

BACCALAUREAT TECHNOLOGIQUE

SCIENCES ET TECHNOLOGIES DE LA SANTE ET DU SOCIAL

SCIENCES ET TECHNIQUES SANITAIRES ET SOCIALES

Durée : 3 heures

Coefficient : 7

L'usage de la calculatrice n'est pas autorisé.

Aucun document n'est autorisé.

Dès que le sujet vous est remis, assurez-vous qu'il est complet et que toutes les pages sont imprimées.

Si le sujet est incomplet, demandez-en immédiatement un nouvel exemplaire aux surveillants.

Ce sujet comporte 8 pages

Différents dispositifs pour la prise en charge de la santé et de la maladie

« En période de crise, l'accès aux soins est encore plus primordial. Mais, l'organisation de notre système de santé conduit à des inégalités croissantes : pour des raisons financières, géographiques ou de saturation des consultations, des personnes renoncent à se soigner ».

Valeurs mutualistes, n° 280 septembre/octobre 2012.

QUESTION 1 : « La Constitution de l'OMS consacre le droit fondamental de tout être humain de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre. Le droit à la santé suppose de pouvoir accéder en temps opportun à des soins acceptables, abordables et de qualité appropriée. » www.who.int/fr/.

Présenter les déterminants qui peuvent être des freins au droit d'accès à la santé.

QUESTION 2 : Le dispositif français de prise en charge du risque maladie doit permettre à toute personne, même en situation précaire d'accéder aux soins.

Montrer les limites de ce dispositif.

QUESTION 3 : Des formes innovantes de prise en charge des soins sont mises en place.

Justifier l'intérêt de ces nouvelles organisations.

Barème

Question 1 :	5 points
Question 2 :	7 points
Question 3 :	6 points
Clarté et rigueur de la rédaction :	2 points

LISTE DES ANNEXES ET DES SOURCES

- ANNEXE 1 :** Quels chemins pour l'accès aux soins ?
GUARDIOLA Isabelle,
Valeurs mutualistes n° 280, septembre/octobre 2012.
- ANNEXE 2 :** Des aides pour l'accès aux soins de tous,
GUARDIOLA Isabelle,
Valeurs mutualistes n° 280, septembre/octobre 2012.
- ANNEXE 3 :** Centres de santé : pérennisation en vue ?,
QUARANTE Olivier,
L'infirmière magazine n° 322, 1^{er} mai 2013.
- ANNEXE 4 :** Fièvre des ISS en France,
REUILLON Claire,
Valeurs mutualistes n° 286, septembre/octobre 2013.

ANNEXE 1

Quel chemin pour l'accès aux soins ?

Qu'ils émanent du mouvement mutualiste ou associatif, de chercheurs en économie de la santé ou de professionnels de santé, études et rapports récents sur le thème de l'accès aux soins en font tous état : les inégalités s'accroissent. Déserts médicaux en zones rurales et périurbaines, dépassements d'honoraires, délais d'attente pour les consultations en ville ou à l'hôpital public dans certaines spécialités (singulièrement raccourcis dans le cadre de consultations que des praticiens y donnent à titre privé, ce qui crée un système à deux vitesses), difficultés d'accès à une complémentaire santé, augmentation du reste à charge, des forfaits et franchises... Autant d'obstacles faisant que le renoncement aux soins n'est plus un phénomène marginal. Selon l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) réalisée tous les deux ans par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), 15,4 % des personnes de dix-huit ans et plus ont déclaré, en 2008, avoir renoncé à se soigner pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Les barrières financières se concentrent sur les soins dentaires (10 % de la population concernée) ainsi que, dans une moindre mesure, sur l'optique (4,1 %) et les consultations de médecins généralistes et spécialistes (3,4 %).

Un système à deux vitesses

Les experts datent de 2000 la dégradation du système. Le taux de remboursement, qui augmentait jusque-là, s'est alors stabilisé. Puis, il a décliné, avec pour effet la progression du reste à charge : l'assurance maladie ne rembourse plus aujourd'hui que 50 % des soins courants. Les difficultés d'accès aux soins pour des raisons financières touchent des populations de plus en plus larges, « *notamment des familles aux revenus modestes ou moyens* », observe Didier Tabuteau, responsable de la chaire santé de Sciences-Po.

