



Concours du second degré

Rapport de jury

CONCOURS : AGREGATION INTERNE

SECTION : SCIENCES MEDICO-SOCIALES

Session 2014

Rapport de jury présenté par : Madame Françoise GUILLET

SOMMAIRE

	Page
Composition du jury	2
Renseignements statistiques	3
Épreuves d'admissibilité	
Exploitation pédagogique d'un dossier scientifique et technique Rapport de jury	7
Composition portant sur les politiques sociales et de santé Rapport de jury	37
Épreuves d'admission	46
Soutenance d'un dossier Rapport de jury	
Exploitation de documents techniques et pédagogiques Rapport de jury	49
Conclusion générale	52

COMPOSITION DU JURY

Président

Mme Françoise GUILLET, Inspectrice générale de l'éducation nationale

Secrétaire général

Mr Didier TABUTEAU professeur des universités associé à l'université Paris Descartes, PARIS

Membres

François ALLA Professeur des universités Université de NANCY

Dominique BEYNIER Professeur des universités université de CAEN

Sabine CAROTTI- IA-IPR SE-SMS - Académie de PARIS

Marie Joëlle GORISSE Personnalité à compétences particulières Ingénieur en travail social

Valérie GOSSEAUME Ingénieur études recherche et formation CEREQ

Michel LEGROS Personnalité à compétences particulières Vice président du Conseil des formations de l' EHESP, membre de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale

Martine LEMOINE – IA-IPR SE-SMS - Académie de CRETEIL

Patrick ZYLBERMAN Professeur des universités, Ecole des hautes études en santé publique

RENSEIGNEMENTS STATISTIQUES **concours Agrégation interne**

Candidats inscrits	373
Candidats présents aux épreuves d'admissibilité	252
Nombre de postes	6
Candidats admissibles	16
Candidats présents aux épreuves d'admission	16
Candidats proposés pour l'admission	6
Barre d'admissibilité	10
Barre d'admission	11,44

Epreuves d'admissibilité

Moyenne générale des candidats présents	6,29
Moyenne générale des candidats admissibles	10,93

Exploitation pédagogique d'un dossier scientifique et technique

Moyenne des candidats présents	06,79
Moyenne des candidats admissibles	11,84
Note maximale	14

Composition portant sur les politiques sociales et de santé

Moyenne des candidats présents	05,72
Moyenne des candidats admissibles	10,02
Note maximale	12,75

Epreuves d'admission

Moyenne générale des candidats présents	9,54
---	------

Moyenne générale des candidats admis	13
--------------------------------------	----

Soutenance d'un dossier

Moyenne des candidats présents	10,50
--------------------------------	-------

Note maximale	16
---------------	----

Exploitation de documents techniques et pédagogiques

Moyenne des candidats présents	8,59
--------------------------------	------

Note maximale	17,5
---------------	------

Ensemble du concours

Moyenne des candidats présents	10,25
--------------------------------	-------

Moyenne des candidats admis	12
-----------------------------	----

RENSEIGNEMENTS STATISTIQUES
concours
accès à l'échelle de rémunération agrégation privé

Candidats inscrits	91
Candidats présents aux épreuves d'admissibilité	74
Nombre de postes	1
Candidats admissibles	3
Candidats présents aux épreuves d'admission	3
Candidats proposés pour l'admission	1
Barre d'admissibilité	10,19
Barre d'admission	10,25

Epreuves d'admissibilité

Moyenne générale des candidats présents	6,61
Moyenne générale des candidats admissibles	10,63

Exploitation pédagogique d'un dossier scientifique et technique

Moyenne des candidats présents	07,45
Moyenne des candidats admissibles	11,17
Note maximale	11,5

Composition portant sur les politiques sociales et de santé

Moyenne des candidats présents	05,77
Moyenne des candidats admissibles	10,08
Note maximale	11,5

Epreuves d'admission

Moyenne générale des candidats présents	09
Moyenne générale du candidat admis	09,25

Soutenance d'un dossier

Moyenne des candidats présents	8,33
Note maximale	11,5

Exploitation de documents techniques et pédagogiques

Moyenne des candidats présents	9,67
Note maximale	12,5

Ensemble du concours

Moyenne des candidats présents	09,8
Moyenne du candidat admis	10,19

Épreuves écrites d'admissibilité

PREMIERE EPREUVE ADMISSIBILITE

EXPLOITATION PÉDAGOGIQUE D'UN DOSSIER SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE

SUJET

« Par lettre du 20 mars 2013, Monsieur le Premier ministre a confié à Madame Aline ARCHIMBAUD, sénatrice de Seine-Saint-Denis, parlementaire en mission auprès de Madame la ministre des affaires sociales et de la santé, une mission relative à l'accès aux soins des plus démunis et à la lutte contre le non-recours aux droits sociaux. Cette mission répond au constat de taux de non-recours élevés en matière d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et d'aide médicale d'État (AME).

[...]

Après avoir insisté sur le caractère multidimensionnel et cumulatif des facteurs d'exclusion, la mission fait le constat d'un décalage croissant entre d'un côté, le discours des pouvoirs publics sur la lutte contre la précarité et les objectifs de qualité de service et d'accessibilité affichés par l'assurance maladie, et de l'autre la réalité vécue par les personnes en situation d'exclusion.. »

Présentation du rapport « L'accès aux soins des plus démunis - 40 propositions pour un choc de solidarité »,
Espace éthique de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, octobre 2013

PREMIÈRE PARTIE

Bien qu'inscrit dans la loi, l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux, notamment dans le domaine de la santé, n'est pas encore atteint. Des expérimentations portées par des acteurs de terrain visent toutefois à s'en approcher.

L'expérimentation portée par ATD-Quart Monde pour l'accès à la complémentaire santé des populations en précarité répond-elle aux difficultés de mise en œuvre de l'accès au droit à la santé ?

DEUXIÈME PARTIE

A partir du dossier scientifique et technique, élaborer une activité permettant l'évaluation des connaissances et méthodes acquises par les élèves de la série ST2S à un niveau du cycle terminal que vous préciserez.
Votre proposition comportera une explicitation des objectifs cognitifs et méthodologiques évalués et situera l'activité dans un processus d'apprentissage. Vous justifierez clairement vos choix.

Annexes :

N°	Documents, sources des extraits
1	<i>C. DESPRES., P DOURGNON., R FANTIN., F JUSOT., Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique</i> , Questions d'économie de la santé Irdes n° 170, novembre 2011
2	<i>C. DESPRES., P DOURGNON., R FANTIN., F JUSOT, Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique</i> , Questions d'économie de la santé Irdes n° 169. Octobre 2011
3	<i>Aline ARCHIMBAUD, L'accès aux soins des plus démunis - 40 propositions pour un choc de solidarité</i> , Rapport au Premier ministre, septembre 2013
4	<i>H. BOISSONNAT PELSUY, C. SIBUE de CAIGNY, M. BERNARD , M-F. ZIMMER, G. SOUVAY, M- C. WEINLAND, E. KACI , Evaluation de la mise en place d'un « contrat collectif » de complémentaire santé en direction des plus démunis « MUTUELLE RESEAU »</i> , août 2012, ATD Quart-Monde, En ligne sur http://www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php
5	Compte-rendu du Laboratoire d'usage - Des contrats complémentaires santé pour les populations en situation de précarité , février 2013, ATD Quart-Monde
6	Code de la sécurité sociale - Article L863-7
7	<i>Marie Agnès IUNG ; Micheline ADOBATI, Les ressources santé d'ATD Quart-Monde, Message présenté au 8ème Congrès des centres sociaux de France, LYON 21, 22 et 23 juin 2013</i>

Annexe 1 :

Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique

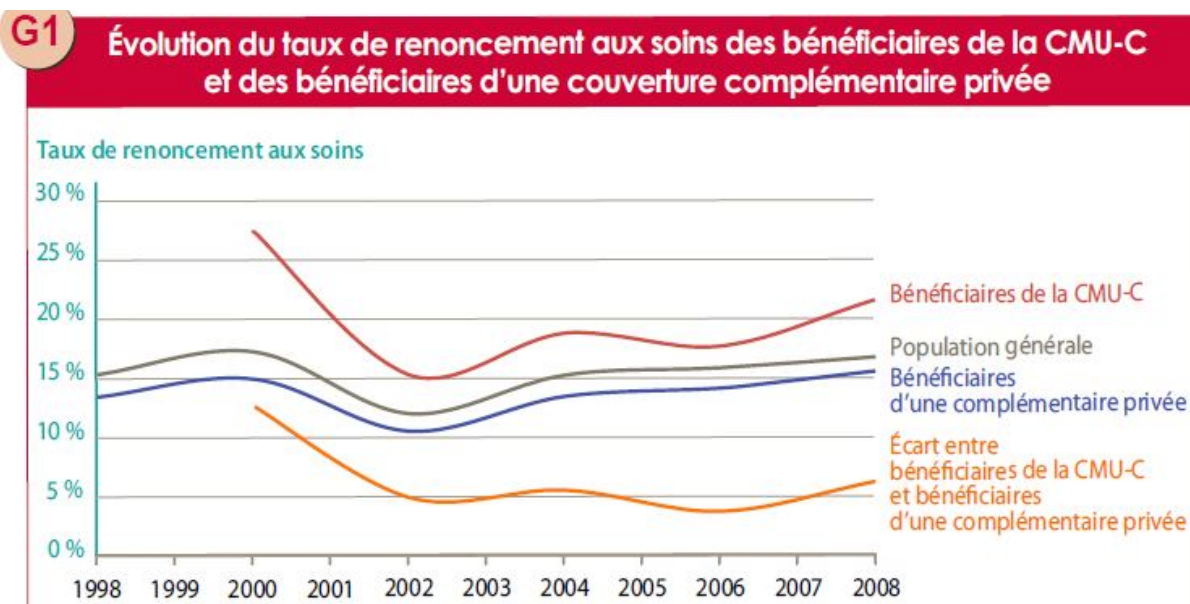
[...]En France comme dans la plupart des pays européens pourvus de systèmes de protection sociale, on observe des inégalités dans l'utilisation des services de santé. (Couffinhal *et al.*, 2004 ; Jusot, 2011).

[...]

Le renoncement financier aux soins en France

En 2008, 15,4 % de la population âgée de 18 ans et plus déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières lors des douze derniers mois. Le renoncement à des soins dentaires est le plus fréquemment cité. Il concerne 10 % de la population, devant la lunetterie (4,1 %) et les consultations de médecins (3,4 % généralistes et spécialistes confondus).

Les évolutions du renoncement aux soins entre 2000 et 2008



Source : Irdes.

Données : Enquête santé protection sociale (ESPS) 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.

Champ : 18-64 ans.

Télécharger les données :

www.irdes.fr/Donnees/Qes170_RenoncementSoins.xls

[...]

A toutes les périodes, les personnes appartenant au plus bas quintile de revenu par unité de consommation¹ renoncent davantage à des soins que les autres (graphique 2)..[...]

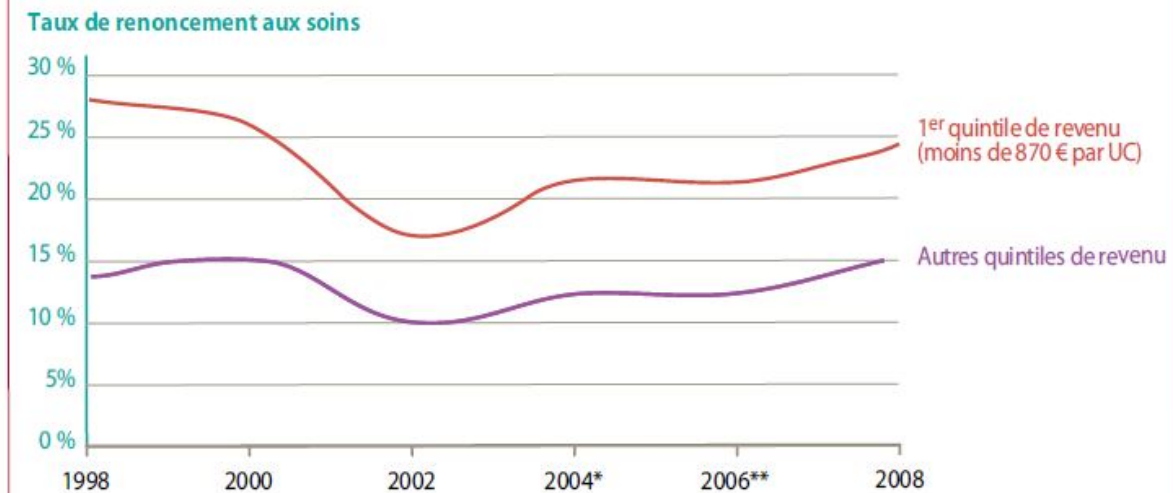
Renoncement et besoins de soins

[...] Le lien entre âge et taux de renoncement suit une courbe en cloche : le renoncement déclaré augmente continûment de 18 à 40 ans, se stabilise entre 40 et 50 (maximum à 42 ans, mais qui peut varier selon les soins), puis la tendance s'inverse et suit une pente descendante, quel que soit le type de soins. Le renoncement déclaré concerne aussi davantage les soins curatifs que les soins préventifs.

1

Il s'agit des revenus du ménage corrigés de la composition de celui-ci.

Évolution du taux de renoncement aux soins selon le niveau de revenu



* Modification de la question à cette date.

** Ajout d'un suréchantillon de CMU-Cistes à partir de cette date.

Source : Irdes.

Champ : 18-64 ans.

Données : Enquête santé protection sociale (ESPS) 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.

Télécharger les données : www.irdes.fr/Donnees/Qes170_RenoncementSoins.xls

[...]

Quand l'état de santé se dégrade, qu'il soit approché par l'état de santé déclaré, par le fait d'être en affection de longue durée (ALD) ou par la santé dentaire ou visuelle, la proportion de personnes renonçant à des soins augmente dans des proportions importantes. Ce résultat traduit sans doute le fait que les personnes renonçant à des soins sont en moins bonne santé, mais aussi que le renoncement suppose un besoin de soins : quand les besoins sont plus forts, les choix à faire en matière de santé sont plus nombreux et le risque de renoncer augmente. Le renoncement déclaré concerne aussi davantage les soins curatifs que les soins préventifs.

Les facteurs socio-économiques du renoncement aux soins

L'étude des déterminants du renoncement montre que le pouvoir d'achat ou le fait d'être couvert par une complémentaire santé jouent sur le renoncement aux soins. Elle met aussi en évidence les rôles joués par d'autres facteurs dans l'accès aux services de santé, rôles qui n'avaient pu être mis en évidence de façon significative dans les études portant sur des mesures objectives de la consommation de soins.

Les données utilisées proviennent de l'enquête Santé protection sociale (ESPS), appariée avec des données administratives issues des fichiers de remboursement de la Sécurité sociale. L'enquête ESPS, réalisée par l'Irdes tous les deux ans, compte environ 8 000 personnes échantillonnées dans les registres des trois principales caisses d'assurance maladie (Cnamts, RSI, MSA) ainsi que l'ensemble de leur ménage, soit un total de 22 000 participants.

Les questionnaires portent sur la situation sociale et économique des participants, leur état de santé, l'assurance complémentaire, le recours aux services de santé. Le questionnaire [...] est administré par un enquêteur et est posé uniquement à la personne échantillonnée, soit un échantillon de 8 000 personnes chaque année d'enquête. Nous utilisons les enquêtes 1998 à 2008 selon les besoins de l'étude, en concentrant l'analyse sur les années d'enquête les plus récentes. La plupart des analyses a été répliquée sur plusieurs années d'enquête pour vérifier leur robustesse. Le travail sur le rôle du prix des soins dans les différences départementales a été réalisé sur les échantillons 2006 et 2008 mis en commun.[...]

Le renoncement est lié à la situation sociale passée, présente et future

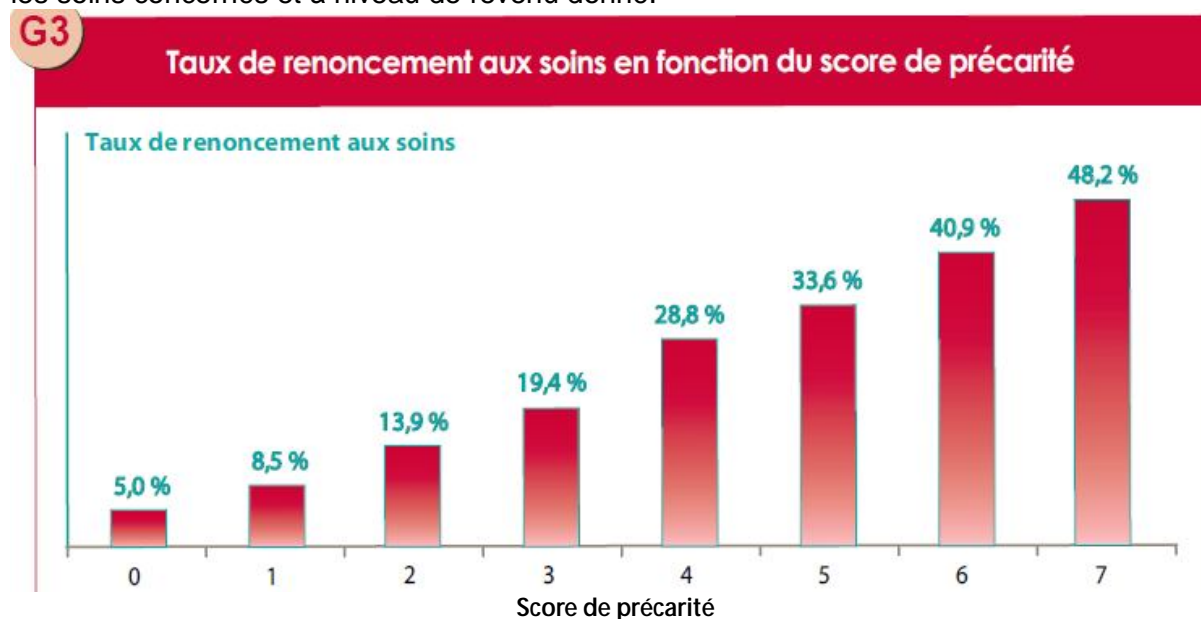
Le pouvoir d'achat influence le renoncement financier aux soins. Le taux de renoncement augmente de façon régulière quand le revenu par unité de consommation diminue. Cependant, ce gradient disparaît une fois prises en compte les dimensions de précarité décrites plus loin, ne laissant plus apparaître qu'un effet de seuil entre les catégories plus aisées et le reste de la population. Les 20 % [...] de personnes les plus aisées se démarquent du reste de la population par leur taux de renoncement plus faible. Ce résultat est particulièrement tangible pour les soins dentaires. De même, l'origine sociale semble jouer un rôle, avec un moindre renoncement des personnes dont le père est ou était chef d'entreprise.

