

REPA **SANTÉ**

Entraînement

Concours Infirmier

Culture générale

- Des QCM d'auto-évaluation
- Des sujets types
- Des corrigés détaillés



This page intentionally left blank

Concours infirmier culture générale

Chez le même éditeur

LE MÉGA-GUIDE CONCOURS INFIRMIER, par G. BENOIST, D. DUMAS, D. GUÉRIN, R. LUCAS et M. VASSEUR. 2010, 500 pages.

- **Dans la collection « Guide Prépa »**

CONCOURS D'ENTRÉE INFIRMIER, par M.-C. DENOYER, J. GASSIER et P. LECOQ. 2009, 336 pages.

GRANDS THÈMES SANITAIRES ET SOCIAUX, par M.-C. DENOYER. 2010, 336 pages.

LES TESTS D'APTITUDE CONCOURS INFIRMIER, par G. BROYER, A. COUSINA et J. GASSIER. 2010, 224 pages.

- **Dans la collection « Prépa Santé »**

ANNALES CORRIGÉES CONCOURS INFIRMIER 2009-2010, par le CEFIEC. 2009, 192 pages.

FLASH ÉPREUVE ORALE CONCOURS INFIRMIER, par G. BENOIST et le CEFIEC. 2010, 96 pages.

FLASH ÉPREUVE ÉCRITE 1 : CULTURE GÉNÉRALE, par O. PERCHE. 2010, 80 pages.

FLASH ÉPREUVE ÉCRITE 2 : TESTS D'APTITUDE, par M.-F. BARANES et D. GUÉRIN. 2010, 96 pages.

FLASH TESTS D'APTITUDE CARRÉS LOGIQUES, par G. BROYER, A. COUSINA et J. GASSIER. 2009, 80 pages.

ENTRAÎNEMENTS TESTS D'APTITUDE ET ENTRETIEN, par J. GASSIER et N. MULLER. 2009, 224 pages.

- **Dans la collection « Mémo Santé »**

GRANDS PROBLÈMES SANITAIRES ET SOCIAUX CONCOURS D'ENTRÉE EN IFSI, par P. REFALO. 2010, 208 pages.



Concours infirmier *culture générale*

J. Gassier

Professeur de Sciences et techniques médico-sociales

M. Simonot

Professeur agrégé de lettres modernes

4^e édition





Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. : 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle par quelque procédé que ce soit des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2011 Elsevier Masson SAS – Tous droits réservés
ISBN : 978-2-294-71320-0

ELSEVIER MASSON S.A.S. - 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux Cedex

Sommaire

<i>L'épreuve de culture générale</i>	1
L'arrêté officiel de l'épreuve	1
Les thèmes sanitaires et sociaux	2
Les conseils méthodologiques	3

PARTIE 1. TESTEZ VOS CONNAISSANCES

Introduction	9
 Chapitre 1 • Pathologies dominantes, MIS et addictions	11
Cancers	11
Maladies cardiovasculaires	14
Infections sexuellement transmissibles (IST)	18
Sida	21
Troubles mentaux	24
Alcoolisme	27
Tabagisme	31
Drogues illicites	34
 Chapitre 2 • Hygiène de vie et prévention des risques (accidents)	38
Hygiène de vie	38
Accidents	41
 Chapitre 3 • Santé, système de santé et protection sociale	45
Santé et santé publique	45
État sanitaire des Français	48
Système de santé	51
Dépenses de santé	54
Hospitalisation	58
Professionnels de santé	62
Système de protection sociale	65
 Chapitre 4 • Politique de la ville et environnement	69
Zones urbaines sensibles, violences urbaines	69

SOMMAIRE

Pollution atmosphérique	72
Bruit, pollution de l'eau	75
Chapitre 5 • Risques et problèmes sociaux (chômage, exclusion...)	79
Chômage	79
Exclusion, pauvreté	82
Chapitre 6 • Enfant et adolescent	86
L'enfant	86
L'adolescent	90
Chapitre 7 • Familles	94
Cellule familiale et modèles familiaux	94
Familles homoparentales	97
Chapitre 8 • Femmes	101
Droits des femmes (parité, IVG...)	101
Contraception, procréation	104
Chapitre 9 • Démographie et immigration	108
Démographie française	108
Immigration	111
Chapitre 10 • Travail et loisirs	115
Droit du travail et éthique professionnelle	115
Classification des loisirs	119
Médias et loisirs	123
Chapitre 11 • Personnes âgées et personnes handicapées ..	127
Personnes âgées	127
Handicaps	131
Chapitre 12 • Techniques scientifiques et déontologie	134
Dons d'organes et dons de sang	134
Tests génétiques	137
Bioéthique	139

PARTIE 2. ENTRAÎNEZ-VOUS

Chapitre 13 • Pathologie dominante	145
Chapitre 14 • Santé et état sanitaire	156
Chapitre 15 • Système de santé	161
Chapitre 16 • Techniques médicales et déontologies	165
Chapitre 17 • Cadre de vie	169
Chapitre 18 • Dysfonctionnements sociaux	174
Chapitre 19 • Enfant	183
Chapitre 20 • Famille	188
Chapitre 21 • Femme	199
Chapitre 22 • Immigration	207
Chapitre 23 • Jeunes	212
Chapitre 24 • Média	221
Chapitre 25 • Personnes âgées	225
Chapitre 26 • Sport	234
Chapitre 27 • Toxicomanies	238
Chapitre 28 • Travail	245

This page intentionally left blank

L'épreuve de culture générale

L'arrêté officiel de l'épreuve

L'arrêté précise que l'épreuve de culture générale porte sur l'actualité dans le domaine sanitaire et social et comporte trois questions posées à partir d'un texte dactylographié d'une à deux pages environ.

« Cette épreuve a pour objet d'évaluer les **capacités de compréhension, d'analyse, de synthèse, d'argumentation et d'écriture** des candidats.

– Celle-ci, d'une durée de **deux heures**, est notée sur **vingt points**.

– Des points sont réservés à l'**orthographe**, la **syntaxe** et **au respect des consignes** pour l'ensemble de l'épreuve.

– La correction est assurée par des membres du jury, visé à l'article 15 du présent arrêté, selon une grille établie avant l'épreuve. »

Vous serez noté sur différentes capacités : que recouvrent-elles ?

a. La capacité de **compréhension** se réfère à votre faculté à saisir le sens du texte c'est-à-dire à accéder à la problématique et à déchiffrer les différents argument savancés (de quoi s'agit-il ? Qui dit quoi ?). Ne pas comprendre un texte c'est risquer de faire des contresens ou des hors sujets dans les réponses.

b. La capacité d'**analyse** concerne votre aptitude à lire correctement un texte pour en dégager les aspects essentiels qui vous permettront de répondre aux questions posées. Analyser c'est procéder à un examen du texte de manière à repérer la structure et le « circuit » de l'argumentation.

c. La capacité de **synthèse** se traduit par le fait de savoir repérer les étapes clés de l'argumentation ainsi que les idées essentielles du texte. Être capable d'avoir une vue d'ensemble du texte est nécessaire pour répondre à l'ensemble des questions. Dans le cas d'un résumé à élaborer cela revient à présenter de manière plus courte un texte ou une partie de texte tout en restant fidèle c'est-à-dire sans interpréter les idées.

d. La capacité d'**argumentation** correspond à votre aptitude à expliquer, étayer voire réfuter les arguments organisés dans le texte. Il ne s'agit pas nécessairement de votre « opinion » mais plutôt de ce que vous pouvez apporter dans la compréhension du thème exposé. Vous serez amené à ajouter des informations issues de votre connaissance des grands thèmes sanitaires et sociaux.

e. La capacité d'**écriture** se rapporte à votre aptitude à vous exprimer dans une langue correcte et adaptée. Cela suppose de formuler vos idées ou celles du texte (dans le cas d'un résumé) dans une syntaxe (ordre des mots) fluide et claire, en préférant les phrases courtes et en respectant les règles orthographiques et grammaticales.

Les thèmes sanitaires et sociaux

L'arrêté du *Journal Officiel* énonce clairement que les textes portent sur les grands thèmes sanitaires et sociaux. Vous devez donc vous attendre à réfléchir sur la santé, le système de protection sociale, les techniques médicales, la famille, l'enfant, les personnes âgées, l'exclusion, l'environnement, etc. Bref, tous les thèmes abordés chaque jour dans l'actualité. Pour mieux les comprendre, il faut en connaître les enjeux (chiffres, problématiques, réponses apportées) et maîtriser le vocabulaire technique par lequel on les désigne. Il est aussi fondamental d'actualiser ces connaissances grâce à la lecture de journaux. Les textes peuvent être issus d'articles ou de livres. Là n'est pas l'essentiel. Ce qui est important, c'est que leur contenu pourra s'organiser selon trois formes :

- narratives, constatives ou descriptives,
- analytiques,
- didactiques.

LES TEXTES NARRATIFS, CONSTATIFS OU DESCRIPTIFS

Ils se contentent de raconter une histoire (il peut s'agir d'un fait divers par exemple), de décrire une situation, d'exposer un problème, d'énumérer les résultats d'une enquête ou de livrer des statistiques brutes. Ils n'expliquent rien. Vous devez donc être capable d'en **extraire une problématique** ou d'en **dégager les grandes tendances sans vous contenter de citer des chiffres ou des passages du texte**. Par exemple, un fait divers qui relate le meurtre d'un nourrisson par sa mère de 14 ans posera le problème des jeunes filles mères dans notre société et relancera le débat sur la contraception, la « pilule du lendemain », etc. **L'objectif est ici de s'abstraire des faits pour énoncer le problème qui les a rendus possibles.**

LES TEXTES ANALYTIQUES

Ils ont pour objet d'expliquer un phénomène, d'en clarifier la compréhension. Ils répondent aux questions « *pourquoi... ?* », « *comment... ?* », « *quels sont... ?* », etc. Leur organisation peut dès lors suivre plusieurs types de plan.

- **Le plan chronologique** : avant, aujourd'hui, demain.

Ces textes font appel à l'histoire pour expliquer la situation actuelle et spéculer sur les implications possibles dans l'avenir. Ainsi, pour expliquer le malaise des banlieues, un rédacteur pourra :

1. *commencer par en faire l'histoire* et montrer qu'à l'origine elles répondaient à une nécessité vitale de se loger et furent vécues comme un progrès social ;
2. *expliquer pourquoi*, aujourd'hui, les cités cumulent les problèmes sociaux comme le chômage, le mal-être, la délinquance, le racisme, etc ;
3. *signaler que* si aucune réforme n'est engagée d'urgence, on risque d'arriver à une situation irréversible de « ghettoïsation ».

Ce type de plan se rapproche d'une segmentation en : *causes, conséquences, et solutions*.

- **Le plan thématique** : ce sont les différents « angles » ou les diverses perspectives qui permettent de mieux cerner le problème posé.

Par exemple, un texte qui traite de la toxicomanie chez les jeunes peut expliquer les raisons du phénomène en plusieurs parties thématiques (l'instabilité psychologique des jeunes, l'influence sociale, les difficultés économiques, etc.), chacune de ces parties se déclinant en différents arguments. Il faut être capable de repérer les grandes *articulations* du plan pour les *reformuler*. On pourra par la suite vous demander de les étayer, c'est-à-dire de les *développer* en trouvant d'autres arguments et exemples, ou de les réfuter.

LES TEXTES DIALECTIQUES

Il s'agit de textes d'opinion qui affirment un *point de vue* en réfutant les arguments d'une thèse adverse. On parle de « dialectique » dans la mesure où l'argumentation des idées s'organise dans un dialogue entre différentes positions sur un thème. Ces textes se prêtent généralement à des plans de type : *thèse/anti-thèse/synthèse*. Ils traitent en général de sujets qui alimentent les débats dans le monde social, par exemple : la peine de mort, l'euthanasie, la bioéthique, la dépénalisation du cannabis, l'avortement, etc. Là encore, différentes organisations sont possibles. Soyez vigilant dans le repérage des idées et sachez séparer ce qui concerne les faits de ce qui concerne les opinions.

Les conseils méthodologiques

Vous n'avez guère plus de **40 minutes** pour traiter chaque question. Mieux vaut s'accorder un temps de relecture suffisamment long afin de ne pas laisser de fautes qui enlèveraient des points. Aussi devez-vous travailler méthodiquement.

LA LECTURE DU TEXTE ET DES QUESTIONS

- Faites une première lecture rapide du texte. Il faut d'abord prendre connaissance du thème abordé et des différents arguments qu'il développe.
- Analysez ensuite l'énoncé du sujet. Le meilleur moyen de ne pas faire de hors sujet consiste à **reformuler simplement (avec vos propres mots) chaque question posée**. Cette démarche vous permettra de dégager une problématique claire et de respecter les consignes.
- Relisez alors le texte en fonction de cette problématique et dégagez les bons éléments de réponse. Ne paraphrasez pas les éléments du texte qui vous semblent importants, mais reformulez les idées !

L'ORGANISATION DU PLAN

Une fois vos éléments de réponse relevés, vous devez les organiser dans un plan. Le type de plan à choisir dépend de la question qui vous est posée.

- Le plan peut être contenu dans l'**énoncé du sujet**. Si on vous demande de donner les causes et les conséquences du problème abordé dans le texte, récupérez les deux parties proposées. Il sera néanmoins judicieux de **hiérarchiser vos arguments** dans chacune de ces parties pour éviter le plan « fourre-tout ». Commencez par exemple par les causes les plus simples pour énoncer ensuite des explications plus complexes. Vous pouvez aussi segmenter la réponse dans des sous-parties thématiques (causes individuelles puis causes sociales, par exemple).
- Si vous avez affaire à une question du type « *qu'en pensez-vous ?* » ou « *quelle est votre position dans ce débat ?* », évitez de construire un plan trop statique (arguments pour et arguments contre). Vous devez absolument élaborer votre travail de manière à avancer vers votre opinion. Vos parties ne peuvent donc en aucun cas se contredire ! Mais il est par exemple possible de concéder à l'auteur du texte un certain nombre d'idées dans une première partie pour réfuter, en second lieu, celles qui vous semblent sujettes à caution. Vous pouvez énoncer vos arguments et les nuancer par la suite, mais sans totalement les réfuter ! L'important est de bâtir un *plan dynamique* qui avance vers votre réponse.

LA RÉDACTION

- Commencez par une **introduction de quelques lignes** qui pose clairement le problème. On ne saurait analyser ou juger correctement un phénomène si on ne l'a pas préalablement défini. Il s'agit donc simplement d'énoncer de quoi vous allez parler et à quelle question votre travail tentera de répondre. Vous n'avez pas besoin de « faire long ».
- **Rédigez votre plan** en passant des lignes entre chaque grande partie et en allant à la ligne après chaque sous-partie. Une mise en page claire donne au correcteur une idée immédiate de l'organisation de vos idées, donc de votre rigueur.

- Construisez une **conclusion de quelques lignes**, elle vous sera utile pour répondre définitivement à la question posée et, si vous le pouvez, élargissez le sujet à une autre problématique connexe.

LE STYLE ET L'ORTHOGRAPHE

- Évitez certains tics d'écriture qui ont le don d'agacer les correcteurs. Ne multipliez pas les phrases commençant par « l'auteur montre que... ». Modifiez votre syntaxe ou changez de formulation (« il vise à... », « il indique que... », « il souligne... », etc.).
- Familiarisez-vous avec le vocabulaire « technique » des grands thèmes sanitaires et sociaux. Le correcteur appréciera de lire dans votre copie les termes en usage dans le domaine que vous évoquez. Cela dénote une connaissance approfondie des thèmes.
- Ne cherchez pas à tout dire dans une même phrase en accumulant les subordonnées : c'est le meilleur moyen de faire des fautes de syntaxe et de rendre votre propos illisible. N'ayez aucun scrupule à rédiger des phrases simples et courtes si elles sont correctes et claires.
- Surveillez votre orthographe et relisez-vous : il faut vous ménager un quart d'heure au moins de relecture sur les 2 heures.

This page intentionally left blank

PARTIE

1

**Testez vos
connaissances**

This page intentionally left blank

Introduction

Grâce à cette partie de l'ouvrage vous pourrez tester vos connaissances sur les thèmes sanitaires et sociaux. Les questions posées sont suivies de corrigés qui vont vous permettre d'acquérir des connaissances, des définitions et des données chiffrées sur les thèmes abordés.

Les éléments de réponses vont également vous permettent de réfléchir à des problématiques particulières autour des thèmes traités.

This page intentionally left blank

Chapitre 1

Pathologies dominantes, MIS¹ et addictions

Cancers

QCM

1. La définition du cancer :
 - A. Le cancer est une pathologie cellulaire
 - B. Le cancer est un dysfonctionnement d'organe
 - C. Le cancer est une maladie virale contagieuse
2. La mortalité liée au cancer est :
 - A. Plus importante chez l'homme que chez la femme
 - B. Égale chez l'homme et chez la femme
 - C. Plus importante chez la femme que chez l'homme
3. Les pronostics alarmants :
 - A. Le pronostic d'incidence du cancer est le même pour les hommes et pour les femmes
 - B. Le pronostic d'incidence du cancer est pour les hommes, 1 homme sur 3, et pour les femmes 1 sur 2
 - C. Le pronostic d'incidence du cancer est pour les hommes, 1 homme sur 2, et pour les femmes 1 femme sur 3
4. Le cancer dont l'incidence est la plus fréquente dans les statistiques annuelles est :
 - A. Le cancer de la prostate
 - B. Le cancer du sein
 - C. Le cancer du poumon

1. MIS : maladies d'incidence sociale.

5. Le nombre de cas de cancers en France cette dernière décennie :

- A. A peu augmenté
- B. A beaucoup augmenté
- C. Est resté stable

6. Le traitement du cancer doit prendre en compte que :

- A. La précocité du dépistage n'est pas un facteur vérifié de guérison
- B. Seul le cancer du sein permet d'associer dépistage précoce et guérison
- C. Plus le dépistage est précoce plus sûre est la guérison

7. Le dépistage du cancer est :

- A. Impossible
- B. Possible pour certains cancers
- C. Toujours possible par l'IRM

8. La prévention anti-tabac s'inscrit dans la lutte contre le cancer :

- A. Pour accélérer la diminution des cancers du poumon
- B. Pour freiner la progression des cancers du poumon
- C. Pour éviter l'association cancer et maladie cardiovasculaire

9. Très peu de cancers sont en diminution, à l'exception :

- A. Du mélanome malin
- B. Du cancer de l'estomac
- C. Du cancer de la prostate

10. La réduction du risque de cancer passe par :

- A. La prévention nutritionnelle
- B. La qualité du sommeil
- C. Un taux de cholestérol bas

CONNAISSANCES FLASH

➤ **Question 1.** – *Quelles sont les formes d'hygiène de vie conseillées dans la prévention du cancer ?*

➤ **Question 2.** – *Les associations caritatives participent à la prévention du cancer ; elles sont généralement incontestées, mais sont-elles toujours incontestables ?*

→ Corrigés

QCM

1A, 2A, 3C, 4B, 5B, 6C, 7B, 8B, 9B, 10A.

CORRIGÉ QUESTION 1

Le cancer est une pathologie très fréquente : on trouve deux millions de cas en France et 150 000 nouveaux cas tous les ans. On peut affirmer aujourd'hui que de nombreux cancers (70 %) sont liés à l'environnement. Les facteurs de l'environnement prépondérants sont par exemple : le tabac (quelqu'un qui fume a des risques accrus de cancer du poumon) et l'alimentation (1/3 des cancers sont évitables par précautions diététiques). Aujourd'hui, on privilégie de plus en plus *l'hygiène de vie* en matière de prévention du cancer :

- éviter le tabac et l'alcool ;
- contrôler l'apport calorique : lutter contre l'obésité ;
- veiller à l'hygiène alimentaire (le message du ministère de la Santé est « Mangez 5 fruits et légumes par jour ») et privilégier l'alimentation méditerranéenne (salade, huile d'olive...) ;
- éviter certains modes de cuisson : la cuisson à haute température, la cuisson flamme nue et la friture semblent être dangereuses pour la santé.
- éviter l'exposition excessive au soleil et les cabines de bronzage ;
- une demi-heure d'activité physique chaque jour réduit les risques de cancers, en particulier digestifs, (exemple : du côlon et du sein). On ne sait pas si cette diminution est en rapport avec la réduction de la masse pondérale, mais *a contrario* le surpoids et l'obésité favorisent leur survenue ;
- « Bien manger, bien bouger » est le message que le ministère de la Santé tente de promouvoir dans le cadre du Programme national nutrition-santé. Le maintien d'un indice corporel inférieur à 25 est à surveiller.
- « Bouger dans un environnement sain » ; pour cela, s'éloigner de la pollution atmosphérique des villes autant que possible (la pollution favorise les cancers des voies respiratoires).

CORRIGÉ QUESTION 2

Une très grande partie de l'opinion française (85 %) pense que les associations caritatives ont un rôle important à jouer pour le soutien social et médical des personnes en difficulté. On les considère comme des partenaires incontournables dans de nombreux domaines. Les plus grandes institutions caritatives sont : le Secours catholique, le Secours populaire, ATD-Quart Monde, Emmaüs. En matière de santé, les associations caritatives ont dépassé le simple soutien aux malades et développent un important mécénat au niveau de la recherche médicale. C'est à ce niveau qu'elles acquièrent une grande réputation d'efficacité, mais que se développent aussi certains effets pervers de l'interventionnisme financier.

► **a. Incontestées :** *les associations caritatives participent à la recherche médicale :*

- l'INSERM, le CNRS développent des recherches retenues et financées par des associations caritatives ;
- les travaux menés en France sur les maladies génétiques et la thérapie génique sont très fortement influencés par l'AFM (Association française contre la myopathie) et le Téléthon : des millions d'euros ont été recueillis pour cette recherche ;
- les grands centres de soins et de recherches contre le cancer (Fondation Curie, hôpital Paul Brousse de Villejuif) bénéficient largement des dons de la LNRC, de l'ARC, et de la FRM ;
- la recherche contre le sida mobilise bon nombre de jeunes chercheurs qui ont en quelque sorte des « bourses » de recherche allouées par des associations caritatives.

b. Incontestables : *les risques attachés à la collecte de fonds privés pour la recherche médicale ne sont pas rares :*

- le scandale financier de l'ARC¹ a représenté jadis une dérive majeure, mais exceptionnelle, de l'association recherche médicale et fonds privés ;
- les libéralités des associations caritatives placent les chercheurs en situation de dépendance, sans garantir la continuité des financements pour des investigations difficiles et coûteuses ;
- les médias se font souvent les partenaires des associations et introduisent « le spectaculaire » et « l'émotionnel » dans le débat scientifique, en suscitant des impatiences mal accordées aux exigences de la recherche.

Maladies cardiovasculaires

QCM

1. Les principaux facteurs de risques sont :

- A. L'hypertension, le cholestérol, le tabac, la sédentarité
- B. L'alcoolisme, le stress
- C. L'hérédité, l'abus de sucreries

2. Les maladies cardiovasculaires sont un important enjeu de santé publique :

- A. Parce que de nouvelles thérapies sont à mettre en œuvre
- B. Parce qu'elles risquent de dépasser la mortalité par cancers
- C. Parce qu'elles sont la première cause de décès en France

1. ARC : Association de recherche contre le cancer.

- 3.** Les plans de lutte contre les maladies cardiovasculaires privilégient :
 - A. Le suivi épidémiologique des facteurs de risques et des pathologies cardiovasculaires
 - B. L'apprentissage des premiers secours
 - C. Les procédures de réinsertion
- 4.** L'action publique sur les facteurs de risques prévoit de s'attacher à :
 - A. Promouvoir des types d'alimentation légère et diététique
 - B. Faire diminuer les ventes de tabac de 15 % en 10 ans
 - C. Faire baisser les prix des appareils d'auto-mesure pour la tension artérielle
- 5.** L'élément nutritionnel ciblé par ce plan est :
 - A. Le vin
 - B. Le beurre
 - C. Le sel
- 6.** L'accident vasculaire cérébral présente, par rapport à l'infarctus du myocarde :
 - A. Une plus faible mortalité
 - B. Une égale mortalité
 - C. Une égale mortalité et des séquelles plus invalidantes
- 7.** Les différents aspects cliniques de la maladie coronarienne, insuffisance d'irrigation du cœur, sont :
 - A. Les phlébites et les crampes
 - B. L'angine de poitrine, l'infarctus du myocarde, l'athérosclérose
 - C. La tachycardie et l'emphysème
- 8.** Les approches thérapeutiques pour les maladies cardiovasculaires recourent :
 - A. À la chirurgie et aux médicaments
 - B. À la radiothérapie
 - C. À la kinésithérapie
- 9.** Les maladies cardiovasculaires constituent un marché pharmaceutique :
 - A. Restreint
 - B. De grande ampleur
 - C. Stagnant
- 10.** Les maladies cardiovasculaires dans les pays en voie de développement :
 - A. Progressent peu
 - B. Sont rares
 - C. Progressent de façon inquiétante

CONNAISSANCES FLASH

➤ Question 1. –

a) *Quelle est l'incidence du tabagisme dans les maladies cardiovasculaires ?*

b) *En cas d'accident cardiaque, à qui peut-on faire appel ?*

➤ **Question 2. –** *Quels sont les 3 stades de la prévention des maladies cardiovasculaires (MCV) ?*

➔ Corrigés

QCM

1A, 2C, 3A, 4B, 5C, 6C, 7B, 8A, 9B, 10C.

CORRIGÉ QUESTION 1

Les pays où le tabagisme est en fort recul sont ceux qui connaissent la diminution la plus remarquable des infarctus du myocarde. En 10 ans, en France, alors que se sont développées des mesures drastiques contre le tabagisme, la mortalité par infarctus a diminué d'un tiers.

a. L'incidence du tabagisme : *l'un des plus importants effets du tabac est l'athérosclérose :*

- elle est responsable du développement d'obstructions artérielles et se manifeste par un AVC (accident vasculaire cérébral), un infarctus, une mort subite ou une insuffisance vasculaire périphérique ;
- la nicotine favorise le rétrécissement brusque des artères (spasmes). La fumée diminue l'apport d'oxygène aux tissus et maintient un taux excessif d'oxyde de carbone dans le sang ;
- au-dessus de 10 cigarettes par jour, le tabagisme est un facteur de risque très important. L'intoxication tabagique multiplie par 3 le risque d'infarctus du myocarde.

Au-dessus de 20 cigarettes par jour, le risque d'infarctus du myocarde est multiplié par 5 et celui de mort subite par 6 ;

- la diminution du tabac permet de diminuer de 50 % la mortalité cardiovasculaire.
- Le tabagisme passif constitue aussi un facteur de risque pour les AVC : il augmente de 25 % les risques d'accidents coronariens. Toutefois il faut noter que ce risque est de mieux en mieux évalué : une majorité de Français approuvent l'interdiction totale de fumer dans les lieux publics. La raison principale invoquée est la protection des personnes fragiles et le respect du droit des salariés non fumeurs.

b. Les secours d'urgence

On peut faire appel en cas d'accident cardiaque à diverses unités :

– Les *USIC, Unités de soins intensifs coronariens*, ont été créées en milieu hospitalier pour lutter contre la mort subite des malades du cœur. En liaison constante avec le SAMU-Centre 15, l'*USIC* est le lieu où se concentrent les moyens les plus sophistiqués pour sauver ces malades.

Jadis, le système des urgences en France visait à ramener au plus vite le patient victime d'une douleur thoracique ou d'un arrêt cardiocirculatoire vers l'hôpital le plus proche : le taux de mortalité par infarctus était alors de 30 %. Grâce à la performance actuelle des services d'urgences, ce taux a pu être abaissé à moins de 15 % ; en revanche le taux de survie, après un arrêt cardiaque sans le secours des urgences hospitalières, est à peine de 2 %.

– *Un outil de survie : le SAMU (15) et les pompiers (18) :*

- le SAMU évalue à distance le caractère cardiaque du trouble pour lequel son intervention est demandée ; quand il y a manifestement un risque d'infarctus, il envoie auprès du malade le SMUR (Services mobiles d'urgence de réanimation), avec une équipe spécialisée dans la réanimation et dotée des moyens nécessaires pour remédier à une insuffisance d'irrigation du cœur et débarrasser l'artère coronaire du caillot, *thrombos* en grec, qui peut l'obstruer (c'est la thrombolyse pré-hospitalière) ;

- les pompiers participent à ce système d'alerte : ils peuvent être envoyés en « éclaireurs » ou en complément du SMUR, car ils sont autorisés, après formation, à utiliser les défibrillateurs semi-automatiques, traitement très efficace, par choc électrique, pour remettre en fonction la synchronisation des fibres musculaires du cœur et éviter ainsi l'arrêt circulatoire qui interrompt l'apport du sang au cerveau.

– *Les services de réanimation des hôpitaux prennent en charge les alertes cardiaques* avec un développement très élaboré de la thrombolyse et de l'angioplastie (introduction d'un ballonnet pour dilater l'artère coronarienne).

CORRIGÉ QUESTION 2

Les trois stades de la prévention des MCV

La prévention se réalise à trois niveaux différents :

– *actions de prévention primaire* : elles consistent à éviter au mieux l'apparition des facteurs de risque en informant et en éduquant la population sur l'hygiène de vie, l'équilibre alimentaire, l'exercice physique régulier, les effets néfastes du tabac et de l'alcool ;

– *actions de prévention secondaire* : elles consistent à dépister précocement, lors de bilans de santé ou d'examens médicaux, les facteurs de risque, l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle et à proposer des mesures d'hygiène de vie et des traitements adaptés ;

– *actions de prévention tertiaire* : elles consistent à éviter la survenue de complications par des moyens adaptés et variés :

- traitement d'entretien et suivi médical,



- hospitalisation à domicile,
- rééducation motrice ou psycho-intellectuelle,
- reconversion professionnelle.

Infections sexuellement transmissibles (IST)

QCM

1. Désignation des infections sexuellement transmissibles :
 - A. On se sert du sigle IST
 - B. On les regroupe sous le sigle VIH
 - C. On emploie le mot « vérole » pour les désigner indistinctement
2. Aujourd'hui en France, on constate pour la prévention des IST :
 - A. Un relâchement
 - B. Une vigilance renforcée
 - C. Une raréfaction des conduites à risque
3. Parmi les facteurs de risques :
 - A. Le mode de transmission exclusif est un rapport sexuel
 - B. La syphilis et l'hépatite B peuvent se transmettre à l'enfant au cours de la grossesse
 - C. Les agents pathogènes sont dans tous les cas des virus
4. La meilleure protection contre les IST est :
 - A. Le vaccin contre l'hépatite B
 - B. L'utilisation des préservatifs masculin et féminin
 - C. Le recours aux spermicides
5. Les caractéristiques des IST sont celles-ci :
 - A. Les IST sont des maladies virales ou bactériennes
 - B. Toutes les IST peuvent devenir chroniques
 - C. La plupart des IST ont une durée d'incubation inférieure à 10 jours
6. Parmi les complications :
 - A. La syphilis, dans 30 % des cas, provoque de très graves troubles neurologiques
 - B. Les risques de stérilité liée à une IST sont très fréquentes
 - C. Une crise d'herpès, lors de l'accouchement, impose une anesthésie péridurale

7. Le virus de l'herpès après contamination :
- A. Ne peut être éliminé
 - B. Peut disparaître grâce à un nouveau vaccin
 - C. Ne récidive pas après un traitement antibiotique
8. Les traitements impliquent :
- A. Des vaccins spécifiques à renouveler
 - B. Le repos et l'abstinence sexuelle
 - C. Le traitement systématique des partenaires et des rapports protégés
9. La géographie des IST :
- A. Les IST sont un problème majeur de santé publique en Afrique
 - B. Les pays les plus touchés sont ceux où la toxicomanie est importante
 - C. Les pays les plus épargnés sont ceux où se pratiquent l'excision ou la circoncision
10. Les politiques de contrôle des IST en France :
- A. S'attachent à réprimer la prostitution
 - B. S'efforcent d'éduquer les comportements sexuels des jeunes
 - C. S'emploient à encourager la recherche médicale

CONNAISSANCES FLASH

- **Question 1.** – *Quels sont les apports du Planning familial dans la prévention des IST ?*
- **Question 2.** – *Quelles sont les conséquences des IST sur la grossesse ?*

→ Corrigés

QCM

1A, 2A, 3B, 4B, 5A, 6A, 7A, 8C, 9A, 10B.

CORRIGÉ QUESTION 1

Le Mouvement français pour le planning familial (MFPF) est une association qui a pour objectif d'être un lieu de parole concernant la sexualité et les relations amoureuses. Chaque structure départementale est une association qui a toute l'autonomie nécessaire pour développer des actions adaptées à la problématique de son territoire d'implantation. Il existe 1 000 centres de planification sur l'ensemble du territoire national.

► **a. Les campagnes de santé publique :**

Grâce à des campagnes éducatives de grande portée, le Planning familial a vulgarisé les méthodes les mieux adaptées pour prévenir les IST :

- en développant la promotion des diverses méthodes de protection : préservatifs masculin et féminin, spermicides ;
- en offrant des services de conseil et d'éducation ;
- en proposant des services anonymes et volontaires de conseil et de détection du VIH.

b. Les actions du MFPF auprès des pouvoirs de santé :

- former des personnes (le MFPF est agréé comme organisme de formation) destinées à exercer des activités d'information, de consultation et de conseil en matière de sexualité ;
- animer des stages sur les questions de sexualité, dont l'objectif est l'information et la sensibilisation des personnels médicaux et paramédicaux ;
- gérer de nombreux centres médicaux. Les jeunes y trouvent, outre des consultations médicales gratuites sur la contraception et les rapports protégés, des réunions de groupes hebdomadaires destinées à les informer.

CORRIGÉ QUESTION 2

La plupart des IST peuvent être dangereuses pour l'enfant et constituent des antécédents à risques.

a. La contamination du fœtus :

- la syphilis peut provoquer des avortements ou des maladies graves de l'enfant ;
- l'herpès génital peut infecter le fœtus et, au moment de l'accouchement, entraîner des atteintes graves pour l'enfant (notamment aux yeux : l'herpès peut entraîner une cécité).

b. Les accouchements à risques :

- le gonocoque et les *chlamydiae* peuvent contaminer l'enfant lors de l'accouchement, avec risques de conjonctivites ;
- une poussée d'herpès au moment de l'accouchement impose le plus souvent une césarienne en raison du risque sus-mentionné.

Sida

QCM

1. Étiologie du sida :
 - A. Maladie due à une bactérie
 - B. Maladie due à un virus
 - C. Maladie due à un parasite
2. La transmission de la maladie se fait par :
 - A. Le sang
 - B. Le sperme
 - C. Le sang, le sperme, les sécrétions vaginales, le lait maternel
3. Le sida est une maladie qui entraîne :
 - A. Une chute des défenses naturelles
 - B. Une dégénérescence musculaire
 - C. Un rétrécissement des voies respiratoires
4. Caractères des symptômes :
 - A. Leur lisibilité est aisée
 - B. Leur lisibilité est complexe
 - C. Leur lisibilité est complexe et tardive
5. La séropositivité révèle :
 - A. Un risque probable de sida
 - B. La présence de la maladie et les risques de contamination
 - C. La présence de la maladie dans une phase non contagieuse
6. Les thérapies les plus pratiquées sont :
 - A. Le vaccin
 - B. La multithérapie
 - C. La thérapie génique
7. La mortalité liée au sida :
 - A. Le sida est la 4^e cause de mortalité au monde
 - B. Le sida a une importance mineure dans les taux de mortalité mondiale
 - C. Le sida ne reste mortel que dans les pays pauvres
8. La recherche médicale :
 - A. A abandonné l'élaboration d'un vaccin
 - B. Porte ses efforts sur la thérapie génique et la recherche d'un vaccin
 - C. S'attache à promouvoir et à perfectionner les trithérapies

9. La combinaison de différents traitements (multithérapies) a pour objectif :

- A. De rendre le VIH indétectable dans le sang
- B. D'éliminer le VIH et de réduire les effets secondaires importants
- C. De soigner les effets secondaires de la maladie

10. Le sida est :

- A. Une pandémie
- B. Une maladie en régression
- C. Une maladie endémique

CONNAISSANCES FLASH

► **Question 1.** – *Comment améliorer l'accès aux soins pour les malades du sida ?*

► **Question 2.** – *Existe-t-il des liens entre sida et toxicomanie ?*

→ Corrigés

QCM

1B, 2C, 3A, 4C, 5B, 6B, 7A, 8B, 9B, 10A.

CORRIGÉ QUESTION 1

Le sida est devenu une urgence sanitaire mondiale : près de 50 millions de personnes vivent avec le VIH/sida dans le monde.

Les traitements antirétroviraux, qui ont fait chuter la mortalité par le sida dans les pays riches, sont inaccessibles pour les pays pauvres, en particulier l'Afrique, sans une prise en charge caritative de très grande ampleur impliquant les ONG, l'OMS et surtout les grands laboratoires qui déterminent le coût des médicaments. Face à l'urgence qu'impose l'épidémie de sida, il est indispensable que des industries locales puissent produire des médicaments génériques dans les pays qui disposent de l'infrastructure nécessaire et exporter ces produits génériques dans les pays privés de capacité de production.

a. Le recours aux médicaments génériques :

- *l'expérience brésilienne* : le Brésil est le premier pays à avoir fait plier les toutes puissantes entreprises pharmaceutiques quant à la production de médicaments génériques. Il est aujourd'hui à la tête d'un réseau mondial d'experts sur l'accès aux soins et produit ses propres médicaments génériques. Cette production d'État est destinée uniquement au marché national. Le Brésil a réussi à faire diminuer le prix des traitements de 50 % ;

- *Le problème africain* : les négociations africaines en la matière restent toujours extrêmement difficiles. Mais, épaulées par certaines grandes puissances et organisations internationales, elles portent aujourd'hui leurs fruits. L'ONUSIDA a mis en évidence que la mise en compétition des producteurs (le Brésil, l'Inde) de copies de médicaments avec les grands laboratoires, constitue à l'heure actuelle le mécanisme le plus efficace pour permettre une réduction effective des prix de vente ;
- les accords passés entre l'Afrique du Sud et de grands laboratoires ont validé la formule proposée par la Fondation Clinton au gouvernement sud-africain. Il s'agit de traitements génériques à 200 dollars par an et par patient ; il n'y a plus ainsi à envisager des traitements de marque qui coûtaient 10 fois plus cher. En Afrique subsaharienne, de nombreux pays ont accès à ces génériques.

b. L'amélioration des systèmes de santé :

La généralisation de l'accès aux Antirétroviraux (ARV) passe aussi par une amélioration des systèmes de santé :

- de nombreuses analyses doivent, en effet, être réalisées avant de prescrire des ARV, notamment pour mesurer la charge virale du patient. Ces tests nécessitent un équipement de laboratoire qui n'est pas toujours disponible dans les pays en développement, surtout en zone rurale, et coûtent souvent trop cher par rapport aux revenus du malade ;
- le risque d'effets secondaires est aussi très important et rend indispensable un suivi médical du patient pour s'assurer notamment que son alimentation est adaptée. Des résistances au traitement peuvent encore apparaître et nécessiter des adaptations thérapeutiques.

c. Le développement du dépistage :

L'urgence sanitaire passe aussi par la baisse des tarifs du dépistage, procédure indispensable dans la lutte contre le sida, par la diffusion des médicaments à dosage pédiatrique et par les traitements pour lutter contre les maladies opportunistes qui accompagnent le sida.

CORRIGÉ QUESTION 2

Les usagers de drogues par voie intraveineuse constituent un groupe à risques pour les infections à VIH et à VHC (hépatite C). La prévalence de ces infections dans cette population de près de 200 000 personnes, en France, est aujourd'hui de plus de 60 %, soit un taux quatre fois supérieur à celui observé dans la population générale équivalente (20-50 ans).

Pour prévenir et réduire le risque, on a conduit une double politique.

a. La prévention des risques de transmission virale :

- *information* : campagnes de presse, campagnes radio et TV pour inciter au dépistage et informer sur les modes de transmission des virus ;

- *accès au matériel d'injection* : mobilisation des pharmaciens pour la distribution des seringues, des préservatifs et de la trousse de prévention *Stéribox* ; boutiques d'échange de seringues ;
- *aide à la survie* : la clandestinité de l'usage de drogues et les effets de leur consommation se conjuguent à une forte précarité sociale, qu'il convient de repérer et d'assister.

b. La prise en charge de la toxicomanie :

- traitements de substitution ;
- réduction des risques en milieu carcéral : distribution d'eau de javel, accès aux traitements de substitution, accès aux préservatifs ;
- création de centres de désintoxication (anonymes et gratuits).

Troubles mentaux

QCM

1. La proportion des personnes qui présentent, selon l'OMS, un ou plusieurs troubles mentaux ou du comportement, est :
 - A. De un sur quatre dans les pays développés et dans ceux en développement
 - B. De un sur dix dans les pays en développement
 - C. De un sur cent dans les pays développés
2. Les plus graves maladies du psychisme sont :
 - A. Les névroses
 - B. Les psychoses
 - C. Les dépressions
3. La classification des troubles mentaux de l'OMS :
 - A. Propose un très large champ de définitions des troubles mentaux
 - B. Ne retient que la schizophrénie et la paranoïa
 - C. Ne s'attache qu'aux troubles liés à un retard mental
4. Les estimations de l'OMS mettent en avant :
 - A. La prise en charge de la dépression et la prévention du suicide
 - B. La prise en charge de la maladie d'Alzheimer
 - C. La lutte contre l'alcoolisme
5. Le trouble mental qui a la plus forte prévalence est :
 - A. L'anorexie mentale

- B. Le délire paranoïaque
 - C. La dépression
- 6.** Le recours aux dispositifs des soins de santé mentale concerne de plus en plus :
- A. Les jeunes et les adolescents
 - B. Les vieillards
 - C. Les femmes
- 7.** Les pouvoirs publics français ont un programme spécifique pour :
- A. La schizophrénie
 - B. Les troubles dépressifs
 - C. Les troubles obsessionnels compulsifs (TOC)
- 8.** Les plans psychiatrie et santé mentale s'adressent :
- A. Aux professionnels du secteur psychiatrique
 - B. Aux professionnels du secteur psychiatrique et aux patients souffrant de maladie mentale
 - C. Aux professionnels du secteur psychiatrique, aux patients souffrant de maladie mentale et à leur famille
- 9.** L'offre de soins psychiatriques en France :
- A. Est égale quelle que soit la région
 - B. Privilégie la région Île-de-France
 - C. N'est égale que dans le secteur privé
- 10.** Les principaux facteurs des troubles mentaux sont :
- A. Génétiques
 - B. Environnementaux
 - C. Génétiques, biologiques, sociaux et environnementaux

CONNAISSANCES FLASH

- **Question 1.** – *Quelle est l'importance et la forme de prévention du suicide en France aujourd'hui ?*
- **Question 2.** – *Quels sont les risques de démence liés au vieillissement ?*

→ Corrigés

QCM

1A, 2B, 3A, 4A, 5C, 6A, 7B, 8C, 9B, 10C.

CORRIGÉ QUESTION 1

On note en France un recul du suicide depuis quelques années mais les chiffres sont toujours préoccupants. On compte environ 10 000 victimes par an et près de 160 000 tentatives de suicide (c'est-à-dire de suicide décidé mais non abouti).

On distingue de grandes disparités en matière de suicide ; en fonction de l'âge et du sexe en particulier, et le cadrage statistique est à lui seul éloquent.

a. Le cadrage statistique

Les statistiques récentes indiquent que :

- le taux de *suicide* augmente avec l'âge (il est important à partir de 65 ans. Il correspond au quart des suicides) ; en revanche le taux de *tentatives de suicide* décroît avec l'âge ;
- les *décès* par suicide concernent surtout les hommes ; en revanche les *tentatives de suicide* concernent davantage les jeunes et les femmes ;
- près de la *moitié* des suicidants réitèrent leur geste (d'où l'importance de la prévention et de la vigilance) ;
- la relation « *chômage-suicide* » est majoritaire chez les hommes et la relation « *divorce-suicide* » est majoritaire chez les femmes.

b. Le suicide, un sujet tabou ?

Les faits révèlent clairement que le temps n'est plus à la réprobation mais à la compréhension et au soutien. 70 % des Français, d'après un sondage SOFRES, jugent utile de parler publiquement du suicide, notamment dans les médias ;

c. La prévention, la vigilance :

- des associations agissant dans le domaine de la prévention du suicide ont décidé de coordonner leurs efforts et de réaliser une « *Journée nationale pour la prévention du suicide* » ; elles ont retenu la date du 5 février de chaque année, et se sont rassemblées sous le sigle UNPS, Union nationale pour la prévention du suicide ;
- à l'initiative des ORS (Observatoires régionaux de la santé), des données chiffrées sur les tentatives de suicide au niveau de chaque région vont être accessibles. Aujourd'hui, on ne peut faire état que de la mortalité ; mais ces statistiques conduisent probablement à une sous-estimation du nombre de décès par suicide du fait d'un défaut de déclaration par les instituts médico-légaux ou de l'existence de « *suicides cachés* » inscrits dans d'autres rubriques de décès, comme les accidents ou les intoxications.
- les campagnes du ministère de la Santé, en matière d'information sur la prévention du suicide (comment reconnaître les signaux d'alerte et comment aider) sont particulièrement utiles aux familles et aux enseignants.

CORRIGÉ QUESTION 2

Le diagnostic de démence sénile revêt actuellement un intérêt particulier du fait de la perspective de nouvelles thérapeutiques dans les atteintes évoquant la maladie d'Alzheimer. Ce type de démence représente la majorité des cas (80 %) et, avec l'augmentation de l'espérance de vie, touchera de plus en plus de patients, d'où l'importance qu'y accordent les médecins généralistes. Si d'autres maladies sont à associer au vieillissement, Alzheimer et les démences vasculaires représentent la quasi-totalité des démences séniles :

a. Le diagnostic de démence sénile. Il se construit sur deux éléments symptomatiques pour le médecin généraliste :

- l'atteinte de la mémoire portant tant sur les faits récents qu'anciens ;
- l'atteinte des fonctions cognitives.

b. Les principales étiologies démentielles. Citons par ordre d'importance :

- *la maladie d'Alzheimer* : elle n'est vraiment diagnostiquée qu'à partir d'une autopsie mettant en évidence les lésions cérébrales qui la provoquent. Toutefois elle a des symptômes bien définis ;
- *les démences vasculaires ou artériopathiques* : elles sont caractérisées par un affaiblissement des fonctions supérieures dû à de multiples petits infarctus cérébraux. Elles altèrent les fonctions supérieures de manière irrégulière. Un état dépressif et des troubles du caractère les caractérisent ;
- *les démences métaboliques ou endocriniennes chez la personne âgée* : l'insuffisance thyroïdienne, le diabète, l'alcoolisme chronique, les syndromes carenciels peuvent aussi endommager les neurones et causer des troubles graves ;
- *la maladie de Pick* : maladie rare qui se manifeste souvent précocement par une désinhibition au plan du comportement psychosocial, par des troubles du langage et des troubles cognitifs variés. C'est une dégénérescence du système nerveux central qui ne peut, elle aussi, être vraiment diagnostiquée qu'à partir d'une autopsie.

Alcoolisme

QCM

1. Chaque année, le nombre de personnes qui meurent d'une maladie ou de troubles dus à la consommation excessive d'alcool, est d'environ :

A. 60 000

B. 40 000

C. 25 000

2. Quand le buveur conduit, quel taux d'alcoolémie est toléré par la loi française ?

A. 0,3 g par litre de sang

B. 0,5 g par litre de sang

C. 0,7 g par litre de sang

3. Sur les 33,2 milliards d'euros du « coût social » des drogues licites et illicites, quelle est la part de l'alcool ?

A. Plus de 40 %

B. Plus de 50 %

C. Plus de 70 %

4. À hauteur de quel pourcentage l'alcool est-il responsable de nombreux accidents de la route ?

A. 30 %

B. 40 %

C. 50 %

5. L'alcool n'est pas un produit ordinaire. Il est responsable directement, chaque année, de plus de :

A. 10 000 décès

B. 20 000 décès

C. 45 000 décès

6. Parmi les buveurs, quels sont ceux qui statistiquement vont devenir alcoolo-dépendants ?

A. Entre 3 et 5 %

B. Entre 5 et 8 %

C. Entre 8 et 11 %

7. Quelle loi a restreint la publicité en faveur des boissons alcoolisées ?

A. La loi Gayssot du 14 juillet 1990

B. La loi Huriet-Sérusclat du 20 décembre 1988

C. La loi Évin du 10 janvier 1991

8. Parmi les malades hospitalisés, lesquels ont des pathologies ou troubles en lien direct ou indirect avec l'alcoolisme ?

A. Malades soignés pour cirrhose du foie

B. Malades soignés pour cancers digestifs

C. Malades soignés pour actes de violence conjugale

9. Quels sont les métiers où l'on boit le plus ?

- A. L'agriculture
- B. L'enseignement
- C. Le cinéma

10. L'une des trois affections suivantes laisse des séquelles neurocomportementales à vie, chez l'enfant :

- A. La trisomie 21
- B. L'hypothyroïdie congénitale
- C. L'intoxication par l'alcool du fœtus

CONNAISSANCES FLASH

➤ **Question 1.** – *Quels sont les différents aspects de l'alcoolisme ? Quels sont ses effets ?*

➤ **Question 2.** – *Quelles sont les 4 catégories de mesures de prévention de l'alcoolisme ?*

→ Corrigés

QCM

1C, 2B, 3B, 4B, 5C, 6C, 7C, 8ABC, 9AC, 10C.

CORRIGÉ QUESTION 1

La France compte cinq millions de personnes en consommation excessive d'alcool et deux millions d'alcooliques.

a. Les statistiques

Les **statistiques de mortalité** sont pour le moins inquiétantes : avec 45 000 décès par an, l'alcoolisme devient la 3^e cause de mortalité en France. L'alcool est responsable de 30 % des violences conjugales ainsi que d'un tiers des accidents mortels de la route, et de 10 à 20 % des accidents du travail. Chaque année, 10 milliards d'euros sont engloutis dans le traitement de l'alcoolisme et de ses pathologies (10 % du total des dépenses médicales selon la dernière enquête de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies).

Ce ne sont pas les jeunes qui boivent le plus en France mais les hommes d'âge mûrs¹. Les jeunes ne boivent pas tous les jours, mais *principalement en fin de semaine*. Alors que les adultes ont une consommation quotidienne. Plus les adultes sont âgés, plus ils boivent de l'alcool tous les jours. À 20-

1. Source : ministère de la Santé (2010).

25 ans, 5 % des garçons et moins d'1 % des filles boivent de l'alcool tous les jours alors qu'à 35-44 ans, 23 % des hommes et 6 % des femmes sont concernés.

Cette proportion de buveurs quotidiens ne cesse d'augmenter : à 55-65 ans, 56 % des hommes et 17 % des femmes boivent de l'alcool quotidiennement.

b. La maladie et ses effets sur l'organisme

Il est urgent d'admettre que l'alcoolisme est une **maladie chronique**. Elle est le résultat d'une ingestion quotidienne d'alcool, provoquant une intoxication répétée et profonde. Celle-ci est la forme la plus répandue et la plus dangereuse de l'alcoolisme car elle réalise une **imprégnation à vie**, de façon souvent inconsciente, de tout l'organisme. Tous les organes sont touchés par l'alcool. L'appareil digestif est le premier atteint, particulièrement le pancréas (pancréatites chroniques) mais surtout le foie dont l'intoxication conduit à la cirrhose. La mortalité par cirrhose du foie approche, en France, 20 000 morts par an.

L'alcool entraîne aussi un haut risque de contamination par le virus de l'hépatite B. Il représente un risque majeur de survenue de cancer de l'appareil digestif : cancers de la bouche, de la langue, de la gorge, de l'oesophage. La survenue de ces **cancers** est strictement parallèle à la consommation d'alcool. Tous les ans, plus de 15 000 nouveaux cas surviennent, dont 90 % chez les alcooliques. Le cerveau et le système nerveux sont aussi très touchés par cette intoxication qui provoque une atteinte intellectuelle grave et précoce.

c. L'inverse et ses effets sur l'organisme

Certains états d'ivresse alcoolique s'accompagnent d'hallucinations, de convulsions ou de délires et peuvent être à l'origine de réactions violentes de la part du sujet. Dans le pire des cas, le coma éthylique est fatal.

d. Les causes

Les familles d'alcooliques sont souvent exposées à de graves problèmes sur le plan social et psychologique. De nombreux conjoints d'alcooliques passent par des états d'anxiété, d'insomnie, de tension et de dépression. C'est donc une maladie qui touche toute la famille.

CORRIGÉ QUESTION 2

Il y a différentes catégories de mesures.

a. Les mesures sociales

- Limitation de la publicité en faveur de l'alcool (elle est strictement interdite lors des manifestations sportives).
- Sanction sévère de la conduite en état d'ivresse.
- Extension de l'alcotest à titre préventif.
- Création de centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (LHA).
- Messages d'avertissement sur les bouteilles etc.

b. Les mesures économiques

- Distribution des boissons alcoolisées interdite aux moins de 18 ans (loi Bachelot 2010)¹.
- Augmentation du prix de l'alcool.

c. Les mesures éducatives

- Cours d'information à l'école.
- Sport et culture encouragés pour les jeunes désœuvrés (ce sont les meilleurs antidotes à l'alcool).
- Campagnes du ministère de la Santé (presse, radio, télé...) contre l'alcool.
- Loi Évin, mieux adaptée et respectée.

d. Les mesures répressives

(répression de la conduite en état divresse)

Conduire avec une imprégnation alcoolique supérieure à 0,80 gramme d'alcool par litre de sang, est un délit jugé par le tribunal correctionnel qui peut infliger une amende importante, deux ans de prison ferme et l'annulation du permis de conduire.

Tabagisme

QCM

1. Dans le monde, combien de personnes meurent chaque année des effets des produits dérivés du tabac ?

- A. Plus de 2 millions
- B. Plus de 4 millions
- C. Plus de 6 millions

2. Sur les 33,2 milliards d'euros du « coût social » des drogues licites et illicites, quelle est la part du tabac ?

- A. Plus de 30 %
- B. Plus de 40 %
- C. Plus de 50 %

3. La SEITA (Société d'exploitation industrielle des tabacs et des allumettes, devenue Altadis en 1999, elle-même rachetée par Imperial Tobacco en 2008) a été créée en :

- A. 1810

1. Elle était de 16 ans avant 2010.

TESTEZ VOS CONNAISSANCES

B. 1890

C. 1950

4. Le pourcentage des fumeurs chez les jeunes est de plus de :

A. 30 %

B. 40 %

C. 50 %

5. Le nombre de décès induits par le tabagisme en France est de plus de :

A. 50 000 par an

B. 60 000 par an

C. 70 000 par an

6. Les femmes fumeuses ont plus de difficulté à avoir des enfants, il leur faut :

A. 2 à 3 fois plus de temps pour être enceinte

B. 3 à 4 fois plus de temps pour être enceinte

C. 4 à 5 fois plus de temps pour être enceinte

7. La date de la « journée sans tabac » est :

A. Le 31 décembre

B. Le 8 mars

C. Le 31 mai

8. La loi Évin date de l'année :

A. 1981

B. 1991

C. 2001

9. Comment la loi Évin participe-t-elle à l'amélioration de la santé publique ?

A. En interdisant toute promotion directe ou indirecte en faveur du tabac

B. En assurant le respect des droits des non-fumeurs dans les lieux publics

C. En s'immisçant dans les choix individuels

10. Combien de temps dure, en moyenne, le syndrome de sevrage ?

A. Une à deux semaines

B. Trois à quatre semaines

C. Un mois à deux mois

CONNAISSANCES FLASH

➤ **Question 1.** – *Pourquoi la fumée de tabac est-elle nuisible ? Quels sont les effets du tabac sur la santé ?*

➤ **Question 2.** – *Faut-il mieux protéger les non-fumeurs ?*

→ Corrigés

QCM

1B, 2B, 3A (par Napoléon), 4C, 5C, 6B, 7C, 8B, 9AB, 10B.

CORRIGÉ QUESTION 1

a/ Les substances nuisibles de la fumée

La fumée de tabac est un mélange de plusieurs substances qui ont des effets nuisibles :

- l'*oxyde de carbone* : effets nuisibles sur les globules rouges ;
- l'*acide cyanhydrique* : effets nuisibles sur tous les organes ;
- les *goudrons* : effets cancérogènes ;
- la *nicotine* : effets euphorisants (proches de ceux produits par l'opium).

b/ Les effets du tabagisme sur l'organisme :

- sur l'appareil respiratoire :
 - *larynx* : laryngites fréquentes,
 - *bronches* : bronchite chronique,
 - *poumons* : cancer bronchique ;
- sur l'appareil circulatoire :
 - *la maladie coronaire et l'infarctus*. Ce risque est multiplié par 100 chez les femmes qui fument et prennent une contraception orale,
 - les *artères* : artérite des membres inférieurs,
 - les *globules blancs* : pouvoir microbicide diminué,
- sur l'appareil urinaire : cancer de la vessie ;
- sur le fœtus : augmentation du rythme cardiaque et risque de prématurité aggravé ;
- sur la durée de vie : une étude médicale a établi la prévision suivante : un fumeur sur deux ayant commencé à fumer adolescent, perdra en moyenne 18 années de vie.