Pour Didier Tabuteau, il existe une tentation idéologique d'une dérive à l'américaine, remettant en cause l'idée d'une assurance maladie universelle avec un système à deux vitesses : « *D'un côté, un régime général où le reste à charge se fait sans cesse plus important et, dans le même temps, la mise en place de dispositifs de protection des populations les plus défavorisées.* » Un filet de sécurité pour les plus modestes, la débrouille avec les complémentaires pour les autres, en somme.

Garantir l'accès aux soins sur tout le territoire

Au centre du système : un parcours de santé imposé et organisé avec un médecin traitant, suivi par un patient cotisant à un régime obligatoire et complémentaire, mais finalement mal remboursé. Au cœur de la désorganisation : un taux d'hospitalisation de jour record (9 603 pour 100 000 habitants, ce qui place la France au 5^{ème} rang sur 15 pays européens, d'après un rapport du Haut conseil de la santé publique de mai 2012), des actes cliniques sous-payés pour les professionnels au profit d'actes techniques répétitifs (comme l'imagerie) et surpayés.

Conséquence ? Un secteur 1(1), abritant 93 % des généralistes, affaibli et qui n'attire plus les médecins, et un secteur 2(2) qui s'est développé et dans lequel se pratique de façon abusive le dépassement d'honoraires.

ANNEXE 1 (suite)

MG France (syndicat de médecins généralistes) militant pour la réorganisation territoriale de l'offre de soins de premier recours et la valorisation du secteur 1, a conclu récemment un accord avec la MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale) pour tester de nouvelles formes de coopération entre acteurs de soins dès cette rentrée (2012). L'idée ? Organiser des équipes de premier recours, autour du médecin généraliste traitant et avec les autres professionnels de santé, en optimisant un temps médical qui se raréfie. Economie rendue possible grâce à un exercice plutôt regroupé dans des « maisons de santé », des modes de rémunération plus seulement à l'acte mais aussi à la fonction, du temps de secrétariat disponible, une bonne coopération...

Une réorganisation nécessaire d'autant que, comme le souligne le Dr Dominique Dépinoy, auteur de *Maisons de santé, une urgence citoyenne* (éditions de Santé), « l'accessibilité aux lieux de soins en fonction du rapport distance/temps est devenue un indicateur social et de santé ». Ce généraliste rappelle enfin, à l'instar de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986), que la santé dépasse la simple notion des soins et que la lutte contre les inégalités nécessite la mobilisation concertée de tous les acteurs politiques, sociaux et économiques.

Isabelle GUARDIOLA,
Valeurs mutualistes n° 280, septembre/octobre 2012.

- (1) Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif conventionnel. Ce tarif détermine pour chaque acte médical ou chirurgical le montant sur lequel s'appliquera le remboursement des caisses obligatoires de la sécurité sociale.
- (2) Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est en effet autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

ANNEXE 2

Des aides pour l'accès aux soins de tous

Symboles forts de l'expansion de l'Assurance maladie, la Couverture maladie universelle (CMU) et la CMU complémentaire (CMU-C) ont été créées en 1999. Depuis la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoire) du 21 juillet 2009, la discrimination contre les patients en CMU, pratique courante selon des sources associatives, est interdite.

En 2005, a été créée l'Aide à la complémentaire santé (ACS). Cette aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire individuel s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 26 % (en 2011). Le montant de l'aide est plafonné à celui de la cotisation ou de la prime due et varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer couvert par le contrat. Dans les faits, même si le nombre de bénéficiaires a lentement progressé, le recours à l'ACS reste faible. Moins d'un bénéficiaire potentiel sur cinq (600 000 personnes en 2011) en ferait la demande et la complexité des démarches aboutirait à moins de 10 % de couverture effective selon le ministère de la Santé.

Enfin, mise en place en 2000, l'Aide médicale d'État (AME) offre une couverture plus restreinte aux personnes résidant en France.

Isabelle GUARDIOLA,
Valeurs mutualistes n° 280, septembre/octobre 2012.

ANNEXE 3

Centres de santé : pérennisation en vue ?

[...] Les 1 700 centres répertoriés sous l'appellation « centres de santé » affichent des activités qui peuvent être très différentes. On trouve des centres polyvalents (activités médicale et dentaire) et des centres médicaux – représentant environ un tiers des CMS, deux autres tiers étant constitués des centres dentaires et des centres de soins infirmiers.