Les effets socio-économiques de long terme observés à travers les dimensions de précarité jouent particulièrement, c'est-à-dire même après avoir pris en compte le revenu et les autres variables socio-économiques, sur le renoncement aux soins. Différentes dimensions de précarité influencent le renoncement, chacune indépendamment mais plus encore conjuguées.

[...]

Les expériences de la précarité passée, présente mais aussi anticipée jouent sur l'accès financier aux soins, ceci même quand le revenu et les autres variables socio-économiques sont pris en compte. Elles participent d'un même mécanisme de construction d'une vulnérabilité de long terme. La précarité apparaît multifactorielle, toutes ses dimensions ayant une influence sur le renoncement aux soins pour raisons financières, à niveau de revenu donné. La situation actuelle et les expériences passées jouent le plus sur le renoncement aux soins, mais la crainte du futur est aussi significative, ce que l'on peut interpréter en termes de comportement de précaution (« J'anticipe des lendemains difficiles donc j'économise aujourd'hui, en évitant les soins onéreux et non directement utiles ») ou comme un effet psychosocial. De même, que les difficultés liées à l'accès à l'emploi soient présentes, passées ou probables, elles augmentent le risque de renoncer à des soins.

En additionnant ces dimensions, nous construisons un score de précarité (ce qui revient à faire la somme des événements de précarité passés, présents et futurs déclarés, mais sans distinguer lesquels), de façon à identifier un effet de cumul de ces dimensions de précarité sur l'accès financier aux soins (graphique 3). Ce cumul de vulnérabilités sociales apparaît alors comme le facteur le plus important du renoncement aux soins, et ceci quels que soient les soins concernés et à niveau de revenu donné.



Source : Irdes.

Données : Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008

Champ : 18-64 ans.

Télécharger les données : www.irdes.fr/Donnees/Qes170_RenoncementSoins.xls

L'étude fait ainsi apparaître la nature complexe de l'accès financier aux soins qui ne se résume pas à la question de la prise en charge financière des soins même si elle y contribue fortement. Nos résultats confirment que l'on ne peut appliquer à la santé un modèle économique minimaliste qui ferait du soin un bien consommé selon des préférences individuelles, lesquelles se résumeraient à un état de santé effectif ou désiré, par un individu disposant d'un budget limité. Cette étude montre tout autant les limites d'un modèle médicalisant qui voudrait que les besoins de soins existent en dehors des malades et qu'à chaque état de santé corresponde une façon unique de se soigner.

Le rôle protecteur de la CMU-C

L'absence de complémentaire santé est un obstacle largement documenté à l'accès aux services de santé en France (Caussat, Raynaud, 2004 ; Raynaud, 2005). De fait, les personnes sans complémentaire renoncent deux fois plus que les autres aux soins les moins bien couverts par le régime obligatoire. L'analyse est affinée dans ESPS qui rend possible la comparaison entre la protection apportée par la CMU-C et celle des complémentaires privées. Deux éléments permettent d'approcher la qualité de la couverture complémentaire : la valeur de la prime et le niveau de satisfaction déclaré par type de soins remboursés (information uniquement connue pour les contrats individuels).

[...]

Le taux de renoncement des personnes ayant la CMU-C est de 22 % en 2008. Quel serait-il en l'absence de CMU-C ? En estimant le taux de renoncement des CMUistes s'ils n'avaient pas la CMU-C de façon contrefactuelle, c'est-à-dire en attribuant au sous-échantillon des CMUistes les probabilités de renoncer des personnes ayant les mêmes caractéristiques dans l'autre partie de l'échantillon, on obtient un taux de renoncement de 40 % . [...]

Source : Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F., **Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique**, Questions d'économie de la santé Irdes n° 170, novembre 2011

Annexe 2 :

Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique

[...] Si le renoncement aux soins se réfère le plus souvent dans les enquêtes à un renoncement pour raisons financières, une approche socio-anthropologique, à partir d'entretiens non directifs, permet d'analyser plus largement les significations du renoncement pour les individus ainsi que les logiques sociales, économiques et culturelles qui les déterminent. [...] (Després et al. , 2011)

[...]

Les significations du renoncement aux soins pour les acteurs

[...]

Le renoncement aux soins vu par les experts

[...]

Nous proposons (...) une définition [*du renoncement aux soins*] qui permet un regroupement des diverses significations produites : « Les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit.

Méthode

Entretiens semi-directifs

35 entretiens semi-directifs ont été menés dans la région métropolitaine de Lille et ses marges [...], d'une durée d'une heure et demie à trois heures. Les entretiens ciblaient principalement des personnes aux conditions de vie marquées par la précarité, mais le corpus a été élargi aux autres catégories sociales afin d'approfondir l'analyse par une dimension comparative.

Des entretiens reposant sur des récits de soins

Les entretiens reposaient sur des récits de soins (Saillant, 1999), c'est-à-dire la description par les intéressés de leurs histoires de santé et de maladie et la manière dont elles avaient été prises en charge à différents moments de l'existence : maladies graves ou épisodes pathologiques inscrits dans la banalité du quotidien, recherche ou maintien de la santé. Afin de comprendre la place qu'occupait le vocable de « renoncement aux soins » (ou le verbe « renoncer ») dans les discours des individus, les personnes ont été invitées à relater les événements avec leurs propres mots et leurs propres catégories de pensée, les termes « renoncement » et « renoncer » ayant été censurés de nos propos. Au-delà de son usage spontané au cours de l'entretien, il s'agissait de comprendre la signification que les individus « ordinaires » accordaient au concept de renoncement aux soins, en analysant les situations qualifiées ou non de renoncement aux soins, permettant d'en affiner le sens. Pour cela, le terme a été introduit en mobilisant un questionnement proche de celui de l'enquête ESPS, sans toutefois préciser « pour raisons financières » dans un premier temps, mais en l'indiquant dans un second temps. Enfin, troisième angle d'approche, les personnes ont été invitées à produire une définition du renoncement aux (à des soins) soins, ce qui est apparu difficile pour nombre d'entre elles compte tenu de leur difficulté à élaborer de manière relativement théorique. Les données empiriques fournies par les entretiens ont été mises en perspective avec les définitions académiques (dictionnaires) qui contribuent à la construction du sens commun, les significations institutionnelles et celles qui sont mobilisées dans le champ de la recherche du renoncement aux soins.

Comprendre les causes des renoncements aux soins : l'analyse des itinéraires thérapeutiques

Pour comprendre l'origine et les causes des renoncements aux soins et leurs différentes formes, nous les avons réinsérées plus largement dans une analyse globale des itinéraires thérapeutiques (parcours de soins), à différentes périodes de la vie. Cette approche plus large permettait de resituer une conduite de renoncement dans une perspective diachronique (en lien avec des événements antérieurs) et, pour chaque itinéraire thérapeutique en lien avec un problème de santé précis, d'en restituer la complexité en explorant les divers univers de soins parcourus et en identifiant les contraintes exercées sur ces itinéraires. De même que pour la signification du renoncement, nous nous sommes intéressés à l'ensemble des déterminants afin de replacer la dimension financière dans l'ensemble des logiques sociales concourant à la déclaration d'un renoncement et pouvoir analyser les articulations entre les différentes dimensions. La notion d'itinéraires thérapeutiques renvoie à une série de choix au sein du parcours de soins, en fonction des possibles. Ces itinéraires (préventifs et curatifs) ont été analysés au sein d'un espace thérapeutique (Saillant, 1999) envisagé de manière large et non réduit au seul secteur de la médecine conventionnelle. Il comprend également deux autres secteurs, celui de l'espace familial et domestique et celui des « médecines douces » ou « médecines parallèles », que nous appellerons non conventionnelles (encore appelées médecines douces, *complementary and alternative medicine*, dans la littérature anglo-saxonne) (Cohen, Rossi, 2011). Cet espace thérapeutique est à la fois espace de production de soins et espace social, lieu d'interactions entre acteurs sociaux, entre usagers et institutions, et lieu de production de normes.

Le renoncement aux soins est fondé sur le besoin subjectif de l'individu

L'individu projette de recourir à un soin en fonction de l'identification et de l'interprétation qu'il fait de ses symptômes et en fonction des normes sociales quant à la manière d'y faire face. Ce besoin est socialement différencié ; il est configuré par des normes qui varient en fonction des groupes d'appartenance, ce qui est une limite lors de l'analyse des renoncements aux soins en fonction des catégories sociales.

[...]

Le renoncement-barrière : un environnement de contraintes qui ne permet pas d'accéder au soin désiré

Deux types de renoncements procédant de logiques sociales différentes ont été distingués : le renoncement-barrière et le renoncement-refus.

Dans le cas du renoncement-barrière, l'individu doit faire face à un environnement de contraintes qui ne lui permet pas d'accéder au soin désiré. Le renoncement-barrière questionne l'efficacité du système de protection sociale contre la maladie et l'organisation de l'offre de soins, c'est-à-dire des dimensions structurelles qui entravent l'accès aux soins, le plus souvent à travers des contraintes budgétaires. L'individu procède dans ce cas à des arbitrages entre la santé et d'autres dimensions de son existence.

Le renoncement « pour raisons financières »

Les raisons financières du renoncement aux soins sont constituées d'un faisceau d'éléments qui se combinent souvent entre eux : le prix du soin, son niveau de remboursement et le reste à charge qui varient en fonction du type de protection sociale et de la qualité de la couverture, le niveau de revenus, la disponibilité financière du moment, en particulier quand l'individu doit avancer les frais. Cette dernière est en lien avec les ressources (revenus, réserves, allocations) et les autres dépenses non médicales, notamment les dépenses incompressibles (Després et al., 2011) [...]

Renoncements aux soins et droits sociaux

Si les individus sont en partie protégés des renoncements pour raisons financières par les droits sociaux, dans certains cas toutefois, ceux-ci sont mal connus ou non respectés par les professionnels. La méconnaissance des droits amène à des erreurs de jugement et, donc, à renoncer pour raisons financières alors que le soin aurait été pris en charge. La complexité du système de soins n'en facilite pas la compréhension : coexistence des secteurs 1 et 2 avec dépassements d'honoraires et complexité des règles de remboursement partagés entre l'Assurance maladie et les complémentaires, dispositifs empilés. Quant à la CMU-C, elle est largement connue, surtout dans les milieux précaires, mais les droits concrets qu'elle autorise – le panier de soins ainsi que les règles à respecter par les médecins – sont souvent ignorés.

L'ACS fait l'objet d'un taux élevé de non-recours (proche de 75 %) en grande partie lié au fait que les personnes éligibles ignorent l'existence de cette aide, ont du mal à déchiffrer les courriers d'information venant des caisses et que les démarches d'obtention sont complexes (Guthmuller et al., 2011). Notamment, le choix d'une complémentaire santé dans un environnement de marché concurrentiel est difficile, nécessitant de maîtriser le langage, comprendre les différentes tarifications et les modalités de remboursement par étages, et anticiper ses besoins de soins. [...]

Le renoncement-refus : un acte d'autonomie à l'égard de la médecine

Ce renoncement-refus témoigne de l'expression d'un choix, se traiter par soi-même ou solliciter des formes de soins du secteur non conventionnel. Il est l'expression d'un refus des soins par rapport au système de santé (médecine conventionnelle) et constitue à cet égard un acte d'autonomie à l'égard de la médecine. [...]

Le renoncement-barrière et le renoncement-refus, deux formes fréquemment associées

Si les personnes qui vivent des situations de précarité mobilisent plutôt le renoncement-barrière, elles évoquent pour une part d'entre elles les deux formes de renoncement, le même mot qualifiant des situations différentes et dont les logiques sont également distinctes. Un même individu peut mettre en œuvre à différents moments de sa vie, en fonction du type de soins dont il a besoin, les deux catégories de renoncement. Pour les catégories précaires, celles-ci sont fréquemment associées, l'une participant à la production de l'autre.

Source : Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot, **Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique**, Questions d'économie de la santé Irdes n° 169. Octobre 2011

Annexe 3 :

L'accès aux soins : un « parcours du combattant »

L'idée du « parcours du combattant » est dans tous les esprits pour décrire les contacts avec l'administration ou les organismes d'assurance maladie en vue d'obtenir une prestation. [...] Au-delà de **l'accès aux droits**, c'est souvent **l'accès aux soins** eux-mêmes qui pose problème pour un ensemble de facteurs touchant aux comportements individuels : du refus de soins opposé directement ou insidieusement par certains professionnels de santé au renoncement aux soins des intéressés eux-mêmes pour des raisons très variées, financières mais pas uniquement et parfois très en amont de la démarche d'accès aux droits. Plus généralement, force est de constater qu'accès aux droits, accès aux soins et **accès à la santé** sont étroitement imbriqués.

L'accès aux droits

La mission s'est interrogée, au fil de ses contacts avec les acteurs de terrain, sur ce qui pouvait différencier, en termes de parcours, un bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'aide médicale d'Etat (AME), de personnes en situation de non recours ou a fortiori de renoncement aux soins.

Il s'avère que le bénéficiaire a emprunté avec succès un parcours long et compliqué qui l'a tout d'abord conduit à s'interroger sur ses droits potentiels, à identifier le bon interlocuteur, à établir un contact avec ce dernier, à remplir un dossier, à obtenir l'aide ou les aides correspondantes, enfin à en demander et obtenir le renouvellement. Autant d'étapes, autant de difficultés et de risques de venir gonfler les chiffres du non recours ou du renoncement en cours de procédure.

Connaître ses droits

L'accès aux droits se heurte en premier lieu à **un énorme problème d'information** et de compréhension.

Information des bénéficiaires potentiels avant tout, information des professionnels de santé et travailleurs sociaux également : au-delà du déficit de notoriété dont souffrent certaines aides et en particulier l'ACS depuis sa création en 2004, la complexité des règles d'ouverture des droits est un obstacle à l'évaluation par les intéressés eux-mêmes de leurs droits potentiels. Et le souci manifesté par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) de proposer sur son site internet www.ameli.fr des simulateurs de droits ne règle qu'une petite partie du problème, surtout à l'égard de publics fragiles, coupés des administrations, peu au fait de leurs droits et qui ont peu accès aux outils numériques.

De façon encore plus élémentaire, la liste des interlocuteurs et lieux d'information n'est pas suffisamment diffusée auprès des bénéficiaires potentiels, dans les lieux publics notamment (panneaux publics, bureaux de Poste, halls de mairie, Pôle emploi, etc.).

Les conditions de ressources en matière de CMU-C en offrent une bonne illustration. En effet, elles ne se limitent pas aux revenus, imposables ou non, du foyer fiscal au cours des douze derniers mois mais font intervenir, entre autres, une évaluation forfaitaire de l'avantage procuré par un logement, un traitement au cas par cas des autres allocations perçues et la prise en compte des revenus des capitaux placés.

L'intrication de différentes aides avec des plafonds de ressources proches mais distincts génère beaucoup d'incompréhension de la part des bénéficiaires potentiels, quand ce n'est pas un sentiment d'injustice si le plafond vient à être dépassé de quelques dizaines d'euros.

[...]

Ces effets de seuil frappent une partie significative de la population et ont parfois des conséquences dramatiques.

La plupart des démarches font intervenir à un moment ou à un autre d'autres documents individuels (identité, filiation, naissance par exemple) qui constituent autant de sources de difficultés et de blocages parfois insurmontables. Il en va de même de ces événements *a priori* assez anodins que constituent un déménagement ou un changement professionnel entraînant un changement de caisse ou de régime mais qui peuvent, pour des publics en situation de précarité, se transformer en situations inextricables.

Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui ont eu la possibilité d'organiser, en lien avec des associations, des permanences juridiques pour leurs bénéficiaires n'ont eu qu'à s'en féliciter et l'on ne peut que regretter que cela ne figure pas dans le cahier des charges de ces structures.

[...]

Au total, **la juxtaposition de dispositifs distincts pour répondre à des problématiques proches est une vraie difficulté**, qu'elle renvoie à une tradition bien établie de « millefeuille » administratif ou qu'elle soit la conséquence d'interventions concurrentes peu ou mal coordonnées. Loin de se limiter à l'ACS, l'aide au financement des complémentaires santé mobilise aussi, et de plus en plus fréquemment, des ressources du fonds d'action sociale des CPAM (dispositifs de type « coup de pouce santé » ou « ACS + ») ou d'autres aides extra-légales versées par certains centres communaux d'action sociale. Le fonds CMU indique ainsi dans son rapport d'activité pour 2012 que 67 CPAM ont proposé en 2010 des aides de type « complément ACS » et/ou des aides visant à atténuer l'effet de seuil de l'ACS, pour un budget total d'environ 25 millions d'euros.

Enfin, nul ne dispose de la vision d'ensemble permettant d'évaluer *a priori* l'aide totale proposée, ce qui pose problème par exemple pour effectuer un choix entre plusieurs niveaux de garanties d'une complémentaire.