CORRIGÉ QUESTION 2

Oui, car ils sont victimes du *tabagisme passif*. Le tabagisme passif a été classé cancérogène par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) de l'Organisation mondiale de la santé. Des données disponibles démontrent qu'une exposition involontaire à la fumée de tabac provoque le cancer du poumon chez des individus n'ayant jamais fumé. Il est aussi à l'origine d'autres cancers (du sein notamment) et favorise l'infarctus. La recherche actuelle s'oriente auprès des enfants exposés au tabagisme parental. Il est admis qu'un nourrisson subissant le tabagisme de sa mère présente un plus grand risque de mort subite. Les enfants de parents fumeurs souff-

► frent plus régulièrement d'asthme, otites, bronchites et rhinopharyngites à répétition. *C'est pourquoi les mesures anti-tabagisme se renforcent :*

- la nouvelle campagne nationale de prévention se veut inquiétante : on ne parle plus de nicotine mais de traces d'acide cyanhydrique, de mercure, d'acétone et d'ammoniac ;

- chaque femme enceinte lors de la consultation prénatale du 3^e mois reçoit une information spécifique sur les conséquences du tabagisme ;

- l'éducation nationale forme les enseignants dès le primaire à la prévention du tabagisme.

- *la loi Évin (de 1991 renforcée en 2007)* permet de mieux protéger les non-fumeurs par l'interdiction de fumer dans les lieux publics fermés (gares, aéroports, écoles, transports, lieux de travail...) et par l'obligation que les restaurants ont de faire respecter la zone fumeurs et la zone non-fumeurs. Elle permet aux non-fumeurs de ne plus subir la fumée des autres. La tendance est de renforcer l'application de ce texte par des rappels réguliers à l'ensemble des responsables d'établissements scolaires ou établissement publics.

Drogues illicites

QCM

1. Le cannabis à usage thérapeutique est toléré aux États-Unis, à l'instar de la Suisse, les Pays-Bas, la Grande-Bretagne et l'Allemagne :

A. Vrai

B. Faux

2. Les statistiques montrent une forte hausse de la consommation de cannabis en France sur 10 ans. Aujourd'hui, les consommateurs réguliers de cannabis sont de plus de :

A. 500 000

B. 600 000

C. 900 000

3. En France, les consommateurs de cannabis représentent plus de :

A. 2 millions de personnes

B. 3 millions de personnes

C. 5 millions de personnes

4. Les consommateurs d'héroïne représentent plus de :

A. 150 000

B. 250 000

C. 450 000

5. Pour usage de drogue, la peine d'emprisonnement peut être de :

A. 6 mois

B. 18 mois

C. 2 ans

6. Le plan gouvernemental de prévention contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool prévoit :

A. D'améliorer les connaissances sur les produits et leurs dommages

B. De lutter contre le trafic local notamment par une enquête de patrimoine

C. D'harmoniser les pratiques pénales dans les contentieux de l'usage et de l'incitation à l'usage

7. Parmi ces substances, quelles sont celles qui peuvent être considérées comme des produits dopants ?

A. Érythropoïétine

B. Diurétiques

C. Perfluorocarbones

8. Quels sont les produits de substitution qui aident à soigner les dépendants de l'héroïne ?

A. Le *Subutex*

B. L'*Éphédrine*

C. La *Méhadone*

9. Cocaïne, ecstasy, tabac, alcool, héroïne et médicaments psychoactifs ont en commun une propriété :

A. L'augmentation de la quantité de dopamine disponible dans une zone du cerveau

B. L'augmentation de la présence de sérotonine dans les synapses

C. L'augmentation de la quantité de dopamine dans le système hédonique

10. Le nombre de Français qui s'auto-administrent des produits dopants sont de l'ordre de :

A. 5 %

B. 10 %

C. 15 %

CONNAISSANCES FLASH

► **Question 1.** – *Le ministère de la Santé lance régulièrement des campagnes d'information sur les drogues et en particulier sur les dangers du cannabis. Pourquoi ?*

► **Question 2.** – *Qu'est-ce-que le dopage des sportifs ? Peut-il être évité ?*

→ Corrigés

QCM

1A, 2C, 3C, 4A, 5C, 6ABC, 7ABC, 8AC, 9AC, 10C.

CORRIGÉ QUESTION 1

a. La législation française, les statistiques

La législation française en matière de cannabis est la plus répressive d'Europe. Or, un tiers des jeunes Français en consomment régulièrement. Il y aurait plus de 450 000 fumeurs quotidiens en France et près de 900 000 fumeurs réguliers. Ces chiffres sont deux à trois fois plus élevés qu'il y a 10 ans.

b. Les dangers du cannabis

Si ce produit ne détruit pas les neurones contrairement à l'ecstasy et l'alcool à forte dose, sa consommation de plus en plus précoce, et chaque fois plus régulière, a de fortes répercussions sur la scolarité des adolescents : perte du goût de l'étude, de l'effort, de la motivation, absentéisme, troubles de mémoire, tendances suicidaires, bouffées de violence. Les « *bad trips* » restent possibles avec des vomissements, des évanouissements mais aussi des hallucinations. De plus, la banalisation du cannabis a permis de mettre en évidence un risque réel de dépendance en cas de consommation régulière.

c. L'aide aux parents

La question ne semble plus être de dépénaliser l'usage du cannabis, ni non plus de mettre en prison les trois millions de jeunes consommateurs du produit, mais d'*aider les parents* à faire face à ce danger en décrivant les effets réels du cannabis et surtout les risques. Tout se passe comme si le cannabis représentait un rite de passage banal à l'adolescence. Cependant, il est difficile d'en arrêter l'usage et de ne pas en devenir dépendant. Il devient essentiel, alors, qu'un dialogue de qualité s'établisse entre les parents et les jeunes sur le sens qu'ils donnent à cet usage et que les adultes puissent dire non en toute certitude.

d. Les moyens à l'échelon national

On comprend donc les objectifs de ces nombreuses campagnes de santé, qui, en plus des informations télévisées, proposent des millions de brochures d'information pour les jeunes et les parents, et ouvrent des centaines de centres de consultations « cannabis » sur l'ensemble du territoire.

CORRIGÉ QUESTION 2

Il faut régulièrement se poser la question de la validité des contrôles anti-dopage. Le dopage est loin d'être éradiqué du milieu sportif. Les organisateurs des compétitions sont confiants dans les contrôles effectués et pourtant, à chaque compétition le problème est à nouveau posé.

a. Les stimulants absorbés par les sportifs

Comment imaginer que tous les sportifs puissent, sous contrôle médical, absorber des stimulants (amphétamines, caféine, cocaïne...), des bêta-bloquants, des diurétiques, des analgésiques narcotiques, des stéroïdes anabolisants, de l'EPO pour pouvoir entrer dans la compétition et avoir toutes leurs chances ?

Tout record est réalisé pour être battu. Tout se passe comme si l'homme pouvait repousser ses limites à l'infini. Or, tous les sports sont touchés, aussi bien chez les professionnels que chez les amateurs (cyclistes, marathoniens...).

b. L'Agence mondiale anti-dopage (AMA)

Elle semble ne pas avoir les moyens de ses ambitions. Aujourd'hui, elle élabore un code antidopage universel. Cependant, il lui est difficile de faire face aux fédérations sportives. Comment celles-ci peuvent-elles être impliquées dans le contrôle et dans les sanctions de leurs sportifs ? Comment un sportif qui dénonce des pratiques de dopage dans son équipe peut-il continuer à s'y maintenir ?

c. Les nouveaux dopants

Il apparaît régulièrement de nouveaux dopants sur le marché, très souvent indécélables. Une question vitale se pose alors : comment pratiquer un sport de compétition à haut niveau et ne pas mettre sa santé en danger ? Le centre d'accompagnement et de prévention pour les sportifs de Bordeaux accueille par exemple ceux qui souffrent du dopage et déplore les *conséquences toxico-manes* que vivent les athlètes déçus, c'est-à-dire la dépendance et les difficultés du sevrage.

d. L'éthique

Il est temps que des *dispositions éthiques* regroupent les fédérations, les médecins, les sportifs, les spectateurs pour protéger l'homme sportif.

Chapitre 2

Hygiène de vie et prévention des risques (accidents)

Hygiène de vie

QCM

1. L'adulte doit dormir la nuit, au moins :
 - A. 7 h
 - B. 10 h
 - C. 12 h
2. L'enfant de 1 an doit dormir la nuit, au moins :
 - A. 7 h
 - B. 10 h
 - C. 12 h
3. Le sommeil a :
 - A. 3 cycles
 - B. 2 cycles
 - C. 4 cycles
4. Le bain est :
 - A. Plus émollient que la douche
 - B. Plus hygiénique que la douche
 - C. Plus conseillé le soir que le matin

Hygiène de vie et prévention des risques (accidents)

5. Le lavage de mains est :
- A. moins important que celui du corps
 - B. fait matin et soir
 - C. fait plusieurs fois par jour
6. Le lavage des dents :
- A. prévient la carie
 - B. donne une bonne haleine
 - C. se fait avant les repas
7. Les groupes d'aliments sont au nombre de :
- A. huit
 - B. dix
 - C. six
 - D. douze
 - E. neuf
8. L'alimentation d'une personne sportive doit être riche en :
- A. Produits sucrés (chocolat, biscuits)
 - B. Céréales et féculents
 - C. Lipides
9. Parmi les matières grasses suivantes, il convient de préférer la consommation :
- A. De graisses d'origine animale (beurre, crème...)
 - B. D'huiles d'origine végétale (olive, tournesol...)
 - C. D'huiles de friture
10. Associez les aliments à leurs propriétés :
- | | |
|-------------|---------------------------|
| 1. Protides | A. Énergie musculaire |
| 2. Glucides | B. Fabrication de tissus |
| 3. Lipides | C. Croissance cérébrale |
| 4. Eau | D. Transport des aliments |

CONNAISSANCES FLASH

➤ **Question 1.** – *En matière d'hygiène alimentaire, quels sont les différents besoins de l'organisme ?*

➤ **Question 2.** – *En matière d'hygiène de vie, le sommeil joue un rôle important. Pourquoi ? Comment se déroule-t-il ?*

→ Corrigés

QCM

1A, 2B, 3C, 4AC, 5B, C, 6AB, 7C, 8B, 9B, 10 : 1B, 2A, 2C, 3C, 4D.

CORRIGÉ QUESTION 1

L'hygiène alimentaire se définit comme la capacité de consommer une alimentation équilibrée et adaptée aux besoins nutritionnels propres à son âge, à son état de santé et à ses conditions de vie.

L'alimentation doit être équilibrée, c'est-à-dire apporter tous les nutriments nécessaires à notre organisme.

a. Besoins en nutriments énergétiques

Ces nutriments procurent l'énergie nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme :

- *glucides* : sucres, féculents, fruits, légumes ;
- *lipides* : huiles, graisses de constitution, beurre.

b. Besoins en nutriments plastiques

Ces aliments sont nécessaires à la constitution de l'organisme :

- *protéines* : viande, poisson, œuf ;
- *lipides de constitution*.

c. Besoins en nutriments non énergétiques

Ces nutriments ne sont pas source d'énergie, mais ils sont indispensables à la bonne utilisation des nutriments :

- *minéraux et oligo-éléments* :
 - calcium, phosphore : lait et produits laitiers,
 - fer : viande, œufs, abats et légumes verts ;
- *vitamines* :
 - A, D, E, K : lait, laitage, poisson, œuf, huile,
 - C : fruits et crudités,
 - B : féculents ;
- *fibres*

d. Besoins en eau

L'eau est essentielle à l'hydratation de l'organisme, à la régulation du transit et à la circulation sanguine (transport des aliments et évacuation des déchets). Elle est apportée par les boissons et les aliments.

CORRIGÉ QUESTION 2

a. Le rôle du sommeil

Le sommeil permet de restaurer la substance nerveuse encombrée de déchets. Un manque de sommeil au-delà de 48 heures est nocif, et l'insomnie conduit à la fatigue nerveuse avec tous les troubles qu'elle engendre.

b. La durée et la régularité du sommeil

L'adulte doit dormir suffisamment, au moins 7 à 8 heures par nuit, l'adolescent 9 à 10 heures et l'enfant 10 à 12 heures en moyenne. La durée peut varier selon les besoins de chacun (et selon l'âge pour l'enfant).

c. Les phases du sommeil (ou rythme du sommeil)

Citons quatre phases caractéristiques communes à *l'adulte et à l'enfant* :

– phase 1 : *l'endormissement*

Le cerveau émet un message. L'adulte se frotte les yeux, bâille. Ce stade manqué, il faut attendre le cycle suivant (1 h 30 environ) pour s'endormir ;

– phase 2 : *le sommeil lent ou calme*

C'est la phase de réparation de la fatigue physique. Le visage est détendu, il n'y a pas de mouvements du corps ;

– phase 3 : *le sommeil rapide ou paradoxal*

C'est la phase de réparation de la fatigue nerveuse. Le sommeil est profond mais plus agité : il y a des mouvements du corps, la respiration est plus bruyante ; c'est aussi le *moment des « rêves »*... ;

– phase 4 : *la période intermédiaire*

C'est une phase très courte de disposition à l'éveil. (Le sommeil est léger, la personne perçoit les bruits de l'environnement, il y a des mouvements du corps, des mimiques sur le visage...). À ce stade, il est possible de réveiller la personne si cela est indispensable.

NB : les 4 phases durent de 1 h 30 à 2 h 10 au total, et constituent un « cycle de sommeil ». Il y en a plusieurs au cours d'une nuit.

Accidents

QCM

1. Les caisses de Sécurité sociale classent les accidents en :

A. 3 catégories : travail, circulation, vie courante

B. 2 catégories : trajet et travail

C. 4 catégories : travail, circulation, sport, vie courante

- 2.** En termes de mortalité, les accidents en France constituent :
 - A. La 1^{re} cause de décès
 - B. La 3^e cause de décès
 - C. Une cause de décès secondaire
- 3.** Les accidents les mieux recensés sont :
 - A. Les accidents de la circulation et du travail
 - B. Les accidents de sports
 - C. Les accidents domestiques et de loisirs
- 4.** Les campagnes de prévention routière se font :
 - A. Par la télévision, la radio, les brochures et les actions de terrain
 - B. Par les brochures
 - C. Par les spots publicitaires
- 5.** La régression des accidents la plus significative s'observe :
 - A. Sur le plan routier
 - B. Sur le plan professionnel
 - C. Sur le plan domestique
- 6.** La prévention routière est centrée sur :
 - A. Le respect des limitations de vitesse et d'une alcoolémie minimale
 - B. Le port de la ceinture de sécurité
 - C. Le respect des feux et panneaux
- 7.** Les lieux de survenue des accidents domestiques sont, au premier rang :
 - A. La cuisine
 - B. La salle de bains
 - C. Le jardin et la cour
- 8.** Plus de la moitié des accidents de la vie courante touchant les enfants entre 0 et 16 ans surviennent :
 - A. À l'intérieur de la maison
 - B. À l'école
 - C. Sur les aires de jeu
- 9.** Les espaces de la maison les plus dangereux entre 1 et 4 ans sont :
 - A. La salle de bains
 - B. La cuisine et la salle de séjour
 - C. La salle de bains et le garage
- 10.** Comment les Français assurent-ils l'intervention de secours ?
 - A. La plupart des adultes français connaissent les gestes qui sauvent
 - B. Les Français se forment dès l'école aux gestes qui sauvent
 - C. Les Français ont un grand retard dans la formation aux gestes d'urgence

CONNAISSANCES FLASH

➤ **Question 1.** – *Quelles mesures sont propres à réduire le nombre des accidents routiers ?*

➤ **Question 2.** – *Quels sont les programmes d'action pour réduire la fréquence et la gravité des accidents de la vie courante ?*

→ Corrigés

QCM

1A, 2B, 3A, 4A, 5B, 6A, 7A, 8A, 9B, 10C.

CORRIGÉ QUESTION 1

S'il est vrai que la sécurité routière en France tient un mauvais rang à l'échelle européenne, il faut toutefois reconnaître que le nombre de tués sur la route a commencé à diminuer. Des résultats récents montrent que l'on s'approche d'un bilan encourageant. Le champ des mesures préventives à prendre pour l'atteindre s'est s'élargi en tenant compte de différentes évolutions sociales et comportementales.

Les mesures préventives sont axées sur :

a. Le sanctionnement des comportements à risques liés à la vitesse et à l'alcool :

- le renforcement du système de contrôle sanction automatisé, avec l'installation de nouveaux radars fixes sur les autoroutes et routes de France ; selon un sondage Ifop, 72 % des Français approuvent la poursuite de l'installation des radars automatiques. Ce procédé de surveillance force les automobilistes à un plus grand respect des limitations de vitesse ;
- le renforcement des sanctions pour la conduite sous l'état de l'alcool. Elle est primordiale car un accident mortel sur trois a l'alcool pour origine, et en particulier chez les jeunes.

b. La protection des jeunes : le nombre de tués sur la route diminue pour la plupart des classes d'âge, sauf pour les 18-24 ans où il augmente considérablement :

- l'accès au permis à bas prix est une mesure de formation et de prévention qui a participé à la prévention, car on avait constaté que le nombre des jeunes conducteurs sans permis croissait de façon inquiétante ;
- la lutte contre le débridage des moteurs de deux-roues représente aussi un moyen efficace de réduire le nombre des accidents routiers frappant les jeunes.

► **c. La pénalisation du portable au volant :**

Le téléphone portable multiplie par 5 le risque d'accidents. Or, très souvent, le lieu d'utilisation du téléphone portable est la voiture ; la loi est intervenue en ces termes (1^{er} avril 2003) : « L'usage d'un téléphone tenu en main par le conducteur d'un véhicule en circulation est interdit. Le fait, pour tout conducteur, de contrevenir aux dispositions du présent article est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la deuxième classe. Cette contravention donne lieu de plein droit à la réduction de deux points du permis de conduire. »

d. Les campagnes de lutte anti-alcoolisme : chaque année, le ministère de la Santé met en place des moyens audiovisuels pour interpeller les conducteurs sur les risques liés à l'alcool et à la drogue au volant.

CORRIGÉ QUESTION 2

Les données chiffrées décrivant et évaluant les accidents de la vie courante ont alarmé les institutions européennes, la CNAM et les pouvoirs publics : plus de 25 000 morts par an. Ces accidents sont devenus un thème important de santé publique car ils ont un coût humain et économique.

Un programme d'action impose des mesures préventives principalement centrées sur les personnes âgées et les enfants qui sont les plus touchés.

a. Les personnes âgées : *plusieurs campagnes d'informations* ont été menées pour prévenir les personnes âgées contre le danger des chutes, causes du décès de plus de 10 000 d'entre elles et de plus de 500 000 hospitalisations en urgence par an :

- deux tiers des décès chez les plus de 75 ans sont causés par des accidents lors d'activités habituelles. Les chutes sont responsables de nombreuses fractures. Par ordre d'importance, des fractures du col du fémur, des vertèbres des côtes et du poignet. Les coûts des soins sont donc considérables,
- le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) a édité un livret dispensant des conseils pour aménager sa maison afin d'éviter les chutes.

b. Les enfants : *les principaux risques d'accidents de la vie courante pour les enfants* se situent au domicile et dans les aires de jeux et de sports :

- la noyade accidentelle en piscine est la première cause des mortalités infantiles, alors qu'il s'agit d'une situation tout à fait évitable. À ce titre, une loi (3 janvier 2003) oblige les propriétaires de piscines privées et publiques à aménager des dispositifs de sécurité adaptés,
- la DGCCRF (Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes) participe aux campagnes de prévention des accidents en montagne l'hiver qui sont pilotées par le ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.

Chapitre 3

Santé, système de santé et protection sociale

Santé et santé publique

QCM

1. Comment est défini le concept de santé retenu par l'OMS ?
 - A. L'absence de maladie
 - B. La capacité d'une personne à poursuivre ses objectifs
 - C. Un état complet de bien-être physique, mental et social
2. De quand date la première reconnaissance du droit à la santé ?
 - A. La Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789
 - B. La Constitution française de 1958
 - C. La Constitution de l'OMS, à New York en juin 1946
3. La notion de santé publique en France est :
 - A. Une notion de prévention des risques
 - B. Une notion impliquant prévention, soin et éducation
 - C. Une notion d'assistance aux malades
4. Que sont les indicateurs de l'état de santé d'une population ?
 - A. Les instruments statistiques suivants : espérance de vie, mortalité générale, mortalité infantile, morbidité
 - B. Le nombre de lits occupés dans les hôpitaux et cliniques
 - C. Le nombre de consultations médicales avec prescription
5. La prévention est du ressort :
 - A. De l'État
 - B. De l'État et des professionnels de santé
 - C. De l'État, des professionnels de santé et de chaque individu

6. La prévention collective est effective grâce à :
- A. Des mesures coercitives
 - B. Des mesures incitatives
 - C. L'association de mesures de politique générale, incitatives et coercitives
7. La prévention individuelle est effective grâce à :
- A. L'hygiène de vie
 - B. La vaccination et aux dépistages précoces
 - C. L'information, au suivi médical et à l'hygiène de vie
8. Quel est le sujet de santé publique qui préoccupe le plus les Français ?
- A. L'accompagnement en fin de vie
 - B. Le suicide des jeunes
 - C. L'obésité
9. Comment est prise en charge la douleur du malade ?
- A. Par un accès facilité aux antalgiques majeurs
 - B. Par l'accompagnement du personnel soignant
 - C. Par des animations divertissantes
10. Quelle est la meilleure source d'information sur la santé pour le grand public ?
- A. Les médecins
 - B. La presse spécialisée
 - C. Les émissions de santé

CONNAISSANCES FLASH

► **Question 1.** – *Comment associer les usagers du système de santé à la prévention et aux décisions de santé qui les concernent ?*

► **Question 2.** – *Quelles sont les conséquences de la décentralisation sur la politique régionale de santé ?*

→ Corrigés

QCM

1C, 2A, 3B, 4A, 5C, 6C, 7C, 8A, 9A, 10A.

CORRIGÉ QUESTION 1

Les progrès de la science médicale se sont développés parallèlement aux progrès culturels des usagers, c'est-à-dire des citoyens ; une scolarisation prolon-

gée et une capacité d'information en extension constante, ont contribué à en faire des partenaires actifs de la prévention et des thérapies médicales. C'est ainsi qu'un des problèmes majeurs nouvellement posés aux institutions de santé, est de définir les principes et les moyens d'une association efficace entre l'usager et le système de santé.

a. Les actions prioritaires du HCSP

Le HCSP (Haut comité de la santé publique) a retenu quatre actions prioritaires pour faire participer le citoyen aux décisions de santé publique :

- *assurer la représentation des usagers* dans toutes les instances qui interviennent dans le domaine de la santé et des soins ;
- *aider les professionnels de santé* à mieux prendre en compte les attentes des malades et plus généralement des usagers ;
- *créer de nouveaux espaces de débat* favorisant l'expression des usagers dans le domaine de la santé publique à différents niveaux : local, régional et national ;
- *donner les moyens (humains, financiers, techniques)* à l'administration de la santé, au niveau national, régional et départemental, pour remplir ses missions dans ce domaine.

b. La loi du 4 mars 2002

La loi du 4 mars 2002, *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, a choisi pour exergue une formule apportant à l'association des usagers et des professionnels de santé la caution de la sagesse antique : « *Le médecin est le serviteur de l'art ; le malade doit s'opposer à la maladie avec le médecin* » (Traité de l'école de Cos, *Épidémies*, v^e siècle avant J.-C.). Le titre I de cette loi, *Démocratie sanitaire*, exprime aussi nettement le principe de cette coopération.

CORRIGÉ QUESTION 2

a. Les 2 lois

- La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a donné aux régions la possibilité d'établir des programmes régionaux de santé publique en complément des plans de l'État, et de participer au financement des investissements hospitaliers.
- Depuis le 1^{er} janvier 2005, les régions ont aussi la responsabilité des formations sociales et paramédicales et ont à contribuer à l'aide des étudiants qui suivent une formation sanitaire et sociale.

b. Les résultats

La région fait aujourd'hui l'objet d'un large consensus d'adaptation des politiques de santé :

- la région apparaît comme un « échelon de proximité » susceptible de relever efficacement les défis structurels que constituent le vieillissement de la popu-

lation, les avancées techniques et l'évolution démographique des professionnels de santé ;

– elle est aussi un espace adapté à des pratiques innovantes.

– *Les potentialités de la région en matière de santé* ont toutefois à faire face à des problématiques institutionnelles difficiles à éluder :

- articuler l'autonomie régionale avec les acteurs institutionnels dépendant de l'administration centrale et des caisses d'Assurance, mais aussi avec des collectivités locales ;

- assurer des modes d'action en cohérence avec les politiques publiques ;

- définir le rôle à donner aux usagers, aux élus locaux et aux partenaires sociaux.

État sanitaire des Français

QCM

1. Quelle est l'espérance de vie moyenne des femmes françaises ?

A. Inférieure à 75 ans

B. Supérieure à 85 ans

C. Comprise entre 80 et 85 ans

2. Quelles sont les causes de mortalité les plus fréquentes en France ?

A. Les épidémies

B. Les maladies circulatoires

C. Les accidents de la route

3. Comment évolue la mortalité infantile en France ?

A. Elle est en baisse constante avec un taux des plus réduits

B. Elle stagne depuis 10 ans

C. Elle évolue en plaçant la France à un niveau mondial très moyen

4. La mortalité dans la tranche d'âge de 16 à 24 ans est due essentiellement :

A. À la précarité sociale

B. Aux conduites à risques (tabac, drogue, alcool, excès de vitesse)

C. Aux comportements suicidaires

5. Quelle est la première cause de décès prématuré (avant 65 ans) ?

A. Le cancer

B. Les maladies cardiovasculaires

C. L'obésité

6. La recrudescence de la tuberculose tient à :
- A. La conjonction de plusieurs facteurs de risques (précarité, sida, absence de vaccination, bacilles résistants)
 - B. La pollution de l'air
 - C. La toxicomanie
7. Pour laquelle de ces maladies dispose-t-on d'un vaccin ?
- A. Le sida
 - B. L'hépatite B
 - C. L'hépatite C
8. Qu'appelle-t-on grippe aviaire ?
- A. Un virus se développant dans les avions
 - B. Un virus infectant de façon privilégiée les oiseaux et volailles
 - C. Un virus appelé jadis « grippe espagnole »
9. Qu'appelle-t-on une pandémie ?
- A. Une épidémie planétaire
 - B. Une maladie tropicale
 - C. Une maladie endémique
10. Quel est le facteur de longévité le plus déterminant ?
- A. Le sexe
 - B. La région
 - C. La profession

CONNAISSANCES FLASH

- **Question 1.** – *Quelles sont les inégalités qui peuvent déterminer l'état de santé ?*
- **Question 2.** – *Que révèlent les progrès de l'espérance de vie ?*

→ Corrigés

QCM

1C, 2B, 3A, 4B, 5A, 6A, 7B, 8B, 9A, 10A.

CORRIGÉ QUESTION 1

La population française, d'une manière générale, est très attachée à son système de soins et l'instauration de la CMU a renforcé les caractéristiques éga-

litaires de ce système. Mais toute observation un peu avancée de ce même système met en évidence des disparités géographiques et sociales.

a. Les disparités géographiques

Elles se sont accrues depuis une vingtaine d'années, non seulement en termes de morbidité et de mortalité, mais aussi en termes d'accès aux soins et offres de soins. On observe ces disparités à travers quelques constats significatifs :

- l'espérance de vie à la naissance varie de plus de 10 ans en France entre les zones d'emplois du Nord et du Sud, à l'avantage du Sud ;
- on observe une surmortalité spécifique à l'âge de 30 et 40 ans dans les petites villes, par rapport aux campagnes et aux pôles urbains régionaux ;
- dans certaines zones géographiques isolées, il existe un manque de médecins, d'hôpitaux et de cliniques ;
- les inégalités géographiques tiennent aussi à des inégalités financières entre dotations hospitalières.

b. Les disparités sociales et les inégalités socio-économiques

Elles s'ajoutent le plus souvent aux inégalités géographiques. On observe chez les individus d'importantes différences d'état de santé en fonction de la catégorie sociale. L'INSERM a initié un vaste travail d'enquête pour établir un bilan de ces inégalités sociales de santé en France :

- les revenus, l'éducation, le travail, les formes de sociabilité, les soins, les comportements culturels sont autant de dimensions qui contribuent à expliquer les inégalités en matière de santé ;
- les différences sociales de mortalité sont importantes : le niveau de l'espérance de vie à 35 ans suit globalement la hiérarchie des catégories socio-professionnelles. En 20 ans l'espérance de vie a augmenté pour toutes les catégories, mais cette augmentation a été plus forte pour les catégories les plus favorisées ; l'espérance de vie d'un ouvrier est inférieure de 6,5 années à celle d'un cadre ;
- les inégalités sociales de santé s'observent dès la naissance : ces différences au début de la vie ne concernent pas seulement la mortalité, mais aussi la prématurité et le faible poids de naissance. Ces risques sont 1,5 à 2 fois plus élevés chez les enfants de couples ouvriers ou employés que chez les enfants de cadres.

CORRIGÉ QUESTION 2

L'espérance de vie des Français aujourd'hui, approche les 80 ans. Une vingtaine d'années a été gagnée au cours du siècle. Un tel progrès ne peut être attribué à des modifications génétiques, celles-ci prenant plusieurs centaines, voire des milliers d'années à apparaître. C'est donc en changeant profondément notre environnement que nous avons allongé notre espérance de vie :

a. L'extension des savoirs médico-scientifiques

Elle a largement contribué à l'extension de l'espérance de vie :

- les progrès de la médecine et la qualité de l'accès aux soins des malades ont joué un rôle majeur ;

• la culture médicale, largement vulgarisée par la presse et la télévision, a mis en évidence que les cancers et les maladies cardiovasculaires – principales causes de décès – n’ont pas seulement des origines génétiques, mais qu’ils sont imputables aussi à l’alimentation, au mode de vie et à l’environnement. D’où l’intérêt de contribuer à augmenter notre espérance de vie dans un environnement favorable et avec une hygiène de vie bien contrôlée.

b. Le « suivi médical » des personnes âgées

En France, *l’espérance de vie sans incapacités* progresse plus vite que la longévité elle-même, notamment chez les hommes. La qualité de vie des personnes âgées permet de préserver des incapacités liées au vieillissement. Le suivi des personnes âgées par des médecins réellement formés à la gériatrie serait bénéfique pour la personne âgée qui veut garder un bon état physique et mental. Toutefois des progrès restent à faire, surtout pour la recherche sur la maladie d’Alzheimer.

Système de santé

QCM

1. Le forfait hospitalier dû pour tout séjour dans un établissement hospitalier est de :
 - A. 7 euros par jour
 - B. 15 euros par jour
 - C. 16 euros par jour
2. La carte vitale est :
 - A. Une carte de paiement d’un acte de soin
 - B. Un passeport de santé
 - C. Une carte de vitalité (santé physique)
3. Le test de Guthrie est :
 - A. Un test auditif
 - B. Une vaccination
 - C. Un examen obligatoire du nouveau-né
4. La CMU est :
 - A. Une protection sociale pour les personnes démunies
 - B. Une caisse pour les militaires
 - C. Un centre médical de dépistage

5. Un patient consultant un spécialiste en dehors du parcours de soins coordonnés :

- A. N'est pas remboursé
- B. Est remboursé à 70 % (remboursement normal de la SS)
- C. Est remboursé à 60 %

6. La prévention a :

- A. 2 échelons
- B. 3 échelons
- C. 4 échelons

7. Les examens médicaux systématiques sont :

- A. Les examens prénataux
- B. Les examens postnataux
- C. Les examens ophtalmiques

8. La prévention primaire s'exerce :

- A. Avant la maladie
- B. Pendant la maladie
- C. Après la maladie

9. La prévention secondaire s'exerce :

- A. Avant la maladie
- B. Pendant la maladie
- C. Après la maladie

10. La prévention tertiaire s'exerce :

- A. Avant la maladie
- B. Pendant la maladie
- C. Après la maladie

CONNAISSANCES FLASH

➤ **Question 1.** – *Quels sont les échelons de la prévention ? À quel moment sont-ils mis en place ?*

➤ **Question 2.** – *La promotion de la santé met en œuvre des actions éducatives. Quelles sont-elles ?*

→ Corrigés

QCM

1C, 2A, 3C, 4A, 5C, 6B, 7A, B, 8A, 9B, 10C.

CORRIGÉ QUESTION 1

On détermine classiquement trois échelons de prévention.

a. La prévention primaire

Elle s'exerce avant l'apparition de la maladie. Elle fait appel à des mesures de prévention individuelle (hygiène corporelle, activités physiques et sportives, alimentation équilibrée, vaccinations à jour), mais aussi à des mesures de prévention collective (distribution d'eau potable, élimination des déchets, hygiène de l'habitat).

Toutes ces actions visent à faire disparaître les facteurs de risque.

b. La prévention secondaire

Elle tente de limiter le développement de la maladie. Elle prend en compte le dépistage précoce. Par exemple, les femmes de 40 ans doivent subir un frottis vaginal pour dépister un cancer de l'utérus et toutes les femmes de 50 à 74 ans doivent passer une mammographie tous les deux ans pour dépister un cancer du sein ; la mesure de prévention propose une mammographie aux femmes de cette tranche d'âge car le cancer du sein les concerne davantage statistiquement. C'est la Caisse d'assurance-maladie qui prend en charge le coût de cette opération.

c. La prévention tertiaire

Elle vise à diminuer les incapacités et les récurrences en utilisant des mesures qui favorisent la rééducation, la réinsertion professionnelle et sociale après la maladie.

CORRIGÉ QUESTION 2

La promotion de la santé élargit la notion de prévention en faisant appel à des actions éducatives. L'éducation pour la santé peut être dirigée vers des groupes particuliers en fonction de risques spécifiques. Parmi ces actions éducatives, citons :

- *l'éducation sanitaire des enfants scolarisés*, axée sur les problèmes dentaires, les accidents domestiques, etc. ;
- *l'éducation nutritionnelle des enfants et jeunes scolarisés*, axée sur les problèmes de l'obésité, du diabète, du déséquilibre alimentaire. D'où « une campagne de santé » qui préconise aux jeunes de limiter leur consommation de sodas et de confiseries (associée à une interdiction des distributeurs de sodas en milieu scolaire) et de manger équilibré ;

- *l'éducation sanitaire des femmes*, axée sur les risques de prématurité et les risques de cancers génitaux. D'où « une campagne de santé » qui préconise une meilleure prise en charge de la grossesse et la fermeture des maternités hors normes ;
- *l'éducation sanitaire et sociale des adolescents*, axée sur les problèmes de toxicomanie, sur le sida et les infections sexuellement transmissibles ;
- *l'éducation sanitaire et sociale des travailleurs*, axée sur les accidents et les maladies professionnelles.

NB : les thèmes d'éducation pour la santé sont choisis en fonction des grands problèmes de santé publique et font partie des programmes d'action prioritaire. Les moyens utilisés pour éduquer les populations en matière de santé font appel à la communication médiatique, aux relations humaines et à des structures d'actions éducatives particulières. Les *professionnels de la santé et du social* y jouent un rôle fondamental.

Dépenses de santé

QCM

1. Pour ses dépenses de santé, la France se situe, par rapport au PIB :
 - A. Très au-dessous des dépenses de santé aux États-Unis
 - B. À égalité
 - C. En léger dépassement
2. La Dépense courante de santé (DCS) en France mesure l'effort financier annuel consacré à la santé :
 - A. Par la totalité des agents
 - B. Par les hôpitaux
 - C. Par les soins médicaux ambulatoires
3. Le financement de la DCS est assuré :
 - A. Par le financement public, avec celui des organismes complémentaires et celui des ménages
 - B. Par le financement public et les organismes complémentaires
 - C. Par le financement public
4. L'augmentation des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE a pour facteur principal :
 - A. La diffusion des technologies médicales modernes
 - B. Les exigences tarifaires des médecins
 - C. La progression de l'immigration des pays pauvres

5. La couverture assurée par l'Assurance maladie évolue en France avec des objectifs :

- A. De remboursement sans exclusive
- B. D'évaluation de la qualité et de l'utilité des remboursements, sans remise en cause de l'universalité de la couverture
- C. De restriction de l'universalité de la couverture

6. Les organismes complémentaires interviennent en faveur :

- A. De leurs cotisants
- B. De leurs cotisants et des bénéficiaires de la CMUC (Couverture maladie universelle complémentaire)
- C. De leurs cotisants et des bénéficiaires du RMI

7. La demande de soins progresse en France en raison :

- A. Du vieillissement de la population et des comportements en matière d'hygiène
- B. De la publicité médicale
- C. Des politiques de prévention

8. La consommation médicale totale regroupe :

- A. La consommation de soins et biens médicaux
- B. La consommation de soins et la médecine préventive
- C. La consommation de soins et biens médicaux ainsi que la médecine préventive

9. La médecine préventive constitue :

- A. Une part importante de la consommation médicale totale
- B. Une part minime
- C. Une part proche de celle des soins ambulatoires

10. Pour réduire la durée et le coût de l'hospitalisation, on développe :

- A. L'hospitalisation à domicile
- B. Les thérapies ambulatoires
- C. L'hospitalisation à domicile et les thérapies ambulatoires

CONNAISSANCES FLASH

► **Question 1.** – *Quelles sont les raisons d'un nécessaire développement de la prévention ?*

► **Question 2.** – *Donnez une définition des médicaments génériques. Faut-il encourager leur développement ?*

→ Corrigés

QCM

1A, 2A, 3A, 4A, 5B, 6B, 7A, 8C, 9B, 10C.

CORRIGÉ QUESTION 1

L'espérance de vie des Français est parmi les plus élevées du monde. Les petites Françaises qui naissent aujourd'hui sont, avec les Japonaises, les êtres humains disposant de la plus importante promesse de longévité (84,5 ans)¹. Les hommes français de 65 ans tiennent aussi en matière de durée de vie une place mondiale avantageuse (78 ans)¹. Cependant, la prévention peut et doit être encore améliorée :

a. La prévention doit être une priorité car :

- les causes de la mortalité entre 15 et 60 ans dans les pays industrialisés sont évitables et relèvent de comportements à risque qui s'acquièrent pendant l'adolescence, voire l'enfance ;
- le déséquilibre alimentaire, les toxicomanies, l'alcoolisme, l'imprudence, la violence et les tendances suicidaires apparaissent de façon déterminante pendant l'adolescence, mais sont aussi le résultat d'erreurs éducatives ou de perturbations relationnelles ;
- pour bien identifier l'origine de ces troubles, il convient de développer l'éducation à la santé dans les familles et à l'école et de mettre en oeuvre des enquêtes psychosociologiques propres à éclairer le terrain où doit intervenir la prévention.

b. La stratégie globale de prévention :

- Aux stratégies spécifiques contre le tabac, l'alcool, l'obésité et les suicides, l'Académie de Médecine propose de substituer une stratégie globale de prévention : la protection de la santé concerne tous les domaines clés de l'activité communautaire. Il faut :
- améliorer l'information sur la santé, destinée à tous les niveaux de la société ;
- mettre en place un mécanisme de réaction rapide pour répondre aux grandes menaces sur la santé ;
- s'attaquer aux facteurs déterminants de la santé, particulièrement les « facteurs nocifs clés » liés au mode de vie.

1. Insee 2010 (en 10 ans, les gains d'espérance de vie sont de 3 années pour les hommes et 2 années pour les femmes ; l'écart entre les 2 sexes tend à se réduire).

CORRIGÉ QUESTION 2

Les médicaments génériques sont des copies de médicaments existants déjà et dont le brevet est tombé dans le domaine public. Ils sont identiques aux médicaments originaux et donc aussi efficaces ; ils ont en plus l'avantage d'être moins chers, car ils ne sont pas liés à des coûts de recherche et de développement. Dans l'espace européen, la France est le pays qui a le moins développé l'usage des médicaments génériques.

a. Les raisons de ce retard :

- les médicaments originaux sont peu chers en France par rapport au reste de l'Europe ;
- les personnes âgées, attachées à leurs médicaments, appréhendent le changement ;
- la majorité des Français, grâce à leur mutuelle, n'ont pas à souffrir personnellement du coût des médicaments.

b. Les comportements à encourager :

- pour les médecins : l'accord conclu entre l'assurance maladie et les médecins généralistes doit faire évoluer positivement le recours aux génériques, en échange de l'augmentation du prix de la consultation ;
- pour les pharmaciens : le recours à la substitution est autorisé quand l'ordonnance ne l'interdit pas, mais aussi l'effort de persuasion auprès des patients réticents ;
- pour les malades : la preuve que ce mode de traitement économique est sans risques.

c. Les avantages du recours aux médicaments génériques :

Il s'agit de :

- réduire les coûts de l'assurance maladie, qui devrait bénéficier, dans les années à venir et grâce au développement des prescriptions de génériques, d'une économie de près de 500 millions d'euros. L'économie réalisée, à la suite de la mise en place du droit à la substitution et de l'accord passé avec les pharmaciens, est estimée à près de 50 millions d'euros ;
- financer la recherche, grâce à ces économies, et mieux couvrir certains secteurs insuffisamment pris en charge.

Hospitalisation

QCM

1. Le secteur hospitalier est constitué :
 - A. D'établissements publics et privés
 - B. D'établissements publics
 - C. De tous les établissements où se font des actes médicaux
2. Dans les statistiques, le malade est considéré « hospitalisé » dans le cadre :
 - A. D'une hospitalisation à temps complet
 - B. D'une hospitalisation à temps complet ou à temps partiel
 - C. D'une hospitalisation à temps complet ou à temps partiel, d'un passage aux urgences ou d'une consultation externe
3. L'admission dans un hôpital public se fait à la suite :
 - A. D'une urgence
 - B. D'une consultation ou d'un rendez-vous
 - C. D'une urgence, d'une consultation ou d'un rendez-vous
4. Dans le coût de l'hospitalisation :
 - A. Les séjours dans les hôpitaux publics sont gratuits
 - B. Les frais de séjour sont pris en charge en totalité par les caisses d'assurance maladie et les mutuelles
 - C. La prise en charge à 100 % ne concerne qu'une trentaine de maladies dont les traitements sont longs et coûteux
5. Le forfait journalier hospitalier de 16 euros concerne :
 - A. Les soins, l'hébergement et la restauration
 - B. L'hébergement, le téléphone et la restauration
 - C. L'hébergement et la restauration
6. Le statut des établissements publics amène à distinguer :
 - A. Deux catégories d'hôpitaux : les centres hospitaliers régionaux et les hôpitaux locaux
 - B. Quatre catégories d'hôpitaux : les centres hospitaliers régionaux, les centres hospitaliers, les hôpitaux locaux, les centres hospitaliers spécialisés
 - C. Cinq catégories d'hôpitaux : les centres hospitaliers universitaires, les centres hospitaliers régionaux, les centres hospitaliers, les hôpitaux locaux, les centres hospitaliers spécialisés
7. Quels sont les différents types d'hospitalisation ?
 - A. Hospitalisation ambulatoire, court séjour, moyen séjour, long séjour

- B. Court séjour et long séjour
 - C. Séjour libre, moyen séjour, long séjour
- 8.** Un service de soins dans un hôpital fonctionne avec :
- A. Un chef de service, des médecins de différents statuts, un cadre infirmier, des infirmières, des aides-soignantes, des agents hospitaliers
 - B. Un chef de service, des médecins de différents statuts, des infirmières, des aides-soignantes, des agents hospitaliers
 - C. Un chef de service, des médecins à temps partiel, un cadre infirmier, des infirmières, des aides-soignantes, des agents hospitaliers
- 9.** Le CLIN est responsable dans chaque hôpital de l'organisation et de la surveillance :
- A. Des bonnes pratiques d'hygiène
 - B. Des bonnes conditions d'accueil des malades
 - C. De la qualité des repas
- 10.** Le dossier médical du patient hospitalisé :
- A. N'est accessible qu'au médecin traitant
 - B. Est accessible au patient, ainsi qu'au médecin et à la personne de confiance désignés par le patient
 - C. N'est accessible qu'au représentant légal d'un patient mineur ou sous tutelle

CONNAISSANCES FLASH

► **Question 1.** – *Quelles sont les modalités décisionnelles de l'hospitalisation à domicile ?*

► **Question 2.** – *Quelles sont les populations spécifiques qui ont une prise en charge hospitalière particulière ?*

→ Corrigés

QCM

1A, 2B, 3C, 4C, 5C, 6C, 7A, 8A, 9A, 10B.

CORRIGÉ QUESTION 1

a. Les avantages de l'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile est en plein essor. Elle constitue une structure de soins alternative à l'hospitalisation.

– Elle permet d’assurer au domicile du patient, des soins médicaux et paramédicaux importants pour une période limitée mais renouvelable, en fonction de l’évolution de son état de santé. Elle a pour finalité d’éviter ou de raccourcir une hospitalisation en établissement.

– *Les domaines de la santé* susceptibles d’être pris en charge dans ce type de structure sont de plus en plus ouverts : cancérologie, orthopédie, périnatalité, neurologie, gériatrie, cardiologie, psychiatrie...

b. Les modalités décisionnelles

– *Les premières modalités de la décision :*

- la décision de l’hospitalisation à domicile est prise par le médecin hospitalier dans le cadre d’un séjour en hôpital ;
- cette décision peut être prise aussi sur avis du médecin traitant au domicile du malade s’il juge qu’un séjour en milieu hospitalier n’est pas indispensable ;
- l’accord du malade et de sa famille est nécessaire.

– *Les conditions de validation de la décision :*

- le malade doit résider dans une zone géographique couverte par une structure d’hospitalisation à domicile ;
- les conditions de logement du malade sont prises en compte et évaluées préalablement par une assistante sociale ;
- la décision d’admission appartient au responsable de la structure d’hospitalisation à domicile, après avis du médecin coordonnateur ;
- après la décision d’admission, le malade doit notifier son accord par écrit ;
- le malade doit obtenir de sa caisse d’assurance maladie, l’accord de prise en charge.

CORRIGÉ QUESTION 2

Les enfants, les personnes âgées, les malades victimes de pathologies mortelles, les cas lourds de la psychiatrie ont un suivi hospitalier particulier.

a. L’hospitalisation des enfants :

- elle est entourée d’infinies précautions d’ordre psychologique pour l’enfant et sa famille ;
- les parents sont étroitement associés au séjour de l’enfant hospitalisé ; leur hébergement à l’hôpital ou à proximité de l’hôpital, est devenu une priorité ;
- la sortie est préparée par les assistantes sociales de l’hôpital, quand s’imposent des aides financières et la mise en place de garde à domicile ;
- les services de pédiatrie s’attachent un personnel enseignant qui limite le retard scolaire que peut imposer la maladie et ses traitements.

b. L’hospitalisation des personnes âgées :

- elles sont les prestataires majoritaires du long séjour ;

- elles doivent très souvent être orientées, à leur sortie de l'hôpital, vers des établissements de convalescence médicalisés, établissements publics rattachés au CHR ou à la caisse de Sécurité sociale ;
- les soins, dans cette tranche d'âge, s'attachent autant à la guérison qu'à la préservation de l'autonomie : il s'agit de guérir et de stimuler.

c. Les services de soins palliatifs

Les soins palliatifs constituent une structure de soins indispensable qui a deux objectifs majeurs :

- la prévention et la lutte contre la douleur ;
- la prise en charge psychologique du malade et de sa famille dans l'accompagnement à la mort.

d. L'hospitalisation en psychiatrie :

- les cas psychiatriques lourds sont pris en charge par des unités hospitalières spécialisées, les hôpitaux psychiatriques ;
- la loi du 27 juin 1990 *relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux* pose le principe du consentement des personnes atteintes de troubles mentaux pour leur hospitalisation ; cette loi s'attache aussi à bien souligner le droit de ces malades à la dignité et à la réinsertion sociale. Ce texte précise également l'exception de l'hospitalisation sans consentement du malade à la demande d'un tiers (HDT) ou d'office (HO), prononcée par le préfet quand il y a atteinte à l'ordre public ou à la sûreté des personnes. Le contrôle de ces mesures est réalisé par le juge judiciaire *a posteriori*, seul (HO) ou avec le préfet (HDT). Le système d'hospitalisation prévu dans le cadre de cette loi a montré ses limites et en particulier des difficultés au niveau des sorties des personnes sous HO ;
- l'offre de soins psychiatriques est prépondérante dans le secteur public, mais la répartition dans les départements reste très inégale. L'hospitalisation complète est le mode de prise en charge principal, alors que les dispositifs de soins de proximité n'apparaissent pas achevés dans tous les départements ;
- la répartition des capacités en lits et places est inégale entre la psychiatrie générale et la psychiatrie infanto-juvénile, qui s'adresse aux moins de 16 ans : seuls 5 % des capacités d'hospitalisation complète vont à la psychiatrie infanto-juvénile.

Professionnels de santé

QCM

1. La profession de médecin est une profession :
 - A. Libre
 - B. Réglementée par le Code de santé publique
 - C. Réglementée localement par les caisses de Sécurité sociale
2. Quelles sont les évolutions majeures de la profession de médecin ?
 - A. Féminisation et rajeunissement
 - B. Progression des généralistes
 - C. Progression des médecins libéraux à honoraires différents
3. Les médecins salariés se répartissent :
 - A. En médecins hospitaliers, médecins d'établissement, de prévention et de santé publique
 - B. En médecins scolaires et médecins du travail
 - C. En médecins hospitaliers et médecins généralistes
4. Où sont définis les devoirs professionnels des médecins ?
 - A. Ils sont inscrits dans le Code de déontologie régi par le Conseil de l'Ordre des Médecins
 - B. Ils se définissent à l'échelon européen
 - C. Ils relèvent de la seule conscience morale des praticiens
5. L'abaissement de la croissance du nombre des médecins tient :
 - A. Aux tarifs des consultations
 - B. Aux obligations de garde
 - C. Au numerus clausus imposé depuis 1971 pour l'entrée des étudiants en seconde année de médecine
6. Les zones les plus fortement médicalisées se situent :
 - A. À Paris
 - B. À Paris et dans l'est de la France
 - C. À Paris et dans le sud de la France
7. C'est par la voie d'un concours que s'ouvre la formation :
 - A. Des sages-femmes et des infirmiers
 - B. Des orthoptistes
 - C. Des manipulateurs en électroradiologie

8. Les professions subordonnées à l'inscription à un ordre professionnel sont celles de :

- A. Médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste
- B. Infirmier
- C. Opticien

9. Les ergothérapeutes rééduquent les handicapés moteurs ou mentaux :

- A. Par le travail
- B. Par des exercices physiques
- C. Par une assistance psychologique

10. L'accès aux spécialisations pour les infirmiers se situe :

- A. Après l'obtention du diplôme d'État
- B. Au terme de la première année d'études
- C. Après cinq ans d'exercice

CONNAISSANCES FLASH

➤ **Question 1.** – *Quel est le champ du secret médical et les dérogations autorisées ?*

➤ **Question 2.** – *Comment se justifie l'obligation du choix d'un médecin traitant ?*

→ Corrigés

QCM

1B, 2A, 3A, 4A, 5C, 6C, 7A, 8A, 9A, 10A.

CORRIGÉ QUESTION 1

Le Code pénal établit le secret médical comme une règle juridique incontournable. Cette obligation concerne non seulement les médecins, mais aussi tous les autres membres des professions de santé. Ce que formule le Code pénal est repris par le Code de déontologie du corps médical, ainsi que par le décret relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières. Le secret médical appartient au patient et il reste généralement le seul à en disposer.

a. Le secret médical

Le champ du secret médical concerne :

- tout le personnel soignant en milieu hospitalier et toutes les professions qui contribuent aux soins (pharmacie, laboratoire, rééducation) ;

- le personnel médical « non soignant », qui peut connaître l'état de santé d'un patient et se trouver soumis au respect du secret médical ;
- les médecins chargés des diverses expertises de santé, auxquelles quiconque peut être soumis, sont tenus au secret pour tout ce qui ne concerne pas directement l'objet de leur mission.

b. Les dérogations autorisées

Les *dérogations* sont liées soit à des situations médicales particulières, soit aux obligations ou permissions de la loi :

- le Code de déontologie précise le cas de la dérogation par humanisme en ces termes : « *Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné le tiers auquel elle doit être faite.* » Pour les malades mineurs, l'information médicale est donnée au représentant légal, réserve faite du mineur suffisamment mûr pour comprendre ;
- le législateur a prévu la divulgation de certaines données relatives à l'état de santé afin de permettre l'application d'une loi, l'établissement de certificats médicaux indispensables pour certaines procédures de soins ou d'assistance, l'information des instances judiciaires pour éclairer un procès.

CORRIGÉ QUESTION 2

Depuis le 1er janvier 2005, tout assuré social à partir de 16 ans et plus peut choisir un **médecin traitant**. Ce dispositif est l'un des moyens d'atteindre l'objectif fixé par le gouvernement : soigner mieux en dépensant moins. Son rôle est de coordonner le « parcours de soins », c'est-à-dire les différents consultations et examens nécessaires au suivi de la santé du patient. Il peut s'agir d'un médecin généraliste ou d'un spécialiste. C'est lui que l'assuré consulte en premier recours. Si besoin, avec l'accord du patient, le médecin traitant l'adressera dans un deuxième temps au professionnel de santé le plus apte à traiter sa situation.

– Le premier objectif est de *fidéliser le duo médecin/patient* pour une meilleure prise en charge médicale sur le long terme. Le médecin traitant est celui qui connaît le mieux son patient, ses problèmes de santé actuels et passés, son mode de vie, ses habitudes. On évite ainsi la multiplication des ordonnances, le risque d'interactions médicamenteuses ou la répétition inutile d'examens (prise de sang, radios).

– Le système garde de la *souplesse* : l'assuré choisit son médecin traitant. Le médecin désigné peut accepter ou refuser. L'assuré peut changer, quand il le désire, de médecin traitant. S'il préfère ne pas choisir de médecin traitant, il conservera un libre accès aux soins, mais ses consultations seront moins bien remboursées : l'acte médical ne sera remboursé qu'à hauteur de 60 % au lieu de 70 %.

- Le système admet des *exceptions* :
 - les situations d'urgence ;

- l'éloignement géographique ;
- la consultation d'un gynécologue pour prescription et suivi d'une contraception, examens gynécologiques périodiques, suivi de grossesse, IVG médicalementeuse ;
- la consultation d'un ophtalmologue pour prescription ou renouvellement de verres correcteurs, dépistage.

Système de protection sociale

QCM

1. Le système de protection sociale désigne :
 - A. Les mécanismes d'assurance maladie
 - B. Les mécanismes d'assurance maladie, d'invalidité et de retraite
 - C. Tous les mécanismes de prévoyance collective contre les risques sociaux
2. Les prestations de la protection sociale sont accordées en France :
 - A. Selon des mécanismes d'assistance et d'assurance
 - B. Selon des mécanismes d'assurance
 - C. Selon des mécanismes d'assistance
3. La protection sociale est organisée :
 - A. À deux niveaux : la Sécurité sociale et les régimes complémentaires
 - B. À trois niveaux : la Sécurité sociale, les régimes complémentaires et l'Aide sociale
 - C. À quatre niveaux : la Sécurité sociale, les régimes complémentaires, l'Aide sociale et l'Unedic
4. Quelles sont les différentes couvertures ?
 - A. Couverture de base et couverture complémentaire
 - B. Couverture de base et chômage
 - C. Couverture de base, couverture complémentaire, aide sociale
5. Le financement de la protection sociale en France est assuré :
 - A. À 70 % par des cotisations sociales
 - B. À égalité par l'impôt et les cotisations sociales
 - C. À égalité par l'impôt, les cotisations sociales et la taxe sur les produits pétroliers
6. Quels sont les bénéficiaires de l'Aide sociale ?
 - A. L'enfance, la vieillesse, le handicap

- B. La vieillesse, les SDF
 - C. Le handicap, les sans-papiers
- 7.** Quels sont les acteurs chargés de la couverture complémentaire ?
- A. Les mutuelles
 - B. Les collectivités locales
 - C. Les mutuelles, les régimes complémentaires de retraite, les compagnies d'assurance
- 8.** Quel est le financement de l'assurance chômage ?
- A. La TVA
 - B. Les cotisations des employeurs
 - C. Les cotisations des salariés et des employeurs
- 9.** Le Paje est :
- A. Un service public d'assurance chômage
 - B. Une prestation familiale
 - C. Une administration dépendant des collectivités locales
- 10.** Les réformes de la protection sociale obéissent aux contraintes liées à :
- A. L'allongement de la durée de la vie
 - B. L'allongement de la durée de la vie et au coût croissant des soins
 - C. L'allongement de la durée de la vie, au coût croissant des soins et à la baisse de la natalité depuis trente ans

CONNAISSANCES FLASH

- **Question 1.** – *Quelles sont les principales prestations familiales ? Quel rôle ont-elles ?*
- **Question 2.** – *Qu'est-ce que l'APA ? Quel est son rôle ? Comment est-elle attribuée ?*

→ Corrigés

QCM

1C, 2A, 3C, 4C, 5A, 6A, 7C, 8C, 9B, 10C.

CORRIGÉ QUESTION 1

Il existe plusieurs prestations familiales. Citons plus particulièrement :

a. Les allocations familiales (AF)

Elles visent à alléger les dépenses des familles pour l'entretien et l'éducation des enfants. Pour en bénéficier, il faut avoir au moins deux enfants à charge ayant moins de 19-20 ans.

b. La prestation accueil du jeune enfant (Paje)

Elle apporte une aide financière aux parents pour la naissance de l'enfant et jusqu'à ses 3 ans.

Elle facilite une cessation d'activité pour le parent qui souhaite garder son enfant.

Elle allège les frais de garde de l'enfant.

c. L'allocation de soutien familial (ASF)

Elle vise à alléger les frais d'entretien et d'éducation de l'enfant à la charge d'une personne seule.

d. Les aides au logement (AL)

Elles visent à alléger les frais locatifs ou l'accession à la propriété (il existe trois formes d'aide (APL, ALF, ALS)).

e. Le complément familial (CF)

Il apporte une aide financière aux familles à revenus modestes.

f. L'allocation de rentrée scolaire (ARS)

Elle vise à alléger les frais de la rentrée scolaire des enfants.