Tous ont pour point commun d'avoir été créés et portés par des acteurs soucieux de répondre aux besoins de certaines populations. « Après-guerre, des mairies ont voulu faciliter l'accès aux soins dans ces zones ouvrières, notamment dans la petite couronne parisienne, explique Hélène Colombani, médecin dans les centres de santé municipaux de Nanterre et secrétaire générale de la FNCS (Fédération Nationale des Centres de Santé). En effet, ces communes attireraient peu de médecins car les habitants vivaient plutôt dans des situations précaires. » Cet ancrage social fait le ciment des centres de santé, aussi dénommés centres médico-sociaux. On les trouve essentiellement dans les communes populaires autour des grandes agglomérations que sont Paris, Lyon, Grenoble, Marseille... et aussi dans des zones à dominante rurale (majoritairement vrai pour les centres dentaires et de soins infirmiers). L'autre élément fondateur de ces centres est le cadre réglementaire. On retiendra, parmi les textes les plus récents, la loi HPST, importante car elle redéfinit les obligations et missions de ces structures. Celles-ci doivent être créées et gérées par des organismes à but non lucratif. Elles dispensent, « principalement », précise le texte, des soins de premiers recours, mais œuvrent également dans les champs de la santé publique, de l'éducation à la santé, de l'action sociale... Elles sont autorisées à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse. Enfin, point essentiel au regard des valeurs qu'elles portent, elles appliquent obligatoirement le tiers-payant sur les tarifs, qui ne peuvent être que de secteur 1.

Un accès aux soins facilité

L'étendue des missions des centres de santé, qui concernent donc les seuls centres polyvalents, l'implantation de ces derniers dans des quartiers dits en difficulté et l'obligation de pratiquer le tiers-payant (dont la gestion a un coût) expliquent à la fois leur spécificité et le débat actuel sur leur financement. Pour bien comprendre les enjeux du débat, ajoutons que la pénurie médicale auxquels sont confrontés certains territoires urbains comme ruraux et, l'une de ses conséquences, la réorganisation de l'offre de premiers recours créent un climat de tension. « Face à la triple crise actuelle, démographique, sanitaire (avec des problématiques médicales bien plus complexes qu'il y a quarante ans) et économique (des usagers de plus en plus souvent contraints à renoncer aux soins et une baisse du financement du système de santé), les centres répondent à la majorité des problèmes », estime Eric May, médecin directeur des centres de Malakoff et président de l'Union syndicale des médecins de centres de santé (USMCS). Et d'énumérer, pour étayer son affirmation : le tarif opposable; la pratique du tiers-payant et même du tiers-payant total pour certaines structures, garante d'une accessibilité sociale ; une pratique médicale collective, avec l'existence du dossier médical partagé ; les actions de prévention et de santé publique...

Un rôle pérennisé

Lors du dernier congrès national des centres de santé, en octobre dernier, Marisol Touraine, ministre de la santé, semblait plutôt en accord avec cette façon de voir les choses : « Les centres de santé ont toute leur place dans l'organisation des soins. A la différence des gouvernements précédents, qui, depuis dix ans, ont tout fait pour les mettre en situation critique, je souhaite que la place des centres de santé soit pérennisée ».

Olivier QUARANTE,
L'infirmière magazine n° 322, 1^{er} mai 2013.

ANNEXE 4

Fièvre des ISS en France

Les conditions socio-économiques dans lesquelles se trouvent les individus déterminent le risque de tomber malade et les mesures à prendre pour prévenir ou traiter la maladie. Il en résulte des inégalités sociales de santé (ISS). Inacceptables... et évitables.

Dans l'Europe de l'Ouest, la France détient le triste record d'avoir les inégalités sociales de santé les plus fortes. Plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé. Aux différences de mortalité, morbidité entre catégories socio-professionnelles, s'ajoutent de plus, des disparités régionales.