Source : Aline ARCHIMBAUD, *L'accès aux soins des plus démunis - 40 propositions pour un choc de solidarité*, Rapport au Premier ministre, septembre 2013

Annexe 4 :

***Evaluation de la mise en place d'un « contrat collectif » de
complémentaire santé en direction des plus démunis
« MUTUELLE RESEAU »***

Évaluation du projet dans le cadre du partenariat ATD /Fonds CMU,
*Suite à l'avenant 2 conclu entre les parties dont l'objectif est d'obtenir des données
quantitatives et qualitatives relatives aux adhérents. AOUT 2012*

Introduction : Rappel de la note d'opportunité de la démarche

La prise en compte des modes de recours individuels des plus pauvres à l'assurance santé est un sujet d'actualité et un sujet stratégique. D'actualité car dans le cadre des dernières réformes de la sécurité sociale et de son financement, la part laissée aux complémentaires santé dans la prise en charge des soins est de plus en plus importante, « le reste à charge » des patients ou encore ce que doivent payer les malades de « leur poche » pour se faire soigner n'est plus négligeable pour les revenus moyens et faibles. Sujet stratégique car dans le cadre des politiques de réduction des inégalités de santé, l'accès à une couverture santé complémentaire des plus fragiles est essentielle pour favoriser l'accès aux soins et à la prévention, le premier facteur de renoncement aux soins étant financier. A ce jour, la forte proportion de « non recours » à l'adhésion individuelle des plus fragiles à une complémentaire santé a des conséquences aggravées sur leur état de santé et leur accès aux soins et à la prévention lorsqu'elle ne les précipite pas dans le dénuement suite à des dettes contractées lors de soins ou d'hospitalisation. Au moment où les pouvoirs publics incitent les entreprises à se préoccuper de la protection sociale complémentaire collective, démarche bénéfique pour les salariés, plutôt des grandes entreprises et aux catégories sociales les plus élevées (Questions d'économie de la Santé, n° 155, IRDES), les personnes n'ayant pas de parcours stable n'ont pas ce bénéfice.

Le Mouvement ATD Quart-Monde, fondé en 1957, a pour objectif de lutter contre la misère et l'exclusion, permettant à chaque personne l'accès aux droits fondamentaux de tout citoyen et contrairement à l'assistance de favoriser des solutions de droit commun. Dans ce cadre, nous avons voulu entendre les usagers de la santé les plus fragiles nous parler de leur recherche de couverture complémentaire dans le cadre de la sortie de la CMU-C, dans le cadre de leur entrée dans le dispositif RSA Activité, de leur entrée dans le dispositif des retraites etc. Nous décrivons un certain nombre de situations avec des issues plus ou moins favorables en termes d'accès aux soins, de panier de biens, de définition de risque couvert et de durée de protection. Nous avons recueilli constats et préconisations qui seront le socle de cette recherche action. [...]

Cette démarche est une expérimentation, sur une durée de deux années : s'unir, trouver et tenter de souscrire un contrat « complémentaire santé de groupe » pour les personnes en situation de précarité qui en sont habituellement exclues (en lien avec les associations et les partenaires du « Réseau Santé Précarités de Nancy »). Il s'agit bien sûr de s'appuyer aussi sur les aides déjà en place comme la CMU, la CMU-C et l'ACS tout en allant plus loin. Il convient dès à présent de soulever le fait que certaines personnes couvertes par la CMU-C refusent de se faire soigner par honte de faire connaître leur couverture.

Suite à la négociation, par ATD Quart-Monde, auprès d'organismes complémentaires santé, d'un contrat collectif de groupe ouvert dont peuvent bénéficier les personnes en situation de précarité en lien avec les associations participantes au Réseau Santé Précarités animé par la Ville de Nancy, un contrat à effet au 1er janvier 2011, a été conclu entre la FNARS Lorraine, porteur du projet pour le compte d'ATD Quart-Monde et la MUCIM (dénommée désormais ACORIS Mutuelles organisme régional). Le 7 novembre 2011, un contrat du même type a été conclu avec la mutuelle SMI (organisme national désormais membre de ADREA).

[...]

Eléments techniques mis en place par la FNARS, la Communauté urbaine et la Ville de Nancy pour permettre la montée en charge de la mutuelle Réseau

C'est grâce à une forte implication des pouvoirs territoriaux au côté des usagers et des associations que ce projet a pu prendre de l'ampleur. Mais cela représente un réel investissement. Pour permettre aux partenaires de faire bénéficier les personnes qui sont en lien avec elles de cette complémentaire des rencontres de formation, des ateliers, des fiches ont été réalisés. Nous présentons quelques fiches ici à titre d'exemple. L'ouverture des droits reste le majeur problème rencontré par tous dans cette expérimentation.

Comment accéder à la complémentaire du réseau santé mutuelle portée par les associations signataires ?

La complémentaire du réseau santé est désormais en place depuis 18 mois ; le nombre d'adhérents approche les 200 personnes et il s'agit de permettre à ce nombre d'augmenter le plus rapidement possible afin d'optimiser l'accès aux soins des personnes le nécessitant. Dans ce sens, un travail important de communication est mis en place dans un triple objectif :

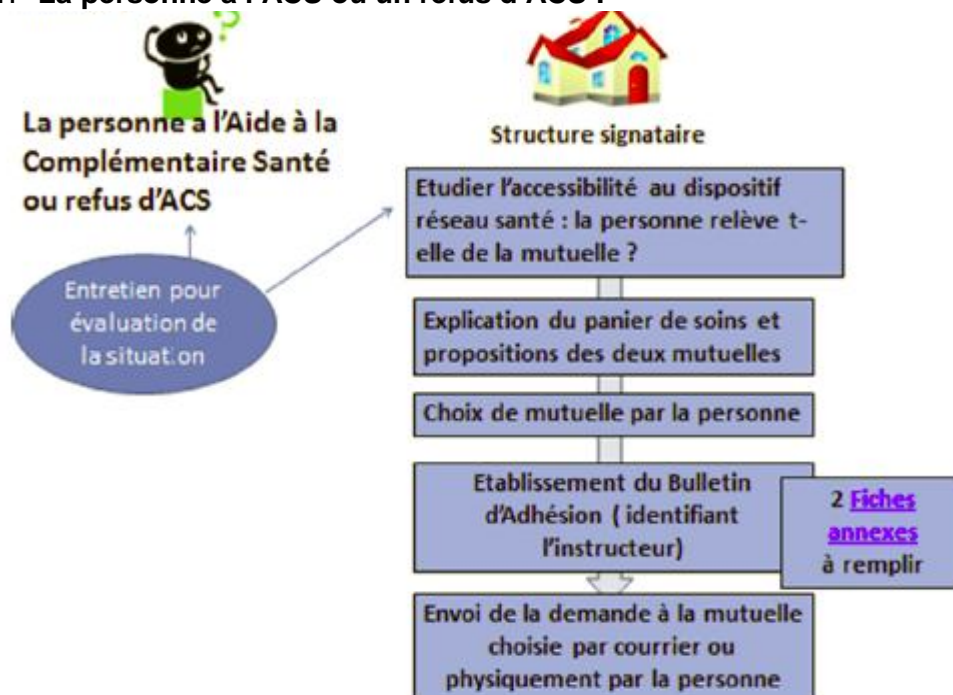
- Faire connaître le dispositif aux personnes qui pourraient en bénéficier, les orienter vers les lieux ressources ;
- Permettre aux professionnels susceptibles d'être sollicités de maîtriser le dispositif et les démarches à entreprendre pour accompagner au mieux les personnes ;
- Informer l'ensemble des acteurs locaux pour leur permettre d'adhérer au projet soit en s'impliquant directement en tant que structure signataire soit en étant en mesure d'orienter les personnes au mieux.

Pour optimiser ces démarches, plusieurs procédures ont été élaborées mais il convient de souligner le fait que, dans tous les cas, un bilan complet sera fait avec la personne qui sollicite l'adhésion à la mutuelle. La personne est considérée dans sa globalité et accompagnée tout au long de la démarche. Ce travail comprend donc une phase d'évaluation relativement importante qui permet de connaître la situation de la personne, ses droits ouverts ou à ouvrir, sa connaissance de l'organisation du système, sa compréhension des complémentaires santé et leur fonctionnement, sa perception des remboursements et surtout ses besoins en termes de santé.

Fiches réalisées par Mme VOZELLE. FNARS Lorraine

Description de différentes démarches en fonction de la situation des personnes

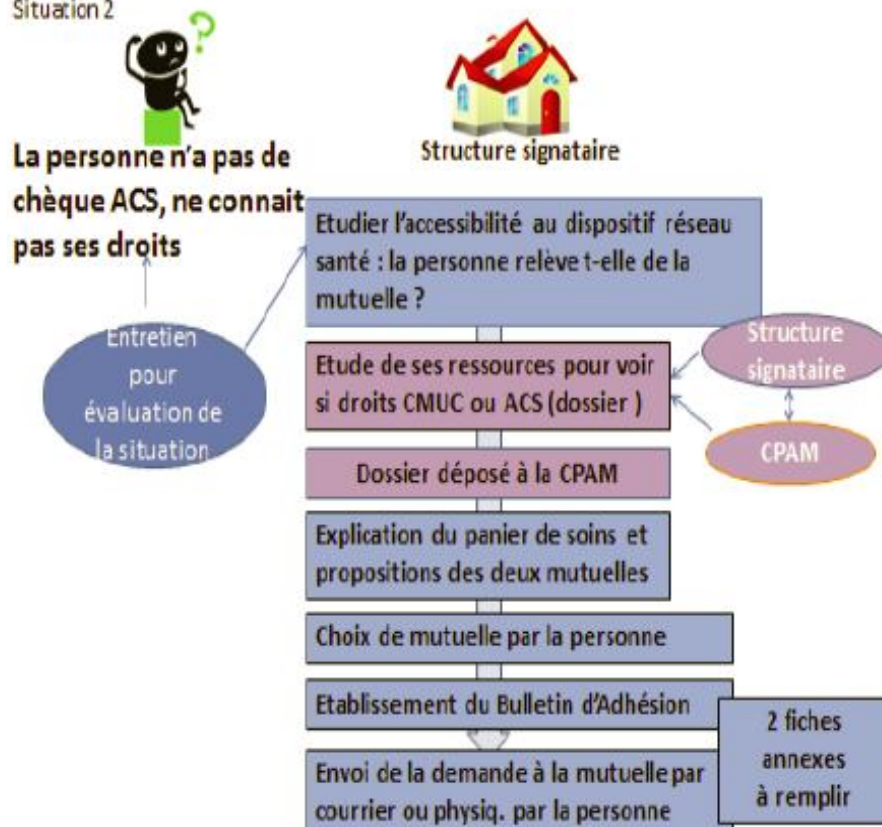
1. La personne a l'ACS ou un refus d'ACS :



Dans ce premier cas, le parcours est relativement simple car la personne connaît ses droits et a déjà entrepris des démarches. Tout le travail réalisé en amont de l'adhésion à une mutuelle (ouverture des droits à la Sécurité Sociale, demande d'ACS, ...) n'est pas à réaliser

2. La personne n'a pas de chèque ACS ou ne connaît pas ses droits

Situation 2



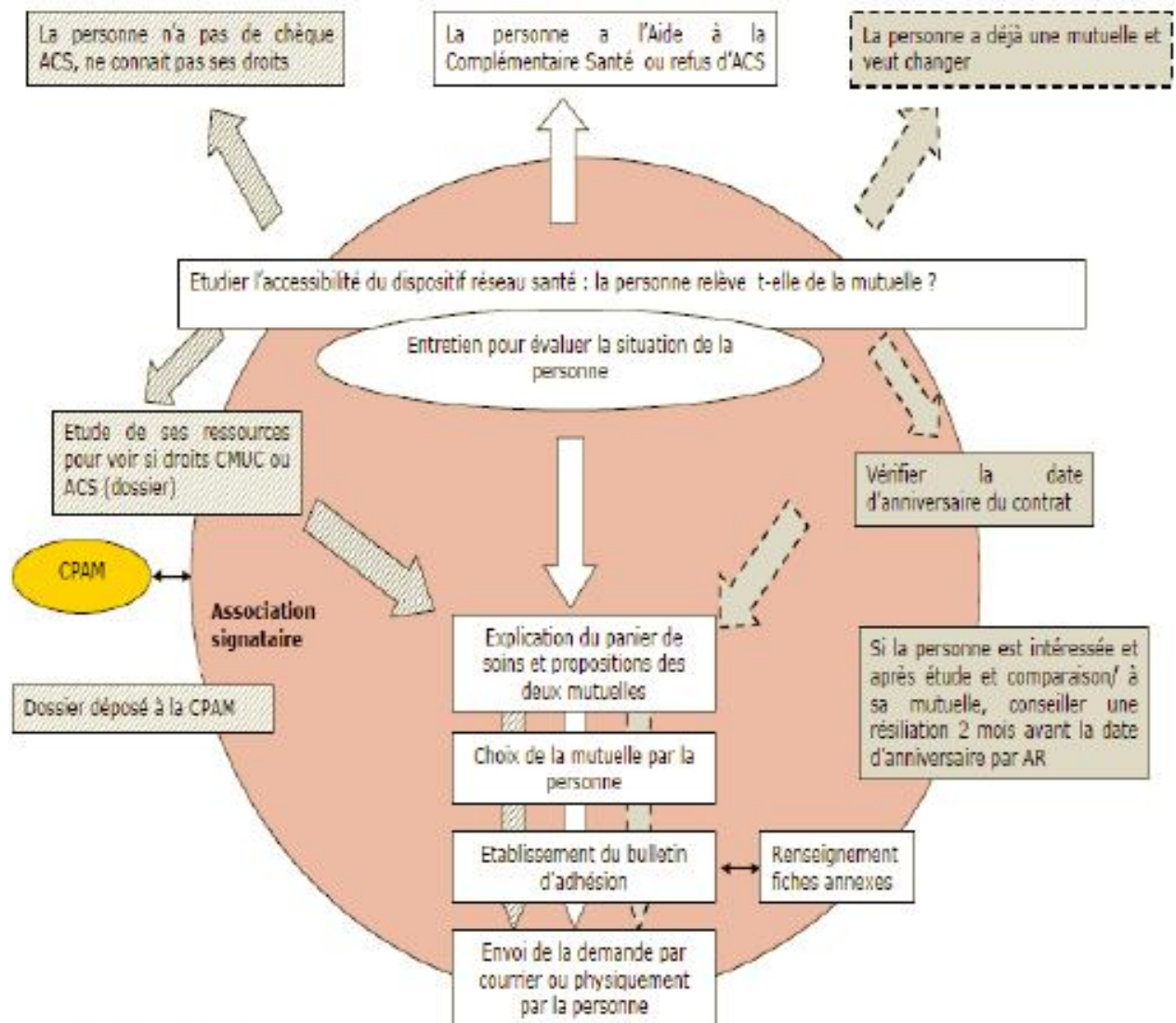
Cette situation est légèrement plus « complexe » et demande plus de temps car le projet développé ici insiste sur le fait que les personnes doivent être accompagnées pour pouvoir être le plus autonome possible dans leurs démarches. Ainsi, les professionnels prendront le temps nécessaire pour leur permettre de comprendre les dispositifs, leurs droits, les démarches à entreprendre pour accéder à ces droits.

3. La personne a déjà une mutuelle mais veut changer :

[...] Cette situation peut paraître la plus simple ; cependant, ce n'est pas toujours le cas du fait des démarches à entreprendre pour résilier un contrat. La difficulté principale est de tenir les délais et dates précises de préavis.

Schéma mis à la disposition des partenaires conventionnés et de leurs accompagnants

Pour simplifier et clarifier les démarches à entreprendre, le schéma suivant a été élaboré et diffusé aux partenaires



Présentation de données quantitatives et qualitatives à partir de l'exploitation des fiches de démarche recueillies jusqu'au 20 Aout 2012

Une fiche de suivi et une fiche de démarche permettant l'évaluation, aussi bien quantitative que qualitative de la dynamique d'accès et de la sensibilisation, sont mises à la disposition des associations. Ces fiches [ont été] transmises à ATD Quart Monde et à la FNARS Lorraine. Elles sont diversement complétées, un travail de recueil supplémentaire a été mené par le cabinet Etudes et Développement en réinterrogeant les associations. On constate que ce support est indispensable mais dans la culture associative la consignation des données est difficile. Si l'expérimentation doit se poursuivre il faut prendre en compte un soutien professionnel pour le recueil de fiches démarches exploitables.

Nombre de fiches exploitées : 120

[...]

Analyse des données recueillies dans la case : « *Discussion et première analyse* » des fiches

Compréhension des adhérents concernant le fonctionnement d'une assurance complémentaire santé

[...] Dans près des deux tiers des cas, une proposition sinon un dossier d'adhésion est faite aux personnes venant consulter. Dans 13 % des cas le conseil ou l'aide est donnée pour résilier la complémentaire santé qui était soit trop chère, soit ne remboursait pas bien, soit ne faisait pas le tiers payant. Un cinquième environ repartait avec les coordonnées des mutuelles pour réfléchir soit sur les conditions d'adhésion, soit pour comparer les tarifs et paniers de bien avec d'autres mutuelles, soit pour obtenir d'autres précisions. Les accueillants téléphonent souvent aux différents organismes pour avoir les explications demandées que ce soit par rapport aux soins remboursés ou les modalités de paiement des cotisations ou encore le basculement d'un contrat individuel contracté auprès de la mutuelle vers le contrat « mutuelle réseau ». D'autres formalités devaient encore être réalisées comme la résiliation de l'ancienne assurance mais aussi la liquidation des dettes de l'ancienne assurance qui avait été résiliée pour faute de paiement. Là encore la démarche était indispensable pour effacer l'ardoise et pouvoir contracter la « mutuelle réseau ». Comme la Mutuelle Réseau concerne d'abord une expérimentation dans la région de Nancy, un accord entre les mutuelles a permis pour les personnes éloignées géographiquement mais en lien et accompagnées par une des associations signataire, d'être adressées à la mutuelle SMI pour des contrats filaires

[...]

Les accompagnants ont dans 10 % des cas fait état d'explications quant aux modalités de fonctionnement d'une complémentaire santé et en particulier du tiers payant qui est déterminant pour la plupart des personnes à faibles revenus afin d'éviter le renoncement aux soins. Si toutes les personnes ayant consulté avaient au moins besoin de conseils ou d'informations certains accompagnants précisent que sans un accompagnement les personnes consultées n'auraient pas été capables de s'y retrouver dans les démarches à faire et auraient abandonné (8 %). 7 % des personnes ont été accompagnées dans leur recherches d'aide complémentaire ou même ont été secourues afin de pouvoir adhérer ou a minima être soignées.