CORRIGÉ QUESTION 2

a. La définition de l'APA

L'Allocation personnalisée d'autonomie ou APA (loi du 20 juillet 2001) a pour objectif depuis le 1^{er} janvier 2002, d'améliorer la prise en charge des personnes de plus de 60 ans confrontées à une perte d'autonomie. Elle s'adresse aux personnes résidant à domicile ou en établissement. Elle n'est pas soumise à conditions de ressources mais son calcul prend en compte les revenus du bénéficiaire. L'APA est gérée par les départements.

b. Le mécanisme d'attribution de l'APA

– L'évaluation de la dépendance est réalisée par une équipe médicosociale qui teste la capacité d'une personne de plus de 60 ans à effectuer les actes essentiels de la vie courante, à l'aide d'une grille appelée « grille AGGIR ». Cette grille comprend six « groupes isoressources » (GIR) classés par ordre décroissant de dépendance : l'APA est versée aux quatre premiers groupes.

– Le montant de la prestation dépend des revenus de l'allocataire.



- Pour les personnes en établissement, l'évaluation de la dépendance est effectuée sous la responsabilité du médecin coordonnateur, puis validée par un médecin du conseil général et de la caisse d'assurance maladie. L'APA va servir à financer en partie le tarif dépendance appliqué par l'établissement.
- À domicile, la personne âgée peut bénéficier de services multiples et divers : aide ménagère, auxiliaire de vie, travaux d'aménagement. Elle peut profiter des structures d'hébergement temporaire et d'accueil de jour.
- Parmi les bénéficiaires de l'APA, 59 % vivent à domicile et 41 % en établissement.
- La progression constante des bénéficiaires a créé des difficultés financières dans certains départements. Aujourd'hui près d'un million de personnes bénéficient de l'allocation personnalisée autonomie.

Chapitre 4

Politique de la ville et environnement

Zones urbaines sensibles, violences urbaines

QCM

1. Combien de résidents vivent dans les zones urbaines sensibles ?
 - A. 6 millions
 - B. 8 millions
 - C. 10 millions
2. Quels sont les buts de la Protection Judiciaire de la Jeunesse ?
 - A. Intervenir auprès des parents de jeunes en difficultés
 - B. Aider les handicapés à être plus autonomes et intégrés
 - C. Assurer le suivi de la mesure pénale et l'aide éducative
3. Que signifie le sigle AED ?
 - A. Aide d'entretien du domicile
 - B. Association des enfants en difficultés
 - C. Aide éducative à domicile
4. Quel pourcentage d'élèves terminent leur scolarité sans formation qualifiante ?
 - A. 5 %
 - B. 8 %
 - C. 11 %
5. Quand ont été créées les Zones d'éducation prioritaires ?
 - A. 1981
 - B. 1991
 - C. 2001

6. Les conventions ZEP, signées par l'IEP (Sciences po Paris) et certains lycées de la banlieue parisienne, permettent de :

- A. Diversifier le recrutement des grandes écoles
- B. Dispenser de concours d'entrée des lycéens issus de zones défavorisées
- C. Garantir une meilleure sélection à l'entrée des grandes écoles

7. D'après la Mairie de Paris, les demandes de logement qui restent en souffrance en Île-de-France chaque année, sont évaluées à :

- A. Plus de 100 000
- B. Plus de 200 000
- C. Plus de 300 000

8. Les objectifs de la politique de la ville sont :

- A. La mixité sociale
- B. La lutte contre les logements insalubres
- C. Une réponse urbaine d'agglomération

9. L'intervention de la politique de la ville passe de l'échelle du quartier et de la ville à celle de l'agglomération et de l'intercommunalité. Quels sont les sigles qui correspondent à cette dynamique ?

- A. Le SMUR
- B. Les ORU
- C. Le FASILD

10. La loi de programmation pour la cohésion sociale (du 18 janvier 2005) porte sur :

- A. Le CIVIS (Contrat d'insertion dans la vie institutionnelle et sociale)
- B. Les logements sociaux
- C. Les conditions d'une discrimination moins négative

CONNAISSANCES FLASH

► **Question 1.** – *Quelles sont les caractéristiques des zones urbaines sensibles ? Comment faire face aux violences urbaines ?*

► **Question 2.** – *Quels sont les problèmes posés par la recrudescence des incendies des immeubles vétustes à Paris ?*

→ Corrigés

QCM

1A, 2C, 3C, 4B, 5A, 6AB, 7A, 8ABC, 9B (Opérations de renouvellement urbain), C (Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations), 10ABC.

CORRIGÉ QUESTION 1

Depuis une dizaine d'années, les violences urbaines ne cessent d'augmenter. Ces actes violents sur un territoire donné touchent les particuliers bien sûr, mais aussi les représentants de l'ordre social (professeurs, contrôleurs, chauffeurs de bus, vigiles, commerçants). Le sentiment d'insécurité qui se répand pèse lourd dans les campagnes électorales.

a. Les zones urbaines sensibles

Les *zones urbaines sensibles* sont caractérisées par :

- un taux de chômage 1,5 à 2 fois supérieur à la moyenne nationale ;
- une proportion de jeunes de moins de 25 ans située entre 40 et 50 % de la population du quartier ;
- un niveau de qualification professionnelle faible : 50 % des personnes sont sorties du système scolaire sans diplôme.

b. La réponse aux violences

Les *réponses* aux violences urbaines doivent s'élaborer dans un projet global de société qui favoriserait :

- une restauration de l'autorité des institutions (école, police, services sociaux) ;
- une aide auprès des familles pour assumer leur rôle éducatif, les impliquer dans leurs responsabilités quand leurs enfants entrent dans la délinquance ;
- une politique de ville qui élabore un urbanisme plaisant et des espaces de vie conviviaux et économiques intégrant les jeunes en recherche d'emploi ;
- une mixité sociale ethnique, mais aussi économique (propriétaires et locataires) permettant un meilleur entretien des espaces publics et privés et des lieux d'échange et de régulation plus ouverts ;
- un renforcement des partenariats, qu'il s'agisse des Contrats d'action de prévention (CAP) signés entre les mairies et l'État, mais aussi des conventions police-justice-éducation nationale, pour mieux appréhender le phénomène de la violence à l'école ;
- la réelle sanction par la justice de l'acte délictueux et ce par une position rapide, cohérente et adaptée ;
- la promotion de l'enseignement professionnel, afin de régler le problème de ces jeunes démotivés, déscolarisés en attente de leurs 16 ans, sans projet de vie ;

- la valorisation par les médias (télévision, cinéma) de modèles autres que ceux de la violence ;
- la valorisation des actions positives d'un individu pour le groupe ;
- la mise en place de lieux de paroles où les agressivités pourraient s'exprimer avant le passage à l'acte et sous le regard averti d'un éducateur spécialisé.

CORRIGÉ QUESTION 2

À plusieurs reprises à Paris, des incendies de logements vétustes ou insalubres ont provoqué la mort de plusieurs personnes. Ces drames posent, une nouvelle fois, le problème de la pénurie de logements à loyers modérés dans la capitale et témoignent de la difficulté des familles issues de l'immigration à trouver un toit.

- Malgré une augmentation de 16 % du nombre de chantiers ces dernières années, cela ne compensera pas l'urgence du manque de logements sociaux à Paris.
- Aujourd'hui, on compte plus de 100 000 demandeurs de logements sociaux à Paris. Malheureusement, il faudra au moins 8 à 10 ans pour répondre à la demande des publics définis comme prioritaires par la Ville de Paris, et, beaucoup plus de temps pour les familles de 3 enfants et plus, car l'insuffisance de grands logements est récurrente. Dans ce contexte, la situation des familles nombreuses issues de l'immigration africaine reste précaire.

Pollution atmosphérique

QCM

1. L'ozone est une pollution secondaire provenant de la transformation chimique d'autres polluants sous l'effet du soleil.
A. Vrai
B. Faux
2. En Europe, quel pourcentage d'électricité est fourni par le nucléaire civil ?
A. 5 %
B. 35 %
C. 50 %
3. Selon l'OMS, combien de décès prématurés sont liés à une exposition à long terme à la pollution atmosphérique par année en France ?
A. Autour de 15 000
B. Autour de 30 000
C. Autour de 40 000

- 4.** Les boîtes de conserve, une fois recyclées, se retrouvent dans les pièces du moteur Airbus :
- A. Vrai
 - B. Faux
- 5.** Qu'est-ce que le programme Hélios ?
- A. Des subventions pour augmenter la production de biocarburants
 - B. Un projet qui permet de développer les pompes à chaleur
 - C. Un projet qui favorise le développement des applications thermiques
- 6.** La loi sur l'air (1996) proclame le droit pour tous de respirer un air non nocif et prévoit en cas d'urgence :
- A. Une circulation alternée en fonction du numéro de la plaque minéralogique du véhicule
 - B. Le développement du ferroutage
 - C. Une baisse des vitesses maximales autorisées de 10 à 20 km/heure
- 7.** Les populations les plus exposées lors des pics de pollution en ville sont :
- A. Les enfants
 - B. Les handicapés
 - C. Les asthmatiques
 - D. Les personnes âgées
- 8.** L'air courant contient :
- A. 20 % d'O₂
 - B. 40 % d'O₂
 - C. 80 % d'azote
 - D. Des poussières inertes
 - E. Des bactéries
- 9.** La définition d'un air de qualité, c'est :
- A. Un air humidifié, chaud et oxygéné
 - B. Un air sec, frais, oxygéné et pur
 - C. Un air chaud, oxygéné et pur
- 10.** Les éléments suivants peuvent polluer l'air de nos villes :
- A. Le dioxyde de soufre
 - B. Le dioxyde de carbone
 - C. Les pesticides

CONNAISSANCES FLASH

► **Question 1.** – *Quelles sont les menaces écologiques qu'il faudra gérer au début de ce 3^e millénaire ?*

► **Question 2.** – *Pourquoi sont-elles les énergies renouvelables sont-elles d'actualité ?*

→ Corrigés

QCM

1A, 2B, 3B, 4A, 5C, 6AC, 7ACD, 8ACDE, 9B, 10A et B.

CORRIGÉ QUESTION 1

Les experts en environnement des Nations unies ont identifié les dangers pour la planète : ils sont au nombre de dix :

- la dégradation des sols, due à la disparition du couvert forestier et à l'intensification des cultures ;
- le réchauffement climatique, causé par l'effet de serre, provoquera une élévation du niveau des mers et modifiera les écosystèmes ;
- la réduction de la biodiversité, liée au recul des zones naturelles devant l'urbanisation, les cultures et la pollution, fait disparaître des milliers d'espèces animales ;
- la déforestation (en 50 ans, l'Amazonie brésilienne a perdu l'équivalent de la superficie de la France), porte elle aussi atteinte à la biodiversité et participe à la désertification ; de nombreuses tribus indiennes sont déplacées et menacées ;
- la raréfaction de l'eau douce, conséquence des prélèvements par l'agriculture et de la pollution des nappes phréatiques ;
- la production chimique de l'industrie se retrouve dans l'eau, l'air, les sols et contamine les animaux et les hommes (risques d'accidents extrêmement graves comme Tchernobyl, l'explosion de l'usine AZF) ;
- l'urbanisation anarchique et le non-soutien des populations rurales des pays en voie de développement entraîne la multiplication des mégapoles (Jakarta, Sao Paulo, Mexico...) et des bidonvilles où les conditions de vie se détériorent ;
- la surexploitation des mers par la pêche professionnelle et la pollution du littoral accroissent la famine dans certains pays ;
- la pollution de l'air, liée à l'activité des grandes villes (chauffage, circulation, usines) favorise les pluies acides ;
- le trou de la couche d'ozone réduit la protection aux rayons du soleil.

CORRIGÉ QUESTION 2

L'épuisement des réserves pétrolières fait peser une véritable menace sur l'avenir de notre monde moderne. Les cours du prix du baril de pétrole explosent, ce qui oblige les hommes politiques à s'orienter d'une manière plus dynamique vers les énergies renouvelables. Au-delà de cet argument économique, l'avenir et l'équilibre de l'environnement de la planète sont aussi en jeu.

– Les effets de la pollution sur le changement climatique, et sur le milieu naturel sont au premier rang des préoccupations environnementales. En effet, il est admis que l'utilisation du charbon, du pétrole et des gaz naturels augmente la quantité de dioxyde de carbone libérée dans l'atmosphère et, par conséquent, la température moyenne de la planète. L'utilisation accrue des énergies renouvelables permettra de réduire le besoin des centrales fonctionnant aux combustibles fossiles et grandes productrices de gaz à effet de serre.

– Par définition, les énergies renouvelables sont potentiellement inépuisables. La nature peut les reconstituer assez rapidement, contrairement au gaz, au charbon et au pétrole, dont les réserves, constituées durant des millions d'années, sont limitées. Les énergies solaire, éolienne, hydraulique, géothermique, et de biomasse, en sont les formes les plus courantes.

Bruit, pollution de l'eau

QCM

1. Le bruit est dangereux à partir de :

- A. 30 dB
- B. 80 dB
- C. 200 dB

2. La pollution de l'eau par les métaux lourds est la cause de maladies, comme :

- A. La méthémoglobinémie
- B. Le saturnisme
- C. La mucoviscidose

3. Les éléments suivants peuvent polluer l'eau des nappes phréatiques :

- A. Les déjections acides des pigeons
- B. Le plomb des colorants
- C. Le dioxyde d'azote
- D. Les nitrates agricoles
- E. Les pesticides

4. Les éléments suivants peuvent polluer l'air de nos villes :
- A. Le dioxyde de soufre
 - B. Le dioxyde de carbone
 - C. Les pesticides
5. La légionellose est :
- A. Un problème concernant l'eau des casernes
 - B. Une maladie qui touchait les légionnaires
 - C. Une infection due au développement d'une bactérie dans les circuits d'eau
6. En France, plus de 50 % de l'eau est utilisée pour :
- A. L'alimentation en eau potable
 - B. L'irrigation
 - C. Le refroidissement des centrales thermiques
7. L'expression « Grenelle de l'environnement » désigne :
- A. La liste des problèmes écologiques à traiter en priorité
 - B. La lutte contre un parasite s'attaquant aux forêts
 - C. La réunion de différents acteurs chargés de solutionner les problèmes environnementaux
8. Chaque année, une famille française produit en moyenne :
- A. 300 kg de déchets ménagers
 - B. 500 kg de déchets ménagers
 - C. 1 tonne de déchets ménagers
9. Depuis le protocole de Kyoto, les émissions de gaz carbonique (CO₂) :
- A. Ont diminué sensiblement
 - B. N'ont pas diminué
 - C. Augmentent de plus en plus vite
10. Les organismes génétiquement modifiés (OGM) sont cultivés :
- A. Uniquement dans les pays développés
 - B. Sur plus de 200 millions d'hectares actuellement dans le monde
 - C. En nombre de plus en plus important

CONNAISSANCES FLASH

- **Question 1.** – *Quelles sont les causes du bruit et ses effets sur la santé ?*
- **Question 2.** – *Quelles sont les causes et les conséquences de la pollution de l'eau ? Comment « épurer » l'eau ?*

→ Corrigés

QCM

1B, 2B, 3BDE, 4AB, 5C, 6C, 7C, 8C, 9A, 10BC.

CORRIGÉ QUESTION 1

a. La définition du bruit

« Le bruit est une sensation auditive désagréable ou gênante, qu'elle soit consciente ou inconsciente ». Le bruit a été mesuré suivant l'intensité des sons qu'il produit ; l'unité de mesure est le *décibel* (dB). Exemples :

- 10 dB correspondent à un chuchotement ;
- 130 dB correspondent au décollage d'un avion.

b. Les principales causes du bruit

Les causes du bruit sont très variées. Citons les bruits de :

- *l'activité urbaine* (chantiers, circulation, discothèques...) ;
- *voisinage* (cris, musique, télévision, animaux...) ;
- *collectivité* (grands magasins, cantines, cours de récréation, bruits de foule...) ;
- *certaines activités professionnelles* (marteaux-piqueurs, presses à emboutir... occasionnant souvent des maladies professionnelles).

c. Les effets du bruit sur la santé

Dès 80 dB, le bruit a des effets nuisibles sur notre organisme, en particulier sur :

- *l'audition* (baisse de l'acuité auditive) ;
- *les fonctions végétatives* (rythme cardiaque et respiratoire) ;
- *le système nerveux*, en particulier l'attention, la concentration, les réflexes, la mémoire (ce qui diminue le travail intellectuel) ;
- *le sommeil* : le bruit empêche la récupération par le repos et le sommeil ;
- *le caractère* : le bruit aggrave les tensions de voisinage dans certains immeubles. Il crée un stress supplémentaire ; l'organisme est agressé, aussi parfois devient-on agressif !

CORRIGÉ QUESTION 2

En France, si l'eau est encore pure, abondante et courante, cette situation ne durera pas du fait des modifications climatiques ; les situations de sécheresse se multiplient en été et du fait de la pollution, l'eau peut être contaminée de différentes façons.

a. La définition de l'eau potable

L'eau destinée à la consommation doit répondre à certaines normes. Elle doit être :

- fraîche (15 à 18 °C) ;

- limpide, incolore et inodore ;
- dépourvue de microbes.

Elle doit également être agréable au goût et, de ce fait, ne pas contenir trop de chlore.

b. Les causes de la pollution de leau

La pollution chimique : l'eau subit une pollution chimique lorsqu'elle contient des taux élevés de :

- *pesticides* ;
- *nitrates* (origine agricole) ;
- *phosphates* (lessives) ;
- *métaux lourds* (ex. : plomb (colorants), mercure (pharmacie, peinture, etc.).
- *La pollution organique* : elle est principalement due aux déchets plastiques qui ne sont pas ou peu biodégradables.
- *La pollution thermique* : elle correspond à l'élévation de température de certaines rivières par les rejets de centrales thermiques ou nucléaires.
- *La pollution bactériologique* : elle est principalement provoquée par le développement d'une bactérie dans les circuits de distribution de l'eau. Dans les hôpitaux, par exemple, elle peut être à l'origine d'une grave maladie infectieuse, la *légionellose*. Plusieurs hôpitaux ont été touchés à plusieurs reprises par ce fléau.

c. Le traitement de l'eau

Le traitement de l'eau se fait dans une station de traitement des eaux selon un processus qui se décompose ainsi :

- *la décantation* : les produits en suspension sont évacués ;
- *le filtrage* : l'eau traverse une couche épaisse de sable fin ;
- *la désinfection* : elle peut se faire par différents procédés (désinfectant, rayonnement, air ozonisé, etc.) ;
- *le contrôle bactériologique* : il est effectué à la fin du traitement de l'eau pour vérifier si elle est potable (Code de la santé publique).

NB : du fait de la nécessité de traitement d'une eau devenue plus polluée, et de la multiplication de normes d'hygiène, le prix de l'eau a considérablement augmenté ces dernières années.

Chapitre 5

Risques et problèmes sociaux (chômage, exclusion...)

Chômage

QCM

1. Que veut dire le sigle PAP ?
 - A. Plan d'actions prioritaires
 - B. Plan d'aide personnalisée
 - C. Projet d'action personnalisé
2. Combien de jeunes ont aujourd'hui un CDI :
 - A. 80 000
 - B. 130 000
 - C. 180 000
3. Le nombre de personnes recevant le RSA (revenu de solidarité active) est d'environ :
 - A. 800 000 personnes
 - B. 900 000 personnes
 - C. 1 million de personnes
4. L'augmentation du taux de chômage annuel est de :
 - A. + 4 %
 - B. + 6 %
 - C. + 8 %

5. Le taux de chômage de la population active française est de plus proche de :

- A. 10 %
- B. 20 %
- C. 30 %

6. Sur les 700 000 jeunes qui quittent le système scolaire, combien s'inscrivent directement au chômage ?

- A. 10 %
- B. 20 %
- C. 30 %

7. Les zones franches urbaines (ZFU) sont des quartiers situés dans des zones dites sensibles. Les entreprises implantées dans ces quartiers bénéficient d'un dispositif d'exonérations en contrepartie d'embauches des habitants du quartier, quelles sont ces exonérations ?

- A. Exonération d'impôts sur les bénéfices
- B. Exonération de la taxe professionnelle
- C. Exonération des charges sociales patronales

8. Dans quelle proportion le taux de chômage des diplômés de l'enseignement supérieur est-il moins élevé que celui des non-diplômés ?

- A. 2 fois moins
- B. 4 fois moins
- C. 6 fois moins

9. Les chômeurs sont :

- A. Autant malades que les actifs
- B. Moins malades que les actifs
- C. Plus malades que les actifs

10. Dans quelle région le chômage est-il le plus élevé ?

- A. Le Nord-Pas-de-Calais
- B. La Franche-Comté
- C. Le Limousin

CONNAISSANCES FLASH

➤ **Question 1.** – *Comment peut-on envisager de redynamiser l'embauche ?*

➤ **Question 2.** – *Quelles sont les conséquences du chômage sur l'individu ?*

→ Corrigés

QCM

1C, 2B, 3C, 4B, 5A, 6B, 7ABC, 8B, 9C, 10A.

CORRIGÉ QUESTION 1

Faire baisser le chômage reste la première préoccupation des Français selon les sondages. En France, le chômage a atteint près de 10 % de la population active. C'est l'un des taux les plus élevés de l'Union européenne.

Pour redynamiser l'embauche il faut redynamiser la « Première Entreprise de France », c'est-à-dire l'artisanat et les petites entreprises, soit environ 80 % des entreprises, ce qui concerne un salarié sur trois (près de 5 millions). Ces entreprises sont aujourd'hui celles qui créent le plus d'emploi mais restent les plus fragiles face aux marchés de la mondialisation. En effet, quand elles sont soustraitantes des grands groupes, elles subissent de plein fouet les délocalisations (encourant également le risque de voir un contrat annulé). Pour qu'elles puissent être flexibles et réactives, il faut créer de nouveaux « contrats de travail » pour les jeunes. Il faut à la fois concilier l'intérêt de l'employeur (en maintenant une souplesse à l'embauche) et l'intérêt de l'employé (recevoir un CDI plutôt qu'un CDD). Notons que les Contrats à Durée Déterminée (70 % des contrats à l'embauche) servent déjà de période d'essai, bien qu'ils garantissent tout de même un terme fixe à l'activité salariale.

CORRIGÉ QUESTION 2

Le chômage est un facteur aggravant des inégalités. Il frappe différemment selon le sexe, l'âge, l'environnement familial, le niveau de formation, la catégorie socioprofessionnelle, le pays d'origine. Les conséquences de la perte d'emploi ne sont pas seulement économiques, elles ont également un impact sur l'individu.

– **De quels maux souffrent les chômeurs ?** Les conséquences du chômage sur l'individu sont multiples et multifformes. Toutefois, nous ne retiendrons que trois facteurs : quand il se prolonge, le chômage place l'individu en situation d'*exclusion financière* du fait de sa baisse de revenu, il se trouve en situation d'*exclusion sociale* par son manque d'activité et par la désocialisation qui en découle. Un sentiment d'inutilité peut l'envahir, occasionnant des problèmes de santé spécifiques : troubles du sommeil, accroissement de l'anxiété, phobies, dépressions, crampes épigastriques, ulcères, psoriasis, eczémas, migraines, aggravation de l'alcoolisme et du tabagisme...

– **Un quart des ménages** ont été touchés par le chômage. S'il a des conséquences non négligeables sur la baisse de la consommation familiale, il est surtout une des principales raisons du surendettement des familles modestes (monoparentales par exemple). En effet, l'interruption de remboursement de

► crédit rend exigible la totalité des sommes empruntées. La conséquence persistante de l'inactivité, ou de l'instabilité de l'emploi, rend le couple plus fragile et modifie les relations à l'intérieur des familles.

– **Les plus jeunes**, confrontés à la **difficulté de trouver un premier emploi**, restent plus longtemps au domicile familial. Ainsi le chômage est vécu comme un passage semi-obligé auquel la famille doit faire face. C'est pourquoi vivre dans une famille touchée par un chômage de longue durée, comporte des risques pour la santé et l'équilibre de ses membres.

Exclusion, pauvreté

QCM

1. Loi Solidarité et renouvellement urbain (SRU) permet de combattre les problèmes d'insalubrité comme :

- A. L'amiante
- B. Le plomb
- C. La notion de salubrité, élargie à celle de décence

2. Le nombre de personnes illettrées en France est de l'ordre de :

- A. 1,5 million
- B. 2,5 millions
- C. 3,5 millions

3. Le nombre de SDF en France est de l'ordre de :

- A. 50 000
- B. 100 000
- C. 200 000

4. Quels sont les lieux possibles d'intégration qui permettent de reprendre pied dans la vie sociale ?

- A. Le travail
- B. La famille
- C. Les associations

5. Dans son rapport annuel sur la pauvreté, le Secours Catholique donne le nombre de personnes en situation de pauvreté, qui est de l'ordre de :

- A. 1 million
- B. 2 millions
- C. 3 millions

6. Quelle est la définition du SAMU social :
- A. Une prise en charge des malades sans ressource
 - B. Une aide ponctuelle (alimentation, logement, soins)
 - C. Un dispositif mobile de traitement de l'urgence sociale
7. Pour obtenir le RSA (revenu de solidarité active), auprès de quelle administration faut-il s'orienter ?
- A. Un CCAS
 - B. L'ANPE
 - C. La CAF
8. La CMU (Couverture maladie universelle) a été créée le :
- A. 1^{er} janvier 2000
 - B. 1^{er} janvier 2002
 - C. 1^{er} janvier 2004
9. Lors d'un hiver rigoureux, l'Abbé Pierre a lancé un appel provoquant un élan national envers les sans-abri de France, c'était le :
- A. 1^{er} février 1954
 - B. 1^{er} février 1974
 - C. 1^{er} février 1994
10. En complément de l'action de l'État, quelles sont les associations qui luttent contre l'exclusion ?
- A. ATD Quart-Monde
 - B. Médecins du Monde
 - C. Emmaüs France

CONNAISSANCES FLASH

- **Question 1.** – *Quelles sont les causes de l'exclusion et ses manifestations au niveau de la santé et du social ?*
- **Question 2.** – *Quelles sont les grandes lignes de la politique d'action sociale ?*

➔ Corrigés

QCM

1AB, 2B, 3B, 4ABC, 5B, 6BC, 7A, (Centre communal d'action sociale), 8A, 9A, 10ABC.

a. Définition de l'exclusion

- L'exclusion, c'est « le rejet, la mise à l'écart, la marginalisation d'un certain nombre de personnes par la collectivité ».
- On distingue différentes *formes d'exclusion*, citons : l'exclusion professionnelle (chômage), économique (exclusion à la consommation), de protection sociale (accès aux soins), de la communauté (perte du rôle social), familiale (divorce, solitude), culturelle (échec scolaire, illettrisme), géographique (rejet en périphérie, discrimination raciale, etc.).

b. Causes de l'exclusion

L'exclusion a des causes diverses, citons :

- les raisons socio-économiques (la crise économique, le durcissement du marché) ;
- la chute du secteur industriel au profit du secteur tertiaire ;
- l'ouverture du marché mondial et de la concurrence ;
- les progrès technologiques (robotisation, informatisation) ;
- les retards de la politique de la ville ;
- l'éclatement de la famille (divorce, éloignement géographique) ;
- le bouleversement des valeurs et la crise des institutions (État, Église, école).

c. Conséquences au niveau de la santé et du social

L'exclusion a diverses répercussions au niveau de la santé et du social. On peut constater :

- *la résurgence de diverses maladies* : maladies de peau, dentaires, digestives, tuberculose, maladies infectieuses, IST (infections sexuellement transmissibles)... ;
- *une recrudescence de troubles psychologiques* (anxiété, agressivité, insomnies, dépressions, suicides...) ;
- *une recrudescence de troubles sociaux* : mendicité, délinquance, prostitution, travail au noir, alcoolisme, drogue... ;
- *l'apparition de « nouveaux pauvres »*. Ce sont des personnes qui, jusqu'à présent, ne connaissaient pas la misère. Ainsi on parle de « spirale de l'exclusion », c'est-à-dire d'un ensemble de mécanismes qui vous entraînent vers l'exclusion.

CORRIGÉ QUESTION 2

a. La politique d'action sociale

L'État définit la *politique sociale* par l'intermédiaire du ministre du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville :

- le Programme national d'action et de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, se fixe comme objectif de garantir l'accès aux droits et de prévenir les exclusions. La loi sur l'égalité des chances permet de lutter contre les discri-

minations, car elles empêchent l'accès à l'emploi et attisent insatisfactions et rancœurs ;

– *la Halde (Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité)* a vu ses pouvoirs renforcés ;

– *les collectivités locales, les caisses d'allocations familiales* jouent un grand rôle de prévention ;

– *les associations caritatives* subventionnées par l'État, luttent également contre l'exclusion (ex. : Restos du cœur, Secours Populaire, Armée du Salut).

b. Les formes d'aide

Les formes d'aide répondent à de nombreux besoins :

– *L'aide financière : le RSA*

Il a pour but de créer les conditions d'une insertion durable pour les personnes frappées d'exclusion en apportant un minimum de ressources, une aide à l'insertion, une couverture sociale et une aide au logement.

– *L'aide économique (aide à l'emploi) :*

- aide à l'emploi des moins qualifiés, par l'allègement des charges sociales sur les bas salaires ;

- aide à l'emploi des populations marginalisées.

– *L'aide sanitaire et sociale :*

- l'accès gratuit aux soins pour tous les défavorisés ;

- le Samu social. C'est le dispositif de traitement de l'urgence sociale. Son but est de secourir la nuit les sans-logis en danger physique, psychologique ou moral et de leur apporter une aide ponctuelle (alimentation, logement, soin, hébergements...).

– *L'aide au logement social*

Elle relance la construction de nombreux logements sociaux, l'aide au maintien des locataires dans les logements (ex. : elle alimente les fonds de solidarité pour les impayés EDF-GDF...).

– *L'aide culturelle : la lutte contre l'illettrisme*

Elle a pour objectif d'aider certaines personnes à maîtriser la langue française pour mieux s'intégrer à la société.

– *L'aide alimentaire*

Il s'agit principalement de bons d'alimentation délivrés par les CCAS ou de repas servis dans les associations caritatives.

Chapitre 6

Enfant et adolescent

L'enfant

QCM

1. La charte des droits de l'enfant a été signée par les États (ONU) en :
A. 1989
B. 1998
C. 2002
2. La part des jeunes de moins de 15 ans dans la population française est de l'ordre de :
A. 10 millions
B. 15 millions
C. 20 millions
3. La journée internationale des droits de l'enfant est le :
A. 3 avril
B. 16 septembre
C. 20 novembre
4. Le nombre d'enfants dans le monde qui ne vont jamais à l'école avoisine les :
A. 100 millions
B. 150 millions
C. 200 millions
5. En France, les enfants sont très touchés par les accidents domestiques ; le nombre de soins médicaux est de :
A. Plus de 600 000 par an
B. Plus de 800 000 par an
C. Plus de 1 million par an

6. La proportion des enfants qui ne partent pas en vacances sur le territoire national, est de :

- A. 1 sur 2
- B. 1 sur 3
- C. 1 sur 4

7. En France, les enfants maltraités sont au nombre de :

- A. Environ 50 000
- B. Environ 60 000
- C. Environ 80 000

8. Parmi ces entreprises, celle qui n'a pas utilisé de main-d'œuvre enfantine dans ses filiales installées dans des pays en voie de développement, est :

- A. Adidas
- B. Mattel
- C. Fisher Price

9. Dans le monde, le nombre d'enfants victimes du tourisme sexuel est d'environ :

- A. 1 million
- B. 2 millions
- C. 3 millions

10. La première loi qui a permis de réduire l'âge légal du travail pour les enfants en France, est :

- A. La loi du 16 avril 1790
- B. La loi du 22 mars 1841
- C. La loi du 7 décembre 1926

CONNAISSANCES FLASH

➤ **Question 1.** – *En quoi le n° « 119 » peut-il participer à une lutte renforcée contre la maltraitance ? Quel est le rôle de l'AEMO ?*

➤ **Question 2.** – *Comment combattre l'exploitation sexuelle des enfants ?*

→ Corrigés

QCM

1A, 2B, 3C, 4A, 5C, 6C, 7C, 8C, 9B, 10B.

CORRIGÉ QUESTION 1

a. Le 119

Le 119 est un moyen de prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs. Il offre un service d'accueil téléphonique gratuit et accessible 24 h/24 h à l'échelon national : c'est le numéro de l'association « Allô enfance maltraitée ».

– Il est mis à la disposition de toute personne se trouvant en situation et dans l'obligation de porter assistance à tout enfant en danger.

– Comme il est difficile pour l'enfant maltraité de mettre ses parents en cause, ce service permet à l'entourage d'un enfant concerné par la maltraitance d'alerter les services administratifs ou judiciaires. De nombreux appels viennent ainsi briser la loi du silence.

Ce sont des professionnels qui en assurent la permanence.

– Un mineur sur 10 est malheureusement victime de maltraitance. Pour un enfant maltraité, 6 sont considérés « en risque » c'est-à-dire connaissant des conditions d'existence risquant de mettre en danger leur santé, leur sécurité, leur moralité, leur éducation ou leur entretien. Face à cette réalité, le 119 permet de renforcer la prévention et d'affirmer les droits de l'enfant en ce qui concerne sa protection physique, psychologique et celle de sa parole. L'affichage de ce numéro vert est obligatoire dans les lieux recevant des mineurs.

b. L'AEMO

Un professionnel de l'enfance peut être envoyé auprès de la famille en difficulté. Il rend visite régulièrement à l'enfant et à sa famille dans le respect de l'autorité parentale. Cette « aide éducative en milieu ouvert » (AEMO) crée un nouveau dialogue à l'intérieur de la cellule familiale en difficulté. Dans des situations plus graves où l'enfant est en danger, un placement momentané peut être décidé par le juge (placement familial en famille ou structure d'accueil).

CORRIGÉ QUESTION 2

La lutte contre l'exploitation sexuelle des enfants est une démarche prioritaire à l'échelon international. Cent vingt-deux représentants d'États ont déclaré la guerre à une industrie qui rapporte chaque année des milliards de dollars aux trafiquants de mineurs. Près de 2 millions d'enfants sont concernés. La lutte s'oriente autour de deux axes, la répression et la prévention.

a. La répression

Pour ce qui est de la répression, il s'agit de rétablir la responsabilité pénale des prestataires de services, des clients et des intermédiaires impliqués dans la prostitution des enfants :

- ainsi, chaque État s'engage à « *criminaliser l'exploitation sexuelle des enfants... et à sanctionner tous ceux qui y prennent part* » dans le pays même ou à l'étranger ;
- la loi française du 17 juin 1998 symbolise cette volonté de poursuivre des Français pour des agressions sexuelles commises à l'étranger, même si les faits ne sont pas punis par la législation du pays où ils sont commis ;
- l'Union européenne, depuis 4 ans, subventionne les associations luttant contre la prostitution sexuelle des enfants. Malheureusement avant de détruire les réseaux, l'ensemble des pays concernés doit adopter une législation plus répressive.

b. La prévention

En ce qui concerne la prévention, plusieurs tour-opérateurs et compagnies aériennes ont adopté (sous l'égide de la Fédération universelle des associations d'agents de voyage) une charte qui lutte contre ce tourisme sexuel.

Mais l'essentiel du travail porte sur les modalités de réinsertion des enfants qui tentent d'échapper à ce cauchemar, en créant des refuges, et en leur offrant des services d'aide sociale, médicale, psychologique et des moyens alternatifs de vie.

Ils sont rejetés par leur famille et les sociétés rurales et pauvres du tiers monde n'ont pas de lieu de réintégration économique.

c. La déontologie, le droit des enfants

Faut-il rappeler que cette prostitution est une forme contemporaine d'esclavage en totale contradiction avec la *Convention des Nations unies* relative aux droits des enfants ?

- **Art. 3** : il stipule que l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale et que les États signataires s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être.
- **Art. 9** : il indique que les États veillent à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre son gré. Dans de nombreux cas, des enfants sont séparés, contre leur gré, de leurs parents par des trafiquants pour être engagés de force dans la prostitution.
- **Art. 24** : il affirme le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. La prostitution inflige indéniablement aux enfants des violences physiques et mentales.
- **Art. 28** : il stipule le droit de l'enfant à l'éducation, les enfants exploités sexuellement ne bénéficient pas de ce droit élémentaire.

L'adolescent

QCM

1. Quelles sont les différences entre les jeunes d'aujourd'hui et ceux de la génération précédente ?

- A. Perte des idéaux politiques
- B. Départ rapide du domicile parental
- C. Séjour prolongé au domicile parental

2. Le pourcentage des jeunes 15-24 ans qui ne lisent pas de livres ou de quotidien (national ou régional) est de l'ordre de :

- A. 30 %
- B. 50 %
- C. 70 %

3. Le « Binge drinking » (ou biture expresse) est :

- A. Une chanson très écoutée par les jeunes
- B. Une boisson à la mode chez les adolescents
- C. Une forme d'ivresse en un temps record

4. La loi Bachelot (2010) interdit la vente d'alcool aux jeunes de :

- A. Moins de 16 ans
- B. Moins de 18 ans
- C. Moins de 20 ans

5. Quel est le pourcentage des jeunes de 15-24 ans qui écoutent de la musique tous les jours ?

- A. 55 %
- B. 75 %
- C. 95 %

6. Parmi les trois services suivants d'Internet, quelle est celui qui est le plus utilisé chez les jeunes ?

- A. Communiquer
- B. S'informer
- C. Télécharger

7. Le pourcentage des jeunes 15-24 ans qui vont au cinéma au moins une fois par mois est d'environ :

- A. 45 %
- B. 65 %
- C. 85 %

8. Nombreux sont les adolescents qui souffrent de réveils difficiles, de manque de sommeil en semaine, quelle en est la proportion ?

A. 1/4

B. 1/3

C. 1/2

9. Les adolescents sont devenus de vrais consommateurs et ils influencent leurs parents dans leurs achats :

A. Jusqu'à la moitié de ceux-ci

B. Jusqu'au tiers de ceux-ci

C. Jusqu'au quart de ceux-ci

10. La colocation devient un mode de vie chez les étudiants et même chez les jeunes actifs. Combien sont-ils à vivre ainsi en France ?

A. Environ 100 000

B. Environ 200 000

C. Environ 300 000

CONNAISSANCES FLASH

➤ **Question 1.** – *Pourquoi les jeunes « ados » sont-ils autant préoccupés de leur apparence ?*

➤ **Question 2.** – *Pourquoi l'alcoolisme des jeunes reste-t-il inquiétant ?*

→ Corrigés

QCM

1AC, 2B, 3C, 4B, 5B, 6A, 7A, 8B, 9A, 10C.

CORRIGÉ QUESTION 1

a. Les enjeux du « look » des ados

Les collégiens et les lycéens sont plus que jamais préoccupés par leur look et raffolent des vêtements de marques. Ce phénomène, coûteux pour les parents, ravit les professionnels qui rivalisent de techniques marketing pour séduire les ados, car pour la majorité de ces jeunes, c'est non seulement le besoin d'intégration parmi leurs pairs qui est en jeu, mais aussi la construction de leur identité. Ils ont du mal à résister à cette dictature de l'apparence à laquelle ils sacrifient une grande partie de leur argent de poche (cadeaux des parents, des grands-parents). Le look des ados ne doit rien au hasard, il est même codifié, et gare à ceux qui ne sont pas « branchés », ils sont menacés d'être rejetés

par leurs condisciples, particulièrement au collège où par exemple la basket de marque devient le signe de reconnaissance.

b. Le look par « tranche d'âge »

En fait, cette réalité correspond à des tranches d'âge différentes :

- les **11-14 ans** sont sensibles aux marques qu'ils considèrent comme un facteur d'intégration au sein d'un groupe ;
- les **15-17 ans** soit eux aussi très réceptifs à la notion de marque, elle leur sert surtout à affirmer leurs différences les uns par rapport aux autres. Leur consommation revêt un aspect ludique, tournée vers la mode, la musique, les loisirs. Par ailleurs, certains commencent à rejeter la dictature des marques dont les jeunes sont victimes, et son corollaire, l'uniformisation ;
- les **18-24 ans** quant à eux, sont étudiants ou commencent déjà à travailler. Leur personnalité s'affirme, ils prennent du recul par rapport aux marques. Ils sont plus sélectifs, plus réfléchis dans leurs achats. Ils aspirent à l'indépendance et à la contestation.

c. Le rôle pervers de la société de consommation

L'offre permanente et la publicité peuvent déclencher des attitudes de consommation compulsive qui leur donnent l'illusion de combler un manque, les amenant parfois à des actes de petite délinquance.

Confrontés à la profusion des tentations et aux sollicitations pressantes de leur « ado », les parents doivent tenter de maîtriser ces dérives de consommation et de mettre en place un contrat moral pour le budget vestimentaire de cette période de vie, en attendant que le jeune devienne autonome face à cette pression sociale vestimentaire.

CORRIGÉ QUESTION 2

Globalement, la consommation d'alcool est en baisse régulière, elle reste cependant particulièrement préoccupante chez les jeunes. La recherche compulsive de l'ivresse conduit ceux-ci à la consommation d'associations de boissons alcoolisées, plus ou moins accompagnées d'autres substances psychoactives (ecstasy, LSD, cocaïne).

a. Les causes

L'alcoolisme chez les jeunes résulte d'un désœuvrement, d'une absence de projet de vie. Leurs difficultés identitaires liées à l'adolescence (faiblesse narcissique) et leurs difficultés affectives, les incitent à rechercher une fuite dans un plaisir immédiat et les placent dans une dépendance qui ne fait qu'accroître leur mal de vivre.

Comme les drogues illicites, l'alcool est alors consommé jusqu'à provoquer une déconnexion d'avec la réalité. Les difficultés de communication intra et/ou extrafamiliale (échec scolaire), la culpabilité et l'angoisse liées aux difficultés

familiales, sont momentanément occultées. Ces jeunes en quête d'identité sont affaiblis, instables, voire dangereux pour eux-mêmes et pour les autres.

b. Les effets

Les jeunes ne boivent pas seulement pour avoir une contenance, mais aussi pour faire comme les autres, pour s'intégrer dans un groupe et être reconnus, d'où le *binge drinking* (où le jeune avale des quantités inconsidérées d'alcool qui peuvent entraîner un coma éthylique grave). L'effet momentanément euphorisant que procure l'alcool permet de surmonter des états psychiques douloureux, de surmonter un sentiment d'infériorité. Les plus forts buveurs potentiels ont en commun un tempérament plutôt insatisfait, rebelle, radical, laxiste et marginal.

c. Le rôle pervers de la société de consommation

De plus, l'incitation que les discothèques pratiquent en offrant une boisson avec l'entrée, banalise les conséquences de l'absorption d'alcool. En outre, les films et la publicité ne donnent que l'image positive (réconfortante, conviviale, virile) de la boisson alcoolisée.

Il est dommage que la société soit aussi peu scrupuleuse de l'accompagnement que cette population nécessite pour exister sans se perdre.

Enfin le laxisme éducatif, ainsi qu'un modèle parental tolérant face à la boisson complique le sevrage.

Chapitre 7

Familles

Cellule familiale et modèles familiaux

QCM

1. On appelle famille monoparentale, une famille :
 - A. recomposée
 - B. avec deux parents
 - C. avec un parent
2. Au cours de l'année les familles restées en attente d'adoption sont de l'ordre de :
 - A. 15 000
 - B. 25 000
 - C. 35 000
3. Entre 24 et 27 ans, nombreux sont les jeunes adultes qui vivent chez leurs parents :
 - A. 1 homme sur 3 et 1 femme sur 5
 - B. 2 hommes sur 3 et 2 femmes sur 5
 - C. 2 hommes sur 3 et 3 femmes sur 5
4. La proportion de naissances en dehors du mariage a beaucoup augmenté au cours des 2 dernières décennies, aujourd'hui elle représente :
 - A. Moins d'1 naissance sur 2
 - B. 1 naissance sur 2
 - C. 2 naissances sur 3
5. On appelle famille recomposée, une famille avec :
 - A. Un couple marié et ses enfants
 - B. Un couple remarié et leurs enfants d'un premier mariage
 - C. Un couple, leurs enfants et les grands-parents
6. Que change l'ordonnance portant sur la réforme de la filiation du 4 juillet 2005 ?
 - A. Les notions de filiation légitime et de filiation naturelle sont abandonnées

- B. La présomption de paternité du mari, qui établit automatiquement la filiation à son égard, est conservée
- C. Les pères non mariés devront toujours procéder à une démarche de reconnaissance pour que la filiation soit établie
7. Après le divorce, quelle est la proportion de pères ne voyant plus leurs enfants ?
- A. 1/3
- B. 1/4
- C. 1/5
8. Le congé parental d'éducation offre, à la naissance d'un enfant :
- A. Un congé d'un an plus une prime de 900 euros
- B. Un congé de deux ans rémunéré
- C. Un congé d'un an non rémunéré
9. Le congé de paternité prévoit :
- A. 11 jours qui s'ajoutent aux 3 accordés par le Code du travail quand naît un enfant
- B. 12 jours qui s'ajoutent aux 3 accordés par le Code du travail quand naît un enfant
- C. 13 jours qui s'ajoutent aux 3 accordés par le Code du travail quand naît un enfant
10. L'accouchement sous X (ou dans la discrétion) signifie accoucher :
- A. Sans donner son nom (anonymat)
- B. Sans donner le nom du père
- C. Sous le nom de quelqu'un d'autre

CONNAISSANCES FLASH

- **Question 1.** – *La cellule familiale habituelle est-elle en voie de disparition ?*
- **Question 2.** – *Les générations jeunes/adultes ont de plus en plus de mal à vivre ensemble, pourquoi ?*

→ Corrigés

QCM

1C, 2B, 3A, 4B, 5B, 6ABC, 7B, 8C, 9A, 10A.

CORRIGÉ QUESTION 1

La famille s'est profondément modifiée au cours de ce siècle. L'importance des divorces (ils ont quadruplé en quarante ans) et leurs conséquences douloureuses, sont à l'origine de nouvelles formes familiales (ou modèles familiaux) :

a. Les nouvelles formes familiales

Ce sont principalement :

- les *familles monoparentales* : un seul parent élève un ou plusieurs enfants (plus de 1 500 000 personnes) ;
- les *familles homoparentales* : un couple de même sexe cohabite avec un ou plusieurs de ses enfants respectifs (autour de 100 000 personnes environ) ;
- les *familles recomposées* : un seul couple remarié cohabite avec un ou plusieurs de ses enfants respectifs (plus de 700 000 personnes).

Dans les deux premiers cas, on peut dire que la cellule familiale a tendance à se rétrécir. Dans le 3^e cas, la cellule familiale a tendance à s'élargir.

b. La solidarité familiale

Les difficultés économiques imposées par le chômage ou l'allongement des études, ont pour effet (peut-être temporaire) de resserrer les liens familiaux entre les enfants et les parents. Ces derniers, par leur soutien financier et moral, aident les jeunes adultes à intégrer une société difficile. De même, de nombreux jeunes épaulent leurs parents dans une situation économique précaire. Ces familles, aux formes plurielles, pratiquent une solidarité d'ordre financière ou affective, sur trois générations. La génération pivot est celle des 49/53 ans.

c. Les mariages plus nombreux

Enfin, le **nombre des mariages** est de nouveau en hausse, ce qui peut correspondre soit à une modification réelle du mode de vie, soit à la disparition récente d'avantages fiscaux accordés jusque-là aux personnes séparées ou aux concubins ayant des enfants. Mais aussi, de nombreux concubins ressentent le besoin de pouvoir transmettre à terme leur patrimoine à leur conjoint. Qui plus est, le **nombre de divorces** se stabilise.

d. La natalité en hausse

En conclusion, la hausse de la natalité peut incarner une nouvelle tendance : ces familles, différentes de celles du début du siècle, se retrouvent autour de leurs enfants.

CORRIGÉ QUESTION 2

a. Le divorce « générationnel »

Qu'il soit décrié par les spécialistes de l'enfance et l'adolescence, qu'il soit constaté dans le quotidien parental, le déclin de l'autorité est en passe de

devenir l'échec de la génération adulte issue des idées de l'après 68. Le monde des jeunes et celui des adultes se sont tellement éloignés, que l'on assiste à un divorce générationnel. Ce phénomène affecte tous les milieux sociaux, mais avec plus d'intensité les couches populaires et défavorisées.

b. Les causes

Face à une société qui véhicule de plus en plus des valeurs marchandes comme mode de vie, les jeunes sont en quête de modèles et d'échanges vrais et sécurisants. Or le chômage, la précarité, l'exclusion, les familles éclatées, font que l'autorité familiale est de moins en moins posée et respectée. On assiste au déclin de l'autorité paternelle, à une forme de surpuissance maternelle et surtout au sacre de l'enfant-roi.

L'univers familial est bouleversé. L'indifférence y règne plus que le conflit. Or, sans vouloir revenir à une autorité répressive dépassée, un enfant ou un adolescent a besoin d'interdiction pour grandir, se structurer, apprendre à se protéger, se sentir entouré. Les parents doivent interdire et c'est précisément ce qui leur est le plus difficile à faire. Tout se passe comme s'il y avait un défaut de maîtrise sur leurs enfants, une impuissance ou une non-volonté d'éduquer dans les contraintes qui font grandir.

c. Les effets

Aujourd'hui, tout sépare adolescents et adultes : le langage, le vêtement, les goûts musicaux, sportifs. Notons que, dans une enquête du magazine *Okapi*, les collégiens estiment à 83 % que l'autorité est une qualité (chez un enseignant ou un parent). De cette façon, certaines violences, adolescentes certains actes de délinquance, peuvent être envisagées comme des appels à la raison, une volonté de renouer le lien générationnel, cette autorité devra donc être rétablie dans l'intérêt des jeunes générations, par une autorité de compétence, de dialogue, dans le respect et l'identité de la place de chacun.

Familles homoparentales

QCM

1. Qu'est-ce que le « relapse » ?
- A. Le relâchement des pratiques de prévention sexuelle
- B. Le temps de latence des effets d'une molécule
- C. Le relais entre deux médicaments

2. Le PACS permet :

- A. Une imposition commune au bout de 3 ans
- B. Le droit de partir durant les mêmes vacances que son compagnon
- C. D'hériter de son compagnon

3. En France, un couple d'homosexuels a-t-il le droit d'adopter ?

- A. Oui
- B. Non

4. Qu'est-ce que l'homophobie ?

- A. Un mariage entre individus de même statut social
- B. Un caractère de mots ou de graphies similaires
- C. Une hostilité systématique à l'égard des homosexuels

5. En quelle année s'est déroulée la première *Gay pride* française ?

- A. 1981
- B. 1992
- C. 2000

6. Que prévoit le traité d'Amsterdam ?

- A. Prendre des mesures pour combattre toute discrimination fondée sur le sexe
- B. Prendre des mesures pour combattre toute discrimination fondée sur la race
- C. Prendre des mesures pour combattre toute discrimination fondée sur l'orientation sexuelle

7. Dans une enquête SOFRES, certains Français trouvent normal qu'un homosexuel devienne président de la République, dans quel pourcentage ?

- A. 32 %
- B. 54 %
- C. 73 %

8. Dans la même enquête, quel pourcentage de Français admettent que le PACS a contribué à améliorer la situation des homosexuels du point de vue matériel et de leurs droits ?

- A. 43 %
- B. 66 %
- C. 81 %

9. À Paris, le pourcentage de pacsés homosexuels est de l'ordre de :

- A. 30 %
- B. 50 %
- C. 70 %

10. Dans la littérature, les premiers écrits traitant de l'homosexualité étaient ceux de :

- A. Sappho
- B. Ovide
- C. Épicure

CONNAISSANCES FLASH

- **Question 1.** – *Le PACS change-t-il l'ordre social des normes conjugales ?*
- **Question 2.** – *Les pacsés homosexuels peuvent-ils devenir parents ?*

→ Corrigés

QCM

1A, 2ABC, 3B, 4C, 5A, 6ABC, 7C, 8C, 9C, 10A.

CORRIGÉ QUESTION 1

Le Pacte civil de solidarité (PACS) permet à deux personnes physiques majeures, de sexe différent, ou de même sexe, d'organiser leur vie commune. Ainsi, il élargit la palette des contrats de vie commune ouverts aux couples hétérosexuels mais aussi aux couples homosexuels. À ce jour, plus d'1 million de PACS ont été signés au greffe du tribunal d'Instance.

a. Caractéristiques

Ce pacte a une portée plus large que le mariage puisqu'il inclut les couples homosexuels. De plus, il est facile à conclure et facile à rompre. Ainsi, les personnes liées par un PACS sont plus protégées que si elles étaient en union libre et moins engagées que dans le cadre du mariage.

b. Conséquences

La première conséquence porte donc sur la notion d'engagement et d'entraide au sein du couple. En effet, deux personnes mariées ont le « devoir de secours » et doivent assumer une contribution « aux charges du mariage » à proportion de leurs facultés respectives. Or, les pacsés assument seulement « une aide mutuelle et matérielle » (art. 515-4), ils ne sont tenus solidaires qu'à l'égard des dettes contractées par l'un d'eux, pour les besoins de la vie courante. De même, un mariage implique l'alliance des familles. Un PACS reste un engagement individuel. Il donne droit à :

- la reprise du bail en cas de décès du partenaire ;

- l’extension de la couverture assurance maladie ;
- l’imposition commune dès la troisième année.

Le PACS peut donner l’obtention d’une carte de séjour temporaire. L’entreprise doit tenir compte des possibilités du partenaire d’un PACS pour l’attribution des vacances ou de congés exceptionnels.

En cas de donation, et si le PACS est signé depuis au moins 2 ans, il y a un abattement fiscal.

L’homosexualité qui, jusque-là, était admise comme pratique individuelle est, avec le PACS, reconnue en tant que réalité conjugale. Toutefois, il faut savoir qu’il y a, à ce jour, parmi les couples pacsés, une majorité de personnes hétérosexuelles (90 %).

CORRIGÉ QUESTION 2

Le PACS, qui accompagne la modernisation de la famille contemporaine, n’inscrit pas les familles homoparentales dans une **dynamique de filiation**. Aujourd’hui, seul un couple marié peut adopter et avoir accès à la procréation médicalement assistée (lois bioéthiques de 1994). Ainsi, le dispositif légal reste bloqué, le PACS ne confère **aucun droit en matière de filiation**. Si l’adoption est ouverte aux célibataires de plus de 28 ans, les conseils généraux refusent en général de délivrer l’agrément préalable à l’adoption aux célibataires qui expriment leur homosexualité.

Cependant, il semble que cette situation n’empêche pas les familles homoparentales de se constituer. D’après l’Association des parents et futurs parents gays et lesbiens (ALGP), le nombre de familles homoparentales en France serait de plus de 100 000.

Chapitre 8

Femmes

Droits des femmes (parité, IVG...)

QCM

1. La loi d'avril 2006 a porté l'âge légal du mariage pour la femme, à :
 - A. 16 ans
 - B. 18 ans
 - C. 15 ans
2. Quel est le pourcentage de femmes dans les effectifs scientifiques des grandes écoles françaises ?
 - A. 52 %
 - B. 35 %
 - C. 26 %
3. En quelle année les femmes françaises ont-elles pu voter ?
 - A. 1920
 - B. 1968
 - C. 1944
4. Combien de femmes sont victimes chaque année de violences conjugales sur le territoire national ?
 - A. 1 million et demi
 - B. 200 000
 - C. 2 millions
5. En moyenne et pour le même poste de travail, quelle est la différence de rémunération entre femmes et hommes ?
 - A. 15 %
 - B. 33 %
 - C. 27 %
6. La loi sur la parité date de l'année :
 - A. 2000

B. 1980

C. 1960

7. Dans quelle proportion le partage des tâches domestiques signe-t-il le nœud des inégalités hommes-femmes ?

A. Les femmes assument 90 % du travail domestique et 80 % du travail parental

B. Les femmes assument 70 % du travail domestique et 60 % du travail parental

C. Les femmes assument 60 % du travail domestique et 50 % du travail parental

8. L'âge moyen des femmes pour un premier remariage :

A. A augmenté depuis 20 ans

B. Est inférieur à celui de l'homme

C. Est supérieur à celui de l'homme

9. Le pourcentage de députées féminines est de l'ordre de :

A. 50 %

B. 25 %

C. 15 %

10. De quelle année date la loi Veil sur l'IVG ?

A. 1975

B. 1965

C. 1985

CONNAISSANCES FLASH

➤ **Question 1.** – *Les femmes ont-elles besoin de la parité pour être égales ?*

➤ **Question 2.** – *Commentez le slogan de la manifestation célébrant l'anniversaire de l'IVG : « La loi Veil, on y veille ! »*

→ Corrigés

QCM

1B, 2C, 3C, 4A, 5C, 6A, 7B, 8AB, 9C, 10A.

CORRIGÉ QUESTION 1

Dans certains pays, comme les États-Unis ou le Canada, les femmes ont conquis une représentativité exceptionnelle en faisant jouer en leur faveur la clause des quotas, c'est-à-dire en utilisant le droit des minorités à se faire

représenter dans toutes les instances. Cela a permis une évolution importante dans les rapports de force masculin/féminin à l'intérieur des institutions politiques.

a. L'égalité paritaire

Dans cette dynamique, en France, la loi de la parité (du 6 juin 2000) force l'évolution des mentalités : le principe de quota retenu pour imposer un nombre égal de femmes et d'hommes sur les listes électorales est certes efficace mais néanmoins positivement discriminatoire. L'idéal aurait été, que de fait, les femmes puissent sereinement postuler à des charges politiques en fonction de leurs compétences et du partage des tâches domestiques avec leurs compagnons.