De multiples déterminants sociaux de santé

Les ISS [...] existent selon un gradient social(1) qui concerne toute l'échelle socio-économique, de haut en bas. Ce phénomène, mondial, se construit « au travers de déterminants sociaux de santé impliquant une plus forte prévalence des maladies, des comportements à risque, des difficultés socio-économiques », explique Florence Jusot, économiste de la santé, professeur en Sciences économiques à l'université de Rouen. Ces déterminants regroupent les conditions de vie, de travail, d'éducation, l'organisation du système de santé, la richesse des liens sociaux et affectifs, la qualité de l'air et de l'habitat. Ils combinent facteurs de risque médicaux (alcool, tabac, professions exposées), inégalités d'accès aux soins et différences quant à l'usage fait des soins. « Les dépassements d'honoraires et la non prise en charge de certaines dépenses de santé ont un rôle dans ces difficultés d'accès aux soins », signale Florence Jusot.

Des pistes pour une santé moins inégalitaire

« L'équité des soins vise à les délivrer de manière proportionnelle aux besoins, qui sont plus importants chez les patients des groupes sociaux défavorisés. Ce qui suppose mobiliser plus de moyens pour ces populations », déclare Hector Falcoff. Situé au centre du système de santé, le médecin généraliste constitue en ce sens un acteur clé. D'autant qu'il est le professionnel de santé le plus souvent en contact avec les personnes en difficultés.

Dans le Pays du Bugey, un territoire rural du département de l'Ain, a ainsi été créée une maison médicale intégrée à un pôle de santé ayant en son sein une infirmière Asalée(2). « Le pays cumule recours tardif aux soins et manque de structures. Nous nous sommes donc investis dans cette solution, sans aide financière du département, et essayons, au quotidien, d'apporter un petit plus », commente Philippe Marissal, médecin généraliste à Artemare. Né à Chambéry Le Haut (74), un quartier populaire classé en zone urbaine sensible, un cabinet médical a été le promoteur du regroupement des professionnels libéraux au sein d'un pôle de santé pluri-professionnel. Objectif : une meilleure prise en charge grâce à une coordination entre soignants et travailleurs sociaux et des offres de soin innovantes (éducation thérapeutique, activité physique, soins de groupe, etc.). « Une expérimentation a lieu avec le dispositif Impact sur l'accès aux droits et aux soins pour aider les individus à adopter un comportement plus favorable à la santé », signalent Jean-Louis Correia, médecin généraliste et gestionnaire du pôle de santé de Chambéry nord, et Julie Cachard, diététicienne et directrice de l'Espace Ressource Santé, lieu de cet accompagnement.

ANNEXE 4 (suite)

Dans la ville des Mureaux (78), une coopération a été mise en place entre les acteurs du médical, du social et de l'animation, avec l'appui de l'Atelier Santé Ville (ASV). « Une action ciblant l'amélioration de la connaissance du corps féminin et l'accès au dépistage a permis d'augmenter le nombre de frottis et de mammographies. Une autre a développé un programme éducatif pour les diabétiques », détaille Marie-Hélène Certain, médecin généraliste et co-porteur du projet de maisons de santé pluriprofessionnelles et pôle de santé. Pour Agnès Giannotti, médecin généraliste dans le quartier de la Goutte-d'Or à Paris, il existe toute une démarche interculturelle à initier : « Nous devons éduquer nos patients mais aussi apprendre d'eux, en nous adaptant à leurs contraintes, à leur mode de vie, et comprendre comment ils se représentent leur maladie, leurs traitements. »

Un engagement politique nécessaire

Cependant, réduire de manière efficace les ISS impose un engagement politique. Pour Didier Tabuteau, directeur de la Chaire Santé Sciences Po Paris, l'augmentation des ISS est à mettre en parallèle avec le transfert de l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance complémentaire : « Ce choix politique délibéré contribue à dégrader les conditions de prise en charge et accroître les inégalités. La lutte contre les ISS passe par le renforcement de l'assurance maladie solidaire et un rééquilibrage entre territoires. Une approche de terrain est, en outre, requise via les acteurs locaux : Agences régionales de santé, caisses primaires et complémentaires, syndicats professionnels, etc ». L'engagement d'une mobilisation citoyenne aussi.

Claire REUILLON,
Valeurs mutualistes n° 286, septembre/octobre 2013.

- (1) gradient social de santé : Observation d'une correspondance entre la position sociale des individus et leur état de santé. Ainsi on constate que chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité, de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure.
- (2) protocole Asalée vise à améliorer la prise en charge des maladies chroniques par une coopération entre infirmiers et médecins généralistes.