Pour l'ensemble des personnes qui ont adhéré, les informations données par les associations et l'accompagnement par des personnels des complémentaires mis en place par la convention collective ont permis une utilisation responsable du contrat. [...] Si pour certaines structures il va de soi qu'il faut réaliser le dossier ACS (22 %) avec les personnes, certains accompagnants ne donnent que des conseils, les personnes accueillies étant suffisamment autonomes. Dans une mesure moindre, les accompagnants font aussi des dossiers CMU-C, AME voire même l'affiliation à la sécurité sociale. D'autres accompagnants

ne se sentant pas suffisamment compétents renvoient vers la CPAM, et son réseau de correspondants sociaux.

Nombre de demande de prestations supplémentaires pour des dépenses de soins non prises en charge par le contrat et pour lesquelles il subsiste un reste à charge

Finalemt, 7 % des fiches font état de recherches ou versements d'aides diverses (prestations supplémentaires CPAM, aide de la municipalité, du conseil général, du CCAS, de la CAF, *etc.*) ainsi que du don d'un chèque en urgence (paiement en avance des cotisations, dettes de mutuelle) ou de soins gratuits. Des conseils sont également donnés pour demander d'autres devis auprès des professionnels de santé ou pour changer de professionnel. Certaines personnes sont désemparées devant les coûts des soins et s'engagent dans des prêts au risque de se priver sur d'autres postes essentiels.

[...]

Le point de vue des usagers et des partenaires à propos des niveaux de prise en charge de la mutuelle

Les acteurs impliqués dans le projet

[...] Plusieurs structures impliquées dans le projet ont été contactées afin d'avoir leur ressenti à ce niveau de mise en œuvre du projet. Différents éléments peuvent être mis en exergue :

- Les personnes sollicitant l'adhésion ont des parcours très variés ; certaines n'ont pas de droits ouverts, d'autres ne comprennent pas où en sont leurs dossiers de CMU ou d'ACS, d'autres ont déjà une mutuelle mais souhaitent l'arrêter faute de financement adapté.
- Le temps à donner par les professionnels pour effectuer l'évaluation est certes long mais essentiel pour la suite de l'action. Un bilan individuel et complet est réalisé pour chaque personne.
- La formation des professionnels accueillant le public est très importante. Deux éléments sont à prendre en compte : non seulement le projet s'inclut dans une démarche spécifique mais surtout l'organisation du système de santé est relativement complexe. Les professionnels accompagnants doivent donc connaître au maximum les procédures relatives à l'accès aux soins et les « réseaux » à solliciter.
- Ces « réseaux », cet ancrage territorial, cette proximité, sont une force soulevée par les professionnels interviewés. En effet, ils valorisent le fait d'avoir la possibilité d'être en contact direct avec des référents notamment de l'Assurance Maladie ou la CAF. Il convient aussi d'insister sur le fait que des associations non signataires sont amenées à orienter leurs adhérents ou bénéficiaires vers des partenaires qui sont quant à eux habilités.
- Les professionnels associatifs soulèvent la difficulté à faire comprendre la notion de « panier de biens »

[...]

Conclusion

Le Mouvement ATD Quart-Monde, qui a pour objectif contrairement à l'assistance de favoriser des solutions de droit commun a voulu entendre les usagers de la santé les plus fragiles énoncer des préconisations et des constats qui sont le socle de ce travail. De ces constats, nous tirons deux enseignements : la culture de la mutualisation n'est pas acquise et demande une sensibilisation et une communication autour de la nécessité d'adhérer à une mutuelle. L'accompagnement par des associations ou organismes s'avère un médium intéressant pour permettre la mutualisation, trop complexe, trop professionnelle, trop incompréhensible, avec un langage trop difficile pour les usagers. Les militants Quart-Monde

ont défini un panier de biens correspondant à la vie en précarité dans lequel les deux seules demandes étaient : « Que la mort soit couverte ! Et que l'hôpital ne nous endette pas ! » Après de nombreuses démarches et plusieurs mois de travaux collectifs, un contrat collectif complémentaire santé à effet au 1er janvier 2011, a été conclu entre la FNARS Lorraine, porteur du projet pour le compte d'ATD Quart-Monde et la MUCIM (dénommée désormais ACORIS Mutuelles organisme régional). Le 7 novembre 2011, un contrat du même type a été conclu avec la mutuelle SMI (organisme national désormais membre de ADREA).

L'expérimentation « Mutuelle réseau » est ensuite le fruit d'un travail entre partenaires locaux, mobilisés pour une même action sur le secteur de Nancy. Le projet développé peut être représenté, selon des professionnels interviewés dans le cadre de cette évaluation, par les termes suivants : « accompagnement, facilitation, égalité, réseau, équité, expérimentation, responsabilisation, accès aux soins, territoire, proximité ». Tous ces termes ont pour intérêt de mettre en avant le fil conducteur du projet et sa cohérence sur le territoire : tous les professionnels sont dans une démarche visant à optimiser l'accès aux soins de tous, dans un cadre d'autonomisation. La philosophie de l'action en cours telle qu'elle a été pensée et telle qu'elle parvient à se mettre en œuvre jusqu'à présent est très bien présentée par une militante ATD Quart monde qui résume alors l'objectif d'utilisation responsable du contrat en le présentant de la manière suivante à une nouvelle affiliée : « attention tu te fais soigner, bien, mais t'abuses pas, tu l'utilises comme si c'était ton portemonnaie, sinon ... on plonge il faut l'équilibre sinon plus de contrat, il clapote ».

Le projet de « Mutuelle réseau » a désormais 18 mois et compte 223 adhérents. D'après les informations fournies, la population est composée pour un tiers de jeunes de moins de 19 ans et pour un autre tiers de personnes âgées de plus de 50 ans, il y a peu de familles nombreuses, mais 10 % vivent dans des habitats précaires. Les adhérents sont pour la plupart des travailleurs et retraités pauvres, l'emploi à temps complet est l'exception. 18 % des personnes ont déclaré avoir l'AAH, un revenu ne permettant pas l'attribution de la CMU-C. Il semblerait qu'il n'y ait pas de personnes sans couverture sociale du tout. Dans un seul cas, l'affiliation était en cours. Presqu'un quart des personnes rencontrées était déjà affilié à une complémentaire santé et avait du mal à la payer ou allait renoncer à la maintenir. 30 % des personnes viennent parce qu'elles ont besoin de soins et ne peuvent pas payer. D'une manière générale, les adhérents sont satisfaits du panier de biens et de son coût même si certains mettent en avant qu'il reste relativement élevé par rapport à leur capacité financière s'ils ne bénéficient pas de l'ACS ; le taux d'effort à réaliser est très important et implique, pour ces personnes, de contraindre d'autres parts de leur budget.

L'organisation de l'action a son importance ; en effet :

- les professionnels de santé ne font pas de différence entre les patients couverts par cette mutuelle et leurs autres patients ; les pharmaciens expliquent d'ailleurs que la distinction n'est pas possible puisque le nom du contrat n'est pas inscrit sur la carte mutuelle. Cet élément est très important car il marque une différence notable avec les patients couverts par la CMU-C ;
- certains professionnels du domaine social précisent que sans l'accompagnement proposé, certaines personnes n'auraient pas été capables de s'y retrouver dans les démarches à faire et auraient abandonné [...] ;
- la mobilisation territoriale a permis la mise en place et le développement du projet. Associations, institutionnels, structures gouvernementales, bénéficiaires ont tous un rôle essentiel. Le travail en partenariat est indispensable pour que chacun puisse remplir ses missions propres et faire en sorte que les personnes puissent accéder dans les meilleures conditions et meilleurs délais à des soins adaptés. La forte nécessité pour cette dynamique de mutualisation des publics précaires d'être portée au niveau territorial pour la déployer montre toute la nécessité d'avoir et de développer des « réseaux », cet ancrage territorial, cette proximité, sont une force soulevée par les professionnels interviewés. En effet, ils valorisent le fait d'avoir la possibilité d'être en contact direct avec des référents notamment de l'Assurance Maladie ou la CAF. La nécessité de travailler plus avec la CPAM et d'ouvrir un partenariat sur le terrain avec la CARSAT se fait sentir mais le terrain a besoin d'avoir

une vue plus claire des orientations nationales sur ces sujets. Les partenaires se félicitent de voir des CCAS les rejoindre.

Par ailleurs, il convient de mettre en avant les données suivantes quant au fonctionnement propre de la mutuelle :

L'hospitalisation en secteur public est le premier poste de dépense et celui qui déséquilibre le contrat et pose la question de la pérennisation. La prise en charge hors parcours de soins des personnes à la rue, la non déclaration des malades en ALD dans la filière hospitalière sont autant de facteurs qui ne permettent pas aux malades hospitalisés d'être pris en charge comme ils le devraient.

La place de l'enfant dans la famille, ses droits doivent être réétudiés dans le cadre de leur protection complémentaire, car s'il est vrai qu'à 16 ans ils ont leur propre assurance sociale il y a une nécessité de déterminer dans quels cas on couvre les enfants par le biais de la mutuelle des parents (chômeur, formation, alternance, apprentissage...).

L'aide à la complémentaire santé devrait être opposable aux contrats branches dans le cas où le contrat est plus favorable à l'adhérent, et les textes de loi devraient être respectés pour les personnes qui sont dans en insertion où les personnes qui trouvent des CDD de quelques mois. Les conditions de résiliations doivent être plus transparentes, et respecter la loi. Des efforts d'information et de recommandations doivent être faits en direction des organismes.

Pour finir, il convient de soulever le fait que ce projet n'en serait pas à ce niveau d'action et de réflexion sans l'implication de tous les acteurs au niveau local, tous les militants d'ATD Quart Monde, les soutiens institutionnels et politiques.

Force est de constater après 18 mois d'existence que cette expérimentation répond à un besoin réel et permet de répondre aux objectifs nationaux quant à l'optimisation de l'accès aux soins pour tous. Ce projet a aussi des faiblesses qui ont été soulevées ; il convient désormais de prendre cet ensemble en considération, de le faire évoluer afin qu'il puisse aboutir à une labellisation et une extension au niveau national.

Source : H. Boissonnat Pelsy, C. Sibue de Caigny, M. Bernard , M-F. Zimmer, G. Souvay, M- C. Weinland, E. KACI , **Evaluation de la mise en place d'un « contrat collectif » de complémentaire santé en direction des plus démunis « MUTUELLE RESEAU »**, août 2012, ATD Quart-Monde, En ligne sur <http://www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php>

Annexe 5 :



Laboratoire d'usage²

Des contrats complémentaires santé pour les populations en situation de précarité

Le 20 Février 2013

Présents : Caroline D. médecin anthropologue; Marion D. enseignant chercheur Rennes ; Magali L. CISS ; Dupré J. UNCASS ; Huguette B. ATD Quart-Monde, Jeanneret J. AGIR ABCD ; Sylvie B. Acoris mutuelle ; Pascale C., adhérente mutuelle Réseau Acoris ; Marilynne C. adhérente Intégrance handicapée ; Denise A., militante ATD Quart-Monde ; Philippe V., militant ATD Quart-Monde adhérent mutuelle réseau SMI ; Oriane et Olivier C. militants ATD Quart-Monde adhérents Acoris ; Rachid K. militant ATD ; Micheline A. militante ATD Quart-Monde, Corinne F. assistante dentaire ; Nathalie C. CNAMTS ; Jean-Luc G. Harmonie mutuelle ; Sophie M. mutuelle SMI ; Catherine H. CARSAT ; Jean-Pierre D. Société Française de Santé Publique ; Mathilde B. enseignante économie de la santé ; David R. mutuelle SMI ; Judith P. Croix Rouge

Présentation :

Grande étape : Plan national de lutte contre la pauvreté : l'accès à des complémentaires de qualité est un élément du plan et doit être mis en place en septembre.

Avec le relèvement du plafond de la CMU et de l'ACS, beaucoup de personnes nouvelles vont y entrer et nous nous posons la question du « comment accueillir, informer, rencontrer, et faire accéder à leurs nouveaux droits » ces personnes qui en ont besoin. L'expérience de l'ACS et son faible déploiement nous incite à anticiper la réflexion en partenariat avec des usagers du système de soin qui sont concernés et avec les associations, les organismes complémentaires et les institutions qui ont accepté de venir.

Un label a été voté dans la loi de financement de la sécurité sociale de novembre 2011 et doit être mis en œuvre. L'idée est de réfléchir en amont pour que les personnes qui bénéficient de l'ACS sachent qu'elles y ont droit et qu'elles soient guidées dans leurs démarches.

Le label sur les contrats de complémentaire santé doit :

- permettre qu'au delà de l'aide financière les personnes concernées puissent savoir vers quels contrats ils peuvent se tourner dans les organismes complémentaires pour y trouver un produit qui leur correspond et qui répond à leurs préoccupations de santé dans des conditions de vie et de ressources précaires de l'aide.

a) Questions à aborder

1. Comment accompagner les personnes adhérentes :
 - face à un reste à charge,
 - face aux frais qui ne sont pas couverts par le panier de biens,
 - face à l'impossibilité de payer les cotisations de la complémentaire,
 - lorsqu'elles n'ont pas de compte bancaire.

²

Les laboratoires d'usage regroupent des acteurs publics, privés, des entreprises, des associations, des acteurs individuels dans l'objectif de travailler ensemble sur la conception de nouveaux produits ou services, de tester « grandeur nature » des services, des outils ou des usages nouveaux. Ils sont fondés sur le développement de partenariats et impliquent les utilisateurs dès le début de la conception.

2. Comment gérer un fond social de solidarité (enveloppes des mutuelles) et un fond d'urgence (pour payer les cotisations, attente de l'ouverture des dossiers ACS) [...]
3. Lisibilité et compréhension des documents :
 - Mieux expliquer ce qu'est la mutualisation (ce n'est pas un dispositif) / la responsabilisation / les remboursements (comprendre comment on est remboursé) / le parcours de soin (comprendre les limites pour être remboursé) / hospitalisation (les différences entre une hospitalisation médicale, chirurgicale ou psychiatrique) / les maisons de repos

[...]

Pour mémoire l'expérimentation faite par la FNARS en Lorraine avec ATD Quart-Monde et les partenaires du réseau santé avait mis en place un contrat de groupe ouvert avec un panier de biens :

- une convention spécifique,
- un délai de carence.

Extrait de la convention spécifique du contrat expérimental

– L'organisme complémentaire s'engage à :

L'organisation de réunions conjointes dans l'objectif de :

- 1) Sensibiliser le personnel de la mutuelle aux problématiques spécifiques induites par la population particulière visée par le projet ;
- 2) Informer les bénéficiaires des garanties obtenues avec ce contrat en expliquant ce que ça comporte dans un langage compréhensible et apprendre aux bénéficiaires comment utiliser au mieux leur contrat ;
- 4) Former les membres des associations qui le désirent pour mieux répondre aux questions des usagers potentiels
- 5) Permettre une gestion appropriée des cas particuliers qui pourraient intervenir pendant la durée du contrat
- 6) L'affectation d'une personne de Mucim-Stanislas³ dans le cadre de la gestion des adhérents, afin d'éviter que ceux-ci ne soient amenés à expliquer leur parcours souvent difficile à différents intervenants. Il s'agit d'installer une relation de confiance entre les bénéficiaires et la mutuelle.

Le suivi de ce projet expérimental à lieu dans le cadre de réunions entre les différentes parties.

[...]

- **Accompagnement des personnes adhérentes face à un reste à charge :**

[...]

- **Problème de l'optique :** problème des prix élevés sur les verres ou les montures.

Un accord est passé avec une grande part d'opticiens dans le réseau Qualivia (plus de 4 200 sur 11 000), concernant les personnes qui bénéficient de contrats labélisés ACS, pour pratiquer les prix de la convention qui correspondent à ce que la mutuelle rembourse et ainsi supprimer les restes à charge (effort des opticiens qui vendent quasiment au prix coûtant). C'est une possibilité offerte aux bénéficiaires de l'ACS [...]

Comment informer les bénéficiaires des contrats labélisés de cette possibilité ?

[...]

La seule solution serait de rassembler les différents acteurs, travailler ensemble pour avoir toutes les informations (opticiens, mutuelles, personne bénéficiaire)

³ Intégrée depuis dans ACORIS Mutuelles.

[...]

Risque :

- Ne se faire soigner que dans des réseaux à part (ATD se bat pour rester dans le droit commun)
 - L'objectif de ces négociations en amont pour le volume important de patientèle qui va être concernée par la labellisation, est de baisser le reste à charge tout en restant dans le droit commun. Avec la labellisation, le contrat sera inscrit comme étant labélisé mais rien n'empêchera quelqu'un d'autre de prendre ce contrat, ce n'est pas un label réservé aux personnes titulaires de l'ACS.
- La difficulté d'un dispositif comme la CMU ou autre qui ne serait ouvert que pour les personnes qui ont l'ACS pose la question de la sortie du contrat labélisé.
Ce qui est compliqué ce sont les réseaux très fermés.
- Et si on parle de réseau, *quid* des zones éloignées et des inégalités sociales territoriales...

[...]

- **Utilisation des fonds sociaux, de solidarité et des fonds d'urgence :**

[...]

Le premier problème est de trouver le moyen d'assurer la pérennité du contrat pour que les adhérents ne soient pas victimes de cotisations excessives.

D'où l'idée :

- Mutualiser le risque entre le maximum de mutuelles (pour une garantie axée sur les besoins) ;
- Mais pour cela il faut en même temps un fond social au plus proche des gens (avec des associations et des organismes financiers).

C'est un peu paradoxal mais il faudrait à la fois une assurance unique pour les mutuelles au niveau national et qu'un plan local se mette en place pour une gestion au plus près des gens

L'idée d'une labellisation permet un panier moyen national, un équilibre financier et un suivi de l'augmentation des frais.

Mais il y a le problème de la prise en compte des besoins supplémentaires qui ne sont pas couverts pas le panier de bien, il n'y a aucune solution dans le droit commun.