Or, statistiquement on sait qu'en France, elles assument 70 % des tâches ménagères et éducatives. Qui plus est, comme le montrent les élections, les Françaises restent sous-représentées : les députées ne représentent que 15 % de l'Assemblée nationale. Toutefois, dans les élections locales, la parité fonctionne mieux et peut atteindre 47 à 50 %. En Suède, où l'organisation des responsabilités familiales est différente, les parlementaires femmes sont plus nombreuses.

b. L'inégalité salariale

De plus, il serait temps que l'égalité des rémunérations devienne effective. La différence de salaires pour un même poste de travail des femmes avec leurs collègues masculins est de l'ordre de 8 % quand il s'agit des employés, et de l'ordre de 20 % pour la fonction de cadre. Un long chemin est encore à poursuivre pour que les mentalités changent et que la parité permette aux femmes de vivre en toute égalité.

CORRIGÉ QUESTION 2

a. La loi Veil

La loi Veil, autorisant l'interruption volontaire de grossesse (IVG) offre aux femmes un droit toujours « menacé ». Le Mouvement français pour le planning familial (MFPF) et l'Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception, restent toujours très mobilisés. Cette loi datant du 17 janvier 1975, à l'initiative de la députée Simone Veil, a marqué un tournant dans les mentalités, permettant aux femmes de maîtriser leur fécondité. Le nombre d'IVG est resté stable ces vingt dernières années. Environ 220 000 avortements sont pratiqués chaque année en France.

b. Le délai légal

Le délai légal de l'IVG est passé à 12 semaines afin d'éviter à environ 7 000 femmes par an de se déplacer à l'étranger (Espagne, Pays-Bas, Angleterre) pour interrompre une grossesse non désirée, dans des conditions financières et psy-

chologiques douloureuses. Car, si sur le papier les femmes ont conquis le droit à l'avortement, dans la pratique, il reste de nombreux obstacles.

c. Les obstacles

Deux IVG sur trois ont lieu à l'hôpital public, et les *médecins pratiquant les IVG sont peu nombreux* : les femmes doivent souvent attendre 3 à 4 semaines avant d'obtenir un rendez-vous. Certains préfèrent pratiquer des actes plus rentables que l'IVG, d'autres refusent de pratiquer « l'acte » par éthique personnelle, d'ordre culturel ou religieux.

Sur le plan des mentalités, beaucoup d'obstacles subsistent. Les femmes doivent encore aujourd'hui faire face à une pression idéologique, comme le montre l'amendement Garraud qui crée le délit d'interruption de grossesse. Même si la loi du 4 juillet 2001 réaffirme l'interdiction de tenter d'empêcher une interruption de grossesse, le poids du lobby des anti-IVG est très actif.

Contraception, procréation

QCM

1. Les moyens de contraception, protégeant également du sida, sont :

- A. La pilule
- B. Le préservatif
- C. Les spermicides

2. La contraception orale est légalisée en France depuis :

- A. 1945
- B. 1957
- C. 1967

3. La pilule du lendemain est :

- A. Une pilule moins chère
- B. Un moyen contraceptif d'urgence
- C. Un contraceptif donné par l'infirmière scolaire

4. Le congé maternité est de :

- A. 18 semaines
- B. 14 semaines
- C. 16 semaines

5. Les enfants nés d'une mère de plus de 40 ans :

- A. Sont moins nombreux que jadis

- B. Ont plus de risques de prématurité
- C. Ont une espérance de vie plus limitée
- 6. « L'implant » sous-cutané est :
 - A. La nouvelle appellation du stérilet
 - B. Un petit bâtonnet placé sous la peau
 - C. Un moyen de contraception hormonale
- 7. L'accouchement sous X (ou dans la discrétion) permet à la femme :
 - A. De n'indiquer que son prénom et sa date de naissance
 - B. D'accoucher dans l'anonymat
 - C. De suivre son accouchement sous radiologie
- 8. Partout dans le monde, la « journée de la femme » se déroule :
 - A. Le 8 janvier
 - B. Le 8 mars
 - C. Le 16 février
- 9. L'insémination artificielle consiste à inséminer :
 - A. La mère porteuse avec le sperme du conjoint
 - B. La mère biologique avec le sperme du conjoint (IAC)
 - C. La mère biologique avec le sperme d'un donneur (IAD)
- 10. La fécondation *in vitro* consiste à :
 - A. Déposer un embryon dans l'utérus de la femme stérile
 - B. Provoquer une fécondation en laboratoire (avec les gamètes des deux conjoints) et déposer l'embryon obtenu dans l'utérus de la femme
 - C. Provoquer une fécondation en laboratoire avec les gamètes de deux donneurs

CONNAISSANCES FLASH

- **Question 1.** – *Quels sont les moyens de contraception les plus utilisés par les femmes ?*
- **Question 2.** – *Quelles sont les techniques de procréation médicalement assistée les plus demandées par les couples ? Quels sont les problèmes soulevés par ces techniques ?*

→ Corrigés

QCM

1B, 2C, 3BC, 4C, 5B, 6BC, 7B, 8B, 9BC, 10BC

CORRIGÉ QUESTION 1

La contraception est « l'ensemble des méthodes permettant une infécondité volontaire, temporaire et réversible ».

Il existe actuellement de nombreuses méthodes de contraception utilisées par les femmes. Chacune présente des avantages et des inconvénients.

a. La pilule

Elle contient des hormones de synthèse : *œstrogènes* et *progestatifs*. Le taux d'utilisation est de 80 % en France. Le taux d'échec est de 1 %.

– *Mode d'action* : la pilule agit de 1 à 3 niveaux, selon sa composition :

- *sur l'hypophyse* : elle empêche la sécrétion d'hormones hypophysaires. Il en résulte une mise au repos de l'ovaire et un blocage de l'ovulation ;
- *sur l'endomètre* : elle le rend impropre à la nidation ;
- *sur la glaire cervicale* : elle devient imperméable.

– *Avantage* : son taux d'efficacité est de 99 %.

– *Inconvénients* : contrainte de régularité absolue et quelques contre-indications : diabète, maladies cardio-vasculaires, tabagisme.

b. L'implant sous-cutané

C'est un petit bâtonnet qui est placé sous la peau par un médecin et qui délivre en continu de faibles doses de progestatifs de synthèse pour une durée de 3 ans. Il agit en empêchant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale. Il est efficace à 100 %.

c. Le patch contraceptif

C'est un timbre qui délivre des doses continues de *progestérone* et d'*œstrogène*. Il doit être collé sur le bas de l'abdomen ou sur les fesses. Il doit être changé chaque semaine (le même jour) pendant trois semaines. Les oublis sont moins fréquents par rapport à la pilule, mais il peut se décoller lors des bains et baignades.

d. L'anneau vaginal

Il suit le même principe que le patch et l'implant, mais les hormones sont délivrées à travers la paroi vaginale.

e. Le stérilet

C'est un petit appareil (3 cm) qui se place dans l'utérus. Il est terminé par un « fil-test », permettant de vérifier à tout moment qu'il est bien en place. Le taux d'utilisation est de 20 % en France. Le taux d'échec est de 1 à 3 %.

CORRIGÉ QUESTION 2

La femme peut normalement « concevoir » un enfant quand elle le désire. En cas d'infertilité, le couple peut recourir à une technique de procréation médicalement assistée.

a. Les différentes techniques de procréation médicalement assistée

Différentes techniques de procréation sont proposées par les médecins, après un bilan et un diagnostic (*l'infertilité* pouvant toucher l'homme comme la femme) :

- *l'insémination artificielle (IA)* : il s'agit d'une insémination avec du sperme recueilli et préparé en laboratoire. Il y a deux types d'insémination :
 - insémination avec le sperme du conjoint (IAC),
 - insémination avec le sperme du donneur (IAD).

Le don de gamètes est anonyme et gratuit. L'enfant n'aura aucune filiation juridique avec le donneur ;

- *la fécondation in vitro (FIV) et le transfert d'embryon* : des ovocytes sont prélevés par ponction puis incubés avec le sperme du conjoint (prélevé en laboratoire). Si la fécondation a lieu, les embryons obtenus sont déposés dans la cavité utérine 2 à 6 jours après la ponction ;
- *l'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes* : il s'agit d'une micro-injection dans l'ovocyte d'un spermatozoïde prélevé, soit par recueil de sperme frais ou ayant été congelé, soit par biopsie du testicule. Cette technique complémentaire de la fécondation *in vitro* (FIV) permet de résoudre les stérilités masculines sévères.

b. Les problèmes soulevés par ces techniques

L'avancée des techniques d'assistance médicale à la procréation pose essentiellement des problèmes d'éthique ;

- les enfants nés d'un don de gamètes ne peuvent pas connaître leurs origines biologiques ;
- lors d'une FIV, on introduit, pour plus de succès, plusieurs embryons dans l'utérus. On doit donc (pour éviter les grossesses multiples) supprimer des embryons surnuméraires ou les conserver par congélation¹ ;
- « *la loi sur la bioéthique* » (révisée en 2010) autorise l'assistance médicale à la procréation pour remédier à l'infertilité. Toutefois :
 - cette assistance doit être demandée par un couple marié (ou vivant ensemble depuis au moins deux ans),
 - les grossesses tardives n'étant pas sans risque (pour la mère comme pour l'enfant) des limites d'âge sont imposées à certaines pratiques (42 ans pour les FIV),
 - le recours à ces techniques pour les couples homosexuels n'est pas autorisé.

1. La loi prévoit la destruction des embryons non utilisés après 5 ans de conservation si le couple n'a plus de projet parental en cours. Mais elle prévoit aussi qu'un couple puisse accepter que ces embryons surnuméraires soient utilisés par les scientifiques.

Chapitre 9

Démographie et immigration

Démographie française

QCM

1. Le taux de mortalité néonatale est :
 - A. Le nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes
 - B. Le nombre de mort-nés, plus le nombre de décès d'enfants entre 0 et 7 jours révolus, pour 1 000 naissances
 - C. Le nombre d'enfant qui meurent entre la naissance et 27 jours révolus, pour 1 000 naissances
2. Le recensement de la population française est de :
 - A. 49,7 millions de personnes
 - B. 58,5 millions de personnes
 - C. 62,9 millions de personnes
3. Sur quel principe repose l'organisation de la retraite en France ?
 - A. Le principe de la répartition
 - B. Le principe de la capitalisation
 - C. Le principe équilibré par lequel les actifs financent la pension des retraités
4. Le nombre d'avortements s'élève à plus de :
 - A. 150 000 par an
 - B. 200 000 par an
 - C. 300 000 par an
5. Pour financer l'ensemble des retraites, à l'horizon 2020, on prévoit un déficit de :
 - A. 60 milliards d'euros

- B. 100 milliards d'euros
 - C. 130 milliards d'euros
6. L'homogamie mesure :
- A. La propension à se marier entre personnes géographiquement proches
 - B. La propension à se marier entre personnes géographiquement éloignées
 - C. La propension des individus à se marier avec une personne issue d'un milieu social identique ou proche
7. Quel est le taux d'accroissement annuel de la population française ?
- A. 0,38 %
 - B. 0,44 %
 - C. 0,51 %
8. La population active française s'élève à plus de :
- A. 22 millions
 - B. 27 millions
 - C. 10 millions
9. Quel est le nombre de personnes vivant seules en France ?
- A. 2 millions
 - B. 4 millions
 - C. 8 millions

CONNAISSANCES FLASH

- **Question 1.** – *Comment expliquer que la mortalité infantile française soit une des plus basses d'Europe ?*
- **Question 2.** – *Quelles sont les conséquences du vieillissement de la population ?*

→ Corrigés

QCM

1C, 2C, 3AC, 4B, 5C, 6C, 7A, 8B, 9C.

CORRIGÉ QUESTION 1

a. La baisse du taux de mortalité infantile

La mortalité infantile a connu une baisse spectaculaire ces dernières années puis s'est stabilisée. Le nombre de décès des enfants de moins d'un an, pour

1 000 naissances vivantes, a été divisé par 10. De nos jours, le taux de mortalité est de 3,6 pour 1 000, ce qui place la France juste après le Japon et la Suède. La régression de ce taux s'explique bien sûr par l'élévation générale du niveau de vie, mais aussi par le développement de la prévention.

– En effet, les mesures de protection maternelle et infantile assurent un suivi important des femmes pendant leur grossesse :

- 7 examens prénatals à partir du troisième mois de grossesse ;
- une visite par trimestre dans le cas d'une grossesse normale, tous les mois, voire tous les quinze jours, dans le cadre d'une grossesse multiple ;
- une hospitalisation en cas de risque de naissance d'enfants prématurés.

– Les services de réanimation néonatale qui accueillent les prématurés, participent à la baisse de ce taux de mortalité.

– Plus de la moitié des décès annuels ont pu être évités par la meilleure maîtrise de l'accident multifactoriel qu'est la *mort subite inexplicquée du nourrisson*. Celle-ci peut intervenir lors de la première année, souvent autour du troisième ou quatrième mois, et presque toujours pendant son sommeil. Les recommandations de prévention portent leurs fruits.

CORRIGÉ QUESTION 2

L'augmentation de la part de la population âgée en France est le signe d'un meilleur état sanitaire. Mais, il est important d'organiser cette montée de la population âgée.

a. L'organisation

Sachant que 13 millions de Français sont âgés de plus de 60 ans, il est essentiel de prévoir des aménagements réfléchis, comme l'organisation des services aux personnes dépendantes.

– Aujourd'hui 700 000 personnes bénéficient de l'*Allocation personnalisée à l'autonomie* (dont le coût représente 1,7 milliard d'euros). L'APA permet de mieux accompagner la vieillesse et ses difficultés.

– L'aménagement du domicile pour le maintien en cas de dépendance est facilité, ainsi que le financement des personnes au chevet des dépendants (aides à domicile). De nouvelles maisons de retraite devront être construites.

b. Le chantier des « retraites »

Le plus gros chantier social réalisé, et à améliorer, concerne les retraites, en raison de l'important déséquilibre entre actifs et inactifs. Aujourd'hui, la part des personnes de plus de 75 ans a augmenté d'un tiers. Le déséquilibre déjà important du système de répartition continue à s'accroître. Le choix des modalités de financement des retraites devient donc crucial.

Quatre générations devront cohabiter. Les rapports entre elles détermineront le climat social des prochaines décennies. Pour qu'il soit relativement serein, la résolution de ces problèmes doit être anticipée afin que les solidarités intergénérationnelles puissent se maintenir.

Immigration

QCM

1. À qui est destiné le numéro 114 d'appel gratuit ?
 - A. Aux enfants victimes de maltraitance
 - B. Aux femmes victimes de violences conjugales
 - C. Aux personnes victimes ou témoins de discriminations raciales
2. Selon l'ONU et pour maintenir le rapport entre actifs et inactifs en 2025, le nombre d'immigrés dont la France aurait besoin, serait de :
 - A. 3 millions
 - B. 5 millions
 - C. 10 millions
3. Quel est actuellement le nombre de demandeurs d'asile en France ?
 - A. 27 400
 - B. 55 768
 - C. 42 513
4. Quel est actuellement le nombre de musulmans en France ?
 - A. 3 millions
 - B. 4 millions
 - C. 5 millions
5. On appelle ZEP une :
 - A. Zone d'étude prioritaire
 - B. Zone d'éducation prioritaire
 - C. Zone d'établissements prioritaires
6. On appelle ZFU une :
 - A. Zone française urbaine
 - B. Zone faiblement urbanisée
 - C. Zone franche urbaine
7. Que prévoit l'accord Schengen depuis 2004 ?
 - A. Une politique commune en matière d'asile et d'immigration pour les pays de l'Union européenne
 - B. La libre circulation des services entre les États membres de l'Union européenne
 - C. La libre circulation des personnes citoyennes de l'Union européenne
8. En France, la Charte de la diversité vise à représenter :
 - A. La diversité économique

B. La diversité ethnique

C. La diversité religieuse

9. Par la discrimination positive à l'emploi, on :

A. Rétablit l'égalité des chances

B. N'engage que des candidats issus de l'immigration

C. Évite l'exclusion due au faciès (visage)

10. Lors du dernier sondage réalisé pour la commission des droits de l'homme, les Français qui s'étaient déclarés « plutôt ou un peu racistes », représentaient quel pourcentage ?

A. 26 %

B. 39 %

C. 43 %

CONNAISSANCES FLASH

➤ **Question 1.** – *Pensez-vous que l'intégration de nouveaux travailleurs immigrés soit un défi ?*

➤ **Question 2.** – *Comment la société française tente-t-elle de répondre aux problèmes d'intégration des jeunes issus de l'immigration ?*

→ Corrigés

QCM

1C, 2A, 3B, 4C, 5B, 6C, 7C, 8B, 9AC, 10C.

CORRIGÉ QUESTION 1

Chaque année, plus de 130 millions de personnes quittent leur pays pour s'installer dans un autre. Il est impossible de ne pas admettre la forte pression de l'immigration des pays en voie de développement vers les pays développés, et cela à n'importe quel prix : des bateaux s'échouent sur les côtes italiennes ou espagnoles, des personnes risquent leur vie dans des containers...

a. Les besoins et les craintes

Alors que, selon l'ONU, pour maintenir le rapport entre les actifs et les inactifs (4 pour 1), il faudrait engager, pour maintenir l'économie 159 millions d'immigrés d'ici 2025 dans les 15 pays de l'Union européenne, ceux-ci prévoient des taux d'admission très bas pour les prochaines années. L'Europe a décidé de placer en tête de ses priorités, la répression de l'immigration clandestine.

Dans ce contexte, l'intégration de nouveaux immigrés relève du défi. En France, les travailleurs immigrés de longue date sont plus touchés par le chômage que les Français. Qui plus est, l'augmentation de la délinquance juvénile des enfants issus de l'immigration exacerbe le racisme et la xénophobie.

Cependant, la France est un pays d'immigration depuis 1860, et elle s'est construite par des apports successifs de population qui l'ont transformée en société multiculturelle. Elle y a puisé de réelles richesses. Un Français sur 5 a au moins un grand-parent immigré : ceci permet de comprendre les différences culturelles et de rester ouvert sur le monde.

b. Les conditions d'accueil

Pour faire face aux nécessités économiques de demain, il est important d'envisager au mieux les conditions d'accueil des immigrés à venir (nombre, emplois). Il faut également trouver les moyens pour l'intégration de ces populations à la société française : éducation aux valeurs de la république, au respect réciproque, apprentissage de la langue dès l'arrivée en France, mixité sociale sur les lieux de résidence.

CORRIGÉ QUESTION 2

a. Le problème

La discrimination négative a progressé, elle frappe des jeunes à cause de leur patronyme, de la couleur de leur peau et les laisse évoluer dans des ghettos. L'échec scolaire et le chômage touchent particulièrement les Français issus de l'immigration. D'où la mise en oeuvre d'une *discrimination positive* qui tente d'inverser la situation ; nous allons voir comment.

La proportion des chômeurs au sein de la population active dans les **ZUS** (zones urbaines sensibles) est deux fois plus élevée que sur l'ensemble du territoire national. Les jeunes sont les plus touchés.

b. Les mesures

Des mesures se mettent en place depuis plusieurs années, orientées sur des zones géographiques en difficultés, tentant de répondre à cette discrimination par l'emploi et l'intégration scolaire jusqu'au plus haut niveau.

– Ainsi, la mise en place des **ZEP** (zones d'éducation prioritaires) offre plus de moyens à des établissements scolaires en diminuant les effectifs par classe et en donnant plus d'argent.

– **La charte de la diversité** signée par des grandes entreprises (Danone, PSA, IBM, La Poste, la SNCF, la RATP, Total, Carrefour...) vise à représenter la diversité ethnique de la population française dans les entreprises.

– **Les ZFU** (zones franches urbaines) dynamisent l'économie des quartiers en difficultés en développant des services et le retour à l'emploi dans une population durement touchée par le chômage.



– De plus, les **grandes écoles**, comme l'IEP (Institut d'études politiques) de Paris et l'ESSEC (École supérieure des sciences économiques et commerciales) ont mis en place des systèmes dérogatoires au concours d'entrée qui se fait sur dossier et entretien pour des lycéens issus de quartiers défavorisés.

Les institutions expriment donc une volonté de soutien auprès de ces jeunes par l'éducation (du primaire à l'enseignement supérieur) mais aussi par l'emploi.

Et pour « gommer » la discrimination, on étudie et on teste le principe du CV anonyme dans la recherche de l'emploi.

Chapitre 10

Travail et loisirs

Droit du travail et éthique professionnelle

QCM

1. La formation professionnelle en France concerne :
 - A. Tous les salariés
 - B. Uniquement les non-titulaires
 - C. Les personnes ayant travaillé 3 ans
 - D. Uniquement les professions paramédicales
2. La durée légale hebdomadaire de travail en France est de :
 - A. 40 h
 - B. 35 h
 - C. 50 h
3. Le secret professionnel pour un infirmier est de :
 - A. Ne pas révéler à l'extérieur du service des informations dont il est dépositaire par sa fonction
 - B. Ne pas révéler certains faits ou actes préjudiciables dont il aurait connaissance par sa fonction (violences sur personnes âgées)
 - C. Ne pas faire de « transmissions orales » dans le service où il travaille
4. On entend par VAE :
 - A. La validation des acquis de l'expérience
 - B. La vie en atelier et en entreprise
 - C. Les victimes d'accidents en entreprise
5. Le montant du Smic net mensuel est de plus de :
 - A. 1 000 euros
 - B. 1 300 euros
 - C. 1 500 euros

6. Parmi les maladies professionnelles, on classe :

- A. Les affections provoquées par l'amiante
- B. Certaines lombalgies
- C. Certaines maladies nosocomiales
- D. L'ostéoporose

7. Est considéré comme « faute professionnelle » pour un infirmier :

- A. L'oubli des barrières de sécurité du lit du patient
- B. La transmission d'un élément du dossier de soins à l'employeur du patient
- C. La remise de drogue sous la contrainte
- D. L'erreur de distribution d'un médicament
- E. Le fait d'accélérer la mort d'un patient

8. La discrétion professionnelle pour un infirmier est de :

- A. Ne pas diffuser certaines informations liées au domaine professionnel
- B. Ne pas évoquer un fait grave dont il aurait la révélation du fait de sa fonction (ex. : sévices sur mineur)
- C. Ne pas parler de soi dans le travail

9. Les principales discriminations relevées en milieux professionnels, sont liées :

- A. Au handicap
- B. Au sida
- C. À l'orientation sexuelle
- D. Au mode de vie

10. Le travail à temps partiel ne peut être inférieur à :

- A. 50 % du service à temps complet
- B. 60 % du service à temps complet
- C. 70 % du service à temps complet

CONNAISSANCES FLASH

► **Question 1.** – *Quelle est la nature et la répercussion des charges de travail sur le personnel hospitalier ? Quelles sont les conséquences du stress au travail ?*

► **Question 2.** – *Comment se traduisent l'éthique et la responsabilité professionnelle en milieu hospitalier ?*

→ Corrigés

QCM

1AC, 2B, 3A, 4AC, 5A, 6ABC, 7ABDE, 8A, 9ABC, 10A.

CORRIGÉ QUESTION 1

Les progrès technologiques ont libéré les travailleurs des tâches les plus pénibles, mais le facteur humain n'est toujours pas pris suffisamment en compte et le stress au travail demeure une menace pour la santé de beaucoup de professionnels.

a. Les « charges au travail » en milieu hospitalier

Si nous prenons l'exemple d'un soignant, voyons les charges techniques et les charges mentales du travail qui pèsent sur lui.

– *Les charges techniques du travail*

Ces charges sont pénibles. C'est un travail qui exige une grande mobilité. On « court » d'une chambre à une autre (il faut répondre rapidement aux sonnettes). Il faut soulever les patients pour les toilettes, se baisser pour être à leur niveau en s'adressant à eux. Il y a du mouvement, du bruit. Tout cela a des répercussions sur le physique et le mental.

Toutefois, au niveau des progrès technologiques, de grandes avancées ont eu lieu dans le domaine de l'ergonomie. Des aides techniques allègent considérablement le travail des soignants (ex. : remonte-lit, lève-personne électrique...).

– *Les charges mentales du travail*

Par charge mentale, on entend les contraintes, les exigences qui pèsent sur les soignants. Il y a trois formes d'exigences : exigences de la hiérarchie, exigences des patients et exigences personnelles (toujours plus, toujours mieux !). Le soignant travaille dans une équipe. Il doit respecter les directives des cadres supérieurs, il doit travailler vite et bien (dans des délais courts, tout en assurant la qualité des soins), répondre aux demandes des patients tout en restant dans le cadre de ses compétences et de sa mission, faire face à l'agressivité de certains patients et de leurs familles en restant calme, faire des heures supplémentaires sans regarder sa montre...

b. Le stress au travail

Le stress est une réaction normale qui permet à l'organisme de s'adapter à certaines situations d'urgence. Le corps se mobilise physiquement et psychologiquement, mais lorsque la situation stressante se prolonge, le corps va progressivement épuiser son énergie et les défenses immunitaires vont s'altérer (certaines maladies chroniques ou des dérèglements organiques peuvent se produire sous l'effet du stress).

– Le stress apparaît lorsque, sur le plan matériel et surtout humain, les *conditions de travail* sont mauvaises. Prenons quelques exemples :

- la *pénibilité du travail* (un travail avec des horaires difficiles, qui ne permet pas à l'organisme de récupérer, qui limite le temps des loisirs...) ;
- des *exigences très dures de la hiérarchie* (« toujours plus ! » sans reconnaissance à l'appui), de la pression, voire du harcèlement ;
- des *relations détériorées avec les collègues* (coups bas, polémiques fréquentes, délation...).

– Les risques majeurs pour la santé des travailleurs sont les troubles du sommeil, la perte de confiance en soi, l'irritabilité et aussi la *dépression nerveuse*. Elle se développe chez de nombreux professionnels, touchés par le stress au travail.

En conclusion, les nouvelles technologies (aides techniques en particulier) constituent un progrès majeur, mais à la technicité des tâches s'opposera toujours une dimension humaine (qui suppose le contact, l'échange, la parole) qui doit être au cœur du métier de soignant.

CORRIGÉ QUESTION 2

a. L'éthique professionnelle

L'éthique signifie la *morale*. L'éthique professionnelle signifie le respect des règles de conduite en usage dans le milieu professionnel : avoir le sens des responsabilités et des valeurs est essentiel dans tous les métiers, mais plus particulièrement en milieux de soins.

b. La responsabilité professionnelle

Être responsable signifie, sur le plan juridique, *répondre de ses actes avec lucidité et en assumer les conséquences*. Les infirmiers sont donc *responsables* de leurs actes dans le cadre professionnel. Ainsi, si faute professionnelle il y a, elle ne pourra être imputable aux supérieurs hiérarchiques (directeur de l'hôpital, médecin chef du service ou cadre infirmier).

Nombreux sont ceux qui ont comparu devant les tribunaux pour des accidents qui se sont produits lors de « délégations inopportunes », c'est-à-dire de délégations à quelqu'un de « *non qualifié* » pour la tâche commandée. La prudence doit donc être de règle pour les délégués et les déléguants.

Un seul principe est à retenir : une faute a causé un dommage. Si un des éléments (la faute, le dommage ou le lien de causalité) fait défaut, le recours en responsabilité ne peut aboutir.

La faute traduit un comportement imprudent ou négligent : « *Si je cause un dommage à autrui, si je commets une infraction, si je déroge à une règle professionnelle ou statutaire, je mets en jeu ma responsabilité juridique* ».

Chacun doit répondre des conséquences de ses actes. L'individu doit réparer un préjudice causé à autrui et résultant d'une faute intentionnelle (rare) ou

non intentionnelle : imprudence, négligence... Cette réparation prend la forme d'une indemnisation en « dommages et intérêts ». Quand le salarié appartient au secteur privé ou public, la réparation du dommage incombe à son employeur.

Exemples en milieu hospitalier : une infirmière (IDE) confie à un aide-soignant (AS) la distribution des médicaments ; si une erreur est commise par l'AS, l'IDE est responsable.

b. La responsabilité pénale

La faute pénale est codifiée dans le Code pénal, donc la sanction résulte d'une infraction entraînant des peines de prison et/ou des amendes.

La responsabilité pénale est mise en jeu si la faute commise correspond à une infraction légalement définie et légalement punissable telle que le prévoit le Code pénal.

Exemples en milieu hospitalier :

- une atteinte volontaire à la vie = meurtre = euthanasie ;
- l'exercice illégal du métier d'infirmier.

Classification des loisirs

QCM

1. D'après un sondage, les loisirs qui plaisent majoritairement aux jeunes sont :

- A. Les sorties en groupe
- B. Le sport
- C. La musique
- D. Internet

2. La meilleure définition des loisirs est :

- A. Repos, arrêt du travail
- B. Culture et sport
- C. Changement de rythme, évasion, liberté

3. Facebook est un loisir qui pourrait être classé :

- A. Abêtissant
- B. Distrayant
- C. Relationnel
- D. Érotique

TESTEZ VOS CONNAISSANCES

4. En France, chaque semaine, un enfant passe devant la télévision :
 - A. 13 heures
 - B. 17 heures
 - C. 20 heures
5. Les jeux vidéo peuvent :
 - A. Être nuisibles aux enfants
 - B. Entraîner des confusions entre réel et virtuel
 - C. Augmenter le déficit du budget familial
6. Pratiquer le « football » est un loisir classé :
 - A. Ludique
 - B. Collectif
 - C. Social
7. La fédération française « unisport », comptant le plus de licenciés en France, est :
 - A. La FF de judo
 - B. La FF de tennis
 - C. La FF de football
8. Le temps moyen passé devant la télévision par les Français en soirée est :
 - A. Environ 2 heures
 - B. En hausse
 - C. D'environ 3 heures
9. « World of warcraft » est le nom :
 - A. D'une série TV américaine
 - B. D'un film sur la fin du monde
 - C. D'un jeu vidéo comptant plus de 11 millions d'adeptes dans le monde
10. L'activité sportive la plus pratiquée en France est :
 - A. La pétanque
 - B. Le tennis
 - C. Le football

CONNAISSANCES FLASH

- **Question 1.** – *Comment définissez-vous et classez-vous les loisirs ?*
- **Question 2.** – *Peut-on associer « loisirs » et « santé » ?*

→ Corrigés

QCM

1AB, 2C, 3BC, 4C, 5AB, 6BC, 7C, 8BC, 9C, 10C.

CORRIGÉ QUESTION 1

a. La définition

Le loisir se définit comme un temps ou un moyen d'évasion, de liberté, où il est permis à quelqu'un de faire ou ne pas faire quelque chose. Les loisirs concernent les temps libres, c'est-à-dire les jours de congé, les fins de semaine et les heures qui suivent le travail.

Les vacances permettent différents types de loisirs, en effet elles peuvent être consacrées à des pratiques culturelles, sportives...

b. La classification

La classification des loisirs peut se faire en fonction de leur type ; exemples :

- loisirs *individuels* : lecture, maquettisme, collection... ;
- loisirs *sociaux* : jeux de société, cartes... ;
- loisirs *culturels* : cinéma, théâtre... ;
- loisirs *de groupe* : orchestre, chorale... ;
- loisirs *sportifs* : ski, tennis, randonnée...

La classification peut se faire en fonction de l'âge des personnes. Par exemple, comme l'indique un sondage :

- les jeunes préfèrent les *loisirs de groupe* et le *sport* :
- les *boîtes de nuit* et les *clubs* répondent à leurs besoins. Ils représentent un « loisir » ayant une valeur suscitant l'incompréhension des parents. Pour ces derniers l'amusement doit garder une *moralité*, voire une *utilité*, chacun d'eux accordant aux loisirs une signification différente. Chaque groupe social décreète ses normes de loisirs ;
- les *sports*, prisés par les jeunes, sont d'autres formes de loisirs pratiqués en « groupe ». Les sports à risque élevé ébranlent aussi beaucoup les parents ;
- les personnes âgées présentent particulièrement les « *clubs de vacances* ». Ainsi, tout est pris en charge, ils n'ont qu'à se laisser « guider », « encadrer ». Les animateurs leur proposent à la fois la distraction, le culturel, l'exercice physique adapté à leurs capacités, le repos et surtout le *relationnel*. C'est cet aspect-là que les personnes âgées privilégient dans le loisir et que les « clubs » savent bien satisfaire.

CORRIGÉ QUESTION 2

a. Les rapports entre les loisirs et la santé

- « La santé est, non seulement l'absence de maladie, mais *c'est un complet bien-être physique, mental et social* » (définition de l'OMS).

– Le loisir est un temps ou un moyen dont on dispose en dehors de son travail ou de ses études, pour se distraire, se reposer, se recréer (c'est-à-dire pour *obtenir le bien-être* susmentionné).

b. Quels sont les différents types de loisirs et quels sont, parmi ces loisirs, ceux qui peuvent entretenir notre état de santé, sur les plans physique, mental ou social ?

Il existe quatre types de loisirs ; voyons leur rapport avec la santé :

- *les loisirs individuels* (ex. : lecture, télévision, Internet...). Cette forme de loisirs peut détendre l'individu, mais il reste passif, inactif, et reste solitaire dans son mode de loisirs. On ne peut l'associer à la santé ! ;
- *les loisirs collectifs ou sociaux* (ex. : jeux de cartes, jeux de société). Cette forme de loisirs n'entraîne pas l'activité physique nécessaire à la santé, mais suscite des contacts sociaux indispensables à l'épanouissement de l'individu, donc à la « santé mentale et sociale » ;
- *les loisirs sportifs* (ex. : marche, ski, natation...). Cette forme de loisirs, si elle reste au stade de la détente, sans esprit de compétition, est excellente pour la « santé physique » et c'est celle-ci que les jeunes devraient privilégier ;
- *les loisirs culturels* (ex. : cinéma, théâtre, expositions de peinture). Cette forme de loisirs oblige l'individu à sortir de chez lui et souvent à partager ce loisir avec des amis. C'est excellent pour la « santé mentale et sociale ». Elle est vivement conseillée à la jeunesse ; mais elle n'est pas toujours accessible aux jeunes de province (excepté le cinéma).

c. Les loisirs des jeunes sont-ils compatibles avec la santé ?

Le jeune a besoin de « contacts sociaux ». Il a besoin d'échanger avec des copains ; voilà pourquoi il apprécie l'*ordinateur* (pour les mails) et le *téléphone portable* (pour les SMS ou MMS). Ce besoin de contact n'est en soi pas nuisible à la santé, puisqu'il répond à un des aspects de la définition (susmentionnée) : il procure un « *bien-être mental et social* ».

Toutefois, l'ordinateur ne procure pas le bien-être physique, puisque le jeune reste immobile des heures. C'est nuisible à la fois pour l'appareil locomoteur, mais aussi pour le système nerveux et pour l'appareil oculaire (c'est aussi nuisible au sommeil).

Par ailleurs, en fin de semaine, le jeune rejoint le groupe de copains, (le plus souvent pour faire la fête au sens négatif du terme). L'actualité nous parle beaucoup actuellement des « *binge drinking* ». Les jeunes se provoquent entre eux pour boire dans des délais très courts un maximum d'alcool. Cette pratique est très dangereuse et peut entraîner un coma éthylique. Même si les jeunes ne pratiquent pas tous ce type de jeu dangereux, ils fument et boivent plus que de raison, lors de ces soirées.

Médias et loisirs

QCM

1. Les internautes peuvent signaler sur un site gouvernemental les adresses et les services en ligne à caractère pédophile :
 - A. Vrai
 - B. Faux
2. Le mot internet est apparu en :
 - A. 1985
 - B. 1990
 - C. 1996
3. Aujourd'hui, les foyers français connectés à internet à leur domicile sont plus de :
 - A. 15 %
 - B. 60 %
 - C. 85 %
4. La loi informatique et libertés relative à l'informatique et aux fichiers reconnaît aux personnes fichées :
 - A. Le droit à l'information préalable
 - B. Le droit à la curiosité
 - C. Le droit à l'oubli
5. Les jeux en réseau font, dans le monde, plus de :
 - A. 5 millions d'abonnés
 - B. 10 millions d'abonnés
 - C. 50 millions d'abonnés
6. Les dérives d'internet sont :
 - A. Le cyberracisme
 - B. La cybercriminalité
 - C. La cybertraque
7. L'un des réseaux sociaux les plus fréquentés sur internet est :
 - A. Facebook
 - B. MySpace
 - C. NSF
8. Un blog est :
 - A. Un site internet personnel

B. Un message non sollicité

C. Un site « pastiche »

9. Les parents qui utilisent le contrôle parental pour internet, sont environ :

A. 25 %

B. 35 %

C. 50 %

10. Quel problème rencontre la justice pour lutter contre la diffusion de fichiers pédopornographiques ?

A. Le point-à-point

B. L'adresse IP

C. Les fichiers maquillés

CONNAISSANCES FLASH

➤ **Question 1.** – *Quelles sont les dérives possibles d'Internet ?*

➤ **Question 2.** – *Quels sont les bénéfices de la réduction du temps de travail ?*

→ Corrigés

QCM

1A, 2C, 3B, 4ABC, 5C, 6AB, 7A, 8A, 9A, 10AC.

CORRIGÉ QUESTION 1

Le développement d'internet est une extraordinaire opportunité par laquelle tous les hommes peuvent se rencontrer sans frontière géographique ou politique. Internet apporte des outils d'informations mondiaux et des facilités d'échanges commerciaux, professionnels très étendus, mais les dérives d'internet sont inquiétantes.

La *cybercriminalité* revêt des faces inquiétantes. En effet, ce nouvel outil de communication exige une réglementation rigoureuse pour protéger les citoyens du monde. Faut-il rappeler le rôle joué par ce média dans l'organisation de l'acte terroriste du 11 septembre 2001 à New York (des simulations de vols aux mails codés qui ont permis de déclencher l'action et de la synchroniser) ? Certes, l'infrastructure du web s'est montrée très résistante et dynamisante pour que la solidarité post-attentat fonctionne au mieux, mais cette performance macabre demeure.

Il est donc urgent qu'une législation internationale et qu'une police du web se positionnent au sujet des communications qui se promènent d'un bout à l'autre de la planète. La *cybertraque* concerne aussi bien le terrorisme, les sites néonazis que, la pédophilie.

Les pédophiles investissent régulièrement les salons virtuels où l'on peut communiquer par écrit à plusieurs, permettant à des adultes de s'inviter dans des salons de discussions d'ados pour faire des propositions répréhensibles. De façon mieux structurée, les réseaux pédophiles exploitent les failles du système, ils utilisent des fichiers musicaux très consultés par un public important, pour y placer des scènes pornographiques. La quantité de fichiers en circulation sur ces « sous-réseaux » est gigantesque.

Plus redoutables, les systèmes d'échanges d'un ordinateur à un autre de « point à point » permettent la création d'une multitude de clones plus efficaces et moins contrôlables.

Les *portails*, quant à eux, invoquent l'impossibilité de tout surveiller et affirment la nécessité de responsabiliser les internautes en les encourageant à dénoncer eux-mêmes les dérapages. Par exemple, les internautes disposent d'un site *gouvernemental* pour signaler les services en ligne à caractère pédophile.

Le caractère transfrontalier d'internet rend les poursuites judiciaires difficiles. Une *convention internationale* sur la cybercriminalité a été signée par une trentaine de pays. Pour qu'elle soit applicable, il faut que les législations nationales s'harmonisent. Il semble que les criminels de la toile aient quelques connexions d'avance.

CORRIGÉ QUESTION 2

Après la semaine des 48 heures de travail, celle des 40 heures (1936), celle des 39 heures (1982) et enfin celle des 35 heures (19 janvier 2000), les Français sont les Européens qui travaillent le moins. Les deux grands bénéficiaires de cette réduction du temps de travail (RTT) sont la famille et les loisirs.

En effet, beaucoup de familles ont gagné en qualité de vie grâce aux 35 heures. Désormais, les courses et les tâches ménagères se font en semaine. Les week-ends sont davantage consacrés aux enfants, aux amis, aux repas conviviaux.

Les sociologues expliquent que la réduction du temps de travail a accru l'égalité dans le couple pour le partage des tâches domestiques, et que la garde des jeunes enfants a été facilitée par les RTT, ce qui expliquerait en partie le mini baby-boom.

Il a été démontré que cette loi profite surtout aux activités de loisirs, et au tourisme : les séjours de courte durée se multiplient, impliquant une véritable révolution culturelle dans ce secteur. Les cadres, notamment les franciliens dont le pouvoir d'achat est élevé, sont les grands bénéficiaires des longs ponts, des mini-séjours à l'étranger, des fins de semaine à la campagne ou à la mer.

Cependant, pratiquer un sport régulier, une activité artistique ou culturelle tout au long de l'année, représente des coûts, que seuls les célibataires, les

TESTEZ VOS CONNAISSANCES



familles sans enfant, ou les cadres peuvent assumer. En effet, le temps de loisir coûte plus que le temps de l'activité. Aussi, on comprend que ces acquis concernent essentiellement les classes sociales privilégiées. Les assouplissements proposés à cette loi (qui avait la belle intention de partager les emplois) permettraient aux salariés qui en ressentent le besoin, de pouvoir travailler un peu plus.

Chapitre 11

Personnes âgées et personnes handicapées

Personnes âgées

QCM

1. Que veut dire le sigle APA ?
 - A. Allocation personnalisée à l'autonomie
 - B. Autorisation à la personne pour une autopsie
 - C. Allocation périodique pour l'autonomie
2. Le mécanisme du vieillissement s'explique par :
 - A. Une dégradation programmée de l'organisme
 - B. Un mécanisme de mort programmé des cellules
 - C. Une baisse de l'espérance de vie
 - D. Une perte d'efficacité des mécanismes de réparation
3. La maladie d'Alzheimer est une maladie caractérisée par :
 - A. La dégénérescence des neurones
 - B. Des tremblements
 - C. Des troubles de mémoire
4. En France, la prévalence de la maladie d'Alzheimer après 65 ans est de plus :
 - A. 100 000
 - B. 400 000
 - C. 700 000
5. Est considéré « effet psychique du vieillissement » :
 - A. La perte d'autonomie

- B. L'incontinence urinaire
 - C. L'atteinte de la mémoire immédiate
 - D. La maladie d'Alzheimer
- 6.** Pour le « maintien à domicile », la personne âgée peut bénéficier de :
- A. Une auxiliaire de vie sociale (AVS)
 - B. Une prestation autonomie
 - C. Un prêt de lit médicalisé
- 7.** D'ici 2040, nous passerons de :
- A. 3 à 5 retraités pour 10 actifs
 - B. 4 à 7 retraités pour 10 actifs
 - C. 5 à 9 retraités pour 10 actifs
- 8.** La Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante prévoit que :
- A. La personne âgée en perte d'autonomie garde la liberté de choisir son mode de vie
 - B. La personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de l'ensemble de ses ressources restant disponibles et de son patrimoine
 - C. L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes
- 9.** La principale conséquence de l'ostéoporose chez la personne âgée est :
- A. L'affinement de la taille
 - B. Les troubles musculosquelettiques
 - C. La fracture du col du fémur
- 10.** En France, les décès causés par une chute chez la personne âgée sont de l'ordre de :
- A. 5 000 décès par an
 - B. 7 000 décès par an
 - C. 9 000 décès par an

CONNAISSANCES FLASH

- **Question 1.** – *Quels sont les effets de la canicule sur la santé des personnes âgées ? Que recouvre le « Plan canicule » ?*
- **Question 2.** – *Quelle est la nature de la maltraitance à l'égard des personnes âgées et comment y faire face ?*

→ Corrigés

QCM

1A, 2ABD, 3AC, 4B, 5AC, 6AB, 7B, 8ABC, 9C, 10C.

CORRIGÉ QUESTION 1

Jamais la France n'avait connu des vagues de chaleur aussi intenses en été. Suite aux 15 000 décès d'août 2003, le gouvernement et la société française découvrent la détresse de beaucoup de personnes âgées qui, durant la saison estivale, se retrouvent isolées par les difficultés de transport ou le départ de leur entourage.

a. Les effets de la chaleur sur la santé

Aujourd'hui, il est acquis que la vague de chaleur est susceptible d'entraîner des répercussions graves sur la santé des personnes âgées. Elles sont particulièrement exposées aux risques de déshydratation, de coup de chaleur avec hyperthermie, pouvant entraîner la mort rapidement et l'aggravation de maladies chroniques qui ont une évolution plus rapide chez les personnes fragilisées.

b. Les causes favorisantes

Les causes favorisantes sont principalement un manque d'information pour les populations concernées, une veille sanitaire inefficace, des maisons de retraite en sous-effectif de personnel au cours de l'été, et mal équipées (sans climatisation ou pièce fraîche).

Compte tenu de ces analyses, le gouvernement a mis en place un plan canicule qui porte progressivement ses fruits.

c. Le « Plan canicule »

– *La prévention* : durant l'été, la population reçoit des conseils pour se protéger de la chaleur, elle est tenue informée en temps réel du niveau d'alerte qui sera décidé. Dès l'annonce d'une canicule, Météo France diffuse *deux fois par jour* une « carte de vigilance » chaleur. En cas d'alerte les médias relaient les messages et recommandations du ministère de la Santé.

– *La gestion de la crise* : chaque préfet dispose d'un *plan départemental de gestion d'une canicule*, qui lui permet d'exercer une mission de coordination des actions engagées par les services sanitaires et sociaux, par les services d'urgence et par les associations de solidarité. En cas de besoin, chaque maison de retraite met en oeuvre son *plan bleu* et chaque établissement de santé peut déclencher un *plan blanc* pour permettre d'accueillir l'afflux éventuel de victimes. Sur le terrain, les professionnels de santé et hospitaliers, la sécurité civile et les associations sont prêts à intervenir.

Ainsi l'efficacité du Plan national canicule repose sur une triple exigence : de *responsabilité*, de *prévention* et de *solidarité*.

CORRIGÉ QUESTION 2

La maltraitance est un phénomène mal connu : les personnes âgées n'osent pas se plaindre ou, quand elles le font, elles ne sont pas entendues.

a. La nature de la maltraitance

Cette maltraitance toucherait 5 % des personnes de plus de 65 ans, soit plus de 600 000 personnes en France. Qu'il s'agisse de *délits de droit commun*, vols, agressions, meurtres, viols, coups, torture, ou bien de *violences psychologiques*, harcèlement moral, humiliations, moqueries, infantilisation, maltraitance médicamenteuse, abus de calmants, négligences (ne pas habiller la personne, ne pas lui ouvrir ses fenêtres...), ces violences ont lieu autant dans les familles que dans les institutions.

Très souvent l'entrée en institution n'est pas choisie. De même, l'éloignement des maisons de retraite empêche les personnes âgées de maintenir un lien avec l'extérieur, c'est une forme d'exclusion. De plus, ces lieux ne sont pas tous complètement humanisés.

b. La charte de la personne âgée hospitalisée

Heureusement, les *droits des personnes âgées* ont été reconnus par la *Charte de la personne âgée hospitalisée* la protégeant durant son séjour en institution. En effet, cette charte vise à maintenir ses droits et sa dignité.

La charte précise que :

- le lieu de vie de la personne âgée dépendante doit être adapté à ses besoins ;
- celle-ci doit garder la maîtrise de l'ensemble de ses ressources ;
- elle doit pouvoir conserver la liberté de communiquer et de se déplacer ;
- elle doit avoir accès aux soins qui lui sont nécessaires.

c. L'aide à domicile

L'*Allocation personnalisée à l'autonomie* (APA) permet de maintenir à domicile plus facilement une personne âgée qui entre en dépendance et facilite son accès aux nombreuses aides à domicile qui soulagent la prise en charge des familles.

Handicaps

QCM

1. Définition du handicap :
 - A. Le handicap est associé à la perte d'autonomie
 - B. Le handicap correspond à une invalidité motrice
 - C. Le handicap est une déficience et une incapacité, sources de désavantage
2. La reconnaissance du handicap est faite :
 - A. Par le médecin traitant
 - B. À la demande de la DDASS
 - C. Par des commissions départementales distinctes pour les jeunes et les adultes
3. Comment est évalué le handicap ?
 - A. Le handicap s'apprécie par un taux d'incapacité
 - B. Le handicap s'apprécie par un taux d'incapacité évalué sur la base d'un guide-barème
 - C. Le handicap s'apprécie par expertise médicale
4. La reconnaissance du handicap pour les enfants et adolescents fait bénéficier les familles :
 - A. D'allègements fiscaux
 - B. D'une allocation d'éducation de l'enfant handicapé (l'Aeeh)
 - C. D'une allocation (l'Aeeh) et d'une orientation vers un établissement scolaire adapté
5. La prise en charge médicosociale des enfants handicapés se fait :
 - A. Par la scolarisation
 - B. Par des prestations et la scolarisation
 - C. Par des prestations, la scolarisation et l'hébergement
6. Handicap et travail sont :
 - A. Exclus
 - B. Possibles et facilités par des dispositifs spécialisés
 - C. Possibles avec des employeurs désintéressés
7. La création des « maisons départementales des personnes handicapées » répond à la volonté de proposer un dispositif de proximité :
 - A. Pour les prestations
 - B. Pour un accueil de jour
 - C. Pour simplifier toutes les démarches quotidiennes des handicapés et de leur famille

8. Les principales causes de handicap sont au nombre de :

- A. Deux : naissance, accidents
- B. Trois : naissance, accidents, maladies
- C. Trois : naissance, accidents, pauvreté

9. Les difficultés d'intégration sont liées :

- A. Aux pratiques médicales à l'égard des handicapés
- B. À la configuration des espaces publics
- C. À la rareté de conditions de vie scolaire, professionnelle, urbaine et domestique adaptées au handicap

10. Un jour férié travaillé, « jour de solidarité », est destiné à subventionner exclusivement :

- A. Les prestations des handicapés mentaux
- B. Les prestations des handicapés et des personnes âgées
- C. Les prestations des maisons de retraite

CONNAISSANCES FLASH

➤ **Question 1.** – *Comment se passe la scolarisation des enfants handicapés ?*

➤ **Question 2.** – *Comment s'établit l'intégration sociale des personnes handicapées ?*

→ Corrigés

QCM

1C, 2C, 3B, 4C, 5C, 6B, 7C, 8B, 9C, 10B.

CORRIGÉ QUESTION 1

L'intégration scolaire est reconnue comme un processus bénéfique à tous les élèves, y compris les jeunes handicapés. Pour ces derniers, depuis plus de 20 ans, les efforts allant dans ce sens sont constants de la part des pouvoirs publics, mais leurs effets restent cependant lacunaires.

a. Le développement du processus :

- les textes officiels les plus récents mettent en avant toute une série de dispositions pour l'accueil des élèves handicapés, avec des plans d'action, des financements de matériels pédagogiques adaptés, des formations de personnels d'encadrement et le développement des UPI (Unités pédagogiques d'intégration) ;

- une cellule nationale d'écoute, Handiscol, a été mise en place au Centre national d'études et de formation pour l'enfance inadaptée (CNEFEI). Ce service est destiné aux familles ainsi qu'aux enseignants qui interviennent auprès d'enfants ou d'adolescents handicapés.

b. Les lacunes du processus :

- les modalités d'intégration sont très inégales sur l'ensemble du territoire ;
- pour un grand nombre de familles, cela suppose des démarches longues et éprouvantes ;
- la scolarisation à proximité est très souvent impossible ;
- les effectifs d'assistants d'éducation et d'auxiliaires de vie sociale (AVS) pour l'aide individualisée, ne sont pas toujours suffisants.

CORRIGÉ QUESTION 2

L'intégration sociale des personnes handicapées touche tous les aspects de la vie, y compris la culture, l'accès au sport et les loisirs. Mais la priorité concerne l'hébergement et l'allocation d'aides financières spécifiques :

a. Les diverses modalités d'un hébergement adapté :

- chaque département offre des *dispositifs particuliers* : internats, structures éclatées, appartements supervisés, services d'accompagnement et familles d'accueil. Le taux d'équipement de chaque département reste toutefois inégal ;
- pour l'*accueil de jour*, il existe principalement les *ateliers* occupationnels, les ateliers d'insertion et de transition ou les foyers à double tarification. Pour en bénéficier, il faut présenter un taux d'incapacité d'au moins 80 % ou être, compte tenu de son handicap, dans l'impossibilité de se procurer un emploi ;
- la *fonctionnalité* de l'habitat doit être associée à l'*accessibilité* des espaces et des transports publics.

b. Les aides financières

L'intégration sociale des personnes handicapées repose sur un système de plusieurs aides financières :

- l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une prestation sociale à la charge de l'État pour une incapacité d'au moins 80 % ou un handicap interdisant l'accès à un travail ;
- l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) s'adresse aux jeunes de moins de 20 ans ayant une incapacité entre 50 et 80 % ;
- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) est une prestation d'aide sociale à la charge des départements (conseil général) qui a été créée en vue de favoriser le maintien des handicapés à domicile. Elle est attribuée pour un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 % et dans le cas d'un état de santé qui nécessite l'aide effective d'une tierce personne ;
- l'allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP) permet de compenser les frais supplémentaires liés au travail des personnes handicapées.

Chapitre 12

Techniques scientifiques et déontologie

Dons d'organes et dons de sang

QCM

1. Les donneurs d'organes sont :
 - A. Vivants ou morts
 - B. De la famille du greffé
 - C. Du même âge que le greffé
2. Quels organes une personne vivante peut-elle donner ?
 - A. Un rein, un lobe de poumon, un lobe de foie
 - B. Un doigt, un orteil
 - C. Un morceau d'artère ou de veine
3. Le prélèvement d'organe sur une personne vivante n'est possible que sur :
 - A. Une personne mineure
 - B. Une personne majeure et consentante après avoir été informée des risques encourus
 - C. Une personne majeure et consentante après avoir été informée des risques encourus et avoir exprimé son consentement devant le président du tribunal de grande instance de son lieu de résidence
4. Le prélèvement de moelle osseuse :
 - A. N'est autorisé que sur un adulte
 - B. Peut être fait sur un enfant sans son consentement
 - C. Peut être fait sur un enfant sans son consentement, mais avec l'accord de ses parents et d'un comité d'experts

5. Le prélèvement d'organe sur une personne décédée n'est possible que si :
 - A. La personne n'a pas fait connaître qu'elle s'y refusait
 - B. La famille est d'accord
 - C. L'Établissement français des greffes en donne l'autorisation
6. Le don d'organes exige entre le donneur et le receveur une compatibilité :
 - A. De race
 - B. D'âge
 - C. De groupe tissulaire (HLA)
7. Après la transplantation d'un organe pris sur une personne décédée :
 - A. Le corps du défunt est donné à la science
 - B. Le corps du défunt est rendu bien restauré à la famille
 - C. Le corps du défunt est rendu à la famille à ses frais pour le transport
8. Quelles sont les règles applicables au don du sang :
 - A. Le don du sang est soumis aux principes du partenariat rémunéré
 - B. Le don du sang est soumis aux principes du bénévolat
 - C. Le don du sang est soumis aux principes du bénévolat, de l'anonymat et de l'absence de profit
9. Sont exclus du don du sang :
 - A. Les personnes de plus de 65 ans
 - B. Les personnels des hôpitaux
 - C. Les personnes qui ont eu de graves maladies infectieuses
10. Les prélèvements autologues (pour soi-même) :
 - A. Répondent au manque de donneurs
 - B. Garantissent la sécurité d'une transfusion programmée
 - C. Sont soumis à l'avis du comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance en raison des risques infectieux

CONNAISSANCES FLASH

- **Question 1.** – *Quelles sont les précautions prises pour entourer les dons du sang de la plus grande sécurité ?*
- **Question 2.** – *Comment faire face au manque de greffons ?*

→ Corrigés

QCM

1A, 2A, 3C, 4C, 5A, 6C, 7B, 8C, 9C, 10C.

CORRIGÉ QUESTION 1

Les mesures de précaution

Le scandale des transfusés des années 1980, victimes d'infections fatales (VHC, VIH), a imposé une série de mesures de précaution pour les prélèvements sanguins. On a en particulier élargi la liste des exclus du don du sang et fait intervenir plus longuement le médecin chargé du prélèvement.

– Pour pouvoir donner son sang il faut être en bonne santé, et pour informer valablement le futur donneur, on lui remet un document d'information *pré-don*.

– Un médecin fait précéder le don de sang d'un entretien où sont évalués les risques que pourrait prendre pour lui-même le donneur (hypertension...), et ceux qu'il imposerait à un receveur (transmission d'une maladie infectieuse mortelle ou invalidante) ; ce système repose largement sur la sincérité du futur donneur et la sagacité du médecin chargé de l'entretien et de l'évaluation des risques épidémiologiques.

– On écarte donc du don du sang les personnes ayant des antécédents à risques, en raison de traitements ou interventions particuliers qu'elles ont subis, voire en raison d'antécédents familiaux suspects.

– *Les anciens transfusés ou greffés*, même en excellente santé, ne sont pas admis au don du sang.

CORRIGÉ QUESTION 2

a. Les causes du manque de greffons

Seulement la moitié des donneurs potentiels sont prélevés. Dans un cas sur trois, le prélèvement ne peut se faire pour cause de refus de la part de la famille ; dans près d'un cas sur cinq, à cause des antécédents du donneur ou d'obstacles médicaux ou logistiques.

b. Les solutions adoptées

– Pour *certains organes non vitaux*, les médecins peuvent faire appel à des donneurs vivants. La nouvelle loi de bioéthique, adoptée en juillet 2004, a prévu d'élargir le cercle des donneurs potentiels pour les dons d'organes entre vivants : grands-parents, oncles, tantes, conjoint du père ou de la mère du receveur, cousins germains, ou toute personne apportant la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans avec le receveur.

– *D'autres solutions à la greffe* reposent sur l'utilisation d'organes d'animaux (xénogreffes), d'organes artificiels, ou encore sur de nouvelles méthodes qui

consistent non plus à greffer des organes mais uniquement les cellules qui les composent. Les *recherches sur ces cellules*, appelées cellules-souches, se multiplient chez l'animal mais aussi chez l'homme. Cette thérapie cellulaire constitue une alternative intéressante aux greffes d'organes.

