtant leurs résultats sanitaires sont médiocres. Des dépenses de santé élevées et en augmentation sont donc un déterminant mais moins que l'utilisation qui est faite des ressources disponibles (exemple de l'espérance de vie).

On rappellera l'influence exercée par d'autres déterminants sur le niveau sanitaire d'un pays.

4. Expliquez la notion de « demande induite ».

On parle de « demande induite » pour une demande qui est générée par l'offre. Ainsi, plus il y a d'offre de soins, plus il y a de demande. L'offre entraîne la demande.

Fiche II – La régulation du système de santé

◆ **Activité 7 – La régulation du système de santé : une nécessité**

1. À partir du document 10, justifiez la nécessité continue d'une régulation du système de santé.

- Progression des dépenses de santé trop importante par rapport aux recettes de l'assurance maladie.
- Déficit chronique de l'assurance maladie malgré les réformes.
- Nécessité de maintenir l'équité dans l'accès aux soins, la qualité et la sécurité des soins.

2. Quelles composantes de l'offre de soins sont concernées par cette régulation ?

Offre de soins, demande de soins et financeurs des soins.

◆ **Activité 8 – Les outils de la régulation du système de santé**

1. À partir des documents 11 à 15, listez en les classant les moyens de régulation du système de santé qui sont évoqués. Présentez votre réponse sur feuille annexe.

- **Régulation de la demande** (essentiellement par une responsabilisation financière des usagers renforcée par la loi du 13 août 2004) :
 - création et augmentations du ticket modérateur, déremboursements de médicaments ;
 - participations forfaitaires/franchises sur des actes médicaux, les médicaments, les transports sanitaires ;
 - pénalité financière si consultation hors parcours de soins coordonnés.
- **Régulation de l'offre** :
 - création de l'ONDAM en 1996 qui est opposable ;
 - pour l'offre hospitalière : tarification à l'activité, planification sanitaire ;
 - pour la médecine de ville : *numerus clausus*, Capi (rémunération à la performance), contrôle des prescriptions (arrêts de travail...), recommandations de bonne pratique clinique, incitation à la prescription de médicaments génériques, parcours de soins coordonnés.

D'autres moyens pourront être évoqués pour compléter cette réponse.

2. Quelles peuvent être les limites d'un système de régulation ?

Plus que l'exhaustivité de la réponse, ce sera l'argumentation qui sera recherchée.

Certains patients peuvent être amenés à retarder des soins ou à y renoncer en raison des restes à charge ce qui peut s'avérer contre-productif dans la mesure où la dégradation de leur état de santé pourra induire un surcoût à moyen ou long terme. Par ailleurs, l'extension continue du champ de l'exonération du ticket modérateur limite son efficacité financière.

La régulation de l'offre de soins de ville, avec le maintien d'un système de paiement à l'acte, ne permet pas véritablement de maîtriser les coûts.

Une régulation uniquement comptable accentue les inégalités sociales de santé et présente un risque pour la qualité des soins. La régulation doit donc être aussi médicalisée.

Fiche III – Quels choix pour assurer l'équilibre des comptes de la santé

◆ **Activité 9 – L'équilibre des comptes par la maîtrise de l'ONDAM**

Répondez aux questions suivantes à partir du document 16.

1. Expliquez pourquoi l'ONDAM est un outil de maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

L'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est un outil de maîtrise des dépenses d'assurance maladie dans la mesure où il encadre la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie pour une année pour les dépenses de soins de ville et hospitaliers, et pour le secteur médico-social.

2. Résumez les propositions de l'Inspection générale des affaires sociales pour maîtriser l'ONDAM.

- En direction de la demande : responsabilisation accrue.
- En direction de l'offre de soins : objectif de soins et prise en charge pertinents et adéquats :
 - développement de la maîtrise médicalisée en matière de prescriptions, donc de volumes de consommation que ce soit en ville, à l'hôpital ou dans le secteur médico-social ;
 - meilleure articulation des professionnels de santé autour du parcours de soins du patient (équipes pluridisciplinaires, partage d'informations, articulation de tous les acteurs...) ;
 - recentrage de l'hôpital sur les pathologies lourdes (désengorger les urgences, développer les alternatives à l'hospitalisation...) ;
 - diminution progressive des effectifs dans les établissements ;
 - diminution des prix des prestations facturés à l'assurance maladie, efforts d'efficience de l'hôpital.
- En direction de l'assurance maladie : révision du panier des biens et services remboursables.

◆ **Activité 10 – L'équilibre des comptes par le développement de l'efficience à l'hôpital**

À l'aide du document 17, répondez sur feuille annexe aux questions suivantes.

1. Indiquez succinctement les deux axes évoqués pour rationaliser l'utilisation des capacités hospitalières.

Axes évoqués pour rationaliser l'utilisation des capacités hospitalières :

- éviter les passages aux urgences de patients ne présentant pas un problème de santé à caractère urgent, pouvant être pris en charge par la médecine de ville ;
- éviter les hospitalisations et favoriser les sorties rapides si une prise en charge plus légère est envisageable (favoriser les alternatives).

2. Puis expliquez le problème de l'engorgement des urgences et énoncez les pistes proposées pour y remédier et qui favoriseraient l'efficience.

L'engorgement des urgences est dû à une augmentation des recours (le nombre de passages annuels a plus que doublé en une vingtaine d'années) qui s'explique par plusieurs raisons :

- le défaut d'accès aux soins ambulatoires de médecine générale ;
- les problèmes d'accès aux soins primaires des populations précaires ;
- le fait que certains usagers considèrent l'hôpital comme un « guichet de santé » leur évitant d'attendre un rendez-vous en consultation ;
- l'organisation insuffisante de la permanence des soins.

De nombreux passages sont donc évitables.