Mission à créer pour collectiviser (que les multiples acteurs financiers se retrouvent autour d'une même table) : un lieu régional, départemental ou local avec une instance de gouvernance de ces fonds.

- **Comment faire des documents faciles à lire ?**

« *Ce qui est difficile à comprendre ?* »

- « *supprimer les **pourcentages** pour les remboursements (mais on ne peut pas toujours comme par exemple pour les dents)* »
- « *qu'est-ce qu'un **ticket modérateur**...* »
- « *tiers payant, qui est ce tiers qui paie pour nous ?* »
- « *on ne se rend pas compte de ce que ça représente* »
- « *on nous dit qu'il faut comparer les mutuelles mais comparer quoi ?* »

Il serait possible de **parler en termes de « reste à charge »** mais cela demanderait d'inverser le raisonnement actuel.

[...]

- La solution pourrait être l'information donnée par les professionnels de santé.

[...]

- Comment s'approprier les connaissances nécessaires pour pouvoir poser les questions ensuite ?
- Quelle est l'importance d'un accompagnement individualisé ?
- Est-il possible de donner un minimum d'informations dans un document [...] ? Pourquoi ne pas mettre dans un document explicatif uniquement les cas les plus classiques de remboursement à un niveau basique pour donner des indications sans que ce soit trop compliqué (médecin généraliste, hospitalisation...) ?
- Faire des réunions d'information collectives puis par petits groupes pour approfondir ?

[...]

Source : Compte-rendu du *Laboratoire d'usage - Des contrats complémentaires santé pour les populations en situation de précarité*, février 2013, ATD Quart-Monde

Annexe 6 :

Code de la **sécurité sociale** - Partie législative

- Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé
 - Titre 6 : Protection complémentaire en matière de santé et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé
 - [...] Chapitre 3 : Dispositions relatives à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé.

Article L863-7

- Créé par LOI n°2011-1906 du 21 décembre 2011 - art. 55

Bénéficiaire du label intitulé " Label ACS " les contrats d'assurance complémentaire de santé offrant des prestations adaptées aux besoins spécifiques des personnes concernées. Les modalités de cette labellisation sont déterminées par une convention conclue, après avis de l'Autorité de la concurrence, entre l'Etat, le fonds mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-1 et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire mentionnée à l'article L. 182-3. Le fonds mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-1 établit, dans des conditions définies par décret, la liste des mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises régies par le code des assurances offrant de tels contrats. Les caisses d'assurance maladie communiquent cette liste aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé.

LES RESSOURCES SANTE D'ATD QUART-MONDE PRESENTEES AU CONGRES DES CENTRES SOCIAUX

Micheline Adobati et Marie-Agnès lung du Groupe Santé d'ATD Quart Monde sont intervenues dans l'atelier portant sur l'accès aux droits du Congrès des Centres Sociaux le 21 juin dernier à Lyon

[...]

Le mouvement ATD Quart-Monde a réfléchi aux conditions d'accompagnement et d'accès à la complémentaire santé garantissant la meilleure couverture possible. [...] D'autre part la réforme Fillon sur les contrats collectifs favorisait fortement ces contrats à la fois par des réductions d'impôt pour les entreprises, par des contrats négociés, moins chers et mieux couverts, où les personnes ne sont pas prises en fonction de leur état de santé mais parce qu'elles appartiennent à un collectif. Nous nous sommes donc orientés vers un contrat de groupe ouvert collectif avec entrée individuelle négociée comme dans les entreprises. Le projet a été de fédérer différentes associations au sein d'un collectif. Lors d'une réunion du Réseau Santé Précarité, animé par le service de Nancy ville santé ce projet a été présenté et l'écho a été favorable. Les participants du Réseau Santé Précarité sont des personnes qui se trouvent en situation précaire et assument un rôle d'accompagnateurs, des associations qui travaillent en lien avec les populations en précarité, des professionnels de la santé et du social, des administratifs et des institutionnels comme la CPAM, le CHU, le CHRS, la maternité, le CCAS, le Conseil général, et des politiques.

Pourquoi un contrat collectif et quels en sont les avantages ?

- Le coût global moyen des contrats collectifs est moins élevé que celui des contrats individuels.
- Ils permettent une économie d'échelle, donnent un pouvoir de négociation et bénéficient d'exonérations de charges sociales et fiscales.
- L'adhésion est obligatoire, ils sont mutualisés et ils assurent les salariés indépendamment de leur état de santé.

Méthode de recueil de la parole des militants Quart-Monde et de leurs préconisations :

Dans un premier temps deux focus groupes d'usagers ont été réalisés. Nous avons formulé des recommandations et des préconisations à partir du constat du partage d'expériences personnelles de ces usagers ou de leurs proches. La méthode a consisté à enregistrer les débats, à les décrypter et les analyser puis à réaliser l'écrit. L'écrit a été validé par les participants puis présenté aux professionnels santé du Réseau Wresinski Santé du Mouvement ATD Quart-Monde. Les expériences ont été croisées. Le travail conjoint a ensuite été validé par les participants. Le panier de biens idéal a été ainsi déterminé ainsi que la démarche d'accompagnement nécessaire à la mise en place d'une complémentaire santé d'après les participants.

Dans un deuxième temps une rencontre a ensuite eu lieu entre les associations partenaires du réseau précarité santé de Nancy, puis les résultats des focus groupes ont été présentés. Les responsables des associations caritatives intéressées ont été rencontrés individuellement et leurs constats et préconisations ont été recueillis.

Dans un troisième temps une démarche commerciale a été menée en lien avec l'Institut de commerce de Nancy auprès des organismes complémentaires assurantiels et mutualistes et de prévoyance à partir de la proposition validée par les participants au focus groupe, les professionnels en lien avec le mouvement ATD Quart-Monde et les membres du réseau santé précarité de Nancy.

Le projet a ensuite été présenté aux partenaires institutionnels de la politique de la ville, de la communauté urbaine, de la ville de Nancy, de la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) et du fonds CMU en présence des associations partenaires. Une présentation a

également été faite au Conseil général. Le panier de biens a été validé et un appel d'offre à diffuser a été préparé.

Nous n'avons pas oublié de présenter le projet à un cabinet d'avocats pour obtenir un conseil juridique sur l'adéquation de l'appel d'offre avec les juridictions existantes.

Les réponses à l'appel d'offre ont ensuite été réceptionnées et sélectionnées puis signées. La convention de partenariat des associations du réseau de santé qui le désirent avec le porteur de projet a été signée. Une convention d'accompagnement spécifique par la mutuelle complémentaire a été officialisée. Un fonds d'urgence pour aider les personnes à honorer leurs cotisations en cas de détresse a été mis en place. Enfin, une campagne de sensibilisation a été menée avec les phrases et les images faites par les usagers eux-mêmes pour leurs pairs. Le contrat n'est pas à l'équilibre financièrement, il est fragile et a révélé que l'hôpital endette effectivement, 60 % de la valeur du contrat passe dans les remboursement de frais hospitalier non remboursés car les ALD ne sont pas mises en place ou les patients sont hors parcours de soins, n'ayant pas de médecin traitant, venant de la rue, et on rembourse les frais à hauteur de 60 % de l'hospitalisation médicale. Les impayés sont importants, 7 500 euros en deux ans. La situation se régularise peu à peu.

Voilà le résumé de notre première action à Nancy.

Puis nous avons ouvert un partenariat national avec une association AGIR ABCD pour un accompagnement sur le territoire français avec le contrat négocié avec une mutuelle parisienne SMI. Cette expérimentation a montré tout son intérêt, le contrat est équilibré, les personnes bénéficiant d'un fort accompagnement par les deux associations, le coût du contrat est faible, 29,50 euros mensuel, dont il ne reste après l'ACS que 30 à 60 euros annuels à charge pour l'adhérent.

Puis nous avons travaillé avec Harmonie mutuelle dans cette même démarche pour construire avec les usagers en situations précaires un contrat ACS qui corresponde à leurs besoins. D'autres mutuelles nous ont rejoint, et nous avons ainsi organisé quatre temps de travail avec les usagers, les collectivités territoriales, les institutions, la société Française de santé publique les chercheurs et des professionnels de santé. Les recommandations de ces laboratoires d'usage sont sur le site du Fonds CMU. Parallèlement la conférence de lutte contre les exclusions et pour l'inclusion des populations précaires nous délivrait un calendrier dans ce domaine avec une augmentation du seuil de l'attribution de la CMUC et de l'ACS et le devoir de produire pour le 1^{er} juillet 2013 des contrats référence. Nous pouvons d'ores et déjà vous faire parvenir le communiqué de presse sur cette nouvelle action et les conditions de ce nouveau contrat valable sur la France et les DOM TOM :

Une association pour l'accès A LA COMPLEMENTAIRE SANTE DES POPULATIONS EN PRECARITE et un contrat dédié construit avec les usagers en situation précaire par cinq mutuelles

[...]

C'est à partir de la société civile, en travaillant avec des usagers en situation précaires d'ATD Quart-Monde que 5 grands groupes mutualistes : Adréa mutuelle, Apréva mutuelle, Eovi mutuelle, Harmonie mutuelle et mutuelle Ociane, ont décidé avec l'Association ATD Quart-Monde de promouvoir un type de contrat d'assurance complémentaire santé adapté et pensé avec les utilisateurs. C'est au travers d'une association regroupant ces 6 membres fondateurs que l'association « ACS-P » créée le 12 juin dernier (« Association pour l'accès à la complémentaire santé des populations en précarité ») proposera ce contrat avec une garantie spécifique proposée par Adréa mutuelle, Apréva mutuelle, Eovi mutuelle, Harmonie mutuelle et mutuelle Ociane.

[...]

L'association ACS-P regroupera, au delà des membres co assureurs, et des membres d'honneur :

- **Des membres actifs, associations ou institutions œuvrant dans le champ de la solidarité et de la protection de la santé qui le désirent** (mutuelles ou unions relevant du code de la Mutualité, ou autres organismes agréés pour effectuer des opérations d'assurance dans le domaine de la complémentaire santé, et relevant du code de la Sécurité sociale (institutions de prévoyance) ou du code des assurances (entreprises d'assurances), les organismes de Sécurité sociale ainsi que les organismes agréés pour participer à la gestion d'un régime légal ou obligatoire d'assurance maladie et maternité, les associations et fédérations impliquées dans des domaines d'activité en relation avec l'objet de l'association et les associations d'usagers, des collectivités territoriales,
- **Des membres de droit, bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé,** (personnes physiques, adhérant aux contrats collectifs)

Seuls les trois collèges membres co assureurs, actifs et de droits ont des voix délibératives. Cette gouvernance permettra d'activer une pleine participation des différents acteurs de l'action. C'est l'engagement de leurs président et vice présidente.

Source : *Marie Agnès IUNG ; Micheline ADOBATI, Les ressources santé d'ATD Quart-Monde, Message présenté au 8ème Congrès des centres sociaux de France, LYON 21, 22 et 23 juin 2013*

RAPPORT

RAPPORT ETABLI par mesdames CAROTTI et LEMOINE et par monsieur BEYNIER

L'épreuve comporte deux parties qui portent sur le même dossier, mais qui sont de nature différente : mobilisation de connaissances scientifiques et techniques pour étudier une solution présentée dans le dossier scientifique et technique, élaboration d'un exercice prenant appui sur le dossier. De ce fait, même si ces deux parties s'appuient sur le même dossier et se posent en continuité d'une préparation pédagogique, elles doivent être traitées de manière autonome.

Première partie

Cadre général et attendus

La définition de l'épreuve précise que la première partie doit permettre d'évaluer les capacités du candidat à **utiliser ses connaissances scientifiques et techniques** pour expliciter ou valider les solutions retenues.

Il est donc attendu une mobilisation de connaissances au service d'un questionnement servant à articuler l'étude de la solution présentée. Le travail doit prendre la forme d'une dissertation.

La mobilisation de références sociologiques, juridiques, épidémiologiques, historique au service du questionnement et de l'étude de l'expérimentation présentée est attendue.

Le candidat doit faire preuve de sa maîtrise des connaissances en lien avec le sujet, elles ne doivent pas être développées pour elles-mêmes, mais toujours au service de l'explicitation de la problématique. La simple définition lexicographique n'apparaît pas comme suffisante. La connaissance d'un objet passe par celle de ses attributs, de ses caractéristiques. La mobilisation de ces derniers ou d'une définition doit être articulée à la réflexion ou l'analyse développée, elle doit apporter au discours. C'est leur intégration dans l'analyse, l'argumentation qui a du sens. Ainsi, la définition ou la présentation d'un concept n'est pas utile si elle n'apporte pas au raisonnement.

Dans le travail proposé cette année, resituer les droits fondamentaux et le droit à la santé était un préalable à la présentation des dispositifs d'accès au droit à la santé et aux difficultés de leur mise en œuvre.

La définition en extension et en compréhension du concept de précarité, ainsi que l'analyse des obstacles à l'accès aux soins, devaient contribuer à la problématisation de la situation étudiée.

Prestations des candidats

Globalement les contenus scientifique et technique sont plutôt maîtrisés. En revanche, les connaissances restent parfois superficielles ou se limitent au relevé des éléments des connaissances ou des faits présentés dans le dossier. Certains candidats ont réalisé une synthèse documentaire, d'autres ont témoigné de repères erronés, du type repères historiques inexacts sur l'émergence du droit à la santé. Pour cette première partie, certaines copies ont un contenu scientifique quasiment absent car elles fusionnent les deux parties et reportent le questionnement de la première partie dans la seconde au sein de l'évaluation proposée aux élèves.

L'examen de la solution, ici l'expérimentation pour l'accès à la complémentaire santé des populations en situation de précarité, nécessitait une analyse tant pour en appréhender la méthodologie que le contexte. La validation totale ou partielle de la solution retenue

impliquait une mise en relation des difficultés concernant l'accès aux droits et les caractéristiques de l'expérimentation.

Des copies ont révélé des exposés construits, articulés autour d'une problématique clairement formulée, ont proposé une analyse fondée sur une réflexion riche et argumentée dans laquelle les connaissances ont été réinvesties, d'autres se sont résumées à l'énumération de références, de dispositifs, d'auteurs..., à l'énoncé de jugements de valeur ou d'avis non fondés scientifiquement.

Seconde partie

Cadre général et attendus

Il est demandé au candidat de construire, à partir d'un dossier scientifique et technique et pour un niveau d'enseignement donné, une activité permettant d'évaluer les connaissances et les méthodes acquises par les élèves. Le candidat doit indiquer les documents retenus parmi ceux que comporte le dossier et en justifier le choix, en présentant les modes d'exploitation en classe de ces documents, en dégagant les résultats à attendre de cette exploitation

La présentation d'une activité d'évaluation est donc attendue. Le candidat doit situer l'exercice dans un processus d'apprentissage et par rapport aux autres enseignements scientifiques ou techniques qui lui sont associés.

Un nombre limité d'objectifs clairement identifiés est préférable à une longue liste manquant de cohérence. Il convient de montrer en quoi la séquence pédagogique répond au questionnement porté par la problématique. L'introduction doit poser une véritable mise en perspective pédagogique et didactique du sujet.

L'utilisation d'un document du dossier documentaire doit être accompagnée de la justification du choix et de son intérêt pour l'activité d'évaluation, son lien avec la problématique doit être exposé de façon explicite : sur quelles notions il permet d'avancer dans l'exercice, comment il s'articule aux autres documents, quelles difficultés il soulève, quel questionnement il est susceptible de faire naître chez l'élève, quelles sont les connaissances qu'il utilise et qui doivent être explicitées et resituées dans leur contexte voire quelles connaissances concurrentes auraient pu être mobilisées et auraient permis d'aller vers d'autres solutions.

Le candidat doit à la fois afficher sa maîtrise du sujet qu'il choisit comme exercice et prouver qu'il sait construire un enseignement adapté à une classe de terminale ST2S, dans le cas précis. Il est insuffisant d'annoncer que le dossier documentaire a été fourni aux élèves ; la pratique pédagogique doit être présentée.

Il n'est pas nécessaire de reprendre en détail tout le programme, seuls les éléments nécessaires à la compréhension des intentions pédagogiques sont à présenter.

La démarche technologique doit être lisible soit dans le processus d'apprentissage présenté soit dans l'évaluation.

Au delà de la dimension strictement formelle des différentes composantes attendues de l'épreuve, le jury fonde son évaluation à partir des critères suivants :

- Cadrage global du thème : situation dans la progression annuelle, présentation des prérequis, de la place du sujet dans les programmes d'enseignement, de la problématique et des objectifs retenus.
- Qualité de la démarche pédagogique d'ensemble : présentation, cohérence et progressivité des différentes composantes de l'épreuve, modalités de mise en activité des élèves.
- Maîtrise des contenus scientifiques et techniques en lien avec le thème et les programmes d'enseignement.
- Utilisation du dossier scientifique et technique : présentation, compréhension et exploitation pédagogique.
- Clarté de la présentation : orthographe, expression écrite.

Prestations des candidats

Une proportion élevée de copies prend soin de développer une introduction pédagogique structurée.

En règle générale, le sujet est bien positionné dans le programme et les indications complémentaires du programme sont connues. Néanmoins les objectifs se limitent souvent à une liste de notions et d'objectifs issus du programme, alors qu'il serait souhaitable que les objectifs soient présentés sous forme d'un enchaînement et que sa progressivité soit explicitée.

Peu de copies ont permis d'appréhender la mise en œuvre d'une véritable démarche technologique. La démarche pédagogique présentée est parfois artificielle, sa présentation est parfois incompréhensible dans sa construction.

Le candidat doit situer l'évaluation dans sa progression annuelle, de manière libre quant à la date de l'épreuve. Les candidats ont le plus souvent bien posé le lien entre l'évaluation et les objectifs qu'ils avaient posés à la séquence.

Si une évaluation formative est envisagée, la présentation de l'intégration de l'évaluation dans l'accompagnement des élèves et le processus de formation est attendue.

Certaines copies contiennent des erreurs factuelles inacceptables.