Tests génétiques

QCM

1. Qu'en est-il du décryptage du génome humain ?
 - A. Il est décrypté depuis les lois de Mendel sur l'hérédité (1865)
 - B. Il est décrypté depuis 1994
 - C. Il n'est toujours pas entièrement décrypté
2. La connaissance du génome humain permet :
 - A. Une médecine prédictive et préventive
 - B. Des traitements légers
 - C. Des thérapies immunitaires
3. Les tests génétiques :
 - A. Tendent à remplacer les méthodes diagnostiques classiques
 - B. Suggèrent des médications
 - C. Rendent inutiles les vaccinations
4. Le dépistage génique :
 - A. Ne peut être que volontaire
 - B. Peut être imposé par la justice
 - C. Peut être imposé par un employeur
5. Les prédispositions génétiques les plus étudiées concernent :
 - A. La maladie de Creutzfeldt-Jakob
 - B. Le cancer
 - C. La maladie d'Alzheimer
6. Les tests génétiques consistent à analyser chez les patients :
 - A. Leur ADN
 - B. L'état des organes vitaux
 - C. Les antécédents de santé de leur famille
7. Le principe de la thérapie génique est de :
 - A. Multiplier les cellules saines

B. Introduire un gène normal qui remplace le gène malade

C. Soigner un gène malade

8. Les tests génétiques sont utiles :

A. En tant que tests de dépistage

B. En tant que tests de susceptibilité

C. En tant que tests de dépistage et de susceptibilité

9. En identifiant les gènes problématiques, les tests génétiques :

A. Servent au diagnostic et au traitement des maladies génétiques

B. Peuvent prédire le degré de gravité de l'affection liée au gène repéré

C. Servent au diagnostic mais ne rendent compte que d'une prédisposition

10. Quelles sont les dérives à éviter ?

A. L'eugénisme, les exclusions, la fin du secret médical

B. Les erreurs de lecture des tests

C. Une médecine mondiale inégalitaire

CONNAISSANCES FLASH

► **Question 1.** – *Les résultats des tests génétiques sont-ils confidentiels ? Pourquoi ?*

► **Question 2.** – *Les tests génétiques sont-ils un outil de prévention efficace ?*

→ Corrigés

QCM

1B, 2A, 3A, 4B, 5B, 6A, 7B, 8C, 9C, 10A.

CORRIGÉ QUESTION 1

Les tests génétiques dessinent déjà un avenir médical où ils seront la norme pour les personnes à risques. Le danger à envisager alors est la diffusion incontrôlée des résultats. Or, ceux-ci seront, dans de très nombreux cas, susceptibles d'avoir des répercussions graves, sur le plan personnel ou familial, mais aussi sur le plan professionnel et contractuel.

a. Les effets pervers éventuels :

– *les pratiques discriminatoires* sous le couvert de règles de protection et de prévention ;

– *les difficultés contractuelles* en matière d'assurance ; la loi française s'est déjà attachée à faire obstacle à une telle dérive.

b. Les problèmes soulevés :

- le droit à « l'intimité génétique » va faire partie sans doute des grandes revendications du *xxi^e* siècle et nourrir bien des luttes collectives ;
- on peut s'attendre, avec le développement des tests génétiques, à une extension des recours procéduriers en matière de santé publique. Les malades auront à défendre leur *droit au secret médical* ; les médecins et les services hospitaliers auront à défendre la *liberté de la recherche médicale* et le droit pour tous au *progrès de la science*.

CORRIGÉ QUESTION 2

On pourrait supposer que la découverte d'une prédisposition génétique à une maladie incite à suivre les conseils de dépistage ou de prévention. Preuves d'un certain fatalisme ou d'une réelle inconscience, les études indiquent plutôt le contraire. Le dépistage des prédispositions génétiques semble loin d'avoir les effets préventifs escomptés. Ces tests pourraient avoir l'intérêt de rassurer les personnes n'ayant pas hérité de la prédisposition génétique.

- Les *prédispositions génétiques au cancer* ont été les plus étudiées. Plusieurs études révèlent, curieusement, que les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer du côlon ou de la prostate, ne suivent pas plus les recommandations de dépistage que la population générale.

- Les femmes ayant des *antécédents de cancer du sein* dans leur famille, sans savoir si elles ont elles-mêmes la prédisposition, se soumettent légèrement plus souvent que les autres aux mammographies de dépistage. Lorsqu'elles décident de réaliser un test génétique, elles déclarent, dans 80 % des cas, le faire essentiellement pour augmenter la fréquence des mammographies et avoir recours éventuellement à une chirurgie préventive. Cependant, lorsque le test se révèle positif, elles n'adhèrent pas plus aux recommandations de dépistage mammographique que les femmes n'ayant pas eu de test génétique.

- L'*identification d'une prédisposition génétique* pourrait même avoir un effet négatif en induisant une impression de fatalité qui n'encourage pas à suivre les conseils de prévention. Des études indiquent que les membres de familles prédisposées aux maladies cardiaques ne sont pas plus enclins que n'importe quelle autre personne à adopter des comportements de prévention.

Bioéthique

QCM

1. La bioéthique est un terme associant :

A. Morale et politique

- B. Morale et recherche scientifique
 - C. Morale, recherche scientifique et pratique médicale
- 2.** La bioéthique est un domaine encadré en France par :
- A. Des lois
 - B. Des lois et le CCNE (Comité consultatif national d'éthique)
 - C. Des lois et le Conseil constitutionnel
- 3.** Le CCNE a tranché positivement sur la question du diagnostic préimplanta-taire :
- A. Pour permettre de choisir le sexe d'un enfant à naître
 - B. Pour permettre la naissance d'un enfant génétiquement indemne et immu-nologiquement compatible avec un aîné malade
 - C. Pour encourager les avancées du clonage thérapeutique
- 4.** Quelles sont les grandes étapes du débat de bioéthique ?
- A. Le clonage animal, les mères-porteuses
 - B. La fécondation *in vitro*, le clonage humain
 - C. Les expériences sur l'embryon humain, le clonage humain
- 5.** Quels sont les principaux interdits en France ?
- A. Conception *in vitro* d'embryons humains à des fins de recherche, euthanasie, IVG après plus de 12 semaines d'aménorrhée, clonage reproductif des parents
 - B. Clonage thérapeutique, clonage reproductif
 - C. L'insémination artificielle, l'insémination post-mortem
- 6.** Quelle expérience de chercheurs sud-coréens a ému l'opinion ?
- A. Le clonage d'embryons humains
 - B. Une insémination post-mortem
 - C. Un clonage thérapeutique exceptionnel
- 7.** Qu'appelle-t-on des embryons « surnuméraires » ?
- A. Des embryons constitués par fécondation *in vitro* et en surnombre
 - B. Des embryons inadaptés pour une implantation assistée
 - C. Des embryons dont les données génétiques ne conviennent pas aux parents
- 8.** Quel est le devenir des embryons congelés « surnuméraires » ?
- A. On les détruit avec l'accord des parents si leur durée de conservation est égale à 2 ans
 - B. On les détruit s'ils ne correspondent plus à un projet parental
 - C. On peut les utiliser pour la recherche cellulaire avec le consentement du couple parental

9. La bioéthique est un domaine où :

- A. La recherche avance en fonction de la loi
- B. La loi suit les avancées de la science
- C. La loi et la science sont en opposition

10. L'ONU, l'OMS et l'Unesco associent la réflexion sur la bioéthique :

- A. À la défense des droits de l'homme
- B. Au respect des valeurs des grandes religions
- C. Au respect des valeurs écologiques

CONNAISSANCES FLASH

➤ **Question 1.** – *Quels sont les enjeux du clonage ?*

➤ **Question 2.** – *Quelles sont les missions et les fonctions de l'Agence de biomédecine dans le cadre des lois de bioéthique ?*

→ Corrigés

QCM

1C, 2B, 3B, 4A, 5AB, 6A, 7A, 8BC, 9C, 10A.

CORRIGÉ QUESTION 1

Faute de cohésion internationale sur les sujets de bioéthique, la recherche génétique a, peut-on dire, « la bride sur le cou ». Alors même que le clonage des animaux se révèle avec des taux d'échec importants, rien n'est fait pour interdire le clonage humain. Même si dans les tribunes de l'ONU on en parle comme d'un « crime contre l'humanité », aucune police ni justice mondiales contre ce clonage, ne sont mises en place.

a. Les expériences inquiétantes :

- selon le gynécologue italien Severino Antinori, le processus du clonage humain a déjà été expérimenté ;
- il y aurait des essais en cours en Chine et aux États-Unis.

b. L'atteinte à l'éthique :

- il est choquant pour beaucoup de voir dans le clonage humain la levée, pour les humains, d'un interdit qui est farouchement défendu pour les objets de luxe et les oeuvres d'art ;
- le clonage humain ouvre la porte aux plus *mauvaises ambitions* de l'eugénisme, et c'est pour cela sans doute qu'il suscite bien des tentations pour les

couples de futurs parents. On sait aujourd'hui qu'une cinquantaine de Japonaises se déclarent volontaires pour être enceintes d'un fœtus cloné.

CORRIGÉ QUESTION 2

Dans le cadre de la *révision des lois de bioéthique* du 6 août 2004, un nouvel organisme de santé publique, placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé, a été mis en place : l'Agence de la biomédecine. Intervenant dans des domaines thérapeutiques touchant au vivant, (exemple : la recherche sur les cellules souches embryonnaires ou le contrôle du dépistage génétique). Son rôle transversal lui permet d'intervenir dans des combinaisons d'enjeux complexes : répondre aux besoins des patients tout en garantissant la qualité de l'offre de soins et en respectant des règles fondamentales d'éthique et d'équité ; concilier les besoins des chercheurs et des médecins, l'opinion publique et un nécessaire encadrement réglementaire.

Ses missions s'inscrivent dans quatre registres :

- *Encadrement et contrôle* : l'Agence délivre les agréments des praticiens et biologistes intervenant dans les activités de procréation, embryologie et génétique humaines. Elle exerce le contrôle de ces activités et met en place un dispositif particulier de vigilance dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation.

- *Expertise scientifique* : l'Agence de la biomédecine constitue désormais l'autorité de référence pour tout ce qui relève des activités scientifiques et médicales liées à la greffe, à la procréation, au diagnostic prénatal, à la génétique et à la recherche sur l'embryon. Son action contribue à l'amélioration de l'offre et de l'accès aux soins, dans un esprit de qualité, d'équité et de respect des principes éthiques liés à l'utilisation des éléments du corps humain.

- *Veille scientifique* : l'Agence assure une veille permanente, à l'attention du Parlement et du gouvernement, sur le développement des connaissances et des techniques pour les activités relevant de sa compétence, et elle leur propose les orientations et les mesures qu'elles appellent. Ces dernières sont conçues dans le respect des questions d'ordre éthique et juridique susceptibles de se poser dans le champ de ces activités.

- *Évaluation et transparence* : l'Agence met à disposition des professionnels et du public les résultats d'activité dans les domaines qui sont sous sa responsabilité, ainsi que l'analyse de ces résultats, nécessaire à l'évolution des pratiques.

PARTIE



2

Entraînez-vous

This page intentionally left blank

Pathologie dominante

SUJET 1 : LE CANCER, UNE TUMEUR FAMILIALE

C'est à l'Institut de cancérologie Gustave-Roussy (IGR) de Villejuif (Val-de-Marne) que Maxime Trayssac doit passer son baccalauréat de français. Ce jeune homme de 18 ans y suit actuellement une chimiothérapie. Maxime avait 16 ans lorsqu'il a commencé à se plaindre d'un mal de hanche. Les médecins généralistes pensaient à une tendinite. Cinq mois plus tard, en février 2008, une tumeur osseuse est découverte à l'IGR. « *Le diagnostic a été trop long* », regrette sa mère.

Cela fait deux ans qu'il n'est pas retourné au lycée car il se sentait trop fatigué. « *On lui garde sa place* », assure la proviseure de Rueil-Malmaison (Hauts-de-Seine). Maxime a connu une rémission de mars à septembre 2009. Puis il a rechuté. Il doit subir une séance de chimiothérapie, une semaine sur trois.

Maxime est pourtant en train de passer son permis. « *On s'est construit notre petite vie à nous, qui oscille entre des moments de grand bonheur et de grand désespoir* », confie la mère, Sylvie. Elle et son mari Philippe sont soutenus par « *Romain, 22 ans, le frère de Maxime, qui ne [les] lâche pas* ». Ils sont partis tous les deux à l'été 2009 voir les baleines et les ours au Canada.

L'annonce d'un cancer reste insupportable, impossible à entendre pour les familles. Une injustice. Pourquoi moi ? se demande l'enfant. « *J'ai été puni car j'ai été méchant avec mon petit frère, je me suis trop tracassé...* » Pourquoi nous ?, se demandent les parents. Ils culpabilisent souvent, constatent les psychologues.

« *Le cancer d'un enfant peut aussi entraîner des difficultés pour le couple, on se voit moins, on est déprimé, la libido baisse. Parfois, on n'arrive plus à communiquer, chacun souffre dans son coin* », explique Gabrielle Marioni, psychologue clinicienne à l'IGR.

« *Cette maladie étant insensée, impensable, il faut lui trouver des raisons, sinon c'est insupportable. Les parents se forgent alors des théories, parfois fantasmatiques* », souligne Gabrielle Marioni. Comme cette mère qui se blâmait d'avoir trop protégé son enfant, d'avoir trop fait attention à ce qu'il

n'attrape pas de microbes dans les bacs à sable, et qui se dit que, s'il avait été mieux immunisé, il aurait échappé au cancer !

À l'annonce de la maladie, la vie se trouve bouleversée. Le traitement commence souvent dans les 24 ou 48 heures. Il faut tout réaménager sur le plan familial, professionnel, social... Autant de questions abordées le 27 mars lors des premiers États généraux des enfants, adolescents et jeunes adultes atteints de cancer et de leurs familles, organisés par l'Union nationale des associations de parents d'enfants atteints de cancer ou de leucémie (Unapecl).

Les 35 associations regroupées dans l'Unapecl veulent mettre en avant la spécificité de la prise en charge de ces tranches d'âge. Des dizaines de familles se sont mobilisées durant des mois pour faire entendre leur voix, alors que le Plan cancer 2 se déploie. « *La pédiatrie doit continuer à exister. Les lois existent, mais la volonté de les appliquer n'est pas toujours là* », explique Catherine Vergely, présidente de l'Unapecl.

Le cancer de l'enfant (avant 15 ans) diffère de celui de l'adulte car le taux de guérison est passé de 30 % en 1975 à 70 %-75 % en 2009. On dénombre 1 700 cas de cancers par an chez les moins de 15 ans en France, soit 1 enfant touché sur 500. Pour la moitié d'entre eux, la maladie survient avant l'âge de 5 ans. Bien que rare, le cancer est la deuxième cause de mortalité (20 %) entre 1 et 14 ans, après les accidents de la route ou les accidents domestiques. La tranche 15-19 ans est moins bien étudiée, même si le cancer est la troisième cause de mortalité, après les accidents et les suicides, avec 700 nouveaux cas diagnostiqués chaque année, soit un adolescent sur 1 000.

« *Le cancer chez l'enfant cache une grande hétérogénéité. Il y en a une soixantaine de types différents, beaucoup plus que chez l'adulte. Les leucémies, les lymphomes et les tumeurs du cerveau sont plus fréquents* », explique Jacques Grill, pédiatre à l'Institut Gustave-Roussy. Nous ne constatons pas de croissance significative de l'incidence du cancer de l'enfant, l'impression de progression est liée au diagnostic, qui s'est beaucoup amélioré, poursuit le médecin, le cancer est plus fréquent chez les jeunes enfants et chez les adolescents. »

Le travail des associations, de plus en plus sollicitées, est essentiel, tant à l'hôpital, où elles sont très présentes, que lors du retour à la maison. À ce moment-là en effet, un grand vide peut être ressenti, les patients et leurs familles ayant perdu le soutien quotidien de l'équipe hospitalière.

« *Les durées d'hospitalisation sont de plus en plus courtes, le temps psychologique ne correspond pas au temps hospitalier*, souligne Philippe Unwin, l'un des parents fondateurs de Source Vive en 1989. *Les centres référents, qui devraient en principe prendre en charge les soins de support pour les enfants malades et leurs proches, n'ont pas les moyens de le faire, et privilégient bien sûr le plus urgent, le traitement de l'enfant.* »

« Mais, poursuit M. Unwin, nous manquons cruellement de moyens pour faire face, et il est maintenant indispensable que nous disposions d'un financement public pérenne pour continuer à répondre aux besoins légitimes des familles en souffrance. »

De nombreux patients et leurs parents dénoncent le manque de psychologie de certains médecins, et parfois la brutalité de leurs propos. « *Le processus d'information est perfectible. Chaque mot a son importance : cancer, mort, guérison* », explique Yves Pérel, professeur de cancérologie pédiatrique au CHU de Bordeaux et président de la Société française de lutte contre les cancers et les leucémies de l'enfant et de l'adolescent (SFCE). Une complexité aussi pour les soignants.

La priorité reste que les parents soient auprès de leur enfant. Le maintien des liens familiaux, affectifs est essentiel. Un des deux parents, voire les deux, fait souvent le choix d'arrêter de travailler. Les allocations existent, certes, mais elles sont souvent insuffisantes.

Françoise Holber, bénévole à l'association Source Vive dénonce « *une grande lourdeur administrative* ». Sa fille Ombeline, âgée de 21 ans, s'en est sortie. Atteinte d'une tumeur fulgurante au rein à l'âge de 5 ans et demi, elle suit aujourd'hui une école d'ergothérapeute, mais il lui faut toujours batailler pour obtenir les aménagements d'emploi du temps.

« L'enfant doit pouvoir accéder à la scolarité, pour rester dans la vie. Si à l'école primaire cela fonctionne, le manque d'enseignants est quasi constant au lycée. Les insuffisances sont flagrantes », explique le docteur Natalie Hoog-Labouret, responsable du département d'oncologie pédiatrique à l'Institut national du cancer (INCa). « Nous avons vécu des choses scandaleuses à l'école, comme l'interdiction de cantine ou le refus d'un double jeu de livres, ce qui aurait évité à ma fille de porter son cartable », déplore M^{me} Holber.

Dans la plupart des cas, les familles demandent une aide psychologique. Elles ont notamment « un immense besoin d'accompagnement face à la mort ». Une question revient : « Le cancer fait-il mourir ? » Les parents aimeraient l'éviter à tout prix. Pourtant, il semble préférable d'y répondre honnêtement.

La souffrance des fratries est également forte, et parfois sous-estimée. Les frères et sœurs se mettent parfois en retrait, ne veulent pas donner plus de souci à leurs parents. Mais ils peuvent se sentir délaissés. À l'adolescence, les questions sont aussi spécifiques. « C'est en principe l'âge où on devient autonome. Les parents du malade sont tout le temps là. Il est difficile pour lui de les envoyer balader, car il se sent en dette pour ceux qu'il sent fragilisés par la situation, qui sacrifient leur vie pour lui et lui donnent beaucoup d'amour », souligne la psychologue Gabrielle Marioni « Une jeune fille de 17 ans, qui a été malade étant petite, se sentait différente, triste. Elle me disait envier ses amies qui pouvaient avoir des conflits avec leur mère », raconte Laure Houllier, psychologue clinicienne à l'association Source Vive.

Bien souvent, les relations amoureuses sont mises entre parenthèses. À l'âge où l'apparence et les rapports de séduction sont prédominants, les ados ont une mauvaise image de leur corps : perte de cheveux, cicatrices, perte ou gain de poids. Leur estime de soi est atteinte. Les effets secondaires de certains traitements peuvent entraîner l'impuissance chez les garçons ou une sécheresse vaginale pour les filles.

D'autres chimiothérapies peuvent avoir des effets plus tard sur la fertilité des hommes et des femmes. Pour les jeunes hommes, il peut être proposé un recueil de sperme au moment même où le jeune garçon entre à peine dans la sexualité, où il ne s'est souvent jamais posé la question de la paternité. Une réflexion est actuellement en cours dans le champ de l'oncologie pédiatrique pour mieux accompagner ces moments.

« *Il est essentiel de reconnaître la spécificité de cette tranche d'âge dans la prise en charge* », insiste le docteur Brigitte Lacour, du registre national des tumeurs solides de l'enfant.

Dans tous les cas, il peut toutefois y avoir des « *moments de grâce* », comme le décrit Christine Géricot, enseignante en arts plastiques trois jours par semaine à Gustave-Roussy, et ce depuis 1994. « *La peinture m'a libéré le corps* », lui a récemment dit un enfant. « *Il faut casser cette image de l'enfant malade et avoir le plus possible une vie comme avant* », insiste-t-elle, avec passion.

Tout récemment, deux ados, en rémission, sont venus la voir l'un a intégré l'école Estienne, à Paris, l'autre veut faire une école de cinéma d'animation. L'essor des nouvelles technologies venant compenser la perte d'autonomie pourrait apporter une réponse au défi posé par le vieillissement de la population.

À condition d'être moins coûteuses et mieux encadrées.

Le Monde du 4 juin 2010,
article de Pascale Santi

► **Question 1.** – *Expliquez le titre de cet article. Trouvez un autre titre qui éclaire avec davantage de précision le sujet de ce texte.*

► **Question 2.** – *Relisez attentivement l'article. Pour quelles raisons le cancer de l'enfant ou de l'adolescent nécessite-t-il une prise en charge spécifique ?*

► **Question 3.** – *En vous appuyant sur le texte et sur une réflexion personnelle, vous exposerez des pistes pour améliorer la prise en charge des jeunes patients atteints d'un cancer.*

→ Corrigés

QUESTION 1

Une tumeur est une augmentation pathologique du volume d'un tissu. La tumeur est souvent d'origine cancéreuse. Le titre « Le cancer, une tumeur familiale » développe une métaphore qui associe par analogie le cancer d'un enfant à une maladie qui vient détruire l'harmonie de la cellule familiale. Cet article analyse les spécificités du cancer de l'enfant et les failles dans sa prise en charge. Il pourrait donc s'intituler : « Cancer de l'enfant : une nécessaire évolution de la prise en charge des jeunes patients ».

QUESTION 2

Le cancer d'un enfant ou d'un adolescent nécessite une prise en charge spécifique pour diverses raisons. En premier lieu, la jeunesse et la vulnérabilité psychologique du malade exigent un accompagnement adapté. En effet, l'article souligne que l'enfant atteint d'un cancer développe souvent un sentiment de culpabilité. En outre, le caractère insupportable de l'annonce d'une telle maladie chez un jeune patient provoque une culpabilité des parents qui peut générer des problèmes familiaux. Il est alors nécessaire de mettre en place une prise en charge spécifique pour annoncer la maladie et soutenir psychologiquement le jeune malade et sa famille. L'article dénonce par ailleurs le manque de psychologie des médecins et le défaut de suivi à la sortie de l'hôpital qui laisse les jeunes et leur famille démunis face aux conséquences de la maladie : complexification des démarches administratives, déséquilibres familiaux, perte des repères et de l'estime de soi.

QUESTION 3

L'article de Pascale Santi fait entendre, à travers nombre de citations, des témoignages unanimes de médecins, de parents, d'enfants malades qui dénoncent une prise en charge défailante des cancers juvéniles. Pour remédier à ce manque, certaines associations comme l'Unapecl (Union nationale des associations de parents d'enfants atteints de cancer ou de leucémie), certains médecins proposent des pistes de réflexion et des solutions pour améliorer le suivi des enfants et adolescents touchés par le cancer. Trois axes sont privilégiés : prendre en compte de la vulnérabilité de l'enfant, renforcer l'accompagnement des familles et donner l'envie de vivre.

1. Prendre en compte la vulnérabilité de l'enfant

La vulnérabilité physique et psychologique du jeune patient nécessite un accompagnement adapté et personnalisé. Cet accompagnement singulier doit être effectif dès les premiers examens de détection d'un cancer et l'annonce de la maladie. Pour améliorer la prise en charge de l'enfant ou de l'adolescent

malade, Yves Pérel, professeur de cancérologie pédiatrique, propose de parfaire le processus d'information du patient et de sa famille en veillant à signaler la présence d'une tumeur cancéreuse avec psychologie.

Un suivi psychologique attentif de l'enfant ou de l'adolescent atteint par un cancer participe également à l'amélioration de sa prise en charge. Il permet de désamorcer le sentiment de culpabilité, de travailler sur l'estime de soi, de réapprendre à s'aimer malgré les stigmates de la maladie, d'accepter de nouveau le regard des autres. L'article signale que ce suivi devrait se poursuivre lors du retour dans le foyer familial car les besoins du patient outrepassent le temps de l'hospitalisation.

Une dernière piste à explorer consisterait à favoriser la présence des parents auprès de l'enfant malade, notamment en offrant la possibilité au père ou à la mère de cesser temporairement son activité. Des allocations existent, mais pourquoi ne pas envisager la mise en place d'un congé parental partiellement rémunéré ? Cette aide financière permettrait aux jeunes malades de compter sur la présence de leurs parents et aux parents d'accompagner au mieux leur enfant et de trouver les ressources nécessaires pour combattre la maladie. En effet, les familles des jeunes patients réclament elles aussi aide et soutien pour lutter contre le cancer.

2. Accompagner les familles

La première aide que requièrent les familles est une aide psychologique. Ce soutien doit permettre aux parents d'accepter une maladie qui paraît intolérable quand elle touche leur enfant. L'aide psychologique accompagne les parents lorsqu'il s'agit d'affronter la souffrance, la culpabilité, l'angoisse de l'enfant. Elle est aussi nécessaire pour endiguer les difficultés corollaires comme la fragilisation du couple ou la souffrance affective des frères et sœurs.

Les familles déplorent également la complexité des tâches administratives que génère l'annonce de la maladie. Il serait souhaitable de simplifier les procédures d'inscriptions dans les établissements scolaires, les universités, et de faciliter les aménagements d'emploi du temps.

Les familles dénoncent enfin la fermeture de certains centres spécialisés en pédiatrie. On peut citer à ce titre la fermeture des urgences pédiatriques de l'hôpital Saint-Vincent de Paul le 23 juillet 2010. Il serait, au contraire, nécessaire d'ouvrir davantage de centres spécialisés, notamment dans le traitement du cancer de l'enfant.

3. Donner l'envie de vivre

D'après les médecins, le cancer est une maladie dont l'évolution tient en partie à l'état psychologique du patient. Il est donc important d'apprendre à un enfant à vivre avec la maladie mais aussi à oublier qu'il est peut-être condamné.

Pour redonner l'envie de vivre, certains hôpitaux organisent des séances d'art-thérapie qui consistent à exploiter le dessin, la peinture, la musique dans une visée thérapeutique.

Il serait aussi envisageable d'aménager des lieux où l'enfant pourrait recevoir des amis, assister à des cours, regarder un film. Ces lieux seraient comme une parenthèse au sein même de l'hôpital.

Enfin, il est important pour l'enfant malade de continuer à imaginer l'avenir. Tout doit être mis en œuvre pour que l'enfant ne se sente pas différent, isolé, et qu'il puisse réintégrer une vie sociale normale à sa sortie de l'hôpital.

Il est essentiel de reconnaître la spécificité de la prise en charge du cancer juvénile pour deux raisons majeures. D'abord parce que c'est un cancer qui paraît plus scandaleux que celui de l'adulte et qu'il faut en tenir compte dans le suivi psychologique du malade et de sa famille. Ensuite parce que le taux de guérison est élevé et qu'il faut préparer le retour à une vie normale après la maladie. Ce qui doit déterminer la singularité de la prise en charge du cancer juvénile, c'est l'espoir de vie qu'il faut préserver.

SUJET 2 : LES FEMMES DE PLUS EN PLUS VICTIMES DU TABAC

Le tabagisme n'est plus l'apanage des hommes et a de plus en plus d'effets néfastes sur les femmes. En 2007, on dénombrait 66 500 décès liés au tabac en France (un peu plus de la moitié par cancer), dont 7 500 – et ce chiffre ne cesse de croître – dans la population féminine.

La mortalité par cancer du poumon chez celles-ci augmente depuis 1980 jusqu'à atteindre 12,8 pour 100 000 dans les années 2000 à 2007, note Catherine Hill, épidémiologiste à l'Institut Gustave-Roussy (IGR) dans le dernier *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH) de l'Institut de veille sanitaire (INVS), diffusé, lundi 31 mai, lors de la journée mondiale sans tabac. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) pointe les dangers que courent les fumeuses, notamment les plus jeunes.

Chez les 15-25 ans, les filles fument autant que les garçons

La mortalité par cancer du poumon chez les femmes de 40 ans a, en effet, été multipliée par quatre entre 1984 et 1999, ajoute le BEH. « *L'épidémie liée au tabagisme n'a pas encore atteint son point culminant chez les femmes en France*, prévient le docteur Anne-Laurence Le Faou, maître de conférences à l'université Paris-V, et praticienne hospitalière à l'hôpital Georges-Pompidou (Paris). *Il existe un décalage d'environ trente ans entre le moment où le tabagisme commence à se répandre et le moment où les conséquences pour la santé se font sentir. Le cancer du poumon sera sans doute la première cause de décès chez les femmes dans les années à venir.* »

« On observe une hausse de la mortalité de 6,9 % par an chez les femmes de 45 à 64 ans entre 1997 et 2007 », ajoute Catherine Hill. Les tabacologues sont unanimes : les femmes sont de plus en plus nombreuses en consultation.

À l'inverse, chez les hommes, le cancer du poumon, qui reste toutefois leur première cause de mortalité, a reculé à partir des années 1990. Il avait nettement progressé depuis les années 1950 pour atteindre un pic en 1993 (69,7 pour 100 000). La raison : les hommes ont réduit leur consommation. « Si, aujourd'hui, neuf morts sur dix liées au tabac concernent des hommes, il devrait y avoir une parité hommes-femmes dans vingt ou trente ans », prévient le professeur Bertrand Dautzenberg, pneumologue à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (Paris) et président de l'Office français de prévention du tabagisme (OFT).

« Il y a eu un tsunami de tabagisme féminin dans les années 1970 », pointe Serge Karsenty, sociologue au CNRS. Jusqu'alors, c'était mal vu, parfois même interdit... Puis, dans cette période d'émancipation, les femmes se sont mises à fumer. « Elles ont voulu faire comme les hommes, pour qui c'était alors un acte masculin, viril », constate le docteur Anne Borgne, addictologue, responsable du service de tabacologie, à l'hôpital Jean-Verdier de Bondy (Seine-Saint-Denis).

À partir de cette époque, désireuse de gagner des parts de marché, l'industrie du tabac a fait de la gent féminine une cible de choix et a tenté de banaliser le tabagisme. Tour à tour, elle a alors lancé sur le marché des cigarettes fines (ou slim), voire parfumées.

Aujourd'hui, si la consommation féminine de cigarettes est toujours moindre que celle des hommes, les écarts se resserrent. Le nombre de fumeurs réguliers (plus de dix cigarettes par jour) a baissé de 12 % en cinq ans pour atteindre 26,1 % en 2005 (11,8 millions de personnes), selon le baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), dont 29,7 % d'hommes et 22,6 % de femmes. Et si le tabagisme a aussi baissé chez les 15-25 ans, les filles fument désormais autant que les garçons. L'OMS insiste sur « la nécessité de protéger les jeunes des tactiques de l'industrie du tabac qui les attirent vers un produit qui les rendra dépendants à vie de la nicotine ».

« L'industrie a également visé les femmes, soucieuses de leur santé, en lançant les cigarettes light, tout aussi dangereuses, puis en faisant du paquet un accessoire de mode », explique Karine Gallopel, maître de conférences en marketing social à l'université Rennes-I.

Les journaux montrent souvent des femmes séductrices, belles, minces, cigarette aux lèvres. Or les jeunes veulent ressembler à leurs modèles. Un site Internet recense même les photos des plus célèbres fumeurs, et des groupes se sont créés sur Facebook. « L'industrie a tout fait pour inciter les adolescents à fumer. Or, le fait de commencer à fumer jeune accroît les risques », avertit le professeur Dautzenberg.

La bronchite chronique, futur fléau sanitaire ?

Toux grasse, crachats et essoufflement sont ses principaux symptômes. On croyait la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), maladie des poumons et des bronches, réservée aux hommes. Sur les 3,5 millions de cas en France, 40 % concernent désormais les femmes. C'est le message lancé, par le biais d'une campagne, par six pneumologues et le laboratoire AstraZeneca. Cette situation incomberait aux méfaits du tabac, supposés plus virulents chez les femmes. La BPCO est responsable de 16 000 décès par an en France. Le taux de mortalité a augmenté de 78 % chez les femmes de 1979 à 1999, et de 21 % chez les hommes. Selon l'OMS, la BPCO pourrait passer de la 6^e cause de mortalité dans le monde en 1990 à la 3^e cause en 2020.

L'impact de ce marketing est d'autant plus efficace que la peur d'une prise de poids est souvent un frein à l'arrêt du tabac, en particulier chez les femmes. Elles se disent pourtant attentives aux messages sanitaires alarmants, notamment dans les périodes de grossesse.

« Le décalage entre hommes et femmes s'explique aussi par des raisons pharmacologiques, explique le professeur Gilbert Lagrue, pionnier de la lutte antitabac, du centre de tabacologie de l'hôpital Albert Chenevier, à Créteil (Val-de-Marne). Les troubles anxio-dépressifs qui touchent plus les femmes, son plus souvent un facteur de tabagisme. Les femmes se servent souvent de la cigarette pour calmer leur stress. »

Pascale Santi

Le Monde du mardi 1^{er} juin 2010

➤ **Question 1.** – *Donnez un titre concis à cet article et précisez l'idée principale de ce texte.*

Méthodologie : donner un titre au texte est une consigne fréquente dans les sujets de concours. Le correcteur évalue votre capacité de synthèse (résumer en quelques mots le fil directeur du texte) et la précision lexicale des termes que vous allez choisir (maîtrise d'un vocabulaire cohérent, spécifique, adapté au sujet). N'hésitez pas à reprendre des mots employés dans le texte qui vous est soumis, notamment des mots figurant dans les premiers paragraphes qui annoncent le thème (ce dont on parle) et le propos (ce qu'on en dit) de l'article. Un bon titre doit résumer le thème et le propos en quelques mots. Il est d'ailleurs judicieux d'indiquer au correcteur, avec concision, les étapes de votre réflexion pour aboutir au titre choisi.

➤ **Question 2.** – *En vous appuyant sur le texte, énumérez les raisons du phénomène évoqué dans cet article.*

Méthodologie : le correcteur attend que vous meniez une analyse approfondie du texte pour n'y sélectionner que les informations pertinentes dans le cadre de la question. Vous ne devez pas vous contenter de résumer l'article. Par

ailleurs, votre correcteur appréciera que vous classiez les informations retenues en fonction des différentes raisons évoquées.

► **Question 3.** – « *Les journaux montrent souvent des femmes séductrices, belle, minces, cigarettes aux lèvres. Or, les jeunes veulent ressembler à leurs modèles.* » Pensez-vous que l'évolution de la représentation de la fumeuse peut jouer un rôle dans la lutte contre le tabac chez les jeunes filles ? Vous rédigerez un paragraphe argumenté d'une vingtaine de lignes.

→ Corrigés

QUESTION 1

La première phrase de l'article résume parfaitement l'idée principale du texte : depuis une trentaine d'années, on constate que le tabagisme touche de plus en plus de femmes et a de plus en plus d'effets néfastes sur la santé de la population féminine. Cet article pourrait s'intituler « Les femmes, de plus en plus victimes du tabac » ou « Le tabagisme touche de plus en plus la population féminine ».

QUESTION 2

L'article mentionne quatre raisons à l'augmentation de la consommation de tabac chez les femmes. La première raison relève d'un bouleversement de la société dans les années 1970. En effet, à cette époque de remise en cause des cadres de la société traditionnelle, les femmes s'émancipent et cherchent à égaler les hommes, à faire comme eux. La cigarette, jusqu'alors apanage masculin, devient un produit de consommation mixte.

L'industrie du tabac développe alors des tactiques de marketing pour attirer la clientèle féminine. La deuxième raison qui explique l'augmentation du tabagisme féminin est donc commerciale : les femmes puis les jeunes filles deviennent les cibles d'une industrie qui cherche à conquérir de nouveaux marchés. Les services marketing des grandes marques de cigarettes développent les concepts de « cigarettes light », travaillent le stylisme de leurs produits et créent des cigarettes parfumées pour séduire une clientèle féminine toujours plus large.

L'image positive de la femme fumeuse à la télé, au cinéma ou sur internet n'est pas non plus étrangère à l'augmentation de la consommation de tabac, notamment chez les jeunes femmes et les adolescentes en quête d'un modèle de féminité.

Enfin, certains tabacologues évoquent des raisons pharmacologiques à ce phénomène de tabagisme féminin : l'anxiété, le stress seraient des facteurs de tabagisme plus importants chez les femmes que chez les hommes.

QUESTION 3

Depuis quelques années, la représentation de la fumeuse a évolué au cinéma, à la télévision et dans la presse. Les jeunes femmes saines et sportives ont remplacé les fumeuses glamours des années 1950, Cameron Diaz a supplanté Marlène Dietrich. En France, la loi Évin, votée le 10 janvier 1991, interdit toute publicité pour le tabac dans les médias et favorise ainsi l'évolution des représentations et des mentalités.

En France, depuis le début des années 1990, les médias, télévision, cinéma ou presse, érigent la femme sportive, en pleine santé, au rang de modèle. La femme parfaite mange sainement, boit peu, ne fume pas et fait du sport. On est loin des icônes glamour, cigarettes aux lèvres, des fifties ou des sixties. Deux raisons expliquent cette évolution des représentations. Dès la fin des années 1930, certains médecins formulent des hypothèses quant à la nocivité du tabac et à son rôle d'agent pathogène, notamment pour le cancer du poumon. Ce n'est qu'au moment de la privatisation de la Seita, en 1994, que les pouvoirs publics font du recul du tabagisme une priorité en matière de santé publique. La loi Évin, loi qui vise à lutter contre le tabagisme, est votée en janvier 1991. L'article 3 de cette loi légifère l'interdiction de la promotion directe ou indirecte du tabac dans les médias. Dans l'esprit de la loi, cette interdiction vise à modérer tout processus d'identification du spectateur à un fumeur ou une fumeuse, et à faire évoluer les modèles que se forge la société. En ce sens, l'évolution des représentations de la fumeuse à la télévision, au cinéma ou dans la presse peut jouer un rôle dans la lutte contre le tabagisme chez les jeunes filles. Les pouvoirs publics soulignent d'ailleurs que le bilan de la loi Évin est positif, dix ans après sa promulgation. Citons ici le site officiel sante.gouv.fr : « En agissant à la fois sur la hausse des prix et la publicité, la loi Évin a permis une baisse significative de la consommation du tabac entre 1991 et 1997 (-11 %) ». Ce bilan permet cependant de constater une stagnation de la consommation de tabac depuis 1998. Le gouvernement a donc lancé en mai 1999 un nouveau plan de lutte contre le tabagisme dont l'un des axes est d'adopter une communication adaptée en direction de publics vulnérables, notamment les jeunes et les femmes. Preuve supplémentaire que les médias, moyens de communication par excellence, ont un rôle important à jouer dans la lutte contre le tabagisme des jeunes filles.

Santé et état sanitaire

SUJET 3 : PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Santé et état sanitaire

Environnement, travail, dépression : le patient en souffrance psychique doit être toujours considéré dans son milieu familial, social et professionnel. Ce sera au cœur de la journée de FMC en psychiatrie, qui réunira spécialistes et généralistes.

LA MÉDECINE générale et la psychiatrie sont deux spécialités qui reposent sur une approche globale de l'individu et prennent en compte l'impact d'éventuels facteurs environnementaux déstabilisants. Il apparaît capital que les médecins généralistes, premiers psychothérapeutes et premiers prescripteurs d'un médicament psychotrope, et les psychiatres puissent échanger sur leurs expériences et sur leur savoir-faire clinique. Or, les occasions de le faire sont rares, souligne le Pr Jean-Pierre Olié (hôpital Sainte-Anne, Paris). Ce sera le cas avec la 4^e Journée de formation médicale continue en psychiatrie, organisée le 5 décembre à l'hôpital Sainte-Anne en partenariat avec la revue « L'Encéphale » et avec le soutien de Pierre Fabre Médicament. Elle abordera les troubles dépressifs, les contextes dans lesquels ils surviennent ainsi que les outils cliniques et thérapeutiques.

La journée réunira donc des psychiatres et des généralistes, autour de trois questions : comment aider un adolescent en difficulté, quels sont les critères de choix d'un antidépresseur et quelles sont les conséquences de l'arrêt de travail pour le déprimé. Ce dernier thème est particulièrement d'actualité puisque les praticiens sont amenés à être plus attentifs à l'évolution de leurs patients sur leur lieu de travail et à collaborer avec le médecin du travail. En effet, l'influence de la pénibilité du travail sur la survenue de l'anxiété et de la dépression semble de plus en plus préoccupante dans les pays occidentaux. Il s'agit de la souffrance psychique provoquée par des conditions de travail stressantes, notamment par le manque de reconnaissance (le travailleur a besoin aussi d'une rétribution symbolique), par la charge importante de travail (burn-out) ou encore par la peur de commettre une erreur entraînant une appréciation péjorative. Selon l'OMS, la France se situe au troisième rang des pays où les dépres-

sions liées au travail sont les plus fréquentes, derrière l'Ukraine et les États-Unis. D'où l'intérêt majeur de développer la prévention primaire au sein du monde de travail et le dépistage précoce des troubles psychiques liés au travail.

Les pièges de l'arrêt de travail

La question de l'arrêt de travail pour état dépressif apparaît complexe, chaque patient représentant un cas particulier. L'arrêt de travail peut jouer un rôle protecteur en attendant les effets du traitement médical car maintenir au travail une personne déprimée n'ayant plus toutes ses capacités cognitives ne peut qu'aggraver le sentiment d'incapacité et, par là, la symptomatologie dépressive. À l'opposé, il existe des inconvénients à l'arrêt de travail : lorsque la reprise du travail pourrait être secondairement difficile pour le patient ou lorsque l'arrêt majore son isolement dans le cas où le travail demeure son seul investissement. En ce qui concerne le choix de l'antidépresseur, il convient de prendre en compte la sévérité, les caractéristiques cliniques de l'épisode, les antécédents de réponse favorable, mais aussi la comorbidité psychiatrique et la comorbidité somatique. Sans oublier d'expliquer au patient les bénéfices attendus et les limites éventuelles en présence des facteurs environnementaux dépressogènes ainsi que les effets secondaires possibles.

Quant au repérage de la souffrance dépressive chez l'adolescent par le médecin généraliste, il demande le juste niveau d'empathie et la disponibilité pour écouter un patient volontiers méfiant, en sachant que cette souffrance se manifeste à cet âge surtout par le repli sur soi ou des troubles de comportement, tels que les conduites à risque, l'irritabilité ou les troubles caractériels. Là encore, est soulignée la nécessité d'évaluer le retentissement des situations environnementales, parmi lesquelles figure le système éducatif avec un cursus uniformisé (savoir évoquer la dépression secondaire à la mauvaise qualité de l'insertion dans le cadre scolaire) et l'importance d'autres intervenants que sont les pédopsychiatres ou les psychiatres, les psychologues et les spécialistes de l'orientation scolaire.

LUDMILA COUTURIER

Conférence de presse organisée par les Laboratoires Pierre Fabre Médicament, avec la participation du Pr Jean-Pierre Olié (hôpital Saint-Anne, Paris), des Drs Frédéric Raffaitin (Paris) et Gérard Roussey (Paris) et de Xavier Azaïs (Pierre Fabre Médicament).

- **Question 1.** – *Après avoir lu le texte, énumérez et classez les facteurs environnementaux qui favorisent une souffrance psychique du patient.*
- **Question 2.** – *Dégagez les principales idées de ce texte (20 lignes).*
- **Question 3.** – *Au regard de l'actualité récente, pensez-vous que la société actuelle prenne suffisamment en compte la souffrance psychique ? Proposez un argumentaire construit et étayé par des exemples précis.*

→ Corrigés

QUESTION 1

Depuis quelques années, les médecins, les psychologues, les psychiatres s'intéressent aux facteurs environnementaux de la souffrance psychique. Le texte s'attache plus particulièrement aux facteurs liés aux domaines professionnels et scolaires.

1. Les facteurs environnementaux à risque dans le domaine professionnel

Dans le domaine professionnel, Ludmila Couturier retient quatre facteurs de la survenue d'une anxiété qui peut conduire à une souffrance psychique et à un état dépressif. La dégradation des conditions de travail serait en cause, plus particulièrement la pénibilité du métier, le manque de reconnaissance, une charge de travail trop importante et la peur de ne pas être suffisamment performant.

2. Les facteurs environnementaux à risque dans le domaine scolaire

Dans le domaine scolaire, le facteur primordial de l'état dépressif serait le sentiment de ne pas être parfaitement intégré au système scolaire. D'autres raisons ne sont guère esquissées dans l'article comme la pression familiale et sociale autour de la réussite scolaire.

QUESTION 2

L'article présente le programme de la 4^e journée de formation médicale continue en psychiatrie, qui devrait réunir les deux spécialités qui traitent la souffrance psychique, à savoir la médecine générale et la psychiatrie. Cette journée permettra aux médecins de réfléchir à l'impact des facteurs environnementaux sur la souffrance psychique autour de trois axes : l'aide à l'adolescent en difficulté, les critères de choix d'un antidépresseur, les conséquences d'un arrêt de travail pour état dépressif. La question est d'actualité. En effet, dans les pays occidentaux, les conditions de travail semblent se dégrader et sont de plus en plus souvent la cause d'une souffrance psychique et de l'apparition de symptômes dépressifs. La journaliste explicite dans une seconde partie de l'article les problématiques qui sous-tendent les trois grands axes de travail proposés pour la 4^e journée de FMC. En ce qui concerne l'arrêt de travail pour état dépressif, il faut distinguer le cas où il préserve le patient du cas où il peut menacer un équilibre psychologique précaire ou isoler une personne en souffrance. Pour le choix de l'antidépresseur, la rédactrice de l'article rappelle d'abord tous les facteurs qu'il faut prendre en compte avant d'établir une prescription : caractéristiques de l'épisode dépressif, antécédents, présence

d'autres troubles chez le patient, facteurs environnementaux. Elle pointe ensuite la question de l'importance de l'information du patient sur le médicament qu'il va prendre. Quant à la réflexion sur le repérage et la prise en charge de l'état dépressif chez l'adolescent, elle doit passer par une redéfinition de la posture du soignant, par la prise en compte des facteurs environnementaux et par une nécessaire collaboration avec les autres intervenants issus du monde scolaire ou du monde médical.

QUESTION 3

Entre janvier et septembre 2010, on comptabilise 23 suicides de salariés chez France Telecom depuis le début de l'année. Dans chacun de ces cas, la souffrance psychique liée aux mauvaises conditions de travail est à l'origine de la mort. Il a fallu attendre quelques années avant que la société ne s'émeuve de la stratégie de l'entreprise à l'égard de ses salariés. Actuellement, malgré l'indignation générale et le scandale qu'a déclenché cette vague de suicides, le groupe assure qu'il ne changera pas ses méthodes de management. La société actuelle cautionne de telles pratiques en ne les stigmatisant pas franchement. Il semblerait qu'on tienne de moins en moins compte du bien-être de l'individu dans le monde d'aujourd'hui gouverné par le profit et l'argent.

1. Défaillance de la prise en compte de la souffrance psychique liée au milieu scolaire

Les premiers symptômes de souffrance psychique liée à des facteurs environnementaux peuvent apparaître dès l'école maternelle. Dans le milieu scolaire, on déplore une défaillance de la prise en charge du mal-être de l'enfant ou de l'adolescent. D'abord parce que les enseignants ne sont pas formés au repérage de l'état dépressif de l'élève. Ensuite parce qu'il y a une pénurie du personnel médical dans les établissements. Le médecin scolaire a en charge quatre à cinq établissements, parfois plus. L'infirmière scolaire et l'assistante sociale travaillent sur des secteurs plus réduits de deux ou trois établissements mais elles ne peuvent assurer que des demi-journées de permanence dans chacun d'eux. Parfois, certaines écoles ou certains collèges n'ont ni infirmière ni assistante sociale, comme si des rencontres ponctuelles et déshumanisées suffisaient au suivi régulier des enfants mais des rencontres ponctuelles et déshumanisées. La majorité des élèves ne savent pas même à quoi ressemble leur médecin scolaire. Pourtant, c'est dans le milieu scolaire que se révèlent nombre de difficultés, de maladies et de malaises. La première défaillance de la société quant à la considération de la souffrance psychique survient à l'école.

2. Défaillance de la prise en compte de la souffrance psychique dans le domaine professionnel

Comme le souligne l'article de Ludmila Couturier, la prise en compte de la souffrance psychique est tout aussi défaillante dans le monde du travail. Les

réductions d'effectifs provoquent un surcroît de la charge de travail dans le privé comme dans le public. Les conditions de travail se dégradent et on s'inquiète de l'augmentation des troubles psychologiques générés par le stress. La médecine du travail est débordée. Quant aux directions des ressources humaines, elles sont, dans les faits, plus au service des entreprises que des salariés.

3. Survivance des préjugés sur la dépression

De manière générale, les préjugés sur la dépression ont la vie dure. Actuellement, dans les pays occidentaux, de nombreuses personnes, même touchées par un syndrome dépressif, refusent de reconnaître la dépression comme une maladie qu'il faut traiter. La société admet la souffrance physique mais continue de se défier de la souffrance psychique, moins concrète, moins bien définie. Ces préjugés participent du manque de considération du mal-être psychologique.

4. Défaillance de la prise en compte de la souffrance psychique dans le domaine médical

Le monde médical a d'ailleurs encore des progrès à faire en matière de prise en charge de la souffrance psychique. Certains médecins refusent parfois de délivrer un certificat médical pour un état dépressif passager. D'autres, au contraire, prescrivent des antidépresseurs sans exiger la mise en place d'un suivi psychologique. La souffrance psychique n'est pas davantage prise en compte dans les hôpitaux où on constate que l'aide psychologique aux patients fait gravement défaut.

On peut donc conclure que la société actuelle se préoccupe trop peu de la souffrance psychique des individus. En 2008, la France est devenue le premier pays au monde pour la consommation d'antidépresseurs. Cinq millions de Français y auraient recours occasionnellement ou non. Un bien triste record.

Système de santé

SUJET 4 : SANTÉ PUBLIQUE MAIS OÙ EST LE PROBLÈME ?

Par quel processus qualifie-t-on un problème comme étant de « santé publique » ? Cette qualification, comme la mise en œuvre d'une action publique, vont-elles de soi ? Non, répondent en chœur et en exemples les auteurs d'un ouvrage collectif (« Comment se construisent les problèmes de santé publique »).

La notion de « principe de précaution » a, entre autres facteurs, profondément modifié ces définitions, comme le souligne le livre dirigé par le philosophe Dominique Lecourt (« la Santé face au principe de précaution »).

L'ACTUALITÉ de la grippe A(H1N1) semble être un bon exemple de ce qu'une question de santé publique est aussi une construction sociale, soumise à des luttes de pouvoir. Le processus qui concourt à donner un caractère de plus en plus public aux problèmes de santé associés aux risques collectifs avérés ou potentiels est générateur de crises qui sont autant « *d'épreuves pour des autorités, des experts officiels, sommés de justifier les pouvoirs, compétences et légitimités qui leur sont attribués* », écrivent Claude Gilbert et Emmanuel Henry dans la préface de l'ouvrage collectif qu'ils ont dirigé.

Fruit de chercheurs de disciplines différentes (sociologie, sciences politiques, science de gestion, histoire, géographie sociale), cette réflexion tourne autour de trois questions : à quelles conditions et au cours de quels processus un problème est-il défini ou appréhendé comme un problème de santé publique, avec comme exemples principalement développés le risque des radiations ionisantes, de la téléphonie mobile ou des accidents de la route ? À quelles transformations sont soumises les définitions de problèmes de santé publique selon les espaces dans lesquels ils circulent, avec une analyse du saturnisme infantile, de l'épidémie de chikungunya à La Réunion et de la question des éthers de glycol ? Enfin, quelles influences ont les instruments sur la définition des problèmes, en prenant pour base la question du bruit urbain ou celle de la tremblante ovine.

Ces travaux de sociologie et de science politique, qui constituent autant d'aides précieuses pour comprendre la définition de ces problèmes dits de santé publique, leur place dans le débat public et leur gestion sociale, montrent bien que le processus conduisant une autorité publique à se saisir d'un problème est loin d'être la simple réponse à l'urgence d'un problème objectif.

Autrement dit, que la seule lecture naturalistique ne suffit pas, tant les problèmes ne s'imposent pas d'eux-mêmes aux acteurs publics selon leur gravité. En effet, un problème de santé publique est aussi une construction sociale et son émergence est ainsi le résultat de processus de mobilisation et d'action collective. Bref, de médiatisation.

Le traitement politique de l'incertitude. Dans le domaine de la santé, le principe de précaution participe ainsi largement « *de la mise en place d'un dispositif de gouvernement des menaces émergentes qui réorganise profondément le traitement politique de l'incertitude et en souligne certaines ambiguïtés* », analyse Claude-Olivier Doron dans le livre dirigé par Dominique Lecourt, numéro 3 des « Cahiers du centre Georges Canguilhem ».

Dans le même ouvrage, William Dab, ancien directeur général de la santé, montre en quoi le principe de précaution, au tout au moins une « *attitude de précaution* », peut constituer un levier intéressant pour développer une culture de santé publique, au sens d'approche populationnelle de la santé, qui ne soit pas une affaire de « *conformité réglementaire* » mais une manière « *d'évaluer les risques de façon professionnelle et de mettre en place des actions de maîtrise de ces risques* ».

Les réponses à ces questions sont loin d'être consensuelles, si l'on en juge par le caractère parfois houleux des débats du centre Canguilhem retranscrits dans cet ouvrage. Un point semble accorder tout le monde, néanmoins : comprendre les enjeux structurant l'action publique n'est pas sans importance, car, au bout du compte, selon la définition adoptée, selon les cadrages effectués, un certain nombre d'individus, plus ou moins nombreux, plus ou moins caractérisés, vont se trouver affectés par la mise en œuvre d'une politique de santé publique.

Dr CAROLINE MARTINEAU

« *Comment se construisent les problèmes de santé publique* », sous la direction de Claude Gilbert et Emmanuel Henry, *La Découverte/Pacte*, 300 pages, 25 euros.

« *La Santé face au principe de précaution* », sous la direction de Dominique Lecourt, « *Cahiers du centre Georges Canguilhem* » n° 3, Puf, 158 pages, 16 euros.

Le Monde du 12 janvier 2010

➤ **Question 1.** – À quel problème majeur de l'actualité sanitaire et sociale fait référence ce texte ?

➤ **Question 2.** – Dégagez les idées essentielles de cet article en une quinzaine de lignes.

➤ **Question 3.** – « *Entre régions en effet, les dépenses de santé par habitant varient de 26 %* ». Proposez des explications à ce constat statistique en vous aidant du texte et en convoquant des éléments de réflexion personnels.

→ Corrigés

QUESTION 1

Ce texte fait référence au déficit chronique de la CNAM (Caisse nationale d'assurance-maladie), qui participe à ce qu'on appelle familièrement le « trou de la Sécu ».

QUESTION 2

La CNAM (Caisse nationale d'assurance-maladie) a adressé aux partenaires sociaux de nouvelles propositions pour réaliser davantage d'économies à partir de 2011 et stabiliser son déficit. En effet, la CNAM est en déficit chronique et la crise économique a encore creusé le « trou de la Sécu ». L'une des pistes retenues par le président de la République pour redresser la barre est de diminuer les dépenses de santé en programmant une baisse du coût des produits de santé et des tarifs des professionnels. D'autres pistes sont à l'étude comme l'amélioration de la prescription et la lutte contre les fraudes. Des mesures structurelles ont également été mises en place ou sont à l'étude : révision des conditions d'accès au régime des affections de longue durée, aménagement d'arrêts de travail à temps partiel, baisse du coût de l'hôpital dans les dépenses publiques en favorisant l'hospitalisation à domicile, rémunération des établissements de soins à la performance, création d'un référentiel des meilleures pratiques médicales et économiques, encadrement des dépassements d'honoraires des orthodontistes.

QUESTION 3

En matière de dépenses de santé par habitant, des statistiques de la DREES (Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques) sont disponibles sur le site du ministère de la Santé et des Sports. Elles révèlent qu'un habitant de la région Île-de-France ou de la région PACA obtient des remboursements en moyenne 30 % supérieurs à ceux versés à un habitant du Limousin. Ces disparités entre région s'expliquent par divers déterminants.

1. Déterminants liés aux comportements des individus

Premier type de facteurs déterminants : les déterminants liés aux comportements et aux habitudes de consommation des individus. Le mode de vie influe sur la santé. Ainsi, le manque d'activité sportive, le stress, la malnutrition peuvent déclencher des problèmes cardiovasculaires. Le tabac ou l'alcool sont également à l'origine de phénomènes d'altération de la santé. Dans une région comme le Nord-Pas-de-Calais, les dépenses liées à la prise en charge de patients diabétiques ou cardiaques sont supérieures à la moyenne nationale. Cependant, dans le Nord, l'espérance de vie est moins élevée qu'en PACA où la prise en charge des seniors augmente les dépenses de santé.

2. Déterminants sociaux

Les facteurs sociaux expliquent également les disparités régionales en matière de dépenses de santé. En effet, dans certaines régions, les modes de vie ancestraux sont encore implantés, notamment chez les personnes âgées. Un vieil agriculteur du Cantal ne se déplace jamais pour aller consulter un médecin : ce n'est pas dans ses habitudes. Par ailleurs, les conditions économiques des foyers ont une grande influence sur les comportements. Une famille sans ressource n'a pas les moyens d'accéder à certains types de soin. Ce facteur socio-économique justifie les faibles dépenses de santé dans les régions les plus pauvres.