Il faudrait assurer une meilleure complémentarité entre médecine de ville et hôpital et mieux filtrer les cas urgents et non urgents par l'intermédiaire :

- d'une proximité entre maisons médicales de garde et hôpitaux ;
- du développement des maisons de santé dans les zones sous-médicalisées ;
- d'une meilleure régulation des appels arrivant au 15 ;
- de la promotion en ambulatoire de la pratique regroupée des professionnels et de la délégation de tâches.

Par ailleurs, il est proposé de réserver des lits aux urgences en priorité sur les hospitalisations programmées.

3. Enfin vous montrerez que l'hospitalisation à domicile peut permettre plus d'efficience en précisant à quelles conditions.

L'hospitalisation à domicile peut permettre des gains d'efficience car :

- elle permet d'éviter ou raccourcir des hospitalisations en MCO ou SSR ;
- elle peut pallier certaines insuffisances de la capacité d'hébergement en services de soins de longue durée ;

- elle permet de mieux répondre aux besoins de certains malades (soins palliatifs, maladies chroniques...);
- elle semble répondre au désir des patients de rester dans leur environnement habituel ;
- elle permet de diminuer les coûts (des économies allant de 25 à 68 % par rapport au coût d'une hospitalisation classique).

On peut donc raisonnablement penser que l'hospitalisation à domicile est une stratégie à développer pour plus d'efficacité.

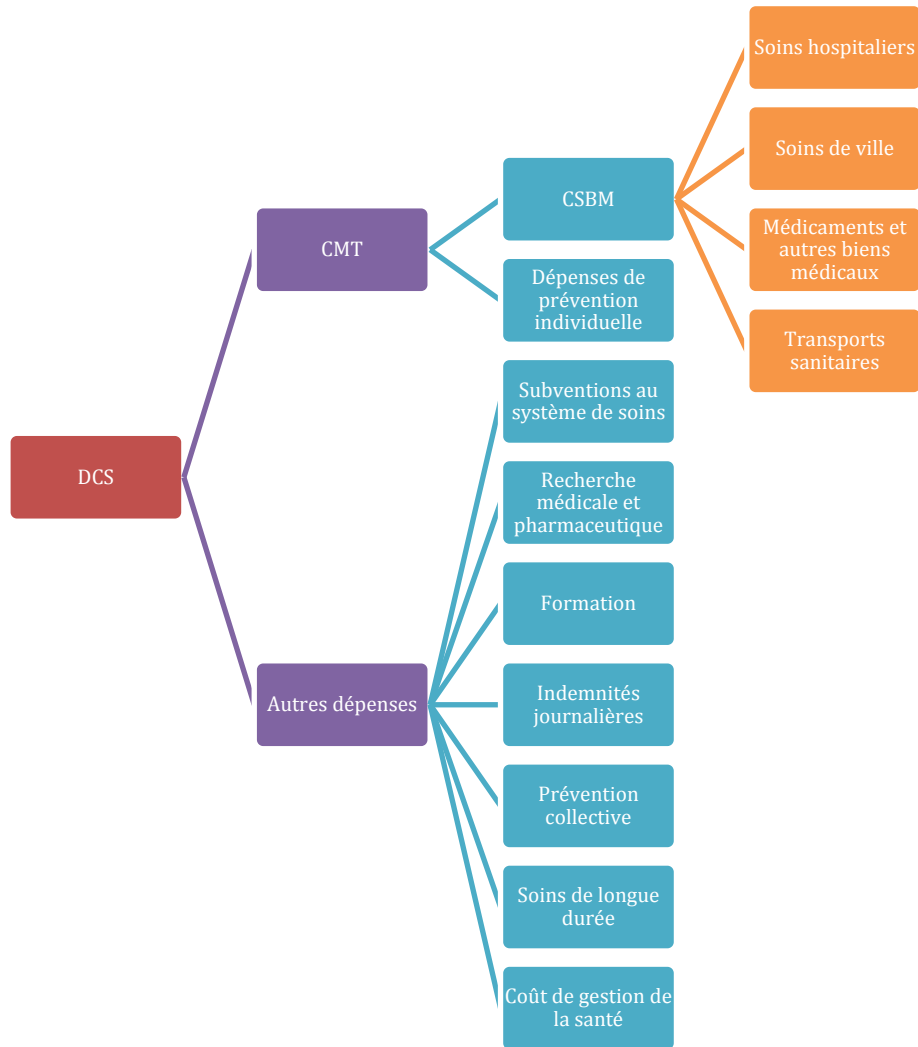
Cependant, ce gain d'efficacité ne peut être obtenu que si :

- l'HAD se substitue vraiment à l'hospitalisation ;
- son utilisation est appropriée ;
- elle se fait sans frais et charges pour les familles.

On pourra faire réfléchir les élèves sur les autres freins possibles : domicile inadapté, environnement familial peu favorable...

➤ Ce qu'il faut retenir

1. Situez par un schéma les trois principaux agrégats utilisés en économie de la santé, les uns par rapport aux autres.



2. Indiquez quatre facteurs expliquant la croissance des dépenses de santé.

- Économique : croissance du revenu par habitant.
- Démographique : vieillissement démographique.
- Épidémiologique : augmentation des maladies chroniques.
- Technologique : progrès médicaux.

3. Complétez le tableau avec quelques exemples.

Exemples de moyens de régulation du système de santé

En direction de la demande de soins	En direction de l'offre de soins	
	<i>De ville</i>	<i>Hospitalière</i>
Ticket modérateur Participations forfaitaires ou franchises Parcours de soins...	ONDAM <i>Numerus clausus</i> Contrôle des prescriptions Recommandations de bonne pratique clinique...	ONDAM Tarification à l'activité Planification sanitaire Développement des alternatives à l'hospitalisation...