Une cohérence d'ensemble doit se dégager. Si la plupart des candidats veillent à ce que la présentation de l'évaluation soit en cohérence avec la modalité d'évaluation choisie même si l'articulation entre ces différents éléments manque souvent de cohérence et de progressivité. En revanche, trop de candidats optent pour des organisations pédagogiques, sans que cela soit justifié par un intérêt didactique ou pédagogique. Dans un grand nombre de copies, l'évaluation se résume à une série de questions, sans logique, ni ligne directrice apparente ou à contrario à des devoirs de type épreuves du baccalauréat.

Les sources factuelles ou théoriques sont très souvent absentes. Sinon, elles restent très générales ou se limitent à une simple reprise des sources du dossier documentaire.

L'utilisation de tout ou partie du dossier documentaire ne peut pas se limiter à un commentaire systématique de l'ensemble des documents retenus, le candidat doit montrer

sa capacité à les sélectionner, à les rendre accessibles aux élèves, à penser leur utilisation pédagogique pour le développement des compétences cognitives et méthodologiques des élèves.

Les documents sont généralement présentés longuement dans l'introduction pédagogique et utilisés dans les séances de cours et activités technologiques. On peut toutefois regretter qu'ils soient souvent utilisés intégralement avec les élèves et qu'ils ne soient pas toujours explicitement reliés au sujet ou à l'inverse non utilisés sans explication. On observe alors un décalage entre les activités proposées aux élèves à partir des documents et les contenus effectivement présentés. Le choix de ne pas retenir tel ou tel document doit être motivé.

Il est essentiel que le candidat démontre sa capacité à sélectionner les annexes susceptibles d'être utilisés avec les élèves, à présenter les conditions de leur utilisation pédagogique et les adaptations nécessaires, à les insérer et à les exploiter dans le cadre d'une séquence.

Le jury a apprécié la qualité d'expression dans certaines copies, contrastant avec l'absence de rédaction dans d'autres.

Remarque

La définition de l'épreuve fait référence à un éventuel recours à des enseignements associés. Le thème du sujet, ici, ne le justifiait pas.

Le candidat doit faire des propositions qui se justifient au regard du thème du sujet et ne pas rechercher une référence systématique, qui pourrait ne pas faire sens.

SECONDE EPREUVE ADMISSIBILITE
Composition portant sur les politiques sociales et de santé

Sujet

Question 1

En quoi la démocratie sanitaire a-t-elle changé la gouvernance du système de santé français depuis les années 2000 ?

Question 2

Le 2 mars 2013, la Commission européenne publiait au Journal officiel de l'Union une recommandation en date du 20 février 2013 sur le thème : « *Investir dans l'enfance pour briser le cercle vicieux de l'inégalité* »

Les valeurs qui inspirent ce texte, les objectifs proposés et les mesures susceptibles d'être mises en œuvre peuvent-ils influencer, conforter et/ou infléchir les politiques françaises dans le domaine de l'enfance ?

Document joint : extrait de

**RECOMMANDATION DE LA COMMISSION
du 20 février 2013**

Investir dans l'enfance pour briser le cercle vicieux de l'inégalité

(2013/112/UE)

Publiée : 2.3.2013

Journal officiel de l'Union européenne

L 59/5

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION DE LA COMMISSION du 20 février 2013

Investir dans l'enfance pour briser le cercle vicieux de l'inégalité (2013/112/UE)

LA COMMISSION EUROPÉENNE,

vu le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, et notamment son article 292,
considérant ce qui suit :

(1) Le respect de la dignité humaine est une valeur fondatrice de l'Union européenne (UE), dont l'un des buts est de promouvoir le bien-être de ses peuples. L'Union doit protéger les droits de l'enfant, lutter contre l'exclusion sociale et la discrimination et promouvoir la justice et la protection sociale.

(2) Dans une grande majorité de pays de l'UE, les enfants (1) sont davantage exposés à la pauvreté ou à l'exclusion sociale que le reste de la population; les enfants qui grandissent dans de telles conditions ont moins de chances que leurs semblables mieux lotis de réussir leur scolarité, de jouir d'une bonne santé et de réaliser pleinement leur potentiel une fois adultes.

(3) Outre qu'elle constitue un investissement crucial dans l'avenir de l'Europe, la prévention de la transmission des inégalités d'une génération à l'autre contribue directement à la stratégie Europe 2020 pour une croissance intelligente, durable et inclusive et bénéficie durablement aux enfants, à l'économie et à la société dans son ensemble.

(4) L'intervention précoce et la prévention sont essentielles à l'élaboration de stratégies à la fois plus efficaces et plus efficientes; en effet, les dépenses publiques nécessaires pour pallier les conséquences de la pauvreté et de l'exclusion sociale des enfants sont généralement plus importantes que celles que requièrent les interventions à un âge précoce.

(5) Le fait de s'attaquer à l'inégalité dès la petite enfance est un moyen important d'intensifier la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale en général. La prévention est assurée d'une manière plus efficace lorsqu'elle passe par des stratégies intégrées associant une aide à l'insertion professionnelle des parents, un soutien financier adapté et l'accès à des services essentiels pour l'avenir des enfants, tels qu'une éducation (préscolaire), des soins de santé, des services de logement et des services sociaux de qualité, ainsi que des occasions, pour les enfants, de participer à la vie sociale et d'exercer leurs droits, ceci pour leur permettre de réaliser pleinement leur potentiel et augmenter leur résilience.

(6) Les stratégies qui se révèlent les plus efficaces pour combattre la pauvreté infantile sont les stratégies sous- tendues par des politiques qui visent à améliorer le bien- être de tous les enfants, en accordant toutefois une attention particulière aux enfants qui se trouvent dans des situations de grande vulnérabilité.

(7) Les actions en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes, du paritarisme (*gender mainstreaming*) et de l'égalité des chances ainsi que la lutte contre la discrimination que subissent les enfants et leurs familles pour différentes raisons (liées, notamment, au sexe, à l'appartenance ethnique ou raciale, à la religion ou aux convictions, aux handicaps, à l'âge ou à l'orientation sexuelle) devraient être au coeur de toute action destinée à enrayer la pauvreté et l'exclusion sociale des enfants.

(8) La crise financière et économique actuelle pèse lourdement sur les enfants et sur les familles, ce qui se traduit dans de nombreux pays par une hausse du pourcentage d'individus en proie à la pauvreté et à l'exclusion sociale.

(9) Les efforts d'assainissement des finances publiques imposés par des contraintes budgétaires croissantes dans nombre de pays représentent un sérieux obstacle si l'on souhaite faire en sorte que les politiques sociales restent adaptées et efficaces, à brève et à longue échéance.

(10) Plus de dix ans de coopération au niveau de l'UE ont conduit à une conception commune des déterminants de la pauvreté infantile: d'importants travaux ont permis de mettre au point des indicateurs de suivi adéquats, de distinguer les défis communs et de définir les meilleures stratégies; de la sorte, la problématique a gagné du terrain sur le plan politique. Par la suite, la Commission a annoncé, dans sa communication sur la plateforme européenne contre la pauvreté et l'exclusion sociale (2), l'adoption d'une recommandation sur la pauvreté infantile.

(11) La stratégie Europe 2020 a donné une impulsion nouvelle à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale dans l'UE en fixant un objectif commun à l'échelle européenne consistant à réduire de 20 millions au moins, à l'horizon 2020, le nombre d'individus menacés par ces fléaux et en renforçant les mesures contre l'abandon scolaire. L'éradication et la prévention de la pauvreté infantile sont une composante essentielle des efforts menés par l'UE et par les États membres dans ce domaine et elles relèvent du champ d'action de la plateforme européenne contre la pauvreté et l'exclusion sociale

(1) Conformément à la convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant, on entend par «enfants», dans la présente recommandation, les individus âgés de moins de dix-huit ans.

(2) COM(2010) 758 final.

(12) La gouvernance actuelle, mise en place dans le cadre du semestre européen, permet de garantir l'application effective des recommandations par pays concernant la lutte contre la pauvreté des enfants et l'amélioration de leur bien-être.

(13) Tous les États membres de l'UE ont ratifié la convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant. Les normes et les principes établis par celle-ci doivent continuer de guider les politiques et les actions de l'Union ayant une incidence sur les droits des enfants.

(14) Que ce soit dans le rapport consultatif (3) et les messages clés du comité de la protection sociale, en juin 2012, ou dans les conclusions d'octobre 2012 du Conseil EPSCO sur la prévention et la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale des enfants et la promotion de leur bien-être (4), les États membres ont réaffirmé leur engagement et se sont félicités du projet de la Commission d'adopter une recommandation sur le sujet.

(15) L'UE a déjà consacré plusieurs initiatives à des questions en rapport avec la pauvreté infantile et la transmission des inégalités d'une génération à l'autre, notamment dans les domaines de l'éducation et de la formation, des soins de santé, des droits de l'enfant et de l'égalité entre les femmes et les hommes (5).

(16) Si la lutte contre la pauvreté infantile est avant tout du ressort des États membres, un cadre commun européen est susceptible d'accroître les synergies entre les domaines pertinents d'intervention et d'aider les États membres à revoir leurs stratégies et à s'inspirer de leurs expériences respectives pour améliorer l'efficacité et l'efficacéité de leurs actions par des approches innovantes, tout en tenant compte de la variété des situations et des besoins au niveau local, régional et national.

(17) Un tel outil pourrait également, dans le contexte du prochain cadre financier pluriannuel, servir de base à une plus ample coopération et permettre une utilisation mieux ciblée des instruments financiers pertinents, notamment les Fonds structurels, pour atteindre l'objectif proposé consistant à «promouvoir l'inclusion sociale et combattre la pauvreté»,

(3) Comité de la protection sociale, rapport consultatif à la Commission européenne, *Tackling and preventing child poverty, promoting child well-being*, 27 juin 2012.

(4) «Prévenir et combattre la pauvreté et l'exclusion sociale des enfants et promouvoir leur bien-être», conclusions du Conseil EPSCO du 4 octobre 2012, 14437/12.

(5) Voir, notamment: COM(2008) 865 final, «Un cadre stratégique actualisé pour la coopération européenne dans le domaine de l'éducation et de la formation»; COM(2009) 567 final, «Solidarité en matière de santé: réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne»; COM(2011) 60 final, «Programme de l'Union européenne en matière de droits de l'enfant»; et COM(2010) 491 final, «Stratégie pour l'égalité entre les femmes et les hommes, 2010- 2015».

RECOMMANDATION AUX ÉTATS MEMBRES: d'arrêter et d'appliquer des politiques visant à éradiquer la pauvreté et l'exclusion sociale des enfants et à promouvoir leur bien-être au moyen de stratégies pluridimensionnelles, conformes aux orientations ci-après:

1. S'INSPIRER DES PRINCIPES HORIZONTAUX SUIVANTS

— Combattre la pauvreté et l'exclusion sociale des enfants à l'aide de stratégies intégrées visant à garantir la sécurité matérielle des enfants, mais aussi à promouvoir l'égalité des chances afin que tous puissent exploiter pleinement leur potentiel.

— Traiter le problème de la pauvreté et de l'exclusion sociale des enfants sous l'angle des droits de l'enfant en s'appuyant, notamment, sur la convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant et sur les dispositions pertinentes du traité sur l'Union européenne et de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, et en veillant à ce que ces droits soient respectés, protégés et exercés.

— Faire prévaloir à tout moment l'intérêt supérieur des enfants et reconnaître à ces derniers la qualité de titulaires de droits à part entière, sans négliger l'importance d'aider les familles, premières responsables du bien-être des enfants.

— Maintenir un juste équilibre entre les mesures universelles, destinées à promouvoir le bien-être de tous les enfants, et les démarches ciblées, destinées à aider les plus défavorisés.

— Accorder une attention particulière aux enfants les plus menacés par la misère en raison de nombreux désavantages: enfants roms, enfants de migrants ou de minorités ethniques, enfants présentant des besoins spécifiques ou souffrant de handicap, enfants faisant l'objet d'une prise en charge alternative, enfants des rues, enfants dont les parents sont incarcérés et enfants issus de foyers particulièrement exposés au risque de pauvreté, tels que les foyers monoparentaux ou les familles nombreuses.

— Poursuivre les investissements en faveur de l'enfance et de la famille pour assurer la continuité des politiques et permettre la planification à long terme; évaluer les effets des réformes stratégiques sur la situation des plus défavorisés et prendre des dispositions visant à atténuer d'éventuelles répercussions négatives.

2. ÉLABORER DES STRATÉGIES INTÉGRÉES, FONDÉES SUR TROIS GRANDS PILIERS

2.1. L'accès à des ressources suffisantes

Favoriser la participation des parents au marché du travail

— Reconnaître le lien étroit entre la participation des parents au marché du travail et les conditions de vie de leurs enfants et, conformément aux principes établis dans la recommandation de la Commission relative à l'inclusion active (6) et dans les objectifs de Barcelone (7), prendre toutes les mesures possibles pour favoriser cette participation, notamment pour les personnes éloignées du marché du travail ou issues des ménages particulièrement exposés.

— Veiller à ce que le travail soit financièrement attrayant, en identifiant et en éliminant les facteurs qui dissuadent particulièrement les parents d'entrer, de rester ou d'évoluer sur le marché du travail, notamment les facteurs liés à la conception des régimes de fiscalité et de prestations et aux interactions entre ces derniers.

— Favoriser l'employabilité des parents isolés et des deuxièmes apporteurs de revenus ainsi que leur participation au travail rémunéré en promouvant l'égalité entre les femmes et les hommes, tant sur le marché du travail que sur le plan des responsabilités familiales.

— Contribuer davantage à la réinsertion professionnelle des parents après un congé parental moyennant des mesures de formation et d'aide à la recherche d'un emploi, en accordant une attention particulière aux individus les plus exposés.

— Intensifier les efforts visant à permettre à toutes les familles, notamment aux familles en situation de vulnérabilité et à celles qui résident dans des zones défavorisées, d'avoir effectivement accès à des services d'éducation et d'accueil des jeunes enfants de qualité et d'un coût abordable.

— Adapter le modèle et les critères d'admissibilité des services de garderie aux modalités de travail de plus en plus variées afin d'aider les parents à remplir leurs obligations professionnelles ou à trouver un emploi, sans perdre de vue l'intérêt supérieur des enfants.

— Promouvoir des emplois de qualité pour tous ainsi qu'un environnement de travail permettant aux parents de concilier vie professionnelle et vie de famille (congés parentaux, services d'assistance sur le lieu de travail et horaires de travail aménagés).

(6) Recommandation 2008/867/CE de la Commission du 3 octobre 2008 relative à l'inclusion active des personnes exclues du marché du travail.

(7) Conclusions de la présidence, Conseil européen de Barcelone, les 15 et 16 mars 2002, SN 100/1/02 REV 1.

Assurer des conditions de vie correctes grâce à une combinaison de prestations

— Offrir aux enfants des conditions de vie correctes, compatibles avec une existence digne, grâce à une combinaison optimale de prestations en espèces et en nature:

— Compléter les revenus des familles à l'aide de prestations adaptées, cohérentes et efficaces (incitations fiscales, allocations familiales, allocations de logement et systèmes de revenu minimum garanti).

— Assortir les aides en espèces de prestations en nature, notamment pour ce qui touche à l'alimentation, aux services de garderie, à l'éducation, aux soins de santé, au logement, aux transports et aux activités sportives et socioculturelles.

— Veiller à ce que la forme des aides financières pour les enfants et l'accès à celles-ci suivent l'évolution des modes de vie et favorisent une bonne redistribution des richesses entre les différentes catégories de revenus.

— Faire en sorte que les enfants ou leurs familles bénéficient réellement des prestations auxquelles ils ont droit en facilitant l'accès à celles-ci et en mettant davantage de services d'information à la disposition des bénéficiaires.

— Distribuer les aides sociales sous condition de ressources et autres prestations ciblées d'une manière qui évite les stigmatisations, différencie les besoins des enfants et atténue les risques liés aux trappes à pauvreté, sans dissuader pour autant les deuxièmes apporteurs de revenu et les parents isolés de travailler.

— Agir avec discernement lors du conditionnement de l'octroi d'allocations familiales au comportement des parents ou à l'assiduité scolaire des enfants et anticiper les effets négatifs possibles de ces mesures.

— Mettre en place des systèmes de distribution réguliers et réactifs, tels que les avances sur prestations, de façon à garantir une couverture maximale et à bénéficier le plus possible aux enfants.

2.2. L'accès à des services de qualité et d'un coût abordable

Réduire les inégalités dès la petite enfance en investissant dans l'éducation et l'accueil des jeunes enfants

– Exploiter plus avant le potentiel de l'éducation et de l'accueil des jeunes enfants en matière d'inclusion sociale et de développement, en s'en servant comme d'un investissement social visant à limiter, par une intervention précoce, les inégalités et les difficultés dont souffrent les enfants défavorisés.

— Mettre en place des services d'éducation et d'accueil des jeunes enfants à la fois inclusifs et de qualité; veiller à ce qu'ils soient abordables et adaptés aux besoins des familles. FR 2.3.2013 Journal officiel de l'Union européenne L 59/7

— Encourager la participation des enfants issus de milieux défavorisés (particulièrement ceux de moins de trois ans) quelle que soit la situation professionnelle de leurs parents, tout en évitant les stigmatisations et la ségrégation.

— Aider les parents à jouer leur rôle en tant que principaux éducateurs de leurs enfants durant les premières années et encourager les services d'éducation et d'accueil des jeunes enfants à travailler étroitement avec les parents et les intervenants locaux associés au développement des enfants (comme les services de santé ou de garde d'enfants).

— Sensibiliser les parents aux avantages des programmes d'éducation et d'accueil des jeunes enfants, tant pour leurs enfants que pour eux; utiliser ces services comme un moyen de déceler rapidement les problèmes physiques ou psychologiques survenus en milieu scolaire ou familial ainsi que les besoins spécifiques ou les mauvais traitements.

Renforcer l'influence du système éducatif sur l'égalité des chances

– Accroître la capacité du système éducatif de rompre le cercle vicieux de l'inégalité, en veillant à ce que tous les enfants reçoivent une éducation inclusive de grande qualité, qui favorise leur développement sur le plan affectif, social, cognitif et physique.