3. Déterminants liés à l'environnement

L'environnement joue lui aussi un rôle sur la santé. Les populations les plus exposées aux pollutions chimiques ou microbiologiques dépensent plus en matière de santé que les autres. Ainsi, en Île-de-France, les prises en charge pour des allergies ou de l'asthme sont plus importantes qu'ailleurs. Le stress et l'anxiété liés à l'environnement professionnel sont également facteurs de troubles de la santé.

4. Déterminants liés au système de santé

Enfin, le dernier facteur déterminant est lié aux offres du système de santé. La prise en charge médicale n'est pas la même partout. La région PACA est classée parmi les régions qui font dépenser le plus à l'assurance-maladie. Parallèlement, c'est dans cette région qu'on trouve le plus grand nombre de médecins spécialistes, de cliniques, de services de soins. À l'inverse, les défaillances du système de santé peuvent expliquer les moindres dépenses dans un département comme le Languedoc-Roussillon.

La disparité des dépenses de santé selon les régions s'explique par la conjonction de quatre facteurs déterminants : un facteur comportemental, un facteur socio-économique, un facteur environnemental, un facteur lié aux offres du système de santé. Dans le cadre d'une diminution des dépenses de la CNAM, les pouvoirs publics devraient faire attention à ne pas accentuer le déséquilibre entre les régions et veiller à maintenir des structures de soins de proximité.

Techniques médicales et déontologies

SUJET 5 : NEUROSCIENCES : JUSQU'OUÀ ALLER ?

Étudier le système nerveux et en particulier le cerveau débouche sur d'importantes applications médicales. Mais non sans la nécessité parallèle de réflexions éthiques, du fait des utilisations potentielles des neurosciences hors des laboratoires et du soin.

Neurosciences : jusqu'ouà aller ?

Les neurosciences permettent avant tout « *de mieux comprendre comment fonctionne notre cerveau, comment nous interagissons avec le monde, mais aussi de mieux appréhender les pathologies cérébrales et mentales ainsi que leur traitement* », indique Olivier Oullier, conseiller scientifique au Centre d'analyse stratégique et maître de conférence en neurosciences à l'Université de Provence. Cependant, parce que l'étude du cerveau est associée aux notions de pensée, de conscience ou d'identité personnelle, cette discipline occupe une place à part et nourrit inquiétudes et fantasmes. Le transfert des connaissances vers des usages autres que scientifiques et médicaux interroge sur ses limites et le type de régulation à mettre en place. « *N'oublions pas que, comme toutes sciences, celles du cerveau sont subjectives !* », rappelle Olivier Oullier. *De fait, extrapoler des données, interpréter des résultats pour une utilisation dans notre quotidien requiert une grande prudence.* » À cela s'ajoutent les conséquences potentielles sur la dignité, l'intégrité, la responsabilité, le libre arbitre des êtres humains.

Avancées spectaculaires, besoins considérables

Les techniques d'exploration du cerveau se trouvent à la source des progrès les plus récents et spectaculaires. Grâce notamment à l'IRM (1), il est aujourd'hui possible d'observer le cerveau vivant, tant au niveau de sa structure que de son activité (ex. : pendant une opération mentale ou en réponse à une stimulation). « *La neuro-imagerie a démontré ses capacités extraordinaires à s'adapter aux événements qui surviennent dans la vie de chacun*, souligne

Catherine Vidal, neurobiologiste et directrice de recherche à l'Institut Pasteur. *En raison de sa plasticité, notre cerveau évolue et se construit en fonction de l'apprentissage et de l'expérience vécue, à tous les âges de la vie. »*

Parallèlement, les progrès en imagerie ont généré des techniques médicales innovantes. Des milliers de parkinsoniens ont ainsi pu retrouver une certaine autonomie grâce à des électrodes directement implantées dans leur cerveau. « *L'IRM permet au neurochirurgien de guider son geste avec précision, lors d'une opération visant à ôter une tumeur par exemple* », ajoute Catherine Vidal. Plus largement, les enjeux des recherches en neurosciences sont considérable, à cause « *des immenses besoins en matière de santé et, plus précisément, de la nécessité de mieux comprendre et traiter les maladies neurologiques et psychiatriques* », explique Hervé Chneiweiss, neurobiologiste et neurologue, directeur d'un laboratoire de recherche à l'hôpital Sainte-Anne (Paris). Des affections très invalidantes (ex. : maladies neurodégénératives, Parkinson, Alzheimer, etc.), que le vieillissement de la population tend de plus en plus à accroître. « *L'ensemble de ces maladies représente aujourd'hui près d'un tiers des dépenses de santé*, précise Hervé Chneiweiss. *Nous devons donc aller plus loin dans la recherche et les connaissances sur le cerveau.* »

Valeurs mutualistes n° 266,
magazine des adhérents
de la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN).

- **Question 1.** – *Dégagez la problématique que soulève cet article.*
- **Question 2.** – *Dégagez la structure et résumez les idées essentielles de cet article en une quinzaine de lignes.*
- **Question 3.** – « *Sans freiner le nécessaire travail des scientifiques, il conviendrait "de mettre à jour les lois de bioéthique sans toutefois qu'il n'y ait un droit d'exception pour les neurosciences".* » Commentez ce point de vue en vous appuyant sur vos connaissances et vos réflexions personnelles.

→ Corrigés

QUESTION 1

Une problématique naît de la conjonction de deux thèses opposées. Dans cet article, l'idée que les neurosciences représentent l'avenir de la médecine s'oppose aux appréhensions que suscitent les nombreuses dérives de l'utilisation de ces techniques médicales innovantes. Ce qui est en jeu, c'est l'intégrité et la dignité de la personne humaine. La problématique soulevée par cet article est une problématique éthique : quelles limites fixer aux neurosciences pour qu'elles n'affectent pas l'intégrité et la liberté des hommes ?

QUESTION 2

L'article de Claire Reuillon débute par une courte introduction qui rappelle la mission des neurosciences mais aussi la problématique éthique qu'elles posent. En effet, les neurosciences qui cherchent à mieux connaître le fonctionnement du cerveau humain peuvent mettre en péril l'intégrité et la dignité humaines si elles sont mal employées. Le plan du texte est construit sur un modèle dialectique : thèse, antithèse, synthèse. Dans une première partie, l'auteur met en évidence les progrès médicaux réalisés, grâce aux neurosciences, dans la connaissance du cerveau et le traitement de certaines maladies neurologiques. Claire Reuillon évoque également le besoin croissant de la maîtrise des neurosciences en matière de santé. La deuxième partie développe les limites du formidable espoir que génèrent les neurosciences : éventuelles dérives, détournement des informations récoltées et utilisation dans un domaine non médical, neuromarketing, « dopage cognitif ». Ces dérives doivent encourager une réflexion éthique sur les applications des neurosciences. C'est l'objet de la dernière partie de l'article qui énumère des pistes en faveur d'une législation bioéthique plus adaptée aux avancées neuroscientifiques et qui prône une sensibilisation à l'éthique dans les filières de formation en neurosciences.

QUESTION 3

La notion d'éthique médicale est déjà présente dans le serment d'Hippocrate, rédigé en Grèce au IV^e siècle avant notre ère. Dans le courant des années 1960 se développe une nouvelle branche de l'éthique médicale : la bioéthique. Contrairement à l'éthique médicale traditionnelle, elle fait intervenir d'autres acteurs que les médecins et d'autres disciplines que la médecine. Philosophes, juristes, sociologues sont amenés à prendre position au sujet de cette nouvelle discipline qui engage une réflexion sur la dignité et la liberté humaines.

1. La nécessité de « mettre à jour les lois bioéthiques » sans « droit d'exception pour les neurosciences »

Dans les années 1980 et 1990, la bioéthique a connu un tournant avec l'exigence d'une inscription de ses principes dans le droit. En France, trois lois de bioéthique ont été adoptées en 1994 et révisées en 2004 sous la forme d'une loi unique, la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique. Cette loi concerne surtout l'assistance médicale à la procréation, la gestation pour autrui, le don de gamètes, les tests génétiques, l'utilisation du corps humain dans un but de recherche médicale, les prélèvements et greffes d'organes et de cellules. Elle institue également l'agence de biomédecine. Cependant, la loi 2004 ne légifère pas directement sur les neurosciences. C'est pour cette raison qu'Olivier Oullier parle d'une nécessaire mise à jour des lois en la matière.

2. Trouver le juste équilibre entre la protection des droits fondamentaux de la personne et l'avancée de la recherche médicale

Cette citation résume parfaitement l'enjeu de la loi bioéthique de 2011 : « Mettre à jour les lois de bioéthique » « sans freiner le nécessaire travail des scientifiques ». En d'autres termes, la loi de 2011 devra trouver le juste équilibre entre la protection des droits fondamentaux de la personne et l'avancée de la recherche médicale. Il ne s'agit pas de mettre un terme à la recherche neuroscientifique, mais d'encourager le développement d'une réflexion neuro-éthique qui distinguerait les applications bénéfiques des dérives.

Les enjeux de la réflexion bioéthique actuelle sont au cœur de cette citation du texte. En vue de la révision de la loi de 2004, il faut encourager une réflexion sur les neurosciences et les intégrer au texte législatif de 2011 afin de limiter leur portée sans entraver la recherche médicale.

Cadre de vie

SUJET 6 : LES ÉTATS-UNIS PRÊTS À AUTORISER UN SAUMON OGM

Du poisson génétiquement modifié va-t-il bientôt finir dans nos assiettes ? L'annonce, fin juin, par la presse américaine, que la Food and Drug Administration (FDA) s'apprêtait à autoriser la commercialisation d'un saumon (*Salmo salar*) transgénique, a replacé au centre de l'attention l'utilisation des techniques de transgénèse sur les espèces piscicoles.

Rien ne promet cependant aux poissons génétiquement modifiés le même succès commercial que celui obtenu, depuis deux décennies, par les OGM végétaux. Le saumon à croissance accélérée, dit AquaAdvantage, a pris un retard certain sur ces derniers : voilà près d'une décennie qu'AquaBounty, la société américano-canadienne à l'origine de son développement demande son autorisation de mise sur le marché. Quant à la première publication scientifique décrivant l'introduction, dans le génome de *Salmo salar*, d'un gène issu d'une autre espèce de salmonidés et codant une hormone de croissance, elle remonte... au début des années 1990.

L'idée semble pourtant prometteuse. Pourvu de ce gène, *Salmo salar* atteint sa taille de mise sur le marché deux fois plus vite un an et demi au lieu de trois. De plus, le mode de reproduction des poissons – les œufs, produits en grandes quantités, sont fécondés *ex vivo* – rend très simple la production de générations entières d'animaux pourvus du même trait.

Reste que le procédé ne fait pas l'unanimité : « *Depuis le temps que le saumon transgénique attend son autorisation, les méthodes de sélection classique ont permis d'obtenir des souches dont la croissance est déjà proche du double de celle des individus sauvages* », explique Marc Vandeputte, chercheur au groupement INRA-Ifremer d'amélioration génétique des poissons. *Pour ceux qui travaillent sur l'amélioration génétique des espèces piscicoles, la transgénèse est un domaine très marginal.* »

À l'occasion du 9^e Symposium International de génétique appliquée à l'aquaculture, organisé en 2006 à Montpellier, « *sur les 277 contributions scientifiques présentées, une seule était consacrée à la transgénèse* », illustre M. Vandeputte. L'intérêt de développer un saumon transgénique repose ainsi principalement sur la possibilité de protéger la souche par un brevet d'invention – chose impossible pour les souches issues de la sélection classique.

« Gène de Troie »

La contamination possible des souches sauvages par les lignées génétiquement modifiées est au cœur des préoccupations. Au début des années 2000, des travaux théoriques suggéraient qu'en s'échappant en pleine mer les individus transgéniques pourraient fragiliser leurs congénères sauvages en se reproduisant avec eux (théorie du « gène de Troie »).

Cependant, des expériences en milieu naturel simulé n'ont pas mis en évidence un avantage reproductif des poissons modifiés. *« Les constructions humaines destinées à améliorer une espèce sur un trait particulier ont peu de chance de succès dans la nature, estime François Bonhomme, chercheur à l'Institut des sciences de l'évolution (CNRS et université Montpellier-2) et spécialiste de génétique des populations de poissons. Dans le cas où les populations sauvages ne seraient pas submergées par un afflux de poissons transgéniques, il est très vraisemblable que ces derniers ne prendraient pas le dessus et que leur descendance éventuelle serait rapidement éliminée. Le véritable problème n'est pas génétique mais écologique, à travers les réservoirs de pathogènes que constituent les exploitations intensives et la pollution du milieu qu'elles engendrent. »*

En dépit de ces doutes le dossier déposé par AquaBounty et examiné par la FDA précise que le saumon AquAdvantage devrait n'être élevé qu'à terre, en bassins, et ne concernerait que des femelles stériles pour éviter toute contamination. *« Aujourd'hui, plus de 90 % de la production mondiale de saumon provient d'élevages en mer, où les poissons sont confinés dans des cages flottantes, explique M. Vandeputte. Je ne vois pas les grandes exploitations chiliennes ou norvégiennes changer leur mode de production pour se convertir au saumon génétiquement modifié. »*

L'acceptabilité, par les consommateurs, de ces animaux modifiés est un autre obstacle. Pour le biologiste Gilles-Eric Séralini, président du conseil scientifique du Comité de recherche et d'information indépendantes sur le génie génétique (Criigen), il sera en outre nécessaire de mener des tests toxicologiques pour s'assurer de l'innocuité de la chair du poisson OGM. *Son métabolisme étant modifié, il est possible que ses facultés d'accumuler certaines toxines dans son organisme soient différentes* dit M. Séralini.

D'autres expériences de transgénèse ont été menées sur le tilapia et sur la carpe, en Chine en particulier. Mais aucune de ces tentatives d'accélérer la croissance de ces animaux n'a, pour l'heure, abouti à une mise sur le marché. La récente propagation de pathologies mortelles dans de grandes exploitations – au Chili en particulier – ouvrira-t-elle de nouvelles voies à la transgénèse, par exemple pour développer des animaux résistants à certaines maladies ? *« Là encore, les méthodes de sélection classiques sont généralement efficaces, juge M. Vandeputte. Pour l'heure, la transgénèse sur le poisson ne permet pas d'obtenir de résultats impossibles à atteindre autrement, comme c'est le cas pour les plantes. »*

Stéphane Foucart

Le Monde du jeudi 8 juillet 2010

- **Question 1.** – À quelle problématique actuelle cet article fait-il référence ?
- **Question 2.** – Quels risques mentionnés dans l'article présente l'autorisation d'un saumon OGM ?
- **Question 3.** – Dans un développement argumenté, vous proposerez une analyse des dangers potentiels liés à la prolifération des OGM (Organismes génétiquement modifiés).

→ Corrigés

QUESTION 1

L'article de Stéphane Foucart, extrait du journal *Le Monde* du 8 juillet 2010, fait référence à une problématique qui alimente le débat public et politique depuis les années 1990 : faut-il autoriser ou non les OGM ? Dans ce texte, la question porte plus spécifiquement sur l'élevage et la commercialisation d'OGM animaux issus de la technique de la transgénèse, c'est-à-dire de l'insertion dans le génome existant de gènes étrangers à ce génome. Les organismes transgéniques sont très controversés car la modification du génome naturel soulève des problématiques écologiques, sanitaires et éthiques.

QUESTION 2

L'article de Stéphane Foucart mentionne trois risques liés à l'élevage et à la commercialisation d'un saumon OGM. Le premier est d'ordre génétique. Selon des travaux théoriques effectués au début des années 2000, les animaux transgéniques pourraient contaminer les saumons sauvages, ce qui aboutirait à une fragilisation de l'espèce (comme c'est le cas pour certains OGM végétaux). Des simulations récentes auraient cependant permis de conclure que les poissons génétiquement modifiés ne représentent un danger génétique pour les souches naturelles qu'en cas d'afflux massif. Le risque qui inquiète davantage les spécialistes est d'ordre écologique. Ils craignent que les exploitations intensives de poissons transgéniques ne deviennent des « réservoirs de pathogènes » et n'accentuent la pollution des milieux d'élevage (comme c'est déjà le cas pour la pisciculture intensive traditionnelle). Le troisième risque mentionné est d'ordre sanitaire. En effet, les tests toxicologiques permettant de s'assurer de l'innocuité du saumon transgénique sur l'organisme humain n'ont pas encore été réalisés.

QUESTION 3

À l'origine, dans les années 1970-1980, les OGM représentaient un formidable espoir pour la recherche médicale et le développement de la filière agroali-

mentaire. À l'époque, ces découvertes biotechnologiques apparaissaient comme des moyens novateurs de guérir des maladies incurables et de trouver un remède à la faim dans le monde en améliorant la résistance des plantes et des animaux et les rendements agricoles. Mais, de nos jours, l'autorisation, la culture et la commercialisation des OGM soulèvent de plus en plus de problèmes écologiques, sanitaires et éthiques.

1. La prolifération des OGM : un scandale écologique ?

• Contamination des espèces naturelles

L'article de Stéphane Foucart mentionne un risque écologique de « contamination possible des souches sauvages par les lignées génétiquement modifiées ». En effet, ces nouvelles techniques de transformation du génome menacent les espèces existantes par contamination. C'est le cas du maïs au Mexique. Depuis quelques années, les agriculteurs constatent que les plants transgéniques fécondent les souches naturelles et produisent des végétaux difformes, monstrueux et bien souvent stériles. Au Mexique, le risque se profile de voir disparaître peu à peu les souches saines au profit des plants transgéniques, moins féconds mais plus résistants.

• Changement physiologique des animaux

Parallèlement à la contamination des espèces végétales, certains scientifiques craignent que l'utilisation des OGM provoque un changement physiologique chez certains animaux. Green Peace a d'ailleurs fait paraître une liste noire des laits industriels provenant de vaches nourries aux OGM. Par ailleurs, des expériences de transgénèse menées sur des mammifères cherchent à créer des animaux physiologiquement parfaits, comme le saumon AquAdvantage ou la chèvre synthétisant du lait riche en principes médicamenteux. On ignore tout de l'évolution physiologique de ces animaux et des conséquences d'éventuels phénomènes de reproduction.

Les OGM représentent une importante menace écologique dans la mesure où ils contaminent les espèces naturelles et provoquent une grave modification des écosystèmes.

2. Les risques sanitaires

• Un danger toxicologique ?

Le deuxième risque que représentent les OGM est d'ordre sanitaire. Stéphane Foucart, dans son article du 8 juillet 2010 publié dans *Le Monde*, évoque une possible toxicité de certains OGM. En ce qui concerne les OGM végétaux, on n'est pas certain de leur innocuité dès lors qu'ils contiennent diverses substances encore mal étudiées comme des gènes pesticides. Quant aux OGM animaux, on connaît mal les conséquences d'une modification du métabolisme sur le taux de toxines contenues dans leur corps.

►

- **Des effets cancérogènes ?**

Certains scientifiques pointent par ailleurs du doigt certains effets néfastes des OGM sur l'organisme humain à plus long terme. Les OGM ne sont pas des cancérogènes avérés mais certaines voix s'élèvent dans la communauté scientifique pour exiger des tests plus approfondis sur un plus long terme. En effet, la méfiance croît à l'égard des gènes de résistance, de stérilité ou de production de protéines.

- **Les OGM, des modulateurs endocriniens**

Alarmés par des associations s'occupant de santé publique, des chercheurs étudient actuellement le rôle des OGM dans les dérèglements endocriniens. Depuis quelques années, les médecins sonnent l'alarme car ils rencontrent de plus en plus de pubertés précoces ou de problèmes thyroïdiens. Des études sont en cours mais là encore les OGM sont pointés du doigt.

Parallèlement aux dangers qu'ils représentent en matière d'écologie et de santé publique, les OGM posent problème sur le plan éthique.

3. Les problèmes en matière d'éthique

Les OGM constituent une difficulté en matière d'éthique pour deux raisons.

Premièrement, les OGM sont des organismes contre nature, artificiellement modifiés par l'homme. Ils posent donc la question de l'homme démiurge : l'homme a-t-il le droit de tout faire avec la nature au nom du progrès technique ? Quelles sont les limites qu'il faut fixer au progrès humain ?

Deuxièmement, les OGM ont, semble-t-il, été utilisés sans véritable respect du principe de précaution. La question éthique se pose ici plus concrètement : faut-il continuer à diffuser et à cultiver des produits génétiquement modifiés quand on ne maîtrise pas les conséquences qu'ils peuvent avoir sur l'environnement et la santé ? Nous revenons ainsi à la problématique de l'article de Stéphane Foucart : faut-il continuer à cultiver les OGM quand on ne connaît pas leur incidence à long terme sur l'organisme humain et leurs effets sur le monde qui nous entoure ?

Les OGM inquiètent de nombreux membres de la communauté scientifique internationale qui dénoncent leur incidence en matière d'écologie et de santé. Pourtant, les pouvoirs publics se montrent frileux quand il s'agit de mettre un terme à la culture des OGM. En effet, les produits génétiquement modifiés ou leurs dérivés représentent un enjeu économique majeur et le lobby des grands groupes agroalimentaires est puissant.

Dysfonctionnements sociaux

SUJET 7 : EMPLOIS SAISONNIERS : LES JEUNES CONCURRENCÉS PAR LEURS AÎNÉS

C'est une des conséquences de la crise : jeunes et moins jeunes se livrent une concurrence féroce sur les jobs d'été. Depuis longtemps déjà, la rivalité se fait sentir, mais *« il y a eu une vraie évolution avec la récession »*, fait observer Hervé Garnier, secrétaire national de la CFDT, qui a lancé, mardi 6 juillet, la onzième campagne confédérale en faveur des saisonniers. *« Depuis deux ans, nous rencontrons régulièrement des jeunes qui se plaignent de la concurrence de chômeurs plus âgés sur les jobs d'été. Et qui nous disent : "On a besoin de ces emplois pour payer nos études." »*

À Tours, où la CFDT a tenu son 47^e congrès du 7 au 11 juin, plusieurs jeunes sont venus faire état de leurs difficultés. *« Ils nous ont expliqué que les sociétés d'intérim n'avaient rien pour eux, car elles étaient sollicitées par des demandeurs d'emploi plus âgés et qu'elles privilégiaient l'expérience de ces derniers »*, se souvient M. Garnier. Ce témoignage corrobore celui d'un responsable de l'union régionale interprofessionnelle CFDT de Bretagne, qui voit depuis plusieurs mois des chômeurs de 45 ans et plus, indemnisés par Pôle emploi ou en fin de droits, écumer les salons de saisonniers. À l'en croire, *« ils sont prêts à accepter n'importe quoi pour travailler, et les entreprises leur prêtent une oreille attentive »*.

En Aquitaine, assure un autre cédétiste, les entreprises de services à la personne, sollicitées par des particuliers soucieux de faire entretenir leur jardin ou garder leur animal de compagnie pendant leurs congés, recrutent plus volontiers des adultes d'un certain âge. Parce que, disent-elles, ils arrivent à l'heure le matin et sont plus réguliers dans le travail.

Le travail saisonnier est difficile à quantifier. Deux secteurs d'activité y ont massivement recours : l'agriculture emploie 800 000 saisonniers par an pour 1,2 million de contrats signés, et l'hôtellerie-restauration avec près de 400 000 emplois, un chiffre *« probablement sous-estimé »*. Le secteur du thermalisme, la grande distribution ou encore l'animation et le sport y ont aussi régulièrement recours. La nature du contrat qui lie un travailleur saisonnier à

son employeur est peu précise : il s'agit d'un contrat de travail à durée déterminée (CDD), non assorti d'une indemnité de précarité d'emploi.

Avec 800 000 et 400 000 emplois par an, l'agriculture et l'hôtellerie-restauration ont massivement recours aux contrats saisonniers

La durée de travail varie beaucoup. « *L'agriculture emploie des saisonniers toute l'année. La saison la plus courte est celle du muguet, dans la semaine précédant le 1^{er} mai. La plus longue, celle des endiviers, dure huit à dix mois* », précise M. Garnier.

Dans d'autres secteurs, le flou est de rigueur. Dans les grandes surfaces des zones touristiques, qui multiplient souvent par quatre le nombre de leurs employés pendant la haute saison, la durée du travail est des plus approximatives. « *Les contrats proposés ne font aucune référence à une quelconque durée du travail. La règle, non écrite, est d'être disponible à la demande* », ajoute le secrétaire national.

La population des saisonniers est variée. Les professionnels hautement qualifiés, qui vivent de leur saison, à l'image des guides de haute montagne, y côtoient ces « précaires parmi les précaires », qui voient dans cette forme de travail l'occasion de compléter leurs revenus.

Pour entrer en contact avec ces travailleurs et pour pouvoir mieux prendre en compte leurs éventuels besoins, la CFDT a imaginé, il y a dix ans, de transformer en campagne nationale les rendez-vous réguliers que des militants venus de la Jeunesse ouvrière chrétienne (JOC) avaient mis sur pied avec les saisonniers dans les Pays de la Loire et en Bretagne.

Cette année, le bus de la confédération sillonnera 18 régions, dont la Corse pour la première fois. Lancée mardi, à Lille, l'opération, qui compte 42 étapes, va se dérouler dans le sens contraire des aiguilles d'une montre – il s'agit aussi d'échapper au Tour de France – et s'achever, début septembre, dans des stations thermales d'Auvergne. Elle peut être l'occasion de bonnes surprises.

Comme en Aquitaine où, en 2009, des salariés en contrat à durée indéterminée (CDI) étaient venus témoigner auprès de la CFDT du sort peu enviable qui était fait aux jeunes saisonniers dans leur propre entreprise.

Claire Guélaud

Le Monde du 7 juillet 2010

► **Question 1. –**

a) Définissez le terme « récession » qui apparaît dans le premier paragraphe de cet article.

b) Qu'est-ce qu'un emploi saisonnier ? Dans quels domaines d'activité y a-t-il le plus d'emplois saisonniers ?

Méthodologie : grâce à l'exercice de définition, le correcteur évalue votre maîtrise du vocabulaire courant, votre capacité à expliquer clairement le sens

d'un mot et votre compréhension globale du sujet traité dans l'article. Réfléchissez en vous aidant du texte qui vous est soumis, des différents emplois du mot dans la langue française, des synonymes et des antonymes que vous lui connaissez.

► **Question 2.** – *Quelle est la conséquence de la récession sur les emplois saisonniers en France évoquée dans cet article ?*

► **Question 3.** – *Peut-on dire que les emplois saisonniers sont des emplois précaires en France ?*

→ Corrigés

QUESTION 1

a) Le terme de « récession » employé dans le premier paragraphe de cet article appartient au champ lexical de l'économie. La récession économique (appelée aussi « crise économique ») désigne une phase de ralentissement, d'inflexion de l'activité et de la croissance économiques.

Remarque : ne pas confondre avec la dépression économique qui désigne la chute brutale de l'activité économique et du PIB d'un pays.

b) Un emploi saisonnier est un emploi à durée temporaire ou déterminée, appelé à se répéter chaque année en fonction du rythme des saisons ou des modes de vie collectifs. Les deux domaines d'activité qui génèrent le plus d'emplois saisonniers sont l'agriculture et l'hôtellerie-restauration (ou tourisme).

QUESTION 2

La conséquence de la crise économique sur les emplois saisonniers évoquée dans cet article est l'augmentation du recrutement de chômeurs pour des emplois saisonniers habituellement réservés à des étudiants. On constate, depuis deux ans, que de jeunes gens cherchant à payer leurs études et des demandeurs d'emplois plus âgés se livrent une concurrence acharnée pour obtenir des « jobs d'été ». En d'autres termes, la récession provoque une précarisation de l'emploi saisonnier, de plus en plus sollicité par des actifs qui recherchent un emploi.

QUESTION 3

L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) regroupe sous le terme « emploi précaire » tous les emplois qui ne sont pas des contrats à durée indéterminée à temps plein. En d'autres termes, sont considérés comme précaires les emplois à temps partiel, les emplois intérimaires, les contrats à durée déterminée, les contrats d'apprentissage, etc. Cette

définition autorise la classification des emplois saisonniers dans la catégorie des emplois précaires dans la mesure où ce sont des contrats à durée temporaire. Pourtant, le travailleur saisonnier ne touche aucune indemnité de précarité d'emploi, preuve s'il en est de l'imprécision de la frontière entre emploi saisonnier et emploi précaire.

L'article de Claire Guélaud nous invite à prendre en considération la variété de la population des saisonniers et à distinguer les étudiants en quête d'un « job d'été », les « professionnels hautement qualifiés » (guide de haute montagne par exemple) et les véritables travailleurs précaires, héritiers des travailleurs journaliers d'antan. Le « job d'été » permet à des jeunes qui ne sont pas encore entrés dans la vie active de gagner temporairement un salaire pour payer leurs études ou se faire de l'argent de poche. Ce type d'emploi saisonnier ne peut être considéré comme précaire car, par définition, un étudiant n'est pas encore un actif. Les emplois saisonniers qui exigent de hautes qualifications ne sont pas non plus des emplois précaires. En effet, les professionnels des secteurs concernés voient leur contrat reconduit d'une année sur l'autre et exercent un autre emploi le reste de l'année. Certains emplois saisonniers ne se laissent donc pas enfermer dans la catégorie des emplois précaires.

Reste que l'article de Claire Guélaud insiste sur une nouvelle forme de précarisation de l'emploi saisonnier. En effet, la crise économique actuelle pousse les actifs au chômage à concurrencer les jeunes en postulant pour des « jobs d'été ». Ces emplois, habituellement réservés aux jeunes gens, deviennent des emplois précaires dès lors qu'ils sont temporairement occupés par des actifs au chômage. En ce sens, on peut parler d'une précarisation de l'emploi saisonnier en France.

SUJET 8 : « JE VOUDRAIS POUVOIR TRAVAILLER PLUS, AVOIR UN PLEIN TEMPS »

Fouad Benyakoub est un travailleur. Un volontaire. À la Régie des quartiers du Puy-en-Velay (Haute-Loire), son employeur, on dit de ce technicien spécialisé dans l'entretien des espaces verts qu'il est « sérieux », « ponctuel » et qu'il a « toutes les qualités pour s'en sortir ».

Pourtant, à 38 ans, M. Benyakoub est dans « la galère ». Depuis plus de dix ans, il alterne CDD, missions intérimaires et périodes de chômage. De 2000 à 2001, il était brancardier à l'hôpital Emile-Roux. « Mon travail me plaisait. Les collègues m'estimaient. Ils pensaient que j'allais être embauché définitivement. Mais ça n'a pas été le cas... »

Après plusieurs mois de chômage, M. Benyakoub effectue diverses missions d'intérim et réalise un stage avec l'Association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA), dans le domaine de la plâtrerie-peinture. Il retrouve alors du travail, en CDD seulement.

Puis à nouveau, le chômage. *« C'est dur de trouver du travail, ici, en Haute-Loire, surtout dans le contexte actuel. Il faudrait sans doute partir... »* M. Benyakoub a bien envisagé cette solution. Mais pour le moment, il s'accroche à son poste à la Régie des quartiers.

Cet emploi, qu'il occupe depuis juillet 2009, est rémunéré 800 euros net pour 26 heures hebdomadaires, auxquels viennent s'ajouter 100 euros de revenu de solidarité active (RSA) et 60 euros d'allocation logement.

Début juin 2009, il se fait enregistrer à la Caisse d'allocations familiales. *« Ça a été plutôt rapide »* : dès le mois de juillet, il percevait ses premières allocations. *« Au début, je touchais 400 euros par mois en plus de mon salaire. Aujourd'hui, ce ne sont plus que 100 euros »*.

Pour M. Benyakoub, la question de l'éligibilité au RSA ne s'est pas posée. Son parcours professionnel saccadé et l'aide à l'orientation apportée par la Régie des quartiers lui ont permis de se reconnaître dans les bénéficiaires du nouveau dispositif. Néanmoins, il note un bémol de taille, par rapport au RMI dont il a pu bénéficier en 2003 : *« Avec le RMI, après quatre mois de travail, on touchait une prime de l'emploi. Avec le RSA, on n'y a plus droit. C'est dommage. Avec 900 euros par mois, il est difficile de vivre normalement »*.

Une fois toutes les charges payées, il me reste 300 euros pour faire les courses et pour les loisirs. Ce n'est pas suffisant. Je voudrais pouvoir travailler plus, avoir un temps plein, pouvoir faire un crédit, construire, faire comme tout le monde. »

« Avec 900 euros par mois, il est difficile de vivre normalement »

Mais à la Régie des quartiers, les contrats ne dépassent pas 26 heures hebdomadaires : *« Nous sommes un sas, pas une fin en soi. Notre but est d'aider les personnes à résoudre les problèmes qui les empêchent de travailler, pour ensuite se réinsérer tranquillement »*, explique Jean-Louis Bouilhol, président de la structure.

Or les demandes se multiplient, traduisant une précarisation inquiétante de la population.

À la CAF de Haute-Loire, 12 000 demandes d'inscription pour le RSA ont déjà été recensées, pour un département qui compte 220 000 habitants. On compte 4 400 bénéficiaires de droit, dont les 2 000 personnes anciennement bénéficiaires des minima sociaux (RMI/API) et 2 400 qui bénéficient du RSA « chapeau », venant en complément d'une activité professionnelle.

Pour la CAF de Haute-Loire, ces chiffres occasionnent une moyenne de paiement mensuel comprise entre 800 000 et 900 000 euros, en augmentation de 2 % à 3 % chaque mois. Et la tendance ne semble pas s'infléchir.

Entre les mois de mars et avril 2010, le volume des prestations versées a augmenté de 6 %. Un chiffre « atypique » selon la direction, dans l'attente d'explications plus précises.

Cédric Dedieu (Le Puy-en-Velay, correspondant)

Le Monde du 2 juin 2010

- **Question 1.** – *Présentez brièvement le texte.*
- **Question 2.** – *Commentez les chiffres mentionnés dans les trois derniers paragraphes du texte.*
- **Question 3.** – *Quelles sont les différentes aides mises en œuvre en France pour favoriser l'accès à l'emploi ?*

→ Corrigés

QUESTION 1

Ce texte extrait du journal *Le Monde* du 2 juin 2010 est un portrait. Le portrait est un genre journalistique. Il consiste à interviewer une personne sur un thème précis qui la concerne. On rédige ensuite un article qui mêle des informations biographiques sur la personne interrogée, des éléments explicatifs en rapport avec le thème choisi, des propos cités de l'interviewé et parfois une photographie. L'article de Cédric Dedieu mêle tous ces éléments. Il fait le portrait de Fouad Benyakoub, présenté comme un travailleur opiniâtre mais sous-employé. Le choix d'un tel profil permet au journaliste d'aborder un problème socio-économique d'actualité : la précarisation de la situation de certains actifs qui peinent à trouver un emploi stable et correctement rémunéré.

QUESTION 2

1. Une précarisation importante de la population en Haute-Loire

L'article de Cédric Dedieu souligne une précarisation de la population en s'appuyant sur les statistiques de la Caisse d'allocations familiales de Haute-Loire. L'un des rôles de la CAF est de prendre en charge les minima sociaux. Or l'article souligne qu'en Haute-Loire, la CAF a recensé 12 000 demandes d'inscriptions pour le RSA (Revenu de solidarité active), un complément financier pour les personnes dont les revenus sont limités. En d'autres termes, 5,5 % de la population de cette région ne parvient pas à subvenir à ses besoins quotidiens, soit une personne sur 20.

2. Une paupérisation liée à la précarisation de l'emploi

Le journaliste note que cette paupérisation d'une partie croissante de la population est liée à une précarisation de l'emploi. En effet, les statistiques qui figurent dans l'article indiquent que, parmi les bénéficiaires du RSA, plus de la moitié sont des travailleurs en activité qui touchent un complément de salaire (RSA « chapeau » ou RSA activité).

3. Une augmentation des situations précaires et des chiffres atypiques

Les chiffres indiquent en outre une augmentation des situations précaires puisque la CAF de Haute-Loire enregistre des hausses du montant des aides de 2 % à 3 % par mois. La CAF de cette région a même relevé une augmentation record de 6 % en mars et en avril 2010. Ces chiffres inhabituellement élevés témoignent d'une accélération de la précarisation d'une frange de la population en Haute-Loire.

QUESTION 3

L'article de Cédric Dedieu met en lumière une problématique sociale de premier ordre : face à une paupérisation et à une précarisation importantes de la population, quelles sont les mesures efficaces pour favoriser l'insertion par l'emploi ? Actuellement, l'État, les collectivités territoriales et le secteur privé proposent plusieurs types d'aides à l'insertion professionnelle. On distingue les mesures prises pour améliorer la formation professionnelle et les aides mises en place pour permettre aux demandeurs d'emplois de retrouver rapidement du travail.

1. Les aides à la formation des travailleurs et futurs travailleurs

Le premier type d'aides mis en place en France regroupe les mesures prises en faveur de la formation des jeunes et des travailleurs.

• Les aides à la formation des jeunes

Parmi les aides à la formation des jeunes, il faut d'abord citer le schéma national de l'orientation et de l'insertion professionnelle, présenté en mars 2007 et pensé pour accompagner les jeunes dans leur parcours de formation vers l'emploi. Ce rapport retient 28 mesures organisées en quatre axes : augmenter la qualification des jeunes, informer pour mieux orienter, rendre les parcours de formation plus cohérents et mieux adaptés, mobiliser les professionnels pour faciliter l'apprentissage d'un métier. Les principaux objectifs du schéma sont la réduction du nombre de jeunes sans qualification ou sans diplôme, la réduction du délai d'accès à l'emploi des jeunes et une plus grande diversité sociale dans les parcours de formation.

Dans cette perspective, les pouvoirs publics incitent les entreprises à accepter des contrats d'apprentissage ou de professionnalisation en leur proposant en contrepartie une exonération de certaines charges et cotisations. Ces contrats sont basés sur une alternance entre formation théorique et expérience du terrain afin d'améliorer la formation professionnelle des jeunes.

Enfin une commission sur la jeunesse travaille actuellement à des réformes de la politique en faveur des 16-25 ans, réformes qui verront le jour d'ici 2015. Les propositions retenues devront garantir à tous les jeunes qui quittent le système scolaire sans le bac une solution de réorientation rapide.

► **• Les aides à la formation des demandeurs d'emploi**

Parallèlement aux mesures prises pour améliorer la professionnalisation des jeunes, des aides existent pour favoriser la formation et la réinsertion professionnelle des demandeurs d'emploi. Ainsi, l'Agence nationale pour l'emploi propose un annuaire de centres de formation en relation avec les pôles emplois et des conseils pour bien choisir son parcours de réinsertion professionnelle dans le cadre du PPAE. Mis en place en 2008, le PPAE, Parcours personnalisé d'accès à l'emploi, est à la fois une aide financière et une aide à la réinsertion professionnelle qui a pour but de faciliter un retour dans le monde du travail dans les meilleurs délais et les meilleures conditions possibles. Le PPAE conjoint des bilans de compétences, des actions de formation et de reclassement.

Parallèlement aux aides à la formation, des mesures existent pour faciliter la réinsertion professionnelle des demandeurs d'emploi.

2. Les aides à la réinsertion professionnelle des demandeurs d'emploi

Il existe deux types d'aides à la réinsertion professionnelle des demandeurs d'emploi : les contrats de travail facilitant la réinsertion professionnelle et les compléments financiers de revenu.

• Les contrats de travail « passerelle » vers une réinsertion professionnelle

Le dispositif du Revenu minimum d'activité a disparu depuis le 1^{er} janvier 2010. Désormais il est remplacé par le CUI. Le Contrat unique d'insertion (CUI) qui remplace le Revenu minimum d'activité (RMA) et les « contrats aidés » font partie des mesures publiques prises pour promouvoir l'accès des demandeurs d'emploi au monde du travail et atténuer les effets de la sélectivité du marché. Contrairement au RMA qui concernait davantage les bénéficiaires des minima sociaux, le CUI s'adresse plus largement à tout demandeur d'emploi en difficulté. Le CUI est une aide financière apportée aux entreprises qui embauchent des travailleurs sans emploi. Cette aide est fixée localement par le Préfet et peut s'accompagner d'une exonération de charges sociales. En contrepartie, les entreprises concernées s'engagent à assurer l'insertion durable du salarié en contrat aidé. Elles doivent notamment mettre en place un système de tutorat et prendre en charge la formation du salarié ainsi qu'une aide à la recherche d'emploi. Par ailleurs, les entreprises présentent un bilan des actions menées en faveur de la réinsertion professionnelle. La durée de la convention CUI est limitée à 24 mois en contrat à durée indéterminée (même si certains CDD sont autorisés).

Le secteur privé propose, quant à lui, des structures correspondant aux critères de l'économie solidaire. Ces structures visent à associer économie et solidarité. Les régies de quartier, les entreprises d'insertion et certaines associations entrent dans ce type de dispositif. Les régies de quartier regroupent collecti-

►

► vités locales, logeurs sociaux et habitants d'un quartier. Ensemble, ils interviennent sur la gestion urbaine. La mission des régies est d'entretenir, d'embellir le quartier et de proposer des services à la personne. Cette mission se traduit par une activité économique qui favorise l'insertion sociale et professionnelle de personnes en situation de précarité. En effet, les régies embauchent généralement des demandeurs d'emploi du quartier.

Certaines associations ou entreprises d'insertion jouent un rôle presque identique en répondant à un besoin de l'économie locale par l'embauche de personnes en situation de précarité.

• Les compléments de revenu

En plus du CUI, les pouvoirs publics ont mis en place une aide financière pour les travailleurs pauvres ou les bénéficiaires des minima sociaux. Il s'agit du RSA (Revenu de solidarité active) qui remplace le RMI depuis 2007. Le RSA a été mis en place pour tenter de lutter contre l'exclusion. C'est une aide financière versée aux personnes en situation de précarité ou un complément de salaire (RSA activité) pour les actifs n'ayant pas un revenu suffisant.

En France, les efforts pour l'insertion ou la réinsertion professionnelle se concentrent autour de deux axes forts. D'une part, les pouvoirs publics cherchent à améliorer la formation des travailleurs et futurs travailleurs, à développer leurs compétences. D'autre part, des aides financières et des contrats de travail aménagés sont mis en place pour faciliter l'accès ou le retour à l'emploi. Reste que, d'après l'article de Cédric Dedieu, les efforts de simplification des démarches ne sont pas toujours favorables aux travailleurs en difficulté.

Enfant

SUJET 9 : L'HOSPITALISATION EXPLIQUÉE AUX ENFANTS

Les enfants appréhendent souvent les blouses blanches, que ce soit à l'hôpital ou en cabinet. « *Ça fait mal la piqûre ?* », « *Vous allez m'endormir* », « *C'est quoi une radio ?* », etc. Face à ces questions, les parents sont parfois démunis. Or, les conséquences peuvent être douloureuses pour l'enfant et sa famille, tant les premières fois déterminent les suivantes. Il faut prendre le temps de bien le préparer pour éviter d'éventuelles peurs, voire des phobies.

« *L'anesthésie et l'intervention chirurgicale sont parmi les événements les plus anxiogènes pour l'enfant à l'hôpital*, explique le docteur Didier Cohen-Salmon, psychothérapeute d'enfants et cofondateur de l'association Sparadrap, dans la revue *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, de mars. *Depuis des décennies, l'attention est attirée sur le stress émotionnel de l'enfant hospitalisé et sur le risque de le voir présenter des troubles psychologiques plus ou moins durables et sévères : anxiété préopératoire, réactions à l'induction anesthésique, agitation du réveil, modifications transitoires du comportement dans les suites opératoires, ainsi que des troubles plus durables* », poursuit le spécialiste. Après l'opération, « *les signes les plus courants sont l'anxiété de séparation, les colères, la peur des étrangers, les problèmes alimentaires, les cauchemars et l'énurésie* ».

« *De nombreuses données scientifiques ont bien montré les dangers potentiels de l'hospitalisation lorsqu'elle comporte une séparation* », souligne Sylvain Missonnier, psychanalyste et professeur de psychologie clinique de la périnatalité à l'université Paris-Descartes. Cela peut aller jusqu'à l'hospitalisme, un syndrome de régression mentale, très fréquent après-guerre, que développent des jeunes enfants séparés brusquement ou trop longtemps de leurs parents et hospitalisés pendant de longues périodes. Mais il faut se garder de généraliser. L'hospitalisation n'est pas forcément traumatique.

L'« Hôpital des nounours » a accueilli en 2009 plus de 10 000 enfants

Douleurs abdominales, troubles d'attention à l'école, troubles obsessionnels compulsifs (TOC) – comme un garçon qui range toutes ses voitures dans le même sens –, sont quelques cas relatés par des psychanalystes. Les parents ne font pas toujours le lien entre ces troubles et l'hospitalisation qui a eu lieu deux, cinq, voire huit ans auparavant... Sylvain Missonnier parle de « *consultations*

paratonnerres », d'un coup de foudre au moment de l'hospitalisation, qui resurgit en différé.

« Dans tous les cas, les enfants sont dépendants de leurs gardes du corps parentaux, de la façon dont ils gèrent les émotions, dont ils arrivent à anticiper ou non », explique M. Missonnier. Le psychanalyste, pour qui la banalisation est la grande ennemie, pose comme postulat qu'« un enfant, comme tout être humain, va être plus ou moins casanier. C'est-à-dire apprécier une certaine forme de prévisibilité. La façon dont les parents accompagnent leur enfant dans la nouveauté joue sur la capacité qu'aura l'enfant à anticiper ».

Les enfants ont une aptitude variable pour faire front à la complexité, à la séparation avec la mère, par exemple. « On reçoit encore des témoignages avec des prises en charge choquantes sur la douleur, ou sur la séparation avec les parents, à qui on ne permet pas toujours de dormir auprès de leurs enfants. Seuls 7 % des parents disent être admis en salle de réveil », regrette Françoise Galland directrice et cofondatrice de l'association Sparadrap. Dans tous les cas, il faut informer l'enfant et prendre soin de s'adapter à son histoire personnelle. Faute d'information, les enfants pensent que s'ils XXX pour les punir ou parce qu'ils ont été méchants. « Souvent, la douleur réveille des émotions comme la peur, la culpabilité, l'abandon, même chez les tout-petits ou les prématurés », souligne le docteur Cohen-Salmon.

De nombreuses initiatives sont prises pour améliorer leurs soins. L'association Sparadrap a pour but d'informer les familles, de prendre en charge la douleur, de favoriser la présence des parents.

« Il n'y a pas de petit ou de grand soin pour un enfant, et chaque situation peut être anxiogène à l'hôpital », constate Françoise Galland. Un bémol : l'État se désengage et les soutiens financiers sont de plus en plus difficiles à obtenir, déplore-t-elle.

Autre initiative, l'opération « Hôpital des nounours » vise à améliorer les relations entre soi XXX depuis sept ans, l'« Hôpital des nounours » a accueilli, en 2009, plus de 10 000 enfants, explique l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF). Des enfants d'une école parisienne sont venus, le 21 mai, à la faculté de médecine Pierre-et-Marie-Curie pour soigner... leur dou-dou malade. Ils déambulent dans les différents « services » pour faire examiner leur peluche par des étudiants, appelés « nounoursologues ». Une initiative qui peut modifier la vision que les enfants ont de l'hôpital.

Pascale Santi

Le Monde du mardi 22 juin 2010

► **Question 1.** – *Quel est le problème évoqué dans cet article ? Expliquez ce qu'est l'hospitalisme.*

Méthodologie : attention, le sujet de l'article n'est pas l'hospitalisme mais, plus généralement, le rapport de l'enfant à l'hospitalisation.

➤ **Question 2.** – *Quelles améliorations de l'accueil des enfants à l'hôpital sont envisagées dans cet article ?*

➤ **Question 3.** – *En vous appuyant sur les éléments développés dans le texte et sur une réflexion personnelle, vous réfléchirez au rôle que peut jouer un infirmier/une infirmière dans l'amélioration de l'accompagnement des enfants hospitalisés. Vous rédigerez un paragraphe construit et argumenté.*

→ Corrigés

QUESTION 1

Le problème évoqué dans cet article est l'appréhension que ressentent les enfants envers le monde médical et hospitalier, appréhension qui tourne parfois à la phobie et peut provoquer des troubles psychologiques durables, voire l'apparition d'un syndrome d'hospitalisme. L'hospitalisme est un « syndrome de régression mentale » qu'on observe chez certains enfants qui ont été hospitalisés. On observe ce syndrome chez des enfants séparés trop brusquement ou trop longtemps de leurs parents. L'hospitalisme se manifeste par des symptômes physiques (douleurs), des symptômes comportementaux (troubles obsessionnels compulsifs) ou des symptômes psychologiques.

QUESTION 2

Trois pistes sont envisagées pour améliorer l'accueil des enfants à l'hôpital. L'article souligne d'abord l'importance de la communication, de l'échange d'informations entre les équipes soignantes, les familles et les enfants hospitalisés. La journaliste évoque ensuite le combat de certaines associations pour accroître les temps de présence des parents auprès de leur enfant malade, en leur permettant notamment de dormir sur place et d'être admis en salle de réveil. Enfin, le dernier paragraphe du texte est consacré à une opération ludique qui a pour objectif de réconcilier les enfants avec l'hôpital et de prévenir les phobies et troubles liés à l'hospitalisation. À l'initiative de l'Association nationale des étudiants en médecine de France, de jeunes écoliers sont invités dans un hôpital pour faire examiner leur nounours. L'association espère ainsi modifier les représentations négatives qu'ont les enfants du monde hospitalier.

QUESTION 3

L'article R. 4311-2 du Code de la santé publique sur l'exercice de la profession d'infirmier précise que deux des objectifs des soins infirmiers sont de « protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes » et de « participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes (...) et d'accompagner,

en tant que de besoin, leur entourage ». Le personnel infirmier, constamment au contact des patients, a donc un rôle primordial à jouer dans l'accompagnement des enfants hospitalisés et de leur famille. En effet, dans la mesure où il dispense les soins quotidiens, il est l'interlocuteur privilégié de l'enfant malade et de son entourage. L'infirmier a également un rôle à jouer dans la modification des représentations que les enfants ont de l'hôpital.

1. Un rôle d'interlocuteur et d'informateur

Les infirmiers qui exécutent les ordonnances des médecins et s'occupent des soins quotidiens sont sans cesse en relation avec les patients. Ce sont les membres du personnel soignant les plus accessibles pour les personnes hospitalisées et leur entourage. Par conséquent, on les considère comme des interlocuteurs privilégiés, capables d'informer le malade et ses proches, d'expliquer les démarches thérapeutiques engagées. Afin d'améliorer l'accueil et l'accompagnement des enfants hospitalisés, ce rôle d'interlocuteur pourrait être renforcé en distinguant trois types de situations de communication : avec l'enfant hospitalisé, avec son entourage, avec les autres membres du personnel hospitalier.

• Avec l'enfant hospitalisé

Au vu des troubles qui peuvent apparaître chez de jeunes patients après une hospitalisation, il semble nécessaire de privilégier et de développer les situations de dialogues avec l'enfant hospitalisé. Ces échanges verbaux permettraient non seulement d'explicitier la nécessité de la mise en œuvre d'une démarche thérapeutique mais aussi de désamorcer les angoisses du jeune patient en détournant son attention par une conversation plus légère (concernant le nounours, l'école, les copains par exemple).

• Avec les parents

L'infirmier est également l'interlocuteur privilégié des parents. Or pour améliorer l'accueil et le séjour d'un enfant à l'hôpital, il est indispensable de rassurer les parents et de les conseiller afin qu'ils accompagnent au mieux leur enfant. En l'occurrence, l'infirmier peut autoriser les parents à assister à certains soins, commenter certaines prescriptions, les renseigner sur ce que ressent leur enfant et guider leurs gestes pour renouer rapidement des liens de tendresse.

• Avec les autres membres de l'équipe soignante

Enfin l'infirmier est le médiateur entre le jeune patient et le reste du personnel hospitalier. À ce titre, il est important qu'il soit particulièrement attentif et signale au reste de l'équipe soignante les peurs et les angoisses de l'enfant ainsi que l'apparition d'éventuels troubles.

Endosser le rôle d'interlocuteur privilégié de l'enfant hospitalisé et de sa famille, se charger de la médiation avec les autres membres de l'équipe médicale permettrait à l'infirmier d'améliorer les conditions d'accueil et de séjour des enfants à l'hôpital. Mais l'infirmier a également un rôle important à jouer

dans la modification des représentations négatives que les enfants se font de l'hôpital.

2. Un rôle à jouer dans la modification des représentations négatives que les enfants se font de l'hôpital

La plupart des peurs enfantines relatives au monde hospitalier proviennent de l'impression donnée par le personnel soignant. Afin de nouer des liens de confiance avec les enfants hospitalisés, l'infirmier doit adopter une posture accueillante, donner l'impression d'être présent et ne pas négliger l'importance du travail collectif.

• Une posture rassurante et accueillante

Le rôle de l'infirmier, lors de l'accueil du jeune malade puis lors des soins, est de tranquilliser l'enfant. L'amélioration des relations entre patient et soignant peut passer par une réflexion sur la posture à adopter face à un enfant hospitalisé. On préférera notamment le sourire et la persuasion à l'austérité et à la sévérité.

• Donner l'impression d'être présent

Par ailleurs, l'infirmier peut considérablement améliorer les conditions d'hospitalisation et de soins du jeune patient en donnant l'impression à l'enfant d'être présent. Étymologiquement, « être présent » signifie « se tenir devant, en avant ». Être présent pour un enfant hospitalisé, c'est, par exemple, passer de temps en temps le voir, parfois sans but thérapeutique, juste pour échanger quelques mots. Il s'agit ici de personnaliser le suivi du jeune patient afin qu'il se sente moins seul.

• Importance du travail collectif

Autre manière de personnaliser le suivi du jeune patient : accentuer le travail collectif. En effet, contrairement à un patient lambda qui peut se satisfaire d'un suivi uniquement thérapeutique, l'enfant hospitalisé a besoin d'un suivi à la fois thérapeutique, psychologique et humain. Travailler collectivement, échanger des impressions et des informations entre collègues, contribue à renforcer la cohérence de l'accompagnement du jeune patient et à lui donner une impression de stabilité.

L'infirmier est la personne que l'enfant côtoie le plus lorsqu'il est hospitalisé. C'est souvent le premier visage que le jeune patient aperçoit le matin et le dernier qu'il voit le soir. L'infirmier devrait travailler à être pour l'enfant un interlocuteur privilégié et une présence rassurante. Pour apprendre à endosser ce rôle, pourquoi ne pas envisager de s'investir dans des actions bénévoles comme « l'hôpital des nounours », mentionné dans l'article, ou « clowns à l'hôpital » ?

Famille

SUJET 10 : LA PLACE DE L'HOMME PENDANT LA GROSSESSE

C'était l'une des attractions phares du Salon Laval virtual, dédié à la réalité virtuelle, à la mi-avril. Grâce au simulateur de grossesse présenté par l'Institut de technologie de Kosaba, au Japon, les hommes pouvaient avoir la sensation, avec quand même beaucoup d'imagination, d'être « enceinte ». De son côté, l'institut national d'éducation pour la santé (INPES) vient de lancer, sur le même mode, une campagne d'information sur la contraception afin de sensibiliser les adolescents sur les risques et les conséquences d'une grossesse. Ne prendrait-on pas trop les hommes pour des femmes ? Quelle place ont-ils aujourd'hui face à la maternité ? Le Dr Alain Benoît, pédiatre à Châtenay-Malabry, animateur pendant plus de vingt ans de groupes de parole de pères et coauteur de l'ouvrage collectif « le Père, l'Homme et le Masculin en périnatalité » (Ed. Éres, 2003) livre des pistes de réflexion.

LE QUOTIDIEN – Que vous inspire la dernière campagne de communication sur la contraception, qui met en scène des jeunes hommes « enceintes » afin de mieux les impliquer sur cette question ?

Dr ALAIN BENOÎT – Il y a confusion de genre. Quel est l'intérêt de montrer des hommes qui portent un enfant ? Ce n'est pas la fonction d'un homme. Sur un plan historique, ce qui a changé ce n'est pas tant la place de l'homme que la structure du couple et le regard qui est posé sur l'enfant à naître. La contraception chimique a apporté des choses très positives pour les femmes : elles n'ont plus leur premier bébé à 18 ans, elles peuvent poursuivre leur carrière professionnelle... Mais elle induit l'idée que l'enfant serait le produit de nos envies et de notre désir. De la maîtrise de la contraception, on est passé à la folle pensée que l'on pourrait faire des enfants quand on veut. Ce qui est absolument faux. Aujourd'hui, on fait un bébé parce que c'est « le bon moment ». Et pour les jeunes couples, le bon moment dépend avant tout de données socio-économiques : on a trouvé la maison, on a acheté une voiture suffisamment grande. Exceptionnellement, ils répondent que le bon moment, c'est parce qu'ils estiment qu'ils ont rencontré le bon compagnon. Nous sommes en face de couples qui sont dans la maîtrise de beaucoup de choses mais qui ne laissent pas beaucoup de place à cet enfant. Je crois qu'il est important de redonner de l'humain à la venue du bébé et ce n'est pas en projetant les hommes dans une imagerie féminine que l'on va les aider à construire de l'humain. Ils ne peuvent être que perdus.

Qu'est-ce qui se joue dans la tête d'un homme pendant la grossesse ?

Ce sont des questions sans réponse. Une femme qui est enceinte fabrique du sentiment maternel très tôt. À l'heure actuelle, elle sait très vite quand elle est enceinte : une jeune femme qui fait une fausse couche à deux mois de grossesse dit qu'elle a perdu un bébé. Ce n'était pas le cas il y a cinquante ans. Aujourd'hui, on fait des accompagnements de deuil parce que le bébé est investi bien en amont.

L'homme peut-il se sentir père avant la naissance du bébé ?