— Veiller à l'inclusion de tous les apprenants, en axant, au besoin, les ressources et les opportunités sur les plus défavorisés, et assurer un suivi convenable des résultats.

— Reconnaître et combler les disparités spatiales quant à l'offre et à la qualité des services éducatifs comme sur le plan des résultats scolaires; encourager les politiques de déségrégation favorables aux écoles à vocation générale.

— Créer un environnement d'apprentissage inclusif en renforçant le lien entre les établissements scolaires et les parents; le cas échéant, mettre en place des aides personnalisées pour contrebalancer des désavantages spécifiques, telles que des formations destinées aux parents des enfants issus de l'immigration ou de minorités ethniques.

— Lever les obstacles qui empêchent totalement ou fortement les enfants d'aller à l'école ou d'achever leur scolarité (comme des frais de scolarité supplémentaires dans l'enseignement obligatoire) en proposant une aide éducative ciblée dans un environnement d'apprentissage favorable.

— Améliorer les performances des élèves possédant de faibles compétences de base en insistant sur l'acquisition de la lecture, de l'écriture et du calcul ainsi que de notions de mathématiques et de sciences; veiller à ce que les élèves en difficulté soient vite repérés.

— Élaborer et appliquer des stratégies globales visant à limiter l'abandon scolaire, comprenant des mesures de prévention, d'intervention et de compensation; veiller à ce que ces stratégies comportent des mesures axées sur les enfants les plus susceptibles d'abandonner l'école.

— Renforcer la législation en matière d'égalité et faire en sorte que les apprenants les plus marginalisés puissent exercer leur droit fondamental à une qualification minimale de qualité.

— Revoir et renforcer les qualifications de toutes les professions liées à l'enseignement et former les enseignants à la diversité sociale; faire appel à des médiateurs culturels spéciaux et à des personnes pouvant servir de modèles pour faciliter l'intégration des Roms et des enfants issus de l'immigration.

Améliorer la réactivité des systèmes de santé pour répondre aux besoins des enfants défavorisés

– Veiller à ce que tous les enfants puissent exercer pleinement leur droit universel aux soins de santé, notamment en ce qui concerne la prévention des maladies, la promotion de la santé et l'accès à des services sanitaires de qualité.

— Remédier aux difficultés qu'ont les enfants et les familles en situation de vulnérabilité à accéder aux soins de santé, qu'il s'agisse des coûts, des barrières culturelles et linguistiques ou du manque d'information; améliorer la formation des prestataires de soins de santé à cet égard.

— Investir dans la prévention, notamment durant la petite enfance, en mettant en place des stratégies globales comprenant des mesures alimentaires, sanitaires, éducatives et sociales.

— Intervenir sur le gradient social lié aux modes de vie malsains et à l'abus de substances psychotropes en permettant à tous les enfants de bénéficier d'un régime alimentaire équilibré et d'exercer une activité physique.

— Accorder une attention particulière aux enfants souffrant de handicap ou de troubles mentaux, aux enfants sans papiers ou non enregistrés, aux adolescentes enceintes et aux enfants dont les familles ont des antécédents en matière d'abus de substances psychotropes.

Offrir aux enfants un logement et un cadre de vie sûrs et adéquats

– Permettre aux enfants de vivre et de grandir dans un environnement sûr, sain et adapté aux enfants, qui favorise leur développement et réponde à leurs besoins d'apprentissage.

— Donner aux familles ayant des enfants l'accès à des logements de bonne qualité et d'un coût abordable (notamment des logements sociaux) et remédier aux problèmes d'exposition aux risques environnementaux, de surpopulation et de précarité énergétique.

— Aider les familles et les enfants susceptibles de perdre leur logement en évitant les expulsions, les déménagements inutiles et les séparations des enfants de leur famille ainsi qu'en proposant des hébergements temporaires et des solutions de logement à long terme.

— Veiller à l'intérêt supérieur des enfants dans le cadre de l'aménagement du territoire à l'échelon local; éviter la «ghettoisation» et la ségrégation en favorisant la mixité sociale dans le logement ainsi qu'un accès convenable aux transports publics.

— Limiter l'exposition dommageable des enfants à un environnement matériel et social en voie de dégradation afin d'éviter qu'ils subissent des violences ou de mauvais traitements.

Améliorer les services d'assistance aux familles et la qualité des services de soins alternatifs

– Renforcer les services sociaux et les services de protection destinés aux enfants, notamment en matière de prévention; aider les familles à développer leurs compétences parentales d'une manière qui ne les stigmatise pas et veiller, en outre, à ce que les enfants soustraits à leur famille grandissent dans un environnement qui correspond à leurs besoins.

— Veiller à ce que la pauvreté ne soit jamais la seule raison pour soustraire un enfant à sa famille; autant que possible, permettre aux enfants de rester ou de retourner dans leur famille, par exemple en remédiant aux carences matérielles de celle-ci.

— Opérer un filtrage adéquat pour éviter le placement des enfants en institution et, lorsque de tels placements ont lieu, prévoir des réexamens à échéances régulières.

— Arrêter l'expansion des institutions de placement pour les enfants privés de soins parentaux au profit d'autres solutions de prise en charge de qualité, dans des structures de proximité ou en famille d'accueil, prenant en considération l'avis des enfants.

— Veiller à ce que les enfants privés de soins parentaux aient accès à des services (généraux ou spécifiques) de qualité en matière de santé, d'éducation, d'emploi, d'assistance sociale, de sécurité et de logement, notamment durant leur passage à l'âge adulte.

— Fournir un soutien approprié aux enfants restés seuls après qu'un ou que leurs deux parents ont émigré à l'étranger pour travailler, ainsi qu'aux personnes qui s'occupent d'eux à la place des parents.

2.3. Droit des enfants à participer à la vie sociale

Encourager la participation de tous les enfants à des activités ludiques, récréatives, sportives et culturelles

– Reconnaître la faculté des enfants à agir sur leur propre bien-être et à surmonter les situations difficiles (résilience), notamment en leur donnant des occasions de participer à des activités d'apprentissage informel en dehors de leur foyer et des heures scolaires.

— Lever les obstacles liés au coût, à l'accès et aux différences culturelles de façon à ce que tous les enfants puissent participer à des activités ludiques, récréatives, sportives et culturelles en dehors de l'école.

— Prévoir des lieux sûrs dans l'environnement des enfants et soutenir les communautés défavorisées par des mesures incitatives.

— Encourager les écoles, les intervenants locaux et les autorités locales à prévoir de meilleures activités et services périscolaires pour tous les enfants, quel que soit le statut socioprofessionnel de leurs parents.

— Permettre à toutes les familles de participer à des activités sociales qui améliorent leurs compétences parentales et favorisent une communication familiale positive.

— Privilégier les modèles de participation mettant à profit le potentiel de bénévolat des communautés et encourageant la solidarité entre générations.

Adopter des mécanismes qui favorisent la participation des enfants aux processus décisionnels les concernant

– Autoriser et engager les enfants à exprimer des avis en connaissance de cause et veiller à ce que ces avis soient dûment pris en compte et influencent les grandes décisions concernant les enfants.

— Exploiter et développer les outils disponibles pour associer les enfants au fonctionnement de services tels que la garde d'enfants, les soins de santé ou l'éducation et recueillir l'avis des enfants, par des moyens adaptés à leur âge, sur l'élaboration des politiques les concernant.

— Appuyer la participation de tous les enfants dans les structures participatives existantes; aller vers les enfants issus de milieux défavorisés et encourager leur participation.

— Inciter les professionnels travaillant avec et pour les enfants à associer activement ces derniers à la vie publique en les sensibilisant à leurs droits comme à leurs devoirs.

— Respecter le droit des enfants d'être entendus dans toutes les décisions de justice et promouvoir une justice adaptée aux besoins des enfants, notamment en leur donnant un accès effectif aux tribunaux et aux procédures judiciaires.

3. DÉVELOPPER PLUS AVANT LES MÉCANISMES DE GOUVERNANCE, D'EXÉCUTION ET DE SUIVI NÉCESSAIRES

Renforcer les synergies entre secteurs et améliorer les systèmes de gouvernance

- Veiller à ce que les actions publiques agissent bien sur la pauvreté et l'exclusion sociale des enfants selon des stratégies globales et améliorer la coordination entre les intervenants clés.
- Créer des liens réguliers et systématiques entre les domaines d'action ayant une importance majeure pour l'inclusion sociale des enfants et renforcer les synergies entre les intervenants clés, notamment dans le domaine de l'éducation, de l'emploi, de la santé, de l'égalité et des droits de l'enfant.
- Œuvrer pour l'intégration des droits de l'enfant et des actions relatives à l'enfance dans les politiques clés, par exemple au moyen d'accords institutionnels spécifiques.
- Promouvoir une coopération étroite et un dialogue régulier entre les pouvoirs publics (à tous les échelons), les partenaires sociaux, les communautés locales et les organisations de la société civile.
- Encourager et accroître la participation des enfants, y compris dans l'application de la présente recommandation.

Intensifier le recours aux méthodes fondées sur des données factuelles

- Privilégier les stratégies élaborées sur la base d'informations factuelles ainsi que l'innovation en matière d'action sociale, en veillant à tenir compte des effets potentiels sur les enfants.
- Exploiter pleinement les données statistiques et administratives existantes pour mesurer les effets de l'action publique sur les enfants et sur leurs familles; améliorer, s'il y a lieu et dans la mesure du possible, la capacité statistique (par exemple en ventilant les données par sexe), notamment en ce qui concerne l'état de dénuement des enfants, l'accès à des services de garderie de qualité et d'un coût abordable, la santé infantile et la situation des enfants les plus vulnérables.
- Faire en sorte d'améliorer les délais d'obtention des données servant à surveiller la situation des enfants et privilégier le recours à des méthodes et à des modèles tels que la microsimulation pour permettre une évaluation ex ante plus systématique des effets potentiels des actions sur les enfants.
- Resserer les liens entre l'action publique et la communauté des chercheurs et tester les innovations stratégiques dans le domaine concerné; encourager l'évaluation des résultats des programmes sur la base de données concrètes, y compris à long terme au moyen d'outils tels que les enquêtes longitudinales; promouvoir la visibilité et le partage des résultats.
- Favoriser les échanges de bonnes pratiques et de connaissances, le déploiement de modèles d'intervention testés et éprouvés ainsi que les mesures visant à encourager la solidarité dans la communauté au sens large ou à donner aux communautés locales les moyens de travailler de concert.
- Évaluer la portée des mesures provisoires mises en place au lendemain de la crise économique avant de décider de les incorporer à des réformes d'ordre structurel.

4. EXPLOITER PLEINEMENT LES INSTRUMENTS PERTINENTS DE L'UE

S'engager dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale des enfants en tant que priorité de la stratégie Europe 2020

- Mobiliser toute la gamme d'instruments et d'indicateurs disponibles dans le cadre de la stratégie Europe 2020 afin de donner un nouvel élan aux efforts communs pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale des enfants.
- Faire de la pauvreté et de l'exclusion sociale des enfants un enjeu majeur de la stratégie Europe 2020 et des programmes de réforme nationaux, dans le contexte plus général de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, en tenant compte des recommandations pertinentes par pays adoptées par le Conseil européen.
- Étudier, si nécessaire, l'opportunité d'instaurer des objectifs nationaux en matière de réduction de la pauvreté et de l'exclusion sociale des enfants, selon les particularités du pays.
- Utiliser pleinement les outils de la stratégie Europe 2020 et de la méthode ouverte de coordination dans le domaine social afin d'améliorer le suivi et l'évaluation des politiques en matière de pauvreté et de bien-être des enfants, en s'appuyant sur le cadre de suivi assorti d'indicateurs proposé à l'annexe de la présente recommandation.
- Renforcer les synergies avec les politiques pertinentes de l'UE, notamment dans le domaine de l'éducation, de la santé, de l'égalité des sexes et des droits de l'enfant.

Mobiliser les instruments financiers pertinents de l'UE

- Exploiter à bon escient les possibilités offertes par les instruments financiers de l'UE pour soutenir les priorités stratégiques détaillées plus haut.
- Encourager davantage de stratégies fondées sur des données factuelles ainsi qu'une plus grande innovation sociale à l'aide du programme pour le changement social et l'innovation sociale, du Fonds social européen et du programme Horizon 2020, et utiliser ces programmes pour tester, évaluer et déployer à plus grande échelle, le cas échéant, d'éventuelles innovations stratégiques.
- Tirer pleinement parti du Fonds européen d'aide aux plus démunis (conçu pour palier les privations alimentaires et matérielles des enfants), des programmes européens de distribution de fruits et de lait dans les écoles.

(fournissant aux enfants des produits à valeur nutritive positive et encourageant de bonnes habitudes alimentaires) ainsi que du programme «Erasmus pour tous» (visant à favoriser l'accès des enfants à l'éducation, à l'apprentissage informel et au sport).

— Exploiter les possibilités des Fonds structurels au profit des enfants et des familles lors de l'élaboration des programmes opérationnels du Fonds social européen et du Fonds européen de développement régional pour la période 2014-2020, conformément aux recommandations par pays.

— Tirer parti des objectifs thématiques en matière de promotion de l'emploi et de soutien à la mobilité professionnelle, de promotion de l'inclusion sociale et de lutte contre la pauvreté, d'investissement dans l'éducation, les compétences et l'apprentissage tout au long de la vie, de même que des priorités d'investissement afférentes à chacun de ces domaines. Parmi ces priorités, l'on citera, notamment, l'éducation préscolaire, la réduction du décrochage scolaire, la conciliation de la vie privée et de la vie professionnelle, l'accès aux services (en particulier sanitaires et sociaux), les stratégies de développement local participatif, le soutien à la revitalisation des zones défavorisées et le passage progressif des services institutionnels à des services de proximité ancrés dans le tissu social.

— Afin de garantir l'efficacité des interventions des Fonds structurels pendant la période 2014-2020, appliquer des stratégies fondées sur des informations factuelles pour limiter l'abandon scolaire qui associent toutes les parties concernées ainsi que des mesures pour accompagner la transition des services institutionnels aux services de proximité.

— Privilégier une démarche de partenariat dans la programmation et la mobilisation des Fonds structurels en associant toutes les parties concernées à l'échelon national, régional et local (notamment les autorités compétentes, les partenaires sociaux et les organisations non gouvernementales) en vue de mobiliser tous les moyens d'action contre la pauvreté infantile.

Fait à Bruxelles, le 20 février 2013.

Par la Commission

László ANDOR

Membre de la Commission

RAPPORT

RAPPORT ETABLI par messieurs ALLA, LEGROS, ZYLBERMAN

Deux questions étaient proposées et deux réponses étaient attendues

Il est avant tout recommandé de s'interroger sur la formulation des questions, sur la ou les problématique(s) qu'elles soulèvent. Il ne peut s'agir d'un simple repérage des mots-clés (démocratie sanitaire, enfance).

Concernant la première question, le raisonnement apparaît trop souvent comme idéologique, substituant à la réalité des faits et des données les souhaits et les espoirs de l'auteur.

Un autre « biais idéologique » a consisté à ne garder de la démocratie (sanitaire) qu'une dimension essentialiste: participation de la personne, du citoyen, alors qu'une conception plus réaliste insisterait au contraire sur les dimensions de compétition, de représentation (écart représentant/représentés), de concurrence et de conflit caractéristiques de la démocratie.

Rares sont les copies qui s'intéressent au contexte d'application de la législation Démocratie Sanitaire (DS) et aux conséquences, sur les pratiques de tous les acteurs du système, de cette application ; la loi est une chose, les pratiques une autre : un regard sociologique doit justement recadrer la citation des mesures législatives et administratives.

On se devait de parler de compétition entre les différentes parties prenantes à la décision ; de responsabilisation des professionnels de santé et du rôle moteur du parlement dans la définition de la politique de santé. Qui gouverne ? Une des parties ? Plusieurs parties à tour de rôle et selon les dossiers, les projets ? Des coalitions, elles aussi ponctuelles et mouvantes ? Ces questions étaient centrales pour l'analyse du système politique que représente la DS

Pour la seconde question, il s'agissait de ne pas considérer l'union européenne comme un appendice de l'Etat national.... si tel était l'entrée dans la question il était alors impossible de faire état des écarts constatables entre la philosophie de la Recommandation et celle des politiques sociales françaises. L'idée même de la possibilité d'un écart n'est pas même abordée. Le cadre européen et ses relations ambivalentes avec le cadre national, semble assez largement méconnu.

Si la plupart des copies citent la crise des finances publiques pour expliquer la non-application de telle ou telle politique, une certaine défiance populaire envers l'Europe et ses répercussions sur le personnel politique ne sont, elles, jamais mentionnées comme possibles freins.

D'une manière générale, sauf pour les meilleures copies, les candidats se précipitent d'emblée sur les mesures et les objectifs retenus par la Recommandation sans se pencher au préalable sur la philosophie sous-jacente à ces mesures et à ces objectifs. Dès lors le sujet ne peut être compris.

Il ne pouvait être question de livrer une liste des principales politiques sectorielles françaises, mais au contraire on attendait une réflexion sur les philosophies sous-jacentes sur lesquelles reposent objectifs et mesures, philosophies qui ne sont pas le simple décalque des « valeurs »

D'une manière générale, et cela vaut pour la majorité des copies, on ne s'interroge pas sur les notions mises en œuvre dans la Recommandation, sur la pertinence de ses objectifs, etc.

La seule question semble être : la France fait-elle mieux, aussi bien, ou moins bien que la Recommandation de l'UE ? Ce n'est pas une réflexion mais une évaluation, avec la recommandation comme mètre-étalon, lequel, servant d'aune pour la mesure, ne saurait être lui-même objet d'examen. Cette approche traduit une certaine incapacité à problématiser et quand bien même le candidat aurait des connaissances, ces connaissances ne peuvent être correctement exploitées.