Il ne peut pas prendre conscience de sa paternité parce qu'il n'y en a pas. J'ai coutume de dire qu'un homme ne peut pas être le père du ventre de sa compagne. Pour lui, la grossesse de sa femme est quelque chose de très mystérieux, même si, intellectuellement, il sait qu'il y a un bébé au bout. Les fantasmes des hommes pendant la grossesse tournent beaucoup plus autour d'une monstruosité que d'une réalité du bébé à venir. C'est une construction psychique type rêve. Et même s'il se met un coussin sur le ventre qui mime la grossesse, il ne touchera jamais rien de la paternité. Pendant la grossesse, l'homme a une approche très fragmentaire du bébé, par les échographies notamment. L'haptonomie lui montre qu'il peut y avoir une relation avec l'enfant. À la seule condition que sa compagne l'accepte. La paternité anténatale passe par le corps de la femme. Le premier soir où la femme. Le premier soir où la femme dit à son compagnon : « *Regarde, je sens que le bébé bouge* », l'homme met la main sur son ventre et... il ne sent rien. Il prend le merveilleux cadeau que lui fait sa femme, mais il ne sait pas quoi en faire. Le quotidien de l'homme pendant la grossesse, c'est d'essayer de se trouver une place, une place de compagnon au moment où sa femme vit un moment rare.

Pensez-vous que parler de papa avant l'heure de la naissance est un abus de langage ?

La nomination paternelle doit venir de la mère et du bébé, sinon elle est fautive. J'ai une amie échographiste qui m'a raconté une jolie histoire. Elle faisait une échographie de début de grossesse et, en voulant impliquer le compagnon, elle s'adresse à lui en disant : « *Il en pense quoi le papa ?* ». Le monsieur s'est retourné, ne comprenant pas qu'elle s'adressait à lui. Quelle violence pour un homme de s'entendre nommer papa alors que sa femme est à 12 semaines de grossesse !

LA PATERNITÉ SE JOUE APRÈS LA NAISSANCE

Les hommes sont-ils culpabilisés de ne pas ressentir ce que l'on espère d'eux ?

Je pense qu'ils culpabilisent plutôt de ne rien faire. L'homme va acheter des packs d'eau, il va se renseigner sur les meilleurs sièges auto ou sur les poussettes les plus évoluées. Il va aussi préparer la chambre du bébé. À l'heure actuelle, ce qui manque aux hommes dans la construction paternelle, c'est la transmission générationnelle. Nos pères n'ont pas du tout fait la même chose que nous tandis que les femmes ont toujours été enceintes de la même

manière. Il faut arrêter de se dire que tout se jouerait avant la naissance du bébé. Il y a des hommes qui, lors de la première grossesse, n'en perdent pas une miette et sont au courant de tout. Puis, pour le deuxième enfant, ils ne s'en mêlent plus, attitude qui provoque d'ailleurs l'inquiétude de leur femme. C'est qu'ils ont compris que ce qui se jouait dans la paternité, c'est après la naissance ; Pendant la grossesse, l'homme reste le compagnon de sa femme.

La présence du père à l'accouchement vous semble-t-elle nécessaire ?

Ça n'est en tout cas pas de l'ordre de la nécessité. Si le couple vit la grossesse ensemble, je dirais que la présence du père est naturelle. Mais il n'y a pas de nécessité biologique à ce qu'un père soit là. En salle de naissance, l'homme n'est ni acteur, ni spectateur, car assister à un accouchement n'est pas un spectacle. Et si l'homme a su accompagner sa femme pendant la grossesse, la maman va tout naturellement tourner son bébé vers lui, qu'il ait participé ou non à l'accouchement. C'est la nomination paternelle au bébé parla mère.

Pensez-vous qu'être père est une affaire biologique ?

Bien sûr que non. Nous n'avons aucun élément neurobiologique d'attachement avec le bébé, contrairement aux femmes. L'homme est obligé d'inventer. Devenir père ce n'est pas mater. L'homme doit être père sans se voir imposer une identification féminine. Les gestes de l'homme ne sont pas ceux de la mère. Les pères vont au parc, c'est vrai, mais comme des papas. Il ne faut pas mélanger les genres. Le bébé grandira bien s'il a un papa et une maman qui sont un homme et une femme. La paternité se fait dans un temps qui n'est pas celui de la maternité. La femme tombe enceinte, accouche. La temporalité est différente, le mode est différent : l'homme ne met rien en jeu de son corps. Il suffit d'être à côté de sa femme enceinte pour faire la preuve de sa paternité même si l'enfant n'est pas de soi.

Propos recueillis par Stéphanie Hasendahl

Le Quotidien du Médecin

*L'enquête a donné lieu à un ouvrage publié dans la collection « Sciences sociales et sida » de l'ANRS.

*BD signée Pef avec Hélène Bruller (Glénat, 2001).

➤ **Question 1.** – *Quelle définition singulière de la paternité peut-on dégager de cet article ?*

➤ **Question 2.** – *Présentez les principales idées de cet article ; votre réponse doit être structurée et ne pas dépasser une quinzaine de lignes.*

➤ **Question 3.** – *Lorsque le journaliste lui demande ce qu'il pense de la dernière campagne de communication sur la contraception, le Dr Alain Benoît expose un point de vue très critique en soulignant une « confusion des genres ». Commentez et discutez cet avis dans un développement argumenté d'une vingtaine de lignes.*

→ Corrigés

QUESTION 1

La définition traditionnelle de la paternité est à la fois biologique et juridique. Sur le plan biologique, la paternité désigne l'état, la qualité de celui qui a engendré un enfant. Le mot paternité désigne également le lien juridique qui unit un père et son enfant (naturel ou adopté). L'article retient et développe un troisième sens du mot : la paternité est le sentiment d'être père. D'après le docteur Alain Benoît, être père, ce n'est pas seulement avoir un lien biologique avec l'enfant, c'est surtout construire une relation singulière avec lui, différente de celle vécue avec la mère.

QUESTION 2

La question de la place de l'homme pendant la grossesse de sa compagne et la définition de la paternité constituent la problématique qui sous-tend cet entretien avec le Dr Alain Benoît. Le pédiatre souligne, dans un premier temps, que ce n'est pas tant le rôle de l'homme que la structure du couple et le rapport à la parentalité qui ont nettement évolué. Les principaux facteurs de cette évolution sont la contraception, le changement du statut professionnel des femmes et les nouvelles représentations sociales qui génèrent une volonté de maîtrise de la procréation et laissent peu de place à la venue sereine d'un bébé. L'homme doit donc se reconstruire une place dans ce nouveau cadre familial. Or l'homme ne peut pas vivre la venue d'un enfant sur le même mode que sa compagne. Pour une femme, le sentiment maternel se développe en général dès l'annonce de sa grossesse. Pour un homme, la prise de conscience de la paternité est plus tardive parce qu'elle ne passe pas par un ressenti corporel. Le Dr Alain Benoît insiste d'ailleurs sur le fait que l'homme joue en général un rôle de compagnon et non de père pendant la grossesse. Le sentiment de paternité se développe après la naissance. Et le Dr Alain Benoît de conclure que le lien biologique du père et de l'enfant ne suffit pas à définir la paternité. Selon lui, la paternité se vit sur un mode très différent de la maternité et relève essentiellement de la construction de sentiments et de relations avec l'enfant.

QUESTION 3

Les campagnes publicitaires diffusées à la demande des pouvoirs publics cherchent de plus en plus à choquer pour provoquer une réaction violente du spectateur ou de l'auditeur. Ainsi les dernières campagnes anti-tabac n'hésitent pas à jouer sur les idées de manipulation et d'intrusion dans l'univers intime des jeunes et les spots publicitaires pour la sécurité routière montrent des accidentés sur leur lit d'hôpital. La campagne en faveur de la contraception a été conçue, elle aussi, pour créer un malaise dans les esprits des jeunes hommes, ferment nécessaire à une prise de conscience des conséquences d'un rap-

port non protégé. Le Dr Alain Benoît, en dénonçant une « confusion des genres », met en doute l'efficacité de ce spot publicitaire qui n'est pourtant pas passé inaperçu. En réalité, lorsque le pédiatre évoque une « confusion des genres », c'est pour mettre en garde les lecteurs contre l'idée qu'un homme vivrait sa paternité de la même manière qu'une femme vit sa maternité. Or, ce qui est en jeu dans le spot publicitaire sur la contraception, ce ne sont pas les notions de maternité et de paternité, mais bien la notion de responsabilité.

1. Une « confusion des genres » inefficace

Le Dr Alain Benoît est extrêmement critique à l'égard des spots publicitaires en faveur de la contraception. L'un met en scène un jeune homme à qui on annonce sa grossesse, l'autre montre ce même jeune homme en salle d'accouchement. Pour le Dr Alain Benoît, spécialiste de la construction du sentiment de paternité, ces deux spots sont sans intérêt. Le pédiatre dénonce une « confusion des genres » entre le féminin et le masculin. C'est en effet une lecture critique possible de cette campagne publicitaire. Le renversement des rôles est contre-performant car un homme ne peut véritablement concevoir ce que sont le sentiment de maternité et le fait d'être enceinte.

Cependant, ce clip ne s'adresse pas réellement à de futurs parents. Ces cibles sont des adolescents ou de jeunes adultes qu'il faut convaincre d'utiliser des moyens contraceptifs afin d'éviter la transmission de MST ou les grossesses non désirées. Ce qui est en jeu n'est pas la construction de la figure paternelle mais la nécessité de responsabiliser les jeunes qui vivent leurs premières expériences sexuelles.

2. Au-delà de la « confusion des genres », l'enjeu de la responsabilisation

En ce sens, les filles et les garçons sont égaux face à la question de la responsabilité. Il n'y a pas de « genres » en matière d'obligation morale. Le spot publicitaire en faveur de la contraception ne cherche pas à faire ressentir à l'homme ce que c'est qu'être une femme et une mère. Ce n'est pas là que se joue l'identification. La force de la mise en scène provient davantage de son caractère volontairement provocateur et de la brève perte de repères qu'elle cherche à susciter chez le spectateur. Le jeune homme sait très bien qu'il ne portera jamais un enfant mais, l'espace d'un instant, il appréhende les conséquences d'un acte irréfléchi.

En conclusion, l'enjeu de ce spot publicitaire ne s'inscrit pas dans la problématique de la définition de la paternité dans la mesure où ce spot encourage les jeunes à ne pas devenir parents trop vite et sans l'avoir décidé. Il est donc difficile d'y voir une « confusion des genres » car, en matière de responsabilité, femmes et hommes devraient être égaux.

SUJET 11 : L'HOMOPARENTALITÉ

Ils ont grandi dans un monde où l'homosexualité n'était plus un délit, ils peuvent s'unir en toute légalité depuis la création du pacte civil de solidarité (pacs), mais il leur reste encore un univers à conquérir, celui de la parentalité. Alors que, dans les années 1970 et 1980, la plupart des couples homosexuels s'interdisaient de fonder une famille, ceux qui se forment aujourd'hui rêvent de devenir parents. Ils étaient des centaines de milliers à le dire, samedi 26 juin, lors de la Marche des fiertés, qui a demandé, comme tous les ans, la reconnaissance juridique des familles homoparentales.

Forgé en 1997 par l'Association des parents et futurs parents gays et lesbiens (APGL), le terme d'« homoparentalité » est entré dans Le Robert en 2002. Ce mot désigne à la fois les lesbiennes qui partent en Belgique pratiquer des inséminations artificielles avec donneur, les gays qui reviennent des États-Unis avec des enfants nés de mères porteuses ou les homosexuels qui adoptent des bébés en passant sous silence leur vie de couple. Il fait également référence aux « coparentalités », ces couples d'hommes et de femmes qui s'associent pour élever à quatre leurs enfants.

De 24 000 à 250 000 enfants concernés Combien d'enfants sont aujourd'hui concernés par l'homoparentalité ? Nul ne le sait avec précision puisque la question n'est jamais directement posée dans les enquêtes. En 2005, Patrick Festy, de l'Institut national des études démographiques (INED), aboutissait à un chiffre allant de 24 000 à 40 000 enfants, mais il ne prenait en compte que ceux qui vivaient avec un couple de même sexe dans le même logement. L'Association des parents et futurs parents gays et les biens arrive, elle, au chiffre de 250 000 enfants en se fondant notamment sur un sondage réalisé par le magazine *Têtu* en 1997.

Ces familles homoparentales qui essaient depuis une vingtaine d'années dans l'ensemble de l'Europe ne font pas l'unanimité. Pour la philosophe Sylviane Agacinski ou le psychanalyste Jean-Pierre Winter, l'« homoparenté » efface un principe essentiel qui gouverne la filiation depuis toujours : la différence des sexes. « *Qu'est-ce qui différencie un couple homosexuel d'un couple hétérosexuel ?*, résume ainsi M. Winter dans *Homoparenté* (Albin Michel, 224 p. 18 euros). *C'est le déni de ce qu'il a fallu la différence des sexes pour faire un enfant.* »

Les partisans de l'homoparentalité leur opposent les études effectuées sur le devenir des enfants nés dans des familles homoparentales. Lors d'un débat organisé en 2007 à l'École des hautes études en sciences sociales, Olivier Vécho, maître de conférences en psychologie à Paris-X, avait analysé 44 recherches sur ce sujet, effectuées pour moitié en Europe, pour moitié aux États-Unis et au Canada. « *Les conclusions de ces travaux sont loin d'être alarmistes. Ils ne vont ni mieux ni moins bien que les autres* », concluait-il.

Identité sexuée solide Ces études conduites auprès d'enfants, d'adolescents mais aussi d'adultes montrent que les personnes élevées dans des familles homoparentales ne deviennent pas plus souvent homosexuelles que les autres, que leur iden-

tité sexuée est aussi solide que celle des autres et que leurs comportements sexuels – Ont-ils des amis filles ou garçons ? Choisissent-ils des jeux associés au féminin ou au masculin ? – sont semblables à ceux des autres. En revanche, ces enfants affichent parfois une certaine inquiétude face au regard d'autrui.

Leur situation n'est pas toujours confortable, y compris aux yeux de la loi. Dans les familles homoparentales, l'un des parents est reconnu par le droit : c'est le cas, par exemple, de la mère qui a porté l'enfant en cas d'insémination artificielle, du père qui a donné son sperme en cas de gestation pour autrui ou du parent qui a fait les démarches en cas d'adoption. Leurs compagnons ou leurs compagnes n'ont, en revanche, aucune existence juridique : aux yeux de la loi, ils n'ont aucun lien avec l'enfant.

Pour Vincent Loiseau, le porte-parole de l'Interassociative lesbienne, gaie, bi et trans (Inter-LGBT), qui organise tous les ans la Marche des fiertés, cet effacement du « parent social » est contraire à l'intérêt de l'enfant. *« Aux yeux du droit, l'un des deux parents ne peut pas inscrire son fils ou sa fille à la crèche, autoriser une opération chirurgicale, choisir son école ou partir en vacances à l'étranger avec lui. Si le parent légal décède ou si le couple se sépare, la situation peut devenir dramatique : il peut perdre de vue cet enfant qu'il considère pourtant comme le sien. »*

Insécurité juridique et débat politique Pour pallier ces difficultés, Ségolène Royal, alors ministre de la famille du gouvernement Jospin, a, en 2002, inventé les délégations-partages de l'autorité parentale. Ce texte ne crée aucun lien de filiation entre l'enfant et son « second parent », mais il prend acte des relations qui se tissent, jour après jour, au sein de ces nouvelles familles. Choix éducatifs, voyages à l'étranger, autorisations médicales : le juge peut désormais partager l'exercice de l'autorité parentale entre le parent légal et son compagnon ou sa compagne. *« Cette loi n'est qu'un premier pas, mais elle constitue une réelle avancée »*, souligne le porte-parole de l'APGL, Philippe Rollandin.

Le partage de l'autorité parentale a cependant ses limites : il prend fin au 18^e anniversaire de l'enfant et il ne permet de transmettre ni son nom ni ses biens. Le texte de 2002 est en outre très diversement appliqué par la justice. *« La plupart des demandes finissent par aboutir, mais certains juges demeurent très réticents : ils refusent les requêtes sans raison, parfois par simple méconnaissance de la loi, souligne l'avocate Caroline Mécaray. Cette insécurité juridique n'est pas acceptable. »*

Une réforme enterrée Pour faciliter la vie quotidienne de ces nouvelles constellations familiales, Nicolas Sarkozy avait donc promis, pendant la campagne électorale, de créer un statut pour tous les « tiers » qui accompagnent la vie d'un enfant – beaux-parents ou homoparents. *« Qui peut nier la réalité des liens affectifs qui peuvent se créer entre un enfant et le conjoint de son parent biologique ?* interrogeait-il en février 2009. *Je souhaite reconnaître ces liens particuliers par la création d'un statut des beaux-parents et, plus largement, des tiers qui vivent au domicile d'enfants dont ils ne sont pas les parents ».*

Le projet de loi présenté un an plus tard par la secrétaire d'État à la famille, Nadine Morano, se contentait de simplifier les procédures de partage de l'autorité parentale, mais il a déclenché un véritable tollé au sein de la majorité : Christine Boutin, alors ministre du logement, avait vivement dénoncé cette « *reconnaissance détournée* » de l'homoparentalité. Pour désamorcer la grogne des députés, le gouvernement avait été obligé de confier une mission de conciliation à Jean Leonetti (UMP, Alpes-Maritimes).

Que deviendra ce texte ? Le secrétariat d'État à la famille affirme que le projet n'est pas abandonné mais que, en raison de l'embouteillage législatif, il ne sera sans doute pas présenté en conseil des ministres avant... fin 2011. « *En réalité, il est enterré*, regrette Philippe Rollandin. *Ni le gouvernement ni l'Élysée ne souhaitent qu'il sorte. Ils ont fait une croix dessus.* » Ce débat pourrait cependant ressurgir pendant la campagne présidentielle de 2012 : le Parti socialiste s'est en effet engagé à ouvrir le mariage et l'adoption aux couples homosexuels.

Anne Chemin

Le Monde du 29 juin 2010

➤ **Question 1.** – *Donnez un titre concis à ce texte.*

➤ **Question 2.** – *Dégagez les principales idées sous forme de phrases rédigées (20 lignes).*

Méthodologie : en général, les questions posées par le jury sur un texte sont étroitement liées. C'est le cas dans ce sujet : la question 2 vous incite à développer votre première réponse en analysant attentivement les grandes idées et les articulations du texte. Appuyez-vous sur les titres apparents, les paragraphes et les liens logiques qui charpentent le texte et vous donnent des indices sur sa structure.

➤ **Question 3.** – *En vous appuyant précisément sur le texte, vous mettez en avant les problématiques soulevées aujourd'hui par l'homoparentalité.*

➔ Corrigés

QUESTION 1

Le thème de cet article est l'homoparentalité qui désigne toutes les situations familiales dans lesquelles un adulte se déclarant homosexuel est le parent d'un ou de plusieurs enfants. Dans cet article, la journaliste s'intéresse plus particulièrement à la « reconnaissance juridique » de l'homoparentalité. Elle dresse un bilan des récentes études, des dernières avancées juridiques, des débats en cours en matière d'homoparentalité. Cet article pourrait donc s'intituler : « Où en est-on de la reconnaissance juridique de l'homoparentalité ? »

QUESTION 2

Dans cet article, la journaliste Anne Chemin part d'un constat : dans notre société, l'homosexualité est désormais acceptée, légalement reconnue grâce au PACS. Il reste cependant un territoire à conquérir pour les couples homosexuels, celui de la reconnaissance juridique de l'homoparentalité. Selon des enquêtes et des sondages récents, entre 24 000 et 250 000 enfants grandiraient au sein d'une famille homoparentale. Même si certains spécialistes de la psyché portent un jugement négatif sur l'homoparentalité, précisant qu'elle nie le principe de la différence des sexes, des études tendent à montrer que les enfants issus de familles homoparentales possèdent une identité sexuée aussi solide que les autres. L'article précise que, pour ces enfants, les difficultés proviennent davantage d'un vide juridique. En effet, dans une famille homoparentale, seul l'un des deux parents a une existence juridique au regard de la loi et peut exercer une autorité parentale. En 2002, la création des délégations – partages de l'autorité parentale par Ségolène Royale, alors ministre de la Famille, constitue une première avancée juridique en légiférant sur le partage de l'autorité parentale entre le parent légal de l'enfant et le tiers qui vit avec lui. Cependant la loi de 2002 est perfectible, d'une part parce qu'elle ne reconnaît aucun lien de filiation entre l'enfant et le parent non légal, d'autre part parce qu'elle n'est pas toujours appliquée par les instances juridiques. La question de la reconnaissance de l'homoparentalité s'invite donc désormais au cœur du débat politique : les promesses de N. Sarkozy de créer un statut juridique pour le compagnon d'un parent légal et le projet de loi Morano, très controversés à droite, n'ont pas abouti. Et la journaliste de conclure que le débat sur l'homoparentalité constituera sans doute une ligne de fracture gauche/droite lors des présidentielles de 2012.

QUESTION 3

Si l'homosexualité est de mieux en mieux acceptée dans les sociétés occidentales de ce début de ^{XXI}^e siècle qui ont légiféré en faveur du PACS, la question de l'homoparentalité génère encore bien des crispations autour de trois grandes problématiques : la définition de la famille, la question juridique, l'enjeu politique.

1. L'homoparentalité et la problématique familiale

La question de l'homoparentalité concerne en premier lieu la sphère familiale et est liée à des problématiques affectives, éducatives et morales.

• Problématique affective

Si le problème de l'homoparentalité se pose actuellement, c'est parce que de plus en plus d'homosexuels revendiquent le droit de fonder une famille et d'être reconnus juridiquement comme parents des enfants de leur compagne ou compagnon. La problématique est avant tout affective. Le tiers, qui partage le quo-

tidien de l'enfant et l'élève, souhaiterait pouvoir obtenir une reconnaissance juridique qui officialise le lien affectif qu'il a tissé avec l'enfant.

- **Problématique éducative et morale**

Mais certains spécialistes, psychologues, psychanalystes, philosophes, avancent l'argument de l'éducation et de la formation pour récuser l'idée qu'un enfant puisse s'épanouir au sein d'une famille homoparentale. Ainsi, l'article d'Anne Chemin cite la philosophe Sylviane Agacinsky et le psychanalyste Jean-Pierre Winter qui voient d'un œil défavorable les revendications en faveur l'homoparentalité. Selon eux, les familles homoparentales ne permettraient pas à un enfant de s'épanouir et de se former pleinement à cause du déséquilibre entre les sexes. La question de l'éducation renvoie plus profondément à une problématique morale. Mais certaines études européennes, canadiennes et américaines tendraient à prouver que les enfants issus de familles homoparentales seraient aussi épanouis et aussi équilibrés que les autres.

La conjonction de ces trois problématiques soulève un véritable débat juridique : faut-il légaliser ou non l'homoparentalité ?

2. La problématique juridique

- **La remise en cause de la définition traditionnelle de la famille**

Lors d'un mariage civil, le maire lit aux deux époux les articles du Code civil qui constituent une définition juridique de la famille. Ces articles fixent l'une des finalités du mariage : fonder une famille. Les époux, s'ils deviennent parents, doivent assurer ensemble la responsabilité de leurs enfants, au moins jusqu'à leur majorité, sur le plan physique, moral, matériel et éducatif. Les revendications en faveur de la reconnaissance de l'homoparentalité bouleversent ainsi la conception traditionnelle de la famille. Pourtant, le site sur le mariage édité par le ministère de la Justice (<http://www.mariage.gouv.fr>) précise que « dans les familles recomposées, l'accueil des enfants nés d'une précédente union du conjoint crée de nouvelles responsabilités même si aucun lien juridique n'existe, (...), entre les enfants de ce conjoint et celui/celle qui devient beau-parent ».

- **Une réforme juridique nécessaire**

La mention de cette responsabilité à l'égard de l'enfant du conjoint prouve une évolution des mentalités. Des décisions politiques sont prises qui vont dans le sens d'une prochaine réforme juridique pour reconnaître l'homoparentalité. Citons, par exemple, la mise en place des délégations-partages en 2002 sous le gouvernement Jospin ou les promesses de campagne de Nicolas Sarkozy sur le statut des beaux-parents et des homoparents. Si la réforme du statut des tiers au sein de la famille est ressentie comme nécessaire, les avancées juridiques sont quasi inexistantes car certains membres de la majorité restent frileux quant à une reconnaissance officielle de l'homoparentalité. C'est ainsi que le débat juridique sur l'homoparentalité s'invite dans le champ politique.



3. L'enjeu politique

En vue de l'élection présidentielle de 2012, la reconnaissance juridique de l'homoparentalité apparaît déjà comme un marqueur politique clé de la campagne, permettant la distinction entre programmes de droite et programmes de gauche. En effet, le Parti socialiste a déjà annoncé qu'il était favorable au mariage gay et à l'adoption d'enfants par des couples homosexuels. Quant aux hommes politiques de droite, ils sont plus circonspects. En mars 2009, Xavier Bertrand, secrétaire général de l'UMP, déclarait à propos du projet de loi sur le statut du beau-parent défendu par Nadine Morano : « Il n'est pas question dans ce texte de reconnaître autre chose que des droits aux beaux-parents ». Et d'ajouter que « la logique de mariage homosexuel ou d'adoption par des couples homosexuels » n'est ni sa conviction, ni celle de l'UMP. L'homoparentalité risque ainsi d'alimenter de nombreux débats politiques dans les années à venir.

L'homoparentalité soulève donc un grand nombre de problématiques à la fois dans les sphères familiale, juridique et politique mais la France prend peu à peu le chemin d'une reconnaissance accrue des parents homosexuels.

Femme

SUJET 12 : LA LOI SUR LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

En marge du débat parlementaire autour de la proposition de loi pour lutter contre les violences faites aux femmes, Amnesty international France (AIF) souligne dans un rapport que nombre de victimes se soignent mal du fait de leur situation. Et constate que le certificat d'ITT (incapacité totale de travail) est « souvent rempli en dépit du bon sens par les généralistes ».

AIF recommande une formation médicale initiale et continue spécifique et demande la mise en place de référents dans les services d'urgence, avec des protocoles de prise en charge adaptés.

« *NOMBRE de femmes victimes de violences se soignent mal du fait de leur situation* », constate le rapport intitulé « Lutte contre les violences faites aux femmes : la France doit mieux faire », qui s'appuie sur les témoignages d'associations de terrain. Les victimes ont honte, elles ont peur, elles sont parfois menacées par leur agresseur et n'osent pas parler, souligne Amnesty. Pourtant, tous les troubles physiques et psychologiques liés à des actes violents sont autant de signes d'appel pour le repérage. Parmi les professionnels de santé en première ligne, AIF cite les généralistes en médecine libérale, les urgentistes dans les hôpitaux, les gynécologues-obstétriciens et les médecins légistes. À chacun d'eux, il revient de repérer les maltraitances, qu'elles soient ou non verbalisées, de les constater et de signaler objectivement aux instances *ad hoc* les privations ou les sévices constatés sur les plans physique, sexuel ou psychique. L'association recommande de former les professionnels de santé au repérage et demande la diffusion de guides d'aide à la prise en charge. Elle préconise aussi la mise en place de référents violence dans les services d'urgence, ainsi que la définition de protocoles dédiés à l'accueil et au suivi des victimes.

Un exemple des bonnes pratiques. Alors que tout établissement de santé devrait se préoccuper de l'organisation de tels soins, Amnesty déplore que seulement quelques-unes aient mis en place des UMJ (unités médico-judiciaires) pour examiner les victimes qui leur sont adressées sur réquisition d'un officier de police judiciaire. De rares structures hospitalières spécialisées ont été créées, à Bordeaux, Lille ou Rouen.

Le Centre d'accueil spécialisé pour les agressions (CASA) de Rouen est cité en exemple des bonnes pratiques qui devraient être généralisées : il simplifie le parcours médico-judiciaire des victimes, quelle que soit la cause des violences,

facilite la prise en charge médico-légale et le dépôt des plaintes auprès de la justice. Les victimes peuvent y rencontrer des professionnels de santé, une psychologue, une assistance sociale, ainsi qu'un représentant d'une association d'aide aux victimes. Quand c'est nécessaire, une brève hospitalisation peut être proposée au sein de l'UHCD (Unité d'hospitalisation de courte durée du service des urgences). Et quand les victimes ont déjà été admises en soins intensifs ou en chirurgie, ce sont alors les acteurs du CASA qui se rendent à leur chevet.

Le rapport d'AIF pointe par ailleurs une pièce essentielle dans le dispositif de lutte contre les violences faites aux femmes : le certificat médical d'ITT, l'acte authentique rédigé par tout médecin pour attester l'existence de lésions traumatiques ou de symptômes qui traduisent une souffrance psychologique. Or le rapport cite le Pr Bernard Proust, neurologue, (CASA de Rouen), qui regrette que ce certificat soit « *rempli en dépit du bon sens par certains médecins généralistes* ». L'ITT, rappelle Amnesty à l'attention des professionnels, ne traduit pas uniquement des lésions d'ordre physique, mais doit aussi inclure les traumatismes psychologiques consécutifs aux violences. Afin d'évaluer le nombre de jours d'ITT, le praticien, dans son entretien avec la victime, doit apprécier, le plus précisément possible, l'impact de sa souffrance psychologique sur les actes de la vie courante : l'incapacité de manger, par exemple, peut être due à une lésion physique ou à une dépression, de même que l'incapacité de dormir, de se laver, de s'habiller, de faire ses courses, de se déplacer ou de se rendre à son travail.

Tous les professionnels de santé devraient donc recevoir une formation médico-légale. À défaut, constate le Dr Cécile Morvant, PH aux urgences du CH d'Aubenas (Ardèche), « *les médecins légistes sont parfois amenés à réévaluer les ITT telles que les estiment les médecins généralistes* », ajoutant que « *le nom de l'incapacité totale de travail prête à confusion, car le terme "totale" porte sur l'incapacité et le terme "travail" semble renvoyer à une activité professionnelle* ». La loi, suggère Amnesty, devrait donc modifier ces deux termes pour faciliter la rédaction et la compréhension du certificat médical.

CHRISTIAN DELAHAYE

Le Quotidien du Médecin du 1^{er} mars 2010

► **Question 1.** – *Quel problème soulève cet article ?*

► **Question 2.** – *Dégagez les principales idées de ce texte. Votre réponse doit être rédigée, structurée et ne doit pas dépasser 15 à 20 lignes.*

► **Question 3.** – *Dans le dernier paragraphe de l'article, le journaliste écrit « Tous les professionnels de santé devraient donc recevoir une formation médico-légale ». Quelle différence faites-vous entre le médical et le médico-légal ? Pensez-vous que tous les professionnels de santé devraient recevoir une formation médico-légale ? Donnez votre avis personnel dans un texte argumenté.*

→ Corrigés

QUESTION 1

Cet article résume un rapport d'Amnesty International France sur les failles de la prise en charge médicale des femmes victimes de violence. Le texte souligne que les victimes hésitent à consulter un médecin et se soignent mal. Mais il met également en évidence l'absence de formation et d'information du corps médical ainsi que le manque de structures d'accueil et de soins adaptés pour les femmes confrontées à des situations de violence.

QUESTION 2

L'article rend compte d'un rapport d'Amnesty International France sur la prise en charge médicale et médico-légale des femmes victimes de violence. Il débute sur un constat alarmant d'AIF : de nombreuses femmes victimes de violence n'osent pas se soigner car elles ont à la fois honte et peur des représailles. Pour lutter contre cet état de fait, AIF préconise d'informer les professionnels de santé, de les former au repérage des violences et à la prise en charge des victimes.

La deuxième partie de l'article développe des exemples de bonnes pratiques : la mise en place d'UMJ (unités médico-judiciaires) dans certains centres hospitaliers, notamment au CASA (Centre d'accueil spécialisé pour les agressions) de Rouen. Cette structure prend non seulement en charge les victimes sur un plan médical, mais elle facilite également leurs démarches judiciaires et leur offre un soutien en cas d'hospitalisation.

La troisième partie de l'article s'intéresse plus précisément au certificat médical d'ITT (incapacité totale de travail) qui doit attester des traces physiques de violences mais aussi de leurs conséquences psychologiques. Or le rapport d'AIF signale que la plupart des médecins évaluent mal l'impact psychologique des violences subies et ne remplissent pas correctement l'ITT. AIF suggère donc une formation du corps médical et une révision de la loi sur l'ITT.

QUESTION 3

Depuis l'Antiquité, la médecine désigne l'ensemble des techniques et des pratiques qui ont pour objet la conservation ou le rétablissement de la santé. C'est une science qui cherche à prévenir et à guérir les maux. L'une des branches de cet art est consacrée à la médecine légale. La médecine légale a pour objet d'aider la justice à découvrir la vérité par l'examen des corps. Le premier objectif du médecin légiste n'est donc pas de soigner mais de faire parler les corps. On conçoit dès lors l'existence d'une distinction entre le médical et le médico-légal et on comprend que certains professionnels de santé ne soient pas très au fait de certaines subtilités juridiques liées à l'exercice de leur métier. Pourtant, il semble nécessaire que l'ensem-

ble du personnel soignant reçoive une formation médico-légale pour mieux connaître et mettre en œuvre les principes juridiques énumérés dans le Code de déontologie médicale. Cette formation devrait mettre l'accent sur deux points essentiels : l'assistance à personne en danger (article 9 du code) et l'information due au malade (article 35 du code). En effet, Amnesty International s'inquiète des carences médico-légales de nombreux médecins qui hésitent à faire des signalements, qui n'orientent pas toujours correctement les victimes et évaluent mal les traumatismes des patients. Cette formation devrait rendre plus lisibles les documents à remplir, les démarches à suivre dans le cas d'une suspicion de violence conjugale ou parentale. Il serait également nécessaire qu'elle élucide davantage le droit du malade à « une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'on lui propose » (article 35 du Code de déontologie médicale). Bien souvent, le corps médical utilise un vocabulaire hyperspécialisé et ne prend pas le temps nécessaire pour expliciter aux patients les étapes d'une démarche thérapeutique.

Cette formation médico-légale des personnels de santé devrait permettre de réconcilier les patients avec le monde médical et hospitalier, et de lutter davantage contre les violences et les sévices infligés à des enfants, des femmes ou des hommes qui gardent le silence sur leur situation.

SUJET 13 : LES FEMMES QUI CHOISISSENT LA STÉRILISATION

Santé

Sophie, 43 ans et mère de quatre enfants, a franchi le pas en octobre 2007 en faisant le choix d'une contraception définitif. La jeune femme, qui souhaite garder l'anonymat, ne supportait pas d'avaler « à longueur de temps » des hormones (la pilule), et le stérilet la faisait saigner. Du coup, elle pratiquait notamment la méthode Ogino consistant à éviter les rapports sexuels en période d'ovulation. Las ! Une quatrième enfant était née, déstabilisant le peuple. *« J'en parlais depuis un an avec ma gynéco. Quand elle a eu des retours positifs sur la méthode de stérilisation Essure, elle me l'a conseillée ».*

En même temps que la loi du 4 juillet 2001 qui autorise les femmes et les hommes majeurs à faire le choix définitif, cette nouvelle méthode, apparue en France aux débuts des années 2000, a contribué à la levée des tabous autour de la stérilisation à visée contraceptifs. À l'inverse de la ligature des trompes de Fallope, elle ne nécessite ni anesthésie générale, ni incision, ni coelioscopie : des micro-implants souples et flexibles sont placés dans les trompes par voie hystéroscopique, c'est-à-dire par le vagin et l'utérus.

Sophie n'a pas vécu ce changement comme une atteinte à sa féminité. *« C'est comme pour avoir un enfant, il faut être prête. J'étais enfermée dans ma vie de maman. Avant de prendre ma décision, je me disais : à quoi vais-je servir si je ne peux plus avoir d'enfant ? »*

Après l'intervention, elle s'est séparée de son mari et a dû se remettre à travailler après dix ans passés au foyer. Puis elle a rencontré un homme, *« une relation merveilleuse »*. L'opération a provoqué, dit-elle *« un basculement de vie »*.

« J'ai découvert une autre part de ma féminité avec des relations sexuelles apaisées, épanouies, car je n'ai plus la crainte d'être enceinte. Aujourd'hui, je me respecte en tant que femme et je peux dire à l'homme que j'aime que j'ai envie de lui. »

La contraception définitive fait rarement partie de la panoplie des méthodes contraceptives proposées. Certains gynécologues y sont même hostiles. La loi prévoit d'ailleurs qu'un médecin n'est pas tenu de pratiquer cet acte, mais il doit alors en informer l'intéressée dès la première consultation.

« J'ai découvert une autre part de ma féminité avec des relations sexuelles apaisées, épanouies »

Sophie
mère de quatre enfants

« Des femmes viennent nous voir pour nous demander des adresses de gynécologues qui acceptent de les opérer », explique Marie-Pierre Martinet, au Mouvement français pour le planning familial. Certaines, ayant longtemps cherché, se heurtent aux réticences des praticiens. Dans son rapport de février sur la prévention des grossesses non désirées, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) qualifie la stérilisation de *« grande absente du paysage contraceptif français »*. Aucun des professionnels rencontrés par la mission *« n'y a fait spontanément référence parmi les méthodes de contraception possibles »*, précisent les auteurs. Selon le rapport, 32 100 femmes et 1 600 hommes y ont eu recours en 2006 (contre respectivement 18 300 et 1 200 en 2003).

Pourtant, la stérilisation est le moyen de contraception le plus répandu au monde. Si les pays anglo-saxons l'utilisent souvent, elle est peu répandue en Europe continentale et surtout en France, où elle concerne 2,3 % des femmes et 1,2 % des hommes. Georges Bader, chirurgien gynécologique, pratique la méthode Essure au centre hospitalier de Poissy-Saint-Germain-en-Laye (Yvelines). *« Les patientes nous sont envoyées par les médecins généralistes et gynécologues. Certaines viennent aussi spontanément. »* Leur profil ? *« Des femmes en couple stable qui ont des enfants en bonne santé et n'en veulent plus »,* explique le médecin, réticent pour les femmes de moins de 35 ans et qui n'a jamais voulu opérer une personne sans enfant.

Conformément à la loi, il reçoit deux fois ses patientes, qui viennent le plus souvent en couple. « *Nous examinons d'abord toutes les alternatives, elles me présentent leurs motivations. Car la méthode est irréversible.* » Un délai de réflexion de quatre mois est obligatoire avant l'intervention qui requiert un accord écrit de l'intéressée, qui doit être libre et éclairé. La deuxième consultation fixe la date de l'intervention. La stérilisation est efficace trois mois après la pose des micro-implants et nécessite une radio de contrôle.

Alexandra Démène, 38 ans, mère d'un enfant, mariée depuis quatorze ans, s'est fait opérer récemment. « *Je ne veux plus d'enfant, je ne supportais plus la pilule et le stérilet donne des règles plus abondantes.* » Toutes les éventualités ont été envisagées avec le médecin, y compris les regrets qu'elle pourrait avoir si sa fille unique venait à disparaître. « *Je sais que je ne changerai pas d'avis plus tard* », affirme-t-elle. Si la ligature des trompes offre, après intervention, une petite chance de retrouver la fertilité, la méthode Essure est irréversible. Il faut donc être sûre de son choix.

Le docteur Marie-Laure Brival, gynécologue-obstétricienne, chef de service à la maternité des Lilas (Seine-Saint-Denis), pratique la stérilisation depuis de nombreuses années. **Avant la loi de 2001, cette pratique était considérée comme une « mutilation ». La méthode Essure est pour elle un progrès et elle souhaiterait que davantage de gynécologues l'adoptent.** « *Toutes les femmes en consultation me disent qu'elles n'en peuvent plus de la pilule. Or, en France, nous avons tout misé sur la contraception orale, alors que le dispositif intra-utérin [stérilet] est la meilleure contraception réversible.* »

Pour la première fois, elle a procédé à une intervention sur une femme sans enfant de plus de 40 ans. « *Je ne l'aurais pas fait pour une femme de 25 ans. Il faut avoir présent à l'esprit que c'est à la femme de décider ce qu'elle souhaite pour elle.* »

Martine Laronche

Le Monde du 15 juin 2010

- **Question 1.** – *Donnez un titre précis à cet article.*
- **Question 2.** – *Commentez le passage en caractère gras de « Avant la loi de 2001... » jusqu'à « ... l'adoptent. ». Vous donnerez ensuite un avis personnel argumenté sur le sujet.*
- **Question 3.** – *La féminité se définit-elle uniquement comme la capacité à devenir mère ? Développez une réponse argumentée d'une vingtaine de lignes.*

→ Corrigés

QUESTION 1

Cet article pourrait s'intituler : « Une nouvelle méthode contraceptive, la stérilisation ».

QUESTION 2

1. La loi de 2001 : une avancée majeure en matière de contraception

La loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception constitue, pour certains médecins, une avancée majeure en matière de contraception. En effet, elle autorise la pratique de « la ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive » chez une « personne majeure intéressée qui a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences ». Elle impose deux consultations et un délai de quatre mois avant l'opération. Au cours de la première consultation, le médecin doit informer la patiente des risques médicaux encourus et des conséquences de l'intervention, notamment l'irréversibilité du processus.

2. Une loi qui reflète un bouleversement des mentalités

Cette loi témoigne d'un profond bouleversement des mentalités. Avant sa promulgation, le législateur considérait que la stérilisation était une mutilation, c'est-à-dire une privation de l'intégrité physique d'un individu. Admettre la stérilisation parmi les moyens légaux de contraception, c'est considérer qu'on n'altère pas le corps humain en lui ôtant la capacité de reproduction. À dire vrai, la stérilisation féminine ne nécessite aucun recours à la chirurgie et à l'anesthésie, contrairement à la technique de la ligature des trompes de Fallope. Il n'y a donc pas au sens strict de « mutilation ».

3. La stérilisation considérée comme un progrès

Le problème de la stérilisation ne se réduit pas à la question d'une mutilation du corps. Il se situe ailleurs, dans le fait que cette opération est irréversible. D'où la nécessaire prudence formulée dans la loi ; d'où, aussi, les réserves de certains médecins. Cependant, pour de nombreux gynécologues, de moins en moins favorables à une contraception orale dont on ne connaît pas les effets à long terme, cette nouvelle technique représente un véritable progrès.

QUESTION 3

Dans l'article de Martine Laronche, Sophie, l'interviewée, distingue maternité et féminité en déclarant qu'après son opération de stérilisation, elle a « découvert une autre part de sa féminité avec des relations sexuellesapai-

sées, épanouies, car (elle) n'avai(t) plus la crainte d'être enceinte ». Cette définition de la féminité ne va pas de soi. En effet, on a longtemps défini la féminité en opposition avec la masculinité. Qu'en est-il de cette définition aujourd'hui ?

1. La définition traditionnelle de la féminité

La féminité a longtemps été définie comme l'ensemble des caractéristiques différentielles admises de la femme, liées biologiquement au sexe pour une part mais, pour une plus grande part, conditionnée par l'influence du milieu sociopolitique et religieux. En Occident, la féminité se résumait bien souvent à la capacité d'être mère. L'idéal féminin des sociétés primitives en Europe était incarné par la Vénus de Lespugne avec son ventre arrondi et ses seins gonflés. Au Moyen Âge et jusqu'au ^{xix}^e siècle, l'idéal féminin prend les traits de la Vierge, mère pure et aimante. La libération des femmes au ^{xx}^e siècle a bouleversé ces représentations traditionnelles de la femme.

2. Évolution des représentations : figure féminine/figure maternelle

La définition de la féminité se modifie au ^{xix}^e et au ^{xx}^e siècle. Le rôle de la femme dans la société évolue. Peu à peu, les femmes se libèrent des carcans sociaux et gagnent leur liberté. Pendant et après la Première Guerre mondiale, les femmes sont obligées de travailler pour suppléer les hommes, morts ou blessés au combat. Elles se coupent les cheveux, raccourcissent leurs vêtements. La représentation d'un idéal féminin au foyer, entouré d'enfants se transforme. Désormais, la féminité s'affiche le dimanche, quand on sort en famille en mettant ses plus beaux vêtements.

Les années 1930 voient l'essor des maisons de haute couture, comme celle de Coco Chanel qui transpose la libération des mœurs et des esprits dans des vêtements aux coupes plus souples et aux lignes épurées. La naissance de la haute couture va participer à la redéfinition de la féminité.

La révolution culturelle et sociale des années 1960 et 1970 clôt une période de bouleversement des représentations de la femme par la légalisation de la contraception. Désormais, féminité et maternité sont deux choses bien distinctes puisqu'une femme peut choisir librement de ne pas avoir d'enfant sans pour autant renoncer à son identité sexuelle.

Désormais la féminité se définit comme l'ensemble des caractères correspondant à une représentation sociale de la femme : charme, douceur, délicatesse, élégance. La féminité se définit par des critères comportementaux plus que biologiques. D'ailleurs, depuis les années 1990, les caractéristiques féminines servent à définir un idéal masculin, incarné de nos jours par le métrosexuel.

Immigration

SUJET 14 : L'IDENTITÉ, UN MOUVEMENT CONTINUUEL

Une vaste enquête de l'Institut national des études démographiques (Ined) les a mis au jour. Au-delà et à contre-courant de ce qui a récemment été érigé en un polémique débat national.

Qui êtes-vous ? La question est simple et pourtant ne se résume pas à la déclinaison de votre état-civil. C'est ce postulat, porté conjointement par l'Insee et l'Ined qui a donné lieu en 2003 à une enquête sans équivalent sur l'identité des Français et sa construction. Du jamais vu en tous points. D'abord sur la conception de cette étude : intitulée « Histoire de vie », elle a réuni des chercheurs issus de nombreuses disciplines (sociologues, psychologues, géographes, économistes et statisticiens). Ensuite sur l'envergure de l'échantillon analysé : près de 10 000 personnes représentatives des résidents de France métropolitaine. *« C'est la première fois qu'un questionnaire aussi dense, aussi long, est réalisé sur toutes les facettes de la vie des individus. Auparavant, beaucoup d'enquêtes ont été menées, mais pas de façon quantitative »*, souligne Sandrine Nicourd, sociologue, maître de conférences à l'université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, qui a apporté sa contribution à l'ouvrage collectif issu de cette étude (Cf. ci-contre).

Pas de nation, ni d'éternité pour l'identité

Il aura fallu six mois pour élaborer un questionnaire minutieux, s'appuyant sur l'analyse d'entretiens préalablement menés, et recueillir tout à la fois des indications objectives sur les appartenances sociales, les modes de vie, ainsi que des éléments beaucoup plus subjectifs sur l'histoire personnelle de chacun, pour décrypter les appartenances choisies, assignées ou subies. Bien que ce travail ait été entamé avant que la polémique sur l'identité nationale n'occupe le devant de la scène, il en prend de fait le contre-pied : *« Notre enquête va à l'encontre du débat politique qui voudrait résumer l'identité à la question de la nation, alors que le sujet est beaucoup plus large »*, expose Florence Maillouchon, sociologue chargée de recherche au CNRS, autre contributrice. Preuve en est ces 37 % d'immigrés ayant acquis la nationalité française qui ne se réfèrent pas à leur lieu de naissance pour situer leur appartenance géographique. *« Alors que l'intégration est sans cesse abordée du point de vue des origines et de l'immigration, elle concerne tout autant l'économique, le social, le politique, l'associatif, le physique, etc. »*, commente-t-elle.

Comme son nom l'indique, « Histoire de vie » permet de donner une « vision biographique de chacun : l'identité n'est pas assignée, n'est pas quelque chose de figé pour l'éternité comme essaient de le faire croire les tenants du débat sur l'identité nationale », pointe Florence Maillochon. Autre voie explorée par les chercheurs de l'Ined : la définition de chaque identité comme à la fois « ce qu'on est aux yeux des autres mais aussi ce que l'on pense être », détaille-t-elle. L'enquête démontre que la façon dont les individus se définissent eux-mêmes est liée tout autant à leur histoire¹ qu'à une multiplicité de critères venant soit se renforcer soit se contrer. Ainsi, l'identité individuelle des femmes s'avère moins centrée sur le travail, sauf en cas de conditions valorisantes pour celles détenant un fort capital scolaire, économique et professionnel. Néanmoins, un critère extérieur au monde du travail peut venir perturber cette « règle » d'identification, comme la présence d'enfants, reléguant la position professionnelle au second plan.

Nouvelles formes d'engagement et persistantes inégalités hommes-femmes

Au sein du collectif, Sandrine Nicourd a tout particulièrement travaillé sur les identités politiques, associatives et religieuses. Premier enseignement : les individus s'orientent davantage vers les associations que dans des formes instituées, comme des partis politiques. « *Ces derniers sont synonymes d'un engagement plus difficile d'accès car s'y opère une sélection sociale. Deux phénomènes interviennent : l'auto-sélection, en grande partie liée au niveau d'instruction, et le fait que les individus ne trouvent pas leur place dans ces rassemblements* », commente la sociologue. Un clivage en termes d'âge se fait également jour : « *En dessous de 40 ans, les individus sont moins engagés ou ils le sont mais dans des formes associatives moins instituées, comme les collectifs. Plus on est jeune, moins les formes d'engagements sont institutionnalisées* », constate Sandrine Nicourd. Plus inquiétante est « *l'inégale répartition des hommes et des femmes au niveau des postes à responsabilité alors que cette différence n'existe pas au niveau du bénévolat où la mixité règne. À l'échelle des bureaux associatifs, la répartition des postes à responsabilité, en faveur des hommes est assez proche du monde du travail* ».

Des inégalités hommes-femmes qui jouent à d'autres niveaux, notamment dans le couple, étudié par Florence Maillochon. « Pour les hommes, il est difficile d'avoir une vie affective de couple quand ils n'ont pas de situation professionnelle. À l'inverse, cela est beaucoup plus facilement acceptée par les femmes sans profession », note-t-elle. Un « résidu de tradition » qui fait de l'homme au foyer « quelque chose de mal vu en société » et qui s'ajoute à d'autres pesanteurs sociétales. Dernier exemple : « Structurelle-

1. Le sentiment d'appartenance à une classe sociale n'est pas uniquement fonction de la catégorie socio-professionnelle occupée. Il résulte également de la trajectoire sociale antérieure et du milieu social des parents.

ment, les femmes se mettent en couple avec des hommes de catégorie sociale légèrement supérieure. Conséquence : celles situées tout en haut de l'échelle socio-professionnelle ont du mal à trouver un conjoint... » Preuve à nouveau « que les contraintes sociales peuvent être vécues de façon individuelle ».

Handicap et construction de soi

Objets d'une analyse à part entière de l'enquête, la maladie chronique et le handicap apparaissent comme d'importants facteurs constitutifs d'identité. Et ils renforceraient les inégalités sociales : pour les plus défavorisés, le handicap accroît les conséquences négatives des problèmes de santé, le manque de ressources financières ayant un effet démultiplicateur. A contrario, une position sociale favorable permet une perception de la maladie plus positive, vécue comme une expérience certes difficile du point de vue intime mais ayant permis de « rebondir » positivement.

Autre évolution jouant sur la perception identitaire du handicap ou de la maladie chronique, surtout chez les plus jeunes : le rôle croissant des associations et collectifs dédiés. Ces structures transforment des expériences individuelles singulières en outils politiques offrant une valorisation collective d'handicaps individuels. Un « renversement du stigmate » substituant dignité et fierté aux habituelles stigmatisations et discriminations.

Aurélien Hélias, *Valeurs mutualistes* n°266, magazine des adhérents de la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN)

Valeurs mutualistes n° 266 de mai/juin 2010,
article de Aurélien Hélias

- **Question 1.** – *Présenter le texte.*
- **Question 2.** – *Relevez dans le texte les critères identitaires utilisés par les Français pour se définir.*
- **Question 3.** – *Commentez et discutez cette citation de Florence Maillochon, sociologue chargée de recherche au CNRS, qui précise que l'enquête donne une « vision biographique de chacun », car « l'identité n'est pas assignée, n'est pas quelque chose de figé pour l'éternité comme essaient de le faire croire les tenants du débat sur l'identité nationale ».*

→ Corrigés

QUESTION 1

L'article, rédigé par Aurélien Hélias, est extrait de la revue bimensuelle *Valeurs mutualistes*. Il s'agit du compte rendu d'une enquête menée en 2003 : *Histoire de vie sur la construction des identités*. Cette enquête visait à présenter les critères identitaires fixés par les Français pour se définir. L'article présente, dans une courte introduction, le projet. La première partie est consacrée à battre en brèche les idées reçues. D'une part, le concept d'appartenance à une nation n'entre pas dans les principaux critères définitoires de l'identité. D'autre part, l'identité n'est pas figée, elle évolue en fonction du vécu. La seconde partie de l'article s'intéresse aux nouvelles formes d'engagement, notamment associatives, et met l'accent sur la persistance d'une inégalité homme-femme dans la société actuelle.

QUESTION 2

Les contributeurs de l'enquête ont relevé des critères objectifs et subjectifs. Parmi les critères objectifs, on peut citer les appartenances sociales, les modes de vie, la localisation géographique, la nationalité, la famille, la position professionnelle, la coloration politique. Mais l'enquête a également mis en avant des critères plus subjectifs, issus notamment de l'histoire personnelle et de la perception de soi.

QUESTION 3

Réforme de la procédure de naturalisation, menace d'expulsion du territoire pour les délinquants, mise en place d'une charte des droits et des devoirs du citoyen, depuis quelques mois le débat sur l'identité nationale est au cœur de l'actualité. Il tourne même parfois à la polémique entre les partisans du concept d'identité nationale et ceux qui pensent que la question de l'identité ne se résume pas à l'appartenance à une nation.

1. La définition des tenants du concept d'identité nationale

Le gouvernement actuel propose une définition de l'identité restreinte, limitée au sentiment d'appartenance nationale. Il associe d'ailleurs les deux mots dans l'expression, désormais éculée, d'« identité nationale ». Parler d'identité nationale, c'est sous-entendre que l'on se définit avant tout par le sentiment d'appartenir à une nation.

2. La conception des contributeurs à l'enquête « Histoire de vie »

Florence Maillachon, quant à elle, fait partie des contributeurs à l'enquête « Histoire de vie ». Elle soutient la thèse inverse, à savoir que l'identité ne se résume pas au sentiment d'appartenance à une nation. Selon elle, l'identité

est une construction biographique évolutive qui rassemble toutes les facettes du vécu et ne se résume pas à la question de la nation. C'est pour cette raison que les participants à l'enquête ont exploré à la fois les critères objectifs et la dimension subjective de définition de l'identité.

3. Les enjeux du débat

C'est une vision de l'homme qui est en jeu ici. D'un côté, un homme à l'identité figée qui affiche sa fierté d'appartenir à une nation ; de l'autre, un homme dont l'identité se construit au gré du vécu, des expériences, des découvertes, des rencontres, des voyages. D'un côté, un homme que sa nationalité distingue des autres ; de l'autre, un homme qui appartient à l'humanité avant d'appartenir à une nation. D'un côté, un homme tourné vers des valeurs passées de défense de la nation ; de l'autre, un homme qui prône l'ouverture aux valeurs des autres et pas le repli sur soi. Il semblerait que la conception de l'identité défendue par les contributeurs à l'enquête « Histoire d'une vie » reflète davantage l'évolution actuelle des mentalités. De nos jours, on ne se définit pas seulement en déclinant sa nationalité. La situation familiale, professionnelle, économique, les valeurs entrent en ligne de compte dans la construction d'une identité.

Jeunes

SUJET 15 : SUR LA VIOLENCE À L'ÉCOLE

Survenant moins de deux semaines après une attaque au couteau contre un adolescent de 14 ans au lycée Adolphe-Chérioux, à Vitry-sur-Seine, une nouvelle agression a eu lieu lundi au lycée Guillaume-Apollinaire de Thiais, toujours dans le Val-de-Marne. L'affaire de Vitry a déclenché une grève des enseignants qui demandent que leurs élèves soient mieux protégés, mais ont repris le travail à la veille des vacances scolaires. Celle de Thiais a aussi entraîné le « retrait » des professeurs.

DE TELS INCIDENTS sont d'une extrême gravité. Le garçon qui a été blessé à Thiais par un gang de six jeunes gens cagoulés n'a dû son salut qu'à l'intervention des enseignants et des élèves. La jeune victime de Vitry avait reçu des coups de couteau. L'école n'est plus un sanctuaire et les élèves eux-mêmes hésitent à s'y rendre dès lors qu'ils y craignent d'être rackettés, attaqués, blessés. Les professeurs de Vitry ont fait jouer leur droit de retrait pendant deux semaines. Ils réclament les 22 surveillants dont le lycée disposait avant que ce nombre fût divisé par deux. Ils estiment que les caméras et les mesures passives ne remplacent pas la surveillance humaine. L'aggravation de l'insécurité semble leur donner raison.

La boîte de Pandore. Le ministre de l'Éducation, Luc Chatel, ne leur a proposé que trois surveillants de plus, ce qu'ils jugent très insuffisant. Le gouvernement est placé devant un dilemme : il ne peut pas nier que le lycée Adolphe-Chérioux est devenu un endroit dangereux, mais, s'il satisfait les revendications des enseignants, il compromet la politique qu'il a mise en place pour la fonction publique et qui consiste à réduire les effectifs. Accorder onze surveillants de plus au lycée de Vitry ne serait pas excessivement coûteux au regard de l'inquiétude nationale que soulève la multiplication des agressions à l'intérieur des établissements. Mais une telle mesure ouvrirait la boîte de Pandore. Tout laisse penser en effet que de nouveaux incidents se produiront et que d'autres écoles, collèges ou lycées réclameront à leur tour un surcroît de personnel.

En même temps, le gouvernement, qui fait de la sécurité publique l'un des points forts de son action politique, bien que ses résultats, depuis 2007, ne soient pas tout à fait à la hauteur de ses espérances, est contraint de rassurer la population, pour qui il devrait aller de soi que tout enfant ou adolescent

est en sécurité à l'école. À la veille d'élections régionales dont l'issue, si l'on en croit les sondages, devraient être défavorables à la droite, la crise scolaire risque de réduire un peu plus encore le score de la majorité. Des états généraux de la sécurité à l'école sont annoncés pour avril.

Il faut, quelle que soit la suite des événements, tirer quelques leçons d'une série de faits divers qui ne sont pas tous montés en épingle et sont même passés sous silence quand il n'y a pas d'atteinte physique. Le gouvernement est dans l'obligation d'écouter des enseignants dont la tâche se complique chaque jour soit parce qu'ils ont affaire à des élèves imperméables à la culture générale, soit parce que ces mêmes élèves sont rebelles au point de les agresser parfois, soit parce qu'ils se sentent responsables de la sécurité des enfants et adolescents dont ils ont la charge.

IL N'EST JAMAIS TROP TARD POUR LA PRÉVENTION, MAIS LA DISSUASION EST PLUS URGENTE

À Vitry, leur revendication n'est pas excessive puisqu'elle repose sur le retour au *statu quo ante* et que la preuve est fournie que les caméras ne remplacent pas des surveillants autoritaires et baraqués. Peut-être serait-il judicieux, en dépit du risque de généralisation, de satisfaire les enseignants de Vitry, ne fût-ce que parce qu'il ne s'agit nullement d'une exigence exorbitante ?

La prévention est difficile.

Le deuxième constat porte sur la difficulté de la prévention. Quand six jeunes gens mettent des cagoules avant d'entrer dans une école et d'attaquer au cutter un adolescent de 17 ans (probablement un règlement de comptes), on a affaire à une sorte de militarisation de la vie civile. Ce n'est plus une bagarre, c'est l'attaque d'un commando, auquel il faudrait opposer une sorte de garde scolaire munie de moyens de dissuasion, pour ne pas dire d'armes. On connaît les explications que les sociologues offrent de ces phénomènes antisociaux.

Personne n'ignore que, si les agresseurs avaient été pris en main dès l'enfance par des éducateurs pleins de sollicitude, ils ne se comporteraient pas aujourd'hui comme les plus lâches des brigands. Personne n'ignore que la dépense sociale est insuffisante et que les plus pauvres n'ont pas les chances de réussite dont bénéficient les plus nantis. Il est cependant inutile de revenir sur le passé, sinon pour appliquer aux petits enfants d'aujourd'hui les règles éducatives dont leurs aînés n'ont pas bénéficié. Enseignants, parents et élèves exigent que des mesures palliatives soient prises maintenant. Ils ne peuvent pas attendre que la justice sociale règne sur les ghettos. Il n'est jamais trop tard pour la prévention, mais la dissuasion est urgente.

Richard Liscia

Le Quotidien du Médecin du 18 février 2010

- **Question 1.** – *Présentez brièvement le sujet de cet article.*
- **Question 2.** – « *Il n'est jamais trop tard pour la prévention, mais la dissuasion est urgente.* » *En vous appuyant sur le texte, commentez et discutez cette citation extraite de l'article.*
- **Question 3.** – *Comment l'infirmier scolaire peut-il agir dans la lutte contre la violence à l'école ?*

→ Corrigés

QUESTION 1

L'article de Richard Liscia du 18 février 2010 fait référence à deux agressions d'adolescents au sein de leur établissement scolaire avant de développer un discours plus général sur l'aggravation de la violence à l'école. Le journaliste met en cause la politique de réduction des effectifs humains dans l'Éducation nationale. Il dresse ensuite un autre constat : l'échec ou l'absence de mesures préventives. La fin de l'article fait l'apologie des stratégies de dissuasion face à la montée de la violence.

QUESTION 2

La dernière partie de l'article de Richard Liscia, qui fait l'apologie d'une stratégie de dissuasion face à la montée de la violence en milieu scolaire, est discutable. Il faut certes reconnaître avec le journaliste qu'il y a urgence à assainir la situation dans certains établissements qui semblent être devenus de véritables poudrières. Afin de pallier les phénomènes de violence, il paraît nécessaire d'affermir les règles disciplinaires, de surveiller et de punir.

Cependant, cette apologie de la dissuasion, fondée sur des arguments anti-humanistes, n'est pas satisfaisante pour répondre aux problèmes de l'école républicaine du ^{xxi}^e siècle et plus largement aux problèmes de la société française. Afin de justifier l'option de la dissuasion, le journaliste avance une thèse irrecevable : les parents les plus pauvres ne parviennent pas à éduquer leurs enfants et ce manque d'éducation génère un comportement de « brigands » irréversible. Dans cet article, l'association plus que sommaire entre pauvreté, mauvaise éducation et violence est scandaleuse. Quant à l'affirmation qu'un enfant ou un adolescent violent est irrécupérable, elle est plus révoltante encore. Le mouvement humaniste et les Lumières ont révélé le caractère perfectible de l'homme et la supériorité de la correction sur la punition. Montesquieu écrivait en 1748 dans *De l'esprit des lois* : « Il ne faut point mener les hommes par les voies extrêmes ; on doit ménager des moyens que la nature nous donne pour les conduire ». Le philosophe dénonce dans cet ouvrage les états qui usent de la violence, du despotisme pour châtier les individus, qui répondent au mal par un mal plus grand encore. Le philosophe en

appelle plutôt à l'usage de peines justes et mesurées pour prévenir les fautes. Il faudrait donc affirmer, à l'inverse de Richard Liscia, que c'est la prévention qui est urgente, y compris pour des adolescents ayant déjà commis des actes violents.

QUESTION 3

Le rôle de l'infirmier scolaire est avant tout un rôle de prévention de la violence. Ce rôle peut se décliner selon quatre missions : une mission de sensibilisation, une mission de médiation, une mission de suivi de l'élève et d'orientation des familles.

1. Une mission de sensibilisation

Les textes officiels précisent que l'infirmier scolaire doit participer « à l'éducation à la santé et à la sécurité » de l'ensemble des élèves. À ce titre, il peut initier des campagnes de sensibilisation des jeunes au problème de la violence. Les exemples de ce type d'actions sont nombreux dans les établissements réputés difficiles. À l'initiative des infirmiers scolaires, certains collèges et lycées organisent des tables rondes, des concours d'affiches contre la violence, des défis sportifs. Dans d'autres établissements, l'infirmier scolaire intervient directement dans les classes, de concert avec les enseignants, pour animer des heures de vie de classe et répondre aux questions des élèves. La première mission de l'infirmier scolaire est une mission de prévention.

2. Une mission de médiation

Bien souvent, la prévention initiale ne suffit pas à éviter des altercations entre élèves ou entre élèves et professeurs. Dans ce genre de cas, l'infirmier scolaire endosse le rôle de médiateur entre les différentes parties concernées par un débordement de violence. Il accueille tout élève qui le sollicite et accorde des entretiens personnalisés qui permettent de nouer une relation de confiance au cours de laquelle l'élève peut exprimer une demande, un malaise, une souffrance. Il est celui qui donne les premiers soins aux victimes et engage un dialogue avec elle. Lors de la mise en place d'une assistance immédiate aux victimes ou témoins d'événements traumatisants survenus chez un élève ou un groupe d'élèves, l'infirmier, sous la responsabilité du directeur d'école ou du chef d'établissement, collabore à la mise en place de cellules d'écoute ou de crise.

Il a également le devoir de suivre les élèves signalés par les membres de l'équipe éducative. Il « assure les actes infirmiers de dépistage et les contrôles qui sont de sa compétence chez les élèves qui lui sont signalés, en relation avec les autres partenaires de l'équipe éducative. Ce suivi doit permettre de s'assurer que toute difficulté scolaire ou comportement difficile d'un élève n'a pas, entre autres, pour origine un problème de santé. (...) Une priorité sera donnée aux élèves signalés pour absentéisme important, sanctions disciplinai-

res, troubles du comportement, retard scolaire » (article 3.2.2 du Bulletin Officiel spécial n° 1 du 25 janvier 2001).

3. Une mission de suivi et d'orientation des familles

« Dès lors que les difficultés ne semblent pas liées à un problème médical, l'infirmier assure un suivi et un accompagnement personnalisés de l'élève en lien étroit avec les familles et en collaboration avec le service social scolaire, si nécessaire » (article 3.2.2 du Bulletin Officiel spécial n° 1 du 25 janvier 2001). La troisième mission de l'infirmier pour lutter contre la violence scolaire réside dans le suivi de l'élève et l'orientation des familles vers les structures les mieux adaptés. L'infirmier « assure un suivi et un accompagnement individuels, établit les relais nécessaires au sein de l'établissement (médecins de l'Éducation nationale, assistant(e)s de service social, psychologues scolaires, conseillers d'orientation psychologues, conseillers principaux d'éducation, enseignants...) dans la prise en charge du ou des problèmes identifiés et travaille en étroite relation avec les parents et les professionnels du réseau de santé » (article 3.1.1 du Bulletin Officiel spécial n° 1 du 25 janvier 2001).

SUJET 16 : LE COCKTAIL ALCOOL-JEUNES MOINS FESTIF QU'IL N'Y PARAÎT

La récente agitation médiatique autour des risques d'incidents lors des « apéros géants » et les différentes tentatives pour les interdire ont placé l'alcoolisation des jeunes sur le devant de la scène... et fait ressortir la difficulté qu'il y a à parler de la prévention contre l'alcoolisme des adolescents.

Sans doute parce qu'en France, le vin est chargé de valeurs positives, et que l'alcoolisme est surtout le fait d'adultes – parents et enseignants –, dès lors mal placés pour leur faire la leçon.

« En France, on critique très facilement l'usage du tabac et des drogues, même à petite dose. Mais il est très complexe de ne pas stigmatiser le vin et de stigmatiser l'alcoolisation. Il est donc difficile de faire passer un message vigilant qui ne soit ni répressif ni ascétique », déplore le professeur Michel Lejoyeux, chef du service de psychiatrie et d'addictologie à l'hôpital Bichat, à Paris.

Certes, *« l'adolescence est la période où les jeunes se construisent en cherchant à repousser les limites ; que ce soit à travers des conduites à risques, un engagement politique, l'amour, des drogues ou l'alcool... »,* rappelle le médecin. Mais c'est justement *« parce qu'ils ne connaissent pas encore leurs limites qu'il y a danger »*. D'autant qu'ils ne se méfient pas : contrairement aux substances illicites, le vin et l'alcool sont légaux et présents chez eux ; leurs parents en boivent lors des fêtes de famille et quand ils reçoivent des amis. Ils n'en ont donc pas une mauvaise image.

« Chez des adolescents non préparés, une consommation massive peut avoir un degré de toxicité qu'ils ne connaissent pas et conduire au coma », prévient le Pr Lejoyeux, dont le service est parfois amené à s'occuper de jeunes en coma éthylique.

« Se saouler évacue le problème le temps de l'ivresse, mais rajoute la dépendance »

Michel Lejoyeux
chef de service (psychiatrie de l'addictologie)
à l'hôpital Bichat, à Paris

Heureusement, le « *binge drinking* » (ingestion d'alcool massive et rapide) festif des grands apéros conduit rarement à de telles extrémités. Mais les troubles de la vigilance qu'il entraîne peuvent avoir des répercussions également dramatiques. Désinhibé, le jeune sous l'emprise de l'alcool risque de devenir auteur ou victime de comportements violents : conduite en état d'ivresse avec accident ; bagarres, viol. Sans compter l'oubli, lié à l'alcool, des règles de protection lors de rapports sexuels, même consentis, et donc le risque de contamination par le virus du sida.

Autre type de danger, l'accoutumance. « *Chez certains adolescents, une consommation d'alcool irrégulière va s'accompagner d'un syndrome de dépendance. Très vite, on passe d'une fin de semaine alcoolisée épisodiquement à régulière. On peut être considéré comme dépendant sans boire tous les jours*, prévient le Pr Lejoyeux. *L'alcoolisation de fin de semaine est d'ailleurs la façon moderne d'être dépendant à l'alcool.* »

Comment en arrive-t-on là ? Les raisons sont nombreuses et propres à chaque individu. Elles peuvent être liées à des caractéristiques génétiques. Connaître son histoire familiale par rapport à l'alcool permet un premier niveau de vigilance, selon qu'on appartient à une famille à risque ou non.

Autre critère devant attirer l'attention : un caractère qui porte vers la recherche de sensations fortes (le goût pour la vitesse, les sports extrêmes, le saut à l'élastique, etc.), qui conduisent à repousser toujours plus loin ses limites.

Tout aussi risqué : le fait d'utiliser l'alcool comme un médicament, un anxiolytique chargé de noyer son mal-être : puisque l'alcool me désinhibe et me permet de faire ce que j'aime mais que je n'ose faire par moi-même, comment croire qu'il soit mauvais ?

« *Se saouler n'est pas la réponse à tous les problèmes réels que l'adolescent doit affronter*, estime l'addictologue. *Cela évacue le problème le temps de l'ivresse, mais ça en rajoute un à plus ou moins longue échéance : la dépendance.* »

Enfin, contrairement à ce que l'on pourrait penser, « *bien tenir l'alcool n'est pas une qualité mais un problème*, insiste le médecin. *Ces jeunes sont plus menacés que les autres, car il leur faut ingurgiter plus d'alcool que leurs amis pour arriver au même niveau de désinhibition. Or, il n'y a pas de vie heureuse dans la dépendance* ».

« Ceux qui ont des ivresses répétées ont des problèmes. Un adolescent qui va bien n'a pas tant que ça besoin d'alcool. Celui qui en a besoin chaque fin de semaine doit se poser des questions, et l'adulte aussi », conseille Michel Lejoyeux.

Les meilleurs étudiants sont aussi concernés

ON IMAGINE les étudiants des grandes écoles comme des gens sérieux, au mode de vie ascétique. Ce n'est pas toujours le cas, loin s'en faut, car eux aussi doivent évacuer le stress imposé par leurs études. Au point qu'il a fallu mettre de l'ordre dans les fêtes telles que les organisaient il y a encore une dizaine d'années leurs écoles.

La prise de conscience s'est opérée après le décès, il y a cinq ans, d'un jeune de Centrale Paris qui avait participé à une soirée très alcoolisée de l'école. Depuis, les choses ont bien changé. Créé il y a plus de trois ans par la Conférence des grandes écoles et la Conférence des directeurs des écoles françaises d'ingénieurs (CDEFI), le groupe LUCA (lutte contre les addictions) a rédigé une charte des *« bonnes pratiques de l'utilisation de l'alcool »*. Parmi celles-ci, l'interdiction de la publicité pour des marques d'alcool lors des fêtes organisées par les écoles, ainsi que celle des, *« open bars »*, où l'alcool offert par des alcooliers coulait à flot et gratuitement lors de ces soirées.

Si elle se félicite de ces avancées, Sophie Monvoisin, psychologue et alcoologue en grandes écoles, co-présidente de LUCA et de l'ASGE (Association santé grandes écoles), déplore que *« maintenant, les étudiants de 1^{re} année, les lycéens et collégiens boivent plus tôt et de façon plus massive »*.

Selon elle, *« si la plupart des étudiants vont bien, certains sont de grands ados qui n'ont pas vécu et doivent rattraper le temps perdu. Ils veulent tout, tout de suite, et refusent de différer leur plaisir »*. Parfois, la surprise est d'autant plus grande, pour les encadrants et les parents, souligne Sophie Monvoisin, qu'ils pensent que *« tout va bien, puisque les études vont bien »*. Hélas, beaucoup d'étudiants sérieux en semaine se saoulent chaque week-end, prouvant par là qu'ils ne vont pas si bien.

Marc Dupuis

Le Monde du 16 juin 2010,

➤ **Question 1.** – *Dégagez les idées principales du texte ; votre réponse doit être structurée et ne pas dépasser une quinzaine de lignes.*

➤ **Question 2.** – *En vous appuyant sur les éléments développés dans le texte, expliquez comment se manifeste un « syndrome de dépendance ».*

➤ **Question 3.** – *Commentez et discutez le passage en caractères gras (fin du 1^{er} paragraphe et 2^e paragraphe de l'article de « et fait ressortir... » à «... leçon ».*

→ Corrigés

QUESTION 1

Cet article traite du problème de l'alcoolisme chez les jeunes et est structuré en deux parties. Dans une première partie, le journaliste examine les dangers de l'alcoolisme pour les adolescents. Il souligne deux points importants. L'alcool est dangereux en France car le vin conserve une image positive et festive. Les adultes, qui eux-mêmes apprécient les moments de retrouvailles autour d'un bon verre, ne parviennent pas toujours à éduquer les adolescents afin qu'ils modèrent leur consommation. L'alcool a également des effets dangereux : coma éthylique dû à une consommation trop importante, troubles de la vigilance qui peuvent provoquer des accidents, accoutumance. La deuxième partie de l'article analyse les facteurs qui conduisent à de tels excès chez les jeunes. Le premier facteur retenu est le vécu familial par rapport à l'alcool. L'article évoque ensuite la recherche de sensations extrêmes puis l'utilisation de l'alcool comme antidépresseur qui permet de fuir les difficultés quotidiennes. Enfin, le dernier facteur est la résistance à l'alcool : plus elle est importante, plus la consommation est massive, donc dangereuse. L'article conclut sur l'idée que la consommation d'alcool chez les adolescents cache un mal-être qui est la cause initiale du problème.

QUESTION 2

Le syndrome de dépendance résulte de la consommation répétée d'une substance toxique et se caractérise par un besoin continu de consommer cette substance en augmentant parfois les doses. En ce qui concerne l'alcool, on aurait tort de croire que le syndrome de dépendance ne frappe que les personnes qui en consomment quotidiennement. Dans son article, Marc Dupuis cite le Pr. Lejoyeux qui spécifie qu'une consommation d'alcool régulière, même si ce n'est qu'une fois par semaine, génère un état de dépendance.

QUESTION 3

1. Les causes d'une prévention défectueuse de l'alcoolisme chez les jeunes

Le début de l'article développe les causes d'une prévention défectueuse de l'alcoolisme chez les jeunes. Le journaliste évoque d'abord les valeurs positives que représente le vin. En France, le vin est symbole de convivialité, de festivité et souvent de gastronomie. Par ailleurs, le vin est une boisson de table, souvent consommée quotidiennement par les adultes. Cette consommation régulière a une explication historique. Longtemps, le vin a remplacé l'eau lorsqu'elle n'était pas potable. Ainsi, les mineurs descendaient à la mine avec un litre de café ou de vin. De nos jours, dans de nombreuses familles, on boit encore du vin à table, parfois à chaque repas. Le vin n'est pas perçu comme

un produit nocif et dangereux. Certains adultes ne surveillent donc pas leur consommation d'alcool et n'auraient, d'après le journaliste, que peu de crédibilité pour enseigner la modération à leurs enfants.

2. Le rôle des adultes : enseigner la mesure

Mais ce n'est pas parce qu'un adulte commet des excès qu'il n'est pas en mesure d'apprendre à un jeune à savoir boire et apprécier le vin. Ce n'est pas parce qu'un adulte a un comportement alcoolique qu'il n'est pas capable de fixer des limites. Le rôle des parents est d'éduquer leurs enfants à apprécier le vin sans excès pour éviter de futures tendances alcooliques. Le vin fait partie de notre patrimoine national et, à ce titre, conservera longtemps une image positive. Les adultes sont donc les mieux placés pour transmettre et enseigner cet héritage culturel et gastronomique.

3. La consommation des jeunes : vin ou alcools forts ?

Par ailleurs, l'alcoolisme chez les jeunes est plus souvent lié à la consommation d'alcools forts qu'à la consommation de vin. Le « *binje drinking* », de plus en plus répandu dans les soirées d'adolescents, résulte de mélanges de boissons très alcoolisées telles que la vodka ou les cocktails à base de rhum. Les jeunes ne boivent pas comme boivent leurs parents. Le journaliste semble négliger, dans cet article, cette divergence fondamentale. Ce n'est pas tant le vin que les autres boissons alcoolisées qui représentent un danger pour les jeunes d'aujourd'hui. « La difficulté qu'il y a à parler de la prévention contre l'alcoolisme des adolescents » vient sans doute d'une profonde méconnaissance de l'évolution des modes de consommation d'alcool : les adultes ne parviennent pas toujours à appréhender ce nouveau phénomène qu'est le « *binje drinking* » et ne réagissent pas en conséquence.

Média

SUJET 17 : LES PUBLICITAIRES TENTENT D'APPRIVOISER LES RÉSEAUX SOCIAUX

Les sites comme Facebook ou Twitter sont des sources de risque, mais aussi d'opportunité pour les marques

Jean, basket et tee-shirt noir, Mark Zuckerberg, le fondateur de Facebook, a fait une apparition de star à Cannes, mercredi 23 juin, à l'occasion du Festival international de la publicité. Une horde de photographes et un auditorium bondé attendaient le jeune patron (26 ans) du plus grand réseau social sur Internet, qui a tenté de convaincre que Facebook était capable de passer à l'âge adulte sur le plan économique.

Car si le réseau a connu depuis 2004, date de sa création, une progression fulgurante avec 400 millions de membres en février 2010, M. Zuckerberg doit maintenant prouver qu'il saura transformer cette formidable audience en espèces sonnantes et trébuchantes. En d'autres termes, qu'il a trouvé un modèle économique basé sur la publicité. D'où sa présence à Cannes. « *Nous sommes sortis de la phase expérimentale, on voit maintenant de vraies campagnes sur Facebook* », affirme son dirigeant.

Mais, paradoxalement, cette société qui se targue de travailler « *pour un monde plus ouvert et plus connecté* », se ferme lorsqu'il est question de son chiffre d'affaires. Elle se refuse à confirmer que son activité aurait plus que doublé entre 2008 et 2009, passant de 300 millions à 700 ou 800 millions de dollars. Seule précision : Facebook est bénéficiaire, et il n'« *y a pas d'urgence* » pour une éventuelle mise en Bourse.

« *Tous nos clients annonceurs nous posent des questions sur les opportunités et les problèmes des réseaux sociaux* », reconnaît David Jones, directeur général d'Havas. Côté risque, il y a l'exemple de Procter & Gamble, qui a récemment été attaqué par un groupe de consommateurs sur Facebook qui accusaient la nouvelle couche Pampers d'irriter les fesses de bébé.

« Nous sommes sortis de la phase expérimentale »

Mark Zuckerberg
fondateur de Facebook

Côté opportunité, on trouve l'exemple de Coca-cola, qui a découvert que deux internautes avaient créé un groupe de fans sur Facebook. La firme a repris les choses en main, en collaboration avec les initiateurs. Résultat, elle regroupe près de 6 millions de fans, soit la plus grande communauté de passionnés de marque, derrière celle de Starbucks. Des internautes prêts à jouer les ambassadeurs de la marque, leurs préconisations se diffusant grâce à l'effet « bouche à oreille ». *« Nous avons atteint les 4 millions de fans sans dépenser 1 dollar. Maintenant, nous faisons des campagnes publicitaires sur Facebook pour faire connaître certaines opérations, recruter des membres. Elles sont très efficaces, car on peut cibler les messages »*, précise Carol Kruse, vice-présidente du marketing interactif de Coca-Cola.

Ce ciblage exploite la mine de données personnelles collectées auprès des membres qui acceptent en s'inscrivant de livrer leur âge, leur sexe, leur lieu d'habitation, leurs goûts. À ce profil s'ajoutent les liens avec leurs « amis », les marques qu'ils « aiment ». Récemment, M. Zuckerberg a décidé d'étendre ce modèle du « Web social » à d'autres sites. Une manière d'accroître la connaissance intime de l'internaute, et de vendre ces données comportementales aux annonceurs. Puis, en juillet, seront ajoutées des fonctions de géolocalisation des membres de Facebook. *« Un thème sensible »*, a reconnu M. Zuckerberg, souvent critiqué sur le sujet de la protection de la vie privée.

Discussion avec les consommateurs, lancement de produit ou de campagne publicitaire, les marques multiplient les expériences sur Facebook, mais aussi sur d'autres sites communautaires comme Twitter ou YouTube. Keith Weed, directeur marketing d'Unilever, qui prévoit de doubler son investissement publicitaire dans le numérique en 2010, a raconté qu'il avait emmené, en mai, une trentaine de dirigeants du groupe visiter les sociétés de la Silicon Valley.

Dans ce contexte, des campagnes spécifiques commencent à émerger. Parmi les idées primées à Cannes, celle de Gatorade qui consiste à rejouer un match de foot-ball américain entre deux équipes d'anciens étudiants, quinze ans après. Nike propose d'inscrire sur la route du Tour de France en temps réel des messages d'encouragement dans le cadre de l'opération de lutte contre le cancer en partenariat avec Lance Armstrong. Procter & Gamble sponsorise les mamans des athlètes pendant les Jeux olympiques Gamble sponsorise les mamans des athlètes pendant les Jeux olympiques d'hiver. Enfin, Volkswagen veut rendre amusants des gestes écolos pour une technologie propre. Toutefois, prévient Olivier Altmann, coprésident de Publicis Conseil, *« Le vrai enjeu aujourd'hui est de trouver des idées inattendues, et ne pas tomber dans l'amour de la technologie pour la technologie. »*

Laurence Girard

Le Monde du 27-28 juin 2010

- **Question 1.** – *Donnez un titre au texte.*
- **Question 2.** – *Pourquoi les publicitaires cherchent-ils à exploiter les réseaux sociaux comme Facebook ou Twitter ?*
- **Question 3.** – *En vous appuyant sur l'article et sur une réflexion personnelle, vous discuterez des avantages et des inconvénients des réseaux sociaux sur internet.*

→ Corrigés

QUESTION 1

L'article proposé a pour sujet l'intérêt qu'accordent les grandes marques aux réseaux sociaux sur internet en matière de publicité. On pourrait donc l'intituler : « Les réseaux sociaux : un nouveau support publicitaire » ou « Les publicitaires tentent d'apprivoiser les réseaux sociaux ».

QUESTION 2

Pour les publicitaires, les réseaux sociaux comme Facebook ou Twitter sont intéressants à plus d'un titre. Les réseaux sociaux leur permettent d'abord de toucher un grand nombre de personnes sans déboursier le moindre centime. Coca-Cola, par exemple, a créé un groupe de fans sur Facebook. En l'occurrence, ce sont les internautes qui jouent gratuitement les ambassadeurs de la marque en invitant leurs contacts à rejoindre le groupe, en créant un lien vers le profil de la marque ou en évoquant certaines opérations de promotion sur leur page personnelle par une tactique proche du bouche à oreille. Les réseaux sociaux permettent ensuite aux grandes marques de mener des campagnes spécifiques. Elles collectent et exploitent des données personnelles afin de cibler les messages publicitaires en fonction du sexe, de l'âge, du lieu de vie, des centres d'intérêt des usagers. Les publicitaires utilisent également Facebook, Twitter ou YouTube pour lancer un produit. Enfin, les marques se servent des réseaux sociaux pour discuter avec les consommateurs, avoir un retour critique sur leurs produits, tester leurs idées.

QUESTION 3

Créé en 2004 par un étudiant de l'université de Harvard, le réseau social Facebook compterait désormais plus de 500 millions d'adhérents actifs à travers le monde. Son succès planétaire s'explique par son mode de fonctionnement. Facebook permet à ses utilisateurs d'entrer des informations et des documents personnels (centres d'intérêt, état civil, cursus et curriculum vitae) et de partager ces informations avec d'autres membres connectés au réseau. Facebook est donc un incroyable moyen de communication, d'échange et de rencontre.

Pourtant, ce réseau social crée une confusion entre espace public et espace privé qui est à l'origine de bien des inconvénients.

Les réseaux sociaux présentent de nombreux avantages. Ils sont un formidable moyen de communication. Grâce à eux, on retrouve des amis perdus de longue date, on rencontre des personnes partageant les mêmes centres d'intérêts, on tisse des liens d'un bout à l'autre de la planète. Facebook est aussi un espace de partage et d'échange. Il permet aux utilisateurs de mettre en ligne des documents, des photographies, des films. Certaines entreprises utilisent un profil professionnel pour permettre à leurs salariés de travailler avec davantage d'interactivité et de cohérence. Enfin, les réseaux sociaux sont une vitrine de choix pour les publicitaires comme en témoigne l'article de Laurence Girard. Grâce à Facebook, certaines marques expérimentent de nouvelles tactiques publicitaires qui ciblent les consommateurs en fonction des informations recueillies sur leur profil. Cette collecte d'informations est l'un des inconvénients de Facebook.

Lorsqu'ils s'inscrivent sur Facebook, certains utilisateurs ne mesurent pas qu'ils passent la frontière de la publicité, c'est-à-dire qu'ils donnent aux informations qu'ils divulguent un caractère public. Nombreux sont ceux qui pensent n'avoir rien à craindre en créant un profil privé. L'actualité récente à prouver le contraire. En mai dernier, trois salariés ont échangé sur leur profil privé des propos critiques envers leur entreprise. Ces propos ont été transmis à leur employeur par une personne qui en a pris connaissance sur Facebook en tant qu'« amie ». Suite à cet incident, l'employeur a décidé de licencier les trois salariés pour « incitation à la rébellion » et « dénigrement de l'entreprise ». Et que dire des jeunes gens à qui l'on refuse un poste parce que leur profil Facebook contient des informations qui leur sont préjudiciables ?

L'autre danger de Facebook, ce sont les comportements addictifs que le réseau peut susciter. Certains utilisateurs restent connectés toute la journée et réagissent immédiatement à tout commentaire posté sur leur profil. Cette conduite dérive parfois vers un isolement pathologique et une asocialité paradoxale.

Le réseau Facebook présente des avantages en matière d'échange et de communication mais aussi de nombreux inconvénients quand on ne cherche pas à protéger sa vie privée. Facebook, formidable ouverture au monde ou moyen de pression et de manipulation de la personne humaine ? La question reste en suspens.

Personnes âgées

SUJET 18 : LES NOUVELLES TECHNOLOGIES, REMÈDES À LA DÉPENDANCE ?

Des terminaux de téléassistance dans le salon pour donner l'alerte en cas d'incident, un capteur d'ouverture de porte de réfrigérateur dans la cuisine permettant de s'assurer que la personne s'alimente régulièrement, un ordinateur programmé pour faire le lien avec les proches ou accéder à Internet sans souris ni clavier... Voici un échantillon des technologies installées l'an dernier dans un appartement prototype à Rennes. Elles seront testées pendant deux ans par des personnes âgées, leurs proches et des professionnels, avant d'être déployées. Les « gérontechnologies », conçues pour aider les personnes dépendantes et améliorer les pratiques des soignants et des aidants, sont en plein développement. Selon le Centre d'analyse stratégique, qui y a consacré une note de veille en décembre¹, elles « *peuvent constituer une des réponses pertinentes au problème de la dépendance* ». « *Ces outils sont destinés à couvrir les principaux besoins des personnes âgées, confirme le professeur Gilles Kemoun, spécialiste en médecine physique et de réadaptation. D'abord, favoriser leur maintien à domicile par un environnement sécurisé. Ensuite, les aider à communiquer pour éviter les situations d'isolement et de rupture sociale. Enfin, faciliter leurs déplacements et stimuler leurs capacités intellectuelles. Au final, il s'agit de leur redonner une marge fonctionnelle, une réserve de capacités qui va leur permettre de surmonter des événements inattendus, comme une hospitalisation, pouvant déboucher sur des phénomènes de dépendance.* »

Un secteur freiné dans son essor

Chercheurs et industriels font assaut d'imagination pour créer une multitude d'inventions, plus ou moins expérimentales, allant dans ce sens. Certaines semblent davantage prometteuses que d'autres, tels les systèmes domotiques (ex. : commandes d'ouverture des portes, de l'allumage des lumières, de la mise en route d'appareils ménagers), les dispositifs de rappels de tâches (ex. : un pilulier électronique qui sonne à l'heure de la prise des médicaments) ou encore les robots assistants (ex. : le service du Pr Fathi Ben Ouezdou de l'université de Versailles-Saint Quentin planche sur des prototypes dont les applications

1. Cf. strategie.gouv.fr/IMG/pdf/NoteVeille158.pdf

pourraient déboucher sur des prothèses intelligentes destinées à améliorer la mobilité des personnes dépendantes¹).

De nouvelles interfaces informatiques (écrans tactiles), plus simples d'utilisation, sont par ailleurs mises au point pour faciliter les communications à distance. Des applications, basées sur des puces RFID et supposées favoriser la mobilité des personnes en les aidant à se repérer dans les transports en commun, sont à l'étude. Des logiciels destinés à muscler les neurones afin de ralentir le déclin cognitif et celui de la mémoire aussi. « *Les gérontechnologies représentent un formidable marché commercial*, poursuit Gilles Kemoun. *En 2025, 30 % de la population aura plus de 60 ans, contre un peu moins de 20 % en 2000. À cette croissance exponentielle correspond un véritable enjeu de santé publique mais aussi des enjeux économiques, politiques et sociaux* ».

Pourtant, les retombées pratiques et commerciales restent limitées. « *Beaucoup de produits demeurent à l'état expérimental*, reconnaît le médecin. *Soit ils sont peu applicables, soit ils sont trop onéreux* ». La distinction établie entre les gérontechnologies et les aides techniques destinées aux personnes handicapées constituerait également un autre obstacle, notamment pour leur prise en charge financière. « *Les prestations de compensation du handicap, comme l'allocation personnalisée d'autonomie, sont insuffisantes pour financer ces équipements*, précise Gilles Kemoun. *Il faudrait créer une enveloppe spécifique pour le matériel, quel que soit le besoin. Le vieillissement peut aussi devenir un handicap* ». Cette dichotomie pourrait aussi freiner leur acceptabilité. Pour le professeur Pascal Couturier, médecin gériatre au CHU de Grenoble, le terme même de gérontechnologie n'est pas bien approprié. « *Les systèmes se doivent d'être à la fois efficaces et non stigmatisants, et susceptibles d'être utilisés par tous quelle que soit l'origine de la perte d'autonomie : vieillissement, handicap ou maladie chronique*. »

La nécessité de garde-fous

Surtout, les professionnels s'accordent sur la nécessité de faire valider leurs usages. « *Nous devons prendre en considération les aspects éthiques de leur utilisation, notamment chez les personnes ayant des troubles cognitifs*, note Pascal Couturier. *C'est en particulier vrai pour le développement des systèmes GPS qui permettent de surveiller les déplacements des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Leur usage doit être verrouillé par une prescription établie par des professionnels du soin qui s'assurent au préalable de recueillir l'accord de la personne ou de son représentant* ». Pour Jérôme Pellissier, chercheur en gérontologie, « *en soi, une caméra n'est ni bonne ni mauvaise, tout dépendra de la façon dont elle sera utilisée* ». Instituer des garde-fous juridiques permettrait, selon lui, d'éviter de diaboliser des outils susceptibles de redonner de l'indépendance à des personnes qui sont en perte d'autonomie. Reste à s'interroger sur la place de l'humain dans les réponses techniques apportées à la dépendance. « *Si aider les personnes en perte d'autonomie se résume à s'assurer qu'elles soient propres, bien alimentées et en sécurité, la*

1. Cf. émission État de santé du 11/01/2009, intitulée *Dépendance, quelles solutions face à l'urgence ?*, diffusée sur la Chaîne parlementaire-Assemblée nationale. Lcpan.fr

machine peut faire mieux, plus vite et moins cher. En revanche, les technologies ne sont pas censées remplacer ce que seul un être humain peut faire, à savoir maintenir les liens relationnels. À nous de les empêcher d'accroître l'isolement. »

Des machines pour prévenir les chutes

Première cause de décès accidentel chez les plus de 65 ans : les chutes. Les gérontechnologies pourraient permettre de les prévenir. Le Pr Gilles Kemoun mise ainsi beaucoup sur les tapis actimétriques : grâce à des capteurs intégrés, ils sont capables de détecter une modification de la posture, signe annonciateur d'une chute. Ce spécialiste a mis au point une méthode de prévention individualisée, nommée « Padchute ». Intervenant à domicile ou en maison de retraite, une équipe pluridisciplinaire effectue un examen médical complet d'une personne, la soumet à des tests fonctionnels afin d'évaluer tous les pièges présents dans son environnement. Une analyse de la façon dont elle se tient debout complète l'ensemble. À la clé : des préconisations pour améliorer son équilibre ou sécuriser son lieu de vie, assorties d'un suivi sur le long terme. Si les premiers résultats se révèlent concluants en termes de diminution de chutes, les financeurs restent à convaincre quant à l'intérêt économique et thérapeutique d'un tel programme.

Création d'un centre national de référence

Bien qu'elle concerne plusieurs millions de Français, la prise en charge de la santé à domicile pâtit d'une absence d'interactions et de coordination entre les différents acteurs. Un centre de référence national pour la prise en charge de la santé à domicile et de l'autonomie a été créé l'an dernier à Nice en vue de structurer ce secteur. Mis en place par le ministère de l'Industrie, en collaboration avec le ministère de la Santé et de la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), il est chargé de mener des missions d'intérêt général (information, suivi des évolutions légales et réglementaires...). Il est également susceptible d'assurer des prestations commerciales (formation, conseil aux utilisateurs...) jugées nécessaires au financement de son fonctionnement.

Katia Vilarasau

Valeurs mutualistes n° 265, magazine des adhérents
de la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN)

► **Question 1.** – *Donnez un titre concis à cet article et précisez l'idée principale développée dans ce texte.*

► **Question 2.** – *Commentez la dernière citation des propos de Jérôme Pellissier, chercheur en gérontologie (de « Si aider... » à « ... isolement. »).*

► **Question 3.** – *En vous appuyant sur le texte et sur une réflexion personnelle, précisez les avantages et les limites des « gérontechnologies ».*

→ Corrigés

QUESTION 1

Cet article traite d'une application spécifique des nouvelles technologies : les « gérontechnologies ». Les gérontechnologies sont des innovations technologiques mises au service des personnes âgées pour réduire le phénomène de dépendance. Elles ont quatre objectifs majeurs : simplifier le quotidien des personnes qui ont perdu leur autonomie, faciliter la communication pour éviter l'isolement, favoriser les déplacements des personnes à mobilité réduite, créer des stimulations intellectuelles. L'article explicite le formidable espoir que représentent ces outils technologiques mais souligne également leurs nombreux inconvénients, notamment leur coût prohibitif et le nécessaire encadrement de leur développement. On pourrait donc intituler cet article : « Les gérontechnologies sont-elles une solution viable au phénomène de dépendance ? ».

QUESTION 2

L'article de Karine Vilarasau s'ouvre, en conclusion, sur l'importance de redéfinir le rôle de l'humain face aux gérontechnologies. Dans un premier temps, la journaliste souligne que dans la compétition qui oppose les compétences humaines et les programmes technologiques dans la prise en charge de la dépendance, la machine l'emporte sur trois points. Elle est plus performante, plus rapide et moins coûteuse. En effet, lorsqu'il est bien programmé, l'appareil technologique ne commet pas d'erreur ni d'oubli, ne perd pas de temps, n'arrive pas en retard, en d'autres termes, remplace efficacement l'homme. Le développement des gérontechnologies nécessite donc une redéfinition du rôle de l'humain dans l'accompagnement des personnes dépendantes. Cette redéfinition passe par la valorisation de la communication et du relationnel. Les nouvelles technologies doivent permettre à l'homme de se libérer des tâches mécaniques, pragmatiques pour privilégier le contact et l'accompagnement psychologique. Par ailleurs, la journaliste omet de préciser que l'homme doit jouer deux autres rôles importants quant aux gérontechnologies : un rôle de technicien et un rôle de législateur. C'est lui qui programme, répare et améliore la machine ; c'est lui aussi qui fixe les limites juridiques de son utilisation.

QUESTION 3

Le développement d'aides pour favoriser l'autonomie des personnes âgées est devenu nécessaire dans le contexte social actuel. En effet, l'accroissement de la population des seniors risque de poser de sérieuses difficultés dans les années à venir. Actuellement, les services de gériatrie des hôpitaux et les maisons de retraite sont déjà surchargés. Or dans une quinzaine d'années la population des plus de 60 ans aura presque doublé. Les « gérontechnologies » sont

donc un enjeu majeur face au défi posé par le vieillissement de la population. Elles présentent, en l'occurrence, des avantages pour favoriser l'autonomie des personnes âgées. Cependant, de nombreux obstacles s'opposent encore à leur avènement.

1. Les gérontechnologies : des remèdes à la dépendance des personnes âgées

Comme le souligne l'article, les gérontechnologies ont été conçues pour répondre aux principaux besoins des personnes âgées : favoriser le maintien à domicile, lutter contre la perte de mobilité, atténuer les effets des déficiences mémorielles ou cognitives, éviter l'isolement.

Les nouvelles technologies permettent aux seniors de rester chez eux le plus longtemps possible. Certaines inventions comme la commande centralisée des différents appareils de la maison, la commande vocale ou la fermeture mécanique des volets, simplifient les gestes de la vie quotidienne et contribuent au maintien à domicile de personnes dépendantes.

Les innovations technologiques participent également à la préservation d'une forme d'autonomie. Ainsi les fauteuils électriques qui montent et descendent les escaliers permettent de lutter contre la réduction de la mobilité des personnes âgées.

D'autres appareils ont été conçus pour pallier les déficiences mémorielles et cognitives. L'article de Vilarasau cite, par exemple, le pilulier électronique ou les prothèses intelligentes. La journaliste évoque en outre les logiciels d'entraînement cérébral qui connaissent un franc succès depuis quelques années.

Les concepteurs ont enfin réfléchi à des moyens de combattre l'isolement. Depuis une quinzaine d'années, on trouve sur le marché des téléphones qui fonctionnent non avec des touches mais grâce au son de la voix. Récemment ont été mises au point des applications pour smartphone qui facilitent la communication avec les proches ou les soignants.

Cependant, l'usage ces avancées technologiques est loin d'être répandu. Leur installation et leur utilisation sont encore rares car elles présentent un certain nombre d'inconvénients tant du point de vue technique qu'éthique et financier.

2. Les limites des gérontechnologies

D'un point de vue technique, les technologies développées en faveur des personnes âgées posent deux problèmes. D'une part, très peu d'innovations sont applicables et commercialisables à grande échelle. Ainsi, les consoles de jeu interactives pour personnes mal voyantes rencontrent un public restreint parmi les seniors. D'autre part, les produits proposés sont souvent fragiles et vieillissent rapidement. Citons l'exemple des volets électriques qui se coincent deux à trois fois par an.

D'un point de vue financier, les innovations technologiques ont bien souvent un coût prohibitif. L'installation d'un fauteuil électrique coûte en moyenne 3 000 €. D'autant plus que les aides financières versées par l'ANAH (Agence nationale de l'habitat) ou l'allocation personnalisée d'autonomie sont souvent insuffisantes ou contiennent des clauses restrictives.

D'un point de vue éthique et juridique, l'usage des gérontechnologies doit être encadré pour éviter toute dérive. Ainsi, la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés) étudie attentivement la question des services de géolocalisation des personnes âgées et condamne fermement le système des bracelets électroniques de surveillance.

Les gérontechnologies constituent certes un formidable espoir de prolonger l'autonomie des seniors mais, comme le précise l'article, les techniques n'en sont encore qu'aux balbutiements et ne sont pas toujours fiables. Par ailleurs, la journaliste soulève la question de la réflexion éthique qu'il faut mener sur ce genre d'innovations qui peuvent mettre en péril l'intégrité de la personne.

SUJET 19 : DES PAPYS ET MAMIES DE SUBSTITUTION

Psychologie

Le petit Evan, 3 ans, aime bien bricoler dans le jardin avec son papy Christian. Il adore aussi faire un câlin à sa mamy Françoise. Pourtant, tout ce petit monde se connaît depuis peu : c'est en juin 2009 que Christian et Françoise François ont commencé à correspondre avec Carole Folli, la maman d'Evan. Mère célibataire habitant à Ploemel, dans le Morbihan, et n'ayant que des liens distendus avec sa famille restée à Paris, elle avait expliqué, sur le site Supergrandparents.fr, qu'elle souhaitait trouver des grands-parents de substitution pour son petit garçon.

De leur côté, M. et M^{me} François, âgés respectivement de 66 et 70 ans, remariés tous les deux, et domiciliés loin de leurs petits-enfants, venaient de s'inscrire sur le site car « ça [leur] manquait de s'occuper d'un enfant ». Ils ont décidé de répondre à Carole, qui habitait à quelques kilomètres de chez eux. « Nous nous sommes bien entendues et nous avons souhaité nous rencontrer assez vite, bien que ce soit déconseillé par le site », raconte M^{me} François. « Nous nous sommes vues pour la première fois à la capitainerie du port de La Trinité-sur-Mer, où travaille Carole, et nous sommes tombées dans les bras l'une de l'autre. Carole, désormais, c'est comme notre fille ! », ajoute-t-elle, en faisant l'éloge de son sens des responsabilités et de son courage.

À Paris, depuis des mois, aucun postulant au rôle de grand-père ne s'est plus inscrit

« Le dimanche suivant, nous avons rencontré Evan et son grand frère, Antoine, 15 ans », que Carole a eu d'une première union. « Ça s'est tout de suite bien passé avec Evan. Il ne voulait plus nous laisser partir. Depuis, on

se téléphone tous les soirs, et on prend Evan un week-end par mois. Nous sommes tous très heureux de cette rencontre », assure M^{me} François qui juge le site Supergrandparents.fr « magnifique ».

Carole, une brune discrète de 42 ans, partage sa satisfaction. « Depuis quel temps, Evan appelait son grand frère "papa", ce qui me déplaisait beaucoup. Une semaine après la rencontre, il a cessé de le faire, ce qui a été le changement le plus remarquable, confie Carole. Avant, il était très agressif, il pouvait me taper, et la pédopsychiatre me disait qu'il m'en voulait, inconsciemment, de ne pas avoir "su retenir" son père, qui nous a quittés lorsqu'il avait 5 mois. Depuis qu'il a son papy et sa mamy, ça va beaucoup mieux. Christian joue un rôle masculin qui lui a sans doute manqué. »

M^{me} François rappelle que son mari, un ancien militaire, ne transige pas avec l'autorité : « À la maison, par exemple, Evan n'a pas le droit de sauter sur le canapé. Quand il gronde, je suis la mamy qui console, alors que Carole doit jouer les deux rôles à la fois. »

Comme Carole, de nombreuses mères seules sont inscrites sur Supergrandparents.fr : 35 %, selon Christelle Levasseur, sa fondatrice. Beaucoup cherchent, selon elle, « un papy qui prenne l'enfant par la main pour l'emmener à la pêche », « un modèle masculin ». Or il n'y a que 5 % de grands-pères seuls, contre 47 % de grandes-mères seules. À Paris notamment, aucun postulant au rôle de grand-père ne s'est plus inscrit depuis des mois.

C'est après une rupture avec ses propres parents que Christelle Levasseur, ancienne journaliste spécialisée dans l'informatique, et mère de quatre enfants, a eu l'idée de créer le site : « Depuis son lancement, en décembre 2007, il y a eu 10 400 inscrits en France, et nous recensons 850 rencontres durables, d'au moins trois mois. » Néanmoins, la demande est plus forte que l'offre : 65 % de parents pour 35 % de grands-parents. Pour Samuel Lepastier, pédopsychiatre et psychanalyste, « la présence de grands-parents a l'intérêt de situer l'enfant dans une histoire : elle lui fait prendre conscience du fait que ses parents ont été enfants, eux aussi, et qu'il ne restera pas éternellement petit, mais qu'il grandira, à son tour ».

Qu'en est-il des grands-parents de substitution trouvés sur un site de rencontres ? « Certes, ils ne connaissent pas l'histoire des parents, mais le fait qu'ils appartiennent à une génération antérieure à celle des parents permet aussi à l'enfant de se situer », estime le médecin, membre de la Société psychanalytique de Paris.

Pour que le lien fonctionne, toutefois, « il faut que la mère ou le père reconnaisse les grands-parents de substitution comme étant un peu ses parents, ce qui ne va pas de soi : que se passera-t-il si les grands-parents d'adoption empiètent un peu trop sur la vie privée d'une mère seule ? S'ils s'opposent sur l'éducation de l'enfant ? », s'interroge M. Lepastier. « Il se peut que, après l'enthousiasme initial – qui serait un équivalent de la "lune de miel" –, l'apparition des premières désillusions, inévitables dans toute histoire familiale,

entraîne une rupture du lien », les membres d'une famille non liés par une histoire commune ayant « moins d'inhibition à exprimer leurs sentiments négatifs », note le pédopsychiatre.

Une crainte dont seule l'observation sur une longue période permettra de dire si elle est fondée.

Sur le Web
Supergrandparents.fr

Rafaële Rivais
Le Monde du 23-24 mai 2010

- **Question 1.** – *Donnez un titre à cet article.*
- **Question 2.** – *À quel phénomène de société plus large renvoie cet article ?*
- **Question 3.** – *Pensez-vous que ce soit une bonne idée de trouver des grands-parents de substitution à son enfant sur internet ? Vous rédigerez un texte argumenté d'une trentaine de lignes.*

→ Corrigés

QUESTION 1

Cet article rend compte de la création d'un site internet qui propose de « trouver des grands-parents de substitution ». Le texte de Rafaële Rivais dégage des pistes de réflexion sur ce nouveau phénomène. On pourrait intituler ce texte : « Un nouveau phénomène de société : le recours aux grands-parents de substitution ».

QUESTION 2

Le thème de cet article renvoie à une problématique sociale plus large. Dans la société actuelle, internet pallie l'isolement, la timidité, le manque de temps en créant un tissu social virtuel qui concurrence de plus en plus le tissu social réel. De nos jours, un couple sur cinq se rencontrerait *via* le net. Ce phénomène d'accroissement de la communication et des échanges virtuels inquiètent de plus en plus certains observateurs qui craignent l'augmentation des conduites à risques : absence de sécurisation des données privées, addictions à l'ordinateur, isolement social.

QUESTION 3

Le site Supergrandparents.fr propose à des parents de trouver des grands-parents de substitution à leurs enfants. Sur la page d'accueil, la fondatrice du

projet, Christelle Levasseur, explique la genèse de la création du site : c'est sa propre expérience qui lui a inculqué une sensibilité aux valeurs de la famille et qui lui a donné envie de substituer à des liens familiaux distendus des liens affectifs entre des enfants et des personnes âgées qui ne se connaissaient pas. L'idée peut paraître bonne pourtant la notion de partage de valeurs familiales avec des étrangers est problématique. Par définition, une valeur familiale est inculquée au sein d'une famille. Ce rapprochement de deux systèmes de valeurs familiaux *via* un site internet ne met-il pas en danger l'équilibre de l'enfant et de la famille ?

L'idée de Christelle Levasseur peut paraître intéressante par bien des aspects. L'article de Rafaële Rivais fait entendre la joie d'un couple de retraités et d'une mère célibataire qui ont trouvé grâce au site Supergrandsparents.fr une famille de substitution. Le premier bénéfice de ce type de rencontre *via* le net est affectif. M. et Mme François regrettaient de ne pas avoir de petit-fils à choyer au quotidien quand ils se sont inscrits. Le deuxième bénéfice concerne la construction psychologique et sociale de l'enfant. Dans le cas cité par Rafaële Rivais, le petit Evan manquait d'une figure masculine paternelle représentant l'autorité. Son nouveau papy incarne désormais l'image du père qui faisait défaut. Depuis leur rencontre, le comportement d'Evan a changé : il est devenu moins agressif avec sa mère. Mais ces deux bénéfices peuvent être contrebalancés par des dissensions entre parents et grands-parents de substitution.

Partager un enfant avec des gens qu'on connaît mal peut poser des difficultés. Les désaccords portent alors sur les règles d'éducation, l'immixtion d'étrangers dans sa vie privée. D'après M. Lepastier, pédopsychiatre, la rupture avec les grands-parents de substitution est souvent brutale car elle n'est pas tempérée par l'existence d'un lien familial. Par ailleurs, les familles respectives des deux parties sont susceptibles de ne pas accepter une relation construite artificiellement *via* le net. C'est sans doute dans l'artifice de la rencontre que réside le cœur du problème. Que des proches, oncles, tantes, amis de longue date, viennent se substituer aux grands-parents naturels ne pose pas de difficulté majeure. Ces personnes partagent avec les parents un lien affectif fort, un respect mutuel, un sentiment de confiance et des valeurs identiques que l'enfant perçoit et qui l'équilibrent. Créer un lien artificiel en quelques mois ne permet pas toujours de mettre en place cette stabilité nécessaire au développement de l'enfant.

Dans les familles, des proches prennent bien souvent la place des véritables grands-parents quand ceux-ci sont morts ou absents. La nouveauté du site Supergrandsparents.fr est de substituer aux proches des inconnus rencontrés *via* internet. La rencontre et l'entente sont donc forcément précaires. Le sujet de cet article renvoie à une problématique essentielle du réseau qui se construit sur le net : la précarisation du véritable lien social.

Sport

SUJET 20 : LE SPORT À TOUS LES ÂGES DE LA VIE

Un corps sain pour une tête bien faite

Une bonne santé cardiovasculaire chez les jeunes adultes est associée à de meilleures aptitudes intellectuelles et à un meilleur statut socio-économique plus tard dans la vie, d'après l'analyse d'une vaste cohorte de conscrits suédois. À tous les âges de la vie, d'enfant à senior, le sport serait bénéfique pour les performances cognitives.

« MENS SANA in corpore sano », ce proverbe du latin Juvénal est d'une étonnante modernité. Ce pourrait être la conclusion d'une étude suédoise sur les interactions de l'exercice physique sur les performances intellectuelles des jeunes adultes et leurs conséquences sur la vie future. Si les bénéfices du sport sur les aptitudes cognitives ont été bien décrits dans d'autres classes d'âge, l'effet de l'exercice sur la plasticité cérébrale chez les jeunes n'était pas clair jusqu'à présent. Au sein d'une vaste cohorte de conscrits, l'équipe dirigée par Georg Kuhn a montré que la santé cardio-vasculaire est associée à de meilleurs résultats scolaires et à un meilleur statut social futur. Pas d'effet cognitif de la « gonflette » en revanche, la force musculaire ne semble pas rendre plus malin.

Pédaler sur une bicyclette. Ce sont les données de tous les jeunes hommes suédois, nés entre 1950 et 1976, inscrits au service militaire à l'âge de 18 ans. Sur plus d'un million de jeunes, près de 270 000 étaient frères, 3 150 frères jumeaux dont 1 430 vrais jumeaux « monozygotes ». Des données sur l'éducation, la profession et les revenus une fois âgés de 28 et 56 ans ont été exploitées à partir de registres nationaux LISA de l'assurance-maladie suédoise. Lors du service militaire, la forme cardio-vasculaire était mesurée en demandant aux conscrits de pédaler sur une bicyclette ergométrique. La force musculaire était évaluée par l'extension du genou, la flexion du coude et la poignée de main. Quatre tests cognitifs ont été utilisés : un test de logique, un test verbal de synonyme et de contraires, un test de perception visuospatiale et des habiletés techniques et mécaniques, comprenant des problèmes mathématiques à résoudre. Les scores des quatre tests étaient combinés afin d'obtenir un score global « d'intelligence ».

Les épidémiologistes de Stockholm ont pu, de plus, étudier l'effet de l'environnement et de l'hérédité chez les frères et les jumeaux. Si la génétique a une forte influence sur l'intelligence et les performances physiques, l'environ-

nement jouerait un rôle plus important. Ainsi les corrélations seraient expliquées dans au moins 80 % des cas par des facteurs environnementaux non partagés, alors que l'hérédité serait en cause dans moins de 15 % des variations.

Logique et expression. C'est la première étude chez les adultes qui met clairement en évidence les bénéfices de l'entraînement cardio-vasculaire sur les performances cognitives, et plus encore sur le niveau d'éducation et le statut socio-économique plus tard dans la vie. Jusqu'alors les données sur les bienfaits de l'activité physique étaient contradictoires chez les jeunes gens, contrairement à ce qui était bien démontré pour les âges « extrêmes » de la vie. Faire du sport protège de l'apparition de démence et diminue les pertes de mémoire liées à l'âge. Quant aux petits enfants, ils ont de meilleurs résultats scolaires s'ils pratiquent un sport régulièrement. Si la force de cette analyse suédoise, c'est l'ampleur de la cohorte étudiée, c'est aussi une de ses limites. La puissance statistique était en effet si large que même de minimes corrélations auraient pu ressortir.

De plus, seuls des hommes étaient inclus, ce qui fait que l'observation ne s'applique pas forcément aux femmes. Il n'est pas exclu non plus que le lien de causalité puisse s'établir en sens inverse : les sujets les plus intelligents feraient du sport. Néanmoins, plusieurs éléments plaident en faveur d'un effet cardio-vasculaire sur la fonction cérébrale : absence de lien avec la force musculaire, étude croisée dans la fratrie, association avec une meilleure réussite dans les études secondaires.

Si les tests cognitifs ont mesuré des capacités verbales, spatiales, techniques et de logique, il manque à l'étude une évaluation neuropsychologique, comme la capacité à prendre des décisions et à exécuter des tâches. Néanmoins, « avoir la forme » était très fortement corrélé à deux domaines en particulier : la logique et l'expression verbale.

Dr Irène Drogou

Proc Natl Acad Sci USA, édition avancée en ligne du 8 décembre 2009.

Le Quotidien du Médecin du 2 février 2010

- **Question 1.** – *Donnez un titre à cet article en justifiant votre réponse.*
- **Question 2.** – *Récapitulez la méthode d'enquête et ses conclusions.*
- **Question 3.** – *En vous appuyant sur les éléments développés dans le texte et sur votre expérience personnelle, vous préciserez les limites des conclusions de cette étude suédoise dans un texte argumenté d'une vingtaine de lignes.*

→ Corrigés

QUESTION 1

L'idée que développe cet article est qu'une bonne santé cardiovasculaire chez les jeunes adultes est associée à de meilleures aptitudes intellectuelles, de meilleures performances cognitives