C'est ce même travers qui est constaté lorsque les candidats expliquent qu'en France tout est « déjà » là et que depuis 1945 au moins, les politiques françaises répondent « déjà » aux objectifs du texte européen. On est donc... heureux de lire que certaines améliorations seraient tout de même nécessaires : « le personnel encadrant manque parfois d'informations et de formation ». La conclusion est alors évidente : comme on ne cherche pas les écarts entre la Recommandation et les politiques sociales françaises, entre les philosophies sous-jacentes des unes et des autres, on est sûr de trouver à l'arrivée une « parfaite adéquation », comme dit une copie, entre l'UE et la France...

Un des écarts les plus sensibles entre la Recommandation et les politiques françaises tient à l'idée même de justice sociale. La Recommandation adopte cette notion dans une signification plus proche de John Rawls (faire le plus pour ceux qui ont le moins). Le débat est très fin entre une notion de justice sociale conçue selon le sens universaliste de l'égalité républicaine et la philosophie de l'équité (égalité pondérée par la position sociale) qui s'est imposée depuis les années 1980 dans de nombreux pays développés.

Les copies conscientes de ce type d'écart entre la Recommandation et les politiques françaises sont une minorité : approche conceptuelle, focalisation sur les sous-bassements philosophiques de la Recommandation et des politiques françaises de l'enfance : on relève alors des exemples qui, bien choisis, sont loin de la physionomie ennuyeuse que peut représenter un catalogue de mesures.

Les copies illustrent, le plus souvent, ce privilège de l'immédiat, du concret, du « réel » sur l'abstraction des valeurs et des concepts, qui caractérise les démocraties contemporaines. Dès lors, sont négligées les médiations entre des « valeurs » affichées par une politique et des mesures mises en œuvre. Ce qui, nous semble-t-il, appelle un sérieux effort de préparation et de formation au raisonnement sociologique historique, économique et juridique.

Epreuves d'admission

PREMIERE ÉPREUVE D'ADMISSION

RAPPORT

Rapport établi par Mesdames GORISSE et GUILLET et par Monsieur TABUTEAU

Soutenance d'un dossier réalisé par le candidat.

Durée : une heure (exposé : trente minutes ; entretien : trente minutes) ; coefficient 1.

L'épreuve consiste en la présentation et la soutenance par le candidat d'un dossier original relatif à un projet qu'il a conduit dans le cadre de la discipline dans laquelle il enseigne. Le thème du projet est pris dans les programmes des enseignements technologiques de la spécialité des classes du cycle terminal de lycée ou dans les classes post-baccalauréat.

L'ensemble des candidats a présenté un dossier dont la composition était conforme à la définition de l'épreuve.

Les sujets exploités, pour la plupart, correspondaient à des thématiques existantes dans les programmes ou référentiels des diplômes de la filière.

Cependant certains dossiers proposaient des projets qui n'étaient pas spécifiques de la discipline sciences médico-sociales et qui auraient pu être abordés dans des dossiers soutenus lors d'autres concours alors même que les éléments du dossier auraient permis des exploitations corrélées aux contenus des programmes et référentiels de la filière.

Il s'agit bien, au travers de ce projet, de montrer comment un enseignant est capable d'utiliser des données, expériences, analyses, de quelque nature qu'elles soient afin de construire avec les élèves ou étudiants un projet s'inscrivant dans les programmes ou référentiels et permettant que soient abordés et étudiés des concepts, des problématiques

Les dossiers étaient souvent documentés avec une bibliographie adaptée.

L'introduction devait présenter les objectifs du projet.

Les éléments exposant le sujet, les textes ou données de référence devaient permettre de mettre en évidence les idées majeures, supports scientifiques du projet. La justification du projet devait être argumentée par rapport au public auquel il s'adressait, à l'environnement dans lequel il allait s'inscrire. Le projet devait être décrit de façon à en montrer l'intérêt pour l'apprentissage des élèves ou étudiants ; la phase d'évaluation ne devait pas être négligée.

Le cadre théorique, appui du projet, a parfois été trop développé au détriment de la présentation du projet pédagogique que ce soit dans le dossier ou lors de l'entretien. Inversement certains travaux manquaient de cadre théorique, de contextualisation de l'action. En particulier, la description du cadre national a été, pour certains, trop importante et le cadre territorial et le cadre local ont été négligés.

Dans cet ordre d'idée, il est regrettable que souvent le choix du partenariat, auquel la plupart des projets faisait appel, n'ait pas fait l'objet d'explication, montrant les raisons des choix opérés et justifiant ces choix par la plus value constatée ou au moins espérée.

Si certains candidats ont effectivement présenté leurs intentions pédagogiques, leurs stratégies pédagogiques, voire les évolutions au projet qu'ils ont pu proposer, d'autres n'ont pas explicité leur à priori, leur pré supposé, leur parti pris et n'ont pas été à même de présenter clairement le lien qui les avait conduits à mettre en œuvre le projet.

Même si la démarche de projet est normalisée, la présentation de celle-ci par certains candidats révélait un « formatage » certain qui masquait alors la vraie réflexion construite à partir du contexte réel du projet.

L'appropriation de la dimension transversale, pluridisciplinaire par les élèves-étudiants était affirmée souvent mais moins souvent « démontrée ». Le travail en équipe pédagogique a été souvent évoqué ; il aurait été souhaitable de ne pas en rester au niveau du souhait mais de concrétiser la nature de cette collaboration au-delà du partage de documents.

Si tous les candidats ont signifié leur souhait de contribuer à développer l'autonomie, la responsabilité, la posture d'acteur de leur formation des élèves ou des étudiants, la majorité n'a pas exprimé comment ils y parvenaient, ni signifié les indicateurs d'évaluation pour apprécier le progrès visé.

D'une façon générale, l'évaluation du projet n'était pas concrètement présentée, alors même que la notion d'évaluation était abordée : « les élèves, les intervenants étaient contents, les débats ont été animés, ils ont porté un regard nouveau... » constats affirmés mais pas démontrés.

La plupart des candidats ont proposé un oral complémentaire à leur écrit et une présentation informatique claire et précise ; quelques uns ont cependant plagié leur écrit et leur présentation support de leur prestation manquait de pertinence. Sans que ce support soit obligatoire, il peut faciliter la mise en évidence des phases du projet, les illustrer,...

En général l'expression écrite et l'expression orale des candidats ont été claires ; la différence résidait dans l'engagement et la conviction que certains portaient à l'oral.

SECONDE ÉPREUVE D'ADMISSION
Exploitation de documents techniques et pédagogiques

SUJET

Élaboration des politiques de santé

La séquence doit permettre à l'élève de **Terminale ST2S** :

- d'analyser un plan de santé publique en mettant en évidence comment les acteurs déterminent les orientations, les objectifs, les interventions.
- d'appréhender la nécessité de définir une hiérarchie des priorités en appui le plus souvent sur des diagnostics épidémiologiques

La séquence envisagée pourra prendre appui sur tout ou partie de l'activité que vous avez réalisée, pour une transposition directe ou pour utiliser le ou les résultats, par exemple.

La séquence intègrera le numérique.

Les réalisations liées aux questions seront enregistrées sur le poste, et copiées sur la clé-usb mis à votre disposition et imprimées.

La copie pourra être réalisée soit sous forme numérique et imprimée, soit de manière manuscrite. En cas de réalisation numérique de la copie, la saisie s'effectuera en police Times New Roman – taille 12, interligne 1,15. Un double enregistrement sera réalisé : sur le poste et sur la clé-usb. Le numéro de poste sera inséré en pied de page, avec numérotation des pages.

PREMIÈRE PARTIE

- Réaliser les activités suivantes :
- En vous appuyant sur le [site dédié au plan cancer, http://www.plan-cancer.gouv.fr/](http://www.plan-cancer.gouv.fr/), réaliser **une carte heuristique des éléments composant un plan de santé publique**
- A partir des données présentées sur [CEPIDC](http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm) (causes de décès, INSERM), <http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>, **présenter la situation de la région Nord-Pas de Calais concernant la mortalité liée aux tumeurs des voies aérodigestives supérieures** en la comparant à celle des autres régions de France (données pour l'année 2011).

Un graphique présentant la situation de la région par rapport à la moyenne nationale sera réalisé.

- Présenter des **indicateurs complémentaires** issus des [données INCA, http://lesdonnees.e-cancer.fr/](http://lesdonnees.e-cancer.fr/), et d'autres sources **concernant les tumeurs des voies aérodigestives supérieures** afin de compléter les données précédentes et enrichir l'étude nécessaire à l'élaboration d'un plan de santé publique.

SECONDE PARTIE

- ⇒ Présenter et justifier les concepts que vous proposez de faire acquérir aux élèves.
- ⇒ Présenter et justifier les méthodes, modes opératoires didactiques et pédagogiques à partir desquels vous concevez votre séquence.

RAPPORT

Rapport établi par Mesdames CAROTTI, GOSSEAUME et LEMOINE

RAPPEL DE LA DÉFINITION D'ÉPREUVE

« L'épreuve consiste à **exploiter des documents techniques et pédagogiques** relatifs à une séquence de travaux pratiques ou à une séquence d'activités technologiques, éléments d'un processus d'apprentissage.

Elle permet d'**évaluer les capacités du candidat à proposer et justifier les principes, méthodes et modes opératoires à mettre en œuvre** et à dégager les concepts auxquels ils se rattachent ainsi qu'à réaliser, pour tout ou partie, selon la durée impartie, l'activité prévue. »

L'épreuve est ainsi construite en deux parties :

- ⇒ Une partie pratique de mise en activité des candidats dans le champ disciplinaire, dans laquelle est intégré l'usage du numérique
- ⇒ Une partie didactique et pédagogique

Les deux parties sont liées à une séquence pédagogique pour un niveau de classe donné et les objectifs précisés dans le sujet.

Il est fortement conseillé aux candidats de réaliser les deux parties dans l'ordre proposé, la partie pratique apportant à la réflexion pédagogique et permettant d'entrer dans le questionnement technologique et scientifique sur le thème proposé.

Le candidat a accès au numérique pendant toute la durée de l'épreuve.

Première partie

L'activité pratique doit être, partiellement ou dans sa totalité, pensée de manière à pouvoir être réintégrée dans la partie pédagogique.

La première activité portait sur les éléments constituant un plan de santé publique : si l'appui du Plan cancer était proposé, la demande consistait en un repérage des éléments constituant tout plan de santé publique, et non spécifiquement le Plan cancer. L'exemple proposé était une base de travail. Les candidats doivent être attentifs aux demandes formulées.

La présentation des éléments composant un fait, un dispositif, ici un plan de santé publique, doit être pensée de manière structurée, dans un choix posé clairement et avec cohérence.

Comme pour toute politique et ici celle de santé publique, la référence au cadre juridique est indispensable. C'est cette référence qui permet de poser la nature du choix politique. Les acteurs impliqués, les différentes déclinaisons territoriales d'un plan de santé publique, par exemple, relèvent ici clairement de ce choix.

La réalisation d'une carte heuristique demandée dans le sujet, l'outil pédagogique incontournable, devait être intégrée dans l'activité pédagogique en seconde partie.

Ainsi l'introduction de la réalisation, par une présentation de la démarche suivie par le candidat et de l'intérêt technologique ou pédagogique de celle-ci permettait de comprendre le processus et la construction. La présentation des axes menés en réflexion préalable à la réalisation de la carte était par conséquent bienvenue.

Certains candidats ont utilisé le logiciel mis à leur disposition (Freemind), d'autres se sont appuyés sur des outils de réalisation de carte heuristique proposés en ligne montrant ainsi leur connaissance et leur maîtrise de l'outil. D'autres candidats se sont appuyés sur un logiciel de traitement de texte.

Le logiciel mobilisable pour la réalisation de la carte heuristique était laissé au choix du candidat.

Il était attendu une utilisation des différentes fonctionnalités offertes par l'outil comme structure de type hiérarchie, classement, nature ...

La recherche de cohérence entre les éléments identifiés et les objectifs visés en termes de compréhension d'un plan de santé publique devait être visible.

La deuxième activité portait sur la présentation de la situation de la région Nord-Pas de Calais concernant la mortalité liée aux tumeurs des voies aérodigestives supérieures (VADS) en la comparant à celle des autres régions de France (données pour l'année 2011). Cette comparaison était attendue et devait mettre en évidence l'importance de la surmortalité liée aux tumeurs des VADS et de la mortalité prématurée.

Il est fortement recommandé aux candidats de s'assurer de l'identification des éléments proposés, concernant ici particulièrement le champ des tumeurs des VADS.

Un graphique présentant la situation de la région par rapport à la moyenne nationale était demandé. Au-delà de la sélection pertinente des données chiffrées, une réalisation graphique adaptée qui puisse rendre compte de la situation était attendue. L'utilisation du numérique (logiciel tableur-grapheur), en respect des compétences numériques attendues d'un enseignant était souhaitée.

Toutefois, les candidats ne pouvaient se satisfaire d'une simple reproduction des tableaux ou graphiques ou de l'unique réalisation du graphique demandée : le graphique devait être accompagné d'un commentaire sur ce qu'il permettait de mettre en évidence.

La troisième activité portait sur la présentation d'indicateurs complémentaires concernant les tumeurs des voies aérodigestives supérieures afin de compléter les données précédentes et enrichir l'étude nécessaire à l'élaboration d'un plan de santé publique.

La présentation d'indicateurs était donc attendue : ils devaient avoir été identifiés par les candidats, et leur apport à l'étude nécessaire à l'élaboration d'un plan de santé publique devait être expliqué. Une référence à des indicateurs permettant de situer la dimension sociale et environnementale de la pathologie était attendue, de même que leur apport à l'élaboration d'un plan de santé publique.

Le jury attendait une présentation des producteurs de données nécessaires à l'élaboration des indicateurs.

Les travaux ou prestations de certains candidats ont montré une aisance dans les technicités numériques mises en œuvre et une maîtrise de l'utilisation de ressources que ce soit sur le plan de traitement des données, ou de leur référencement normalisé. Certains candidats ont su montrer leur maîtrise du numérique en référence à son intérêt pédagogique.

Le jury rappelle que l'activité pratique doit être, partiellement ou dans sa totalité, pensée de manière à pouvoir être réintégrée dans la partie pédagogique.

Seconde partie

La demande portait sur la réflexion préalable à l'élaboration d'une séquence pédagogique : la question sur le choix des concepts à faire acquérir aux élèves est à placer dans cette logique.

Si la présentation du contenu de la séquence pouvait avoir sa place, l'essentiel des attendus correspondait aux questions posées et à l'explicitation de la démarche didactique et pédagogique, et de ce qui fonde et justifie les choix effectués par le candidat. C'est l'articulation des différentes activités et séances qui doit être mise en évidence, et non les séances et activités au sein d'une séquence linéaire. La présentation des activités technologiques envisagées par le candidat devait permettre d'en identifier les caractéristiques et l'apport au processus de formation.

On attendait non seulement une présentation des concepts que l'enseignant se propose de faire acquérir aux élèves lors de la séquence d'enseignement en terminale, mais aussi une justification de ces choix d'un point de vue didactique. La place de chacun des concepts dans la construction de la démarche technologique telle que portée en STSS devait apparaître.

Le lien avec le pôle « méthodologies appliquées au secteur sanitaire et social » (MA3S) à l'étude de ce point du programme était attendu, que cela ait été envisagé en apport du pôle MA3S à l'étude de l'élaboration des politiques de santé publique, ou à l'inverse par l'apport du pôle thématique à la compréhension du questionnement méthodologique « Comment les organisations mènent un plan d'action pour améliorer la santé des populations ? ».

Les références scientifiques, tant disciplinaires qu'en sciences de l'éducation, doivent être intégrées à l'exposé puisqu'elles en constituent le fondement, et non exposées de manière disjointe.

La séquence devait intégrer le numérique. L'intégration des activités de la première partie devait être en cohérence avec l'ensemble de la démarche didactique et pédagogique.

La maîtrise des concepts et des outils ne saurait se départir des méthodes d'analyse et de sens critique indispensables à toute démarche pédagogique.

Des candidats ont su :

- construire des séquences en appui sur des objectifs pédagogiques élaborés par le candidat à partir du programme ...
- élaborer une présentation construite des concepts que le candidat propose de faire acquérir aux élèves, avec précision de leurs attributs et la justification didactique des choix effectués
- proposer des activités technologiques très riches, qui mettent bien les élèves en démarche cognitive
- intégrer le numérique : cette intégration est construite en lien avec une réflexion pédagogique et doit témoigner de son intérêt pour la construction des concepts et l'acquisition de démarches que le candidat a posées en objectifs de la séquence. On citera l'exemple de l'élaboration de carte heuristique avec les élèves, dans une démarche collective de construction des connaissances, progressive et structurée.

CONCLUSION GENERALE

Pour la première fois, l'agrégation de sciences médico-sociales était ouverte. Ce concours interne a permis à 339 candidats de se présenter ; ce chiffre témoignant de l'attente qui était celle de nombreux enseignants de confronter leurs connaissances et compétences aux exigences d'un concours d'excellence.

D'une façon générale, l'absence de préparation de ce concours dans la plupart des académies, l'absence d'antécédents – ni sujet ni rapport- ont contraint les candidats, qui ont souhaité préparer ce concours, à organiser leur propre formation.

Ces conditions ont sans doute été responsables de difficultés rencontrées pour aborder la discipline Sciences médico-sociales sous ses dimensions les plus larges.

Le jury félicite donc les candidats admissibles et admis à ce concours.

Il encourage les candidats non admis à se représenter.

L'agrégation interne est un concours difficile qui nécessite une préparation sérieuse qui ne doit négliger ni les aspects purement scientifiques, ni les technologies et techniques à l'appui de ces savoirs et contribuant à assurer l'acquisition des compétences aux élèves et étudiants des filières du domaine de la santé et du social. Le jury espère que ce rapport sera utile à la préparation des futurs candidats

Le jury tient à remercier Madame Forestier, proviseur du lycée Janson de Sailly, et l'ensemble de l'équipe de direction qui ont accueilli ce concours et fait en sorte qu'il se déroule dans d'excellentes conditions.

Il tient particulièrement à remercier les personnels de gestion et personnels de maintenance informatique, qui par leur professionnalité ont assuré un déroulement optimal des épreuves d'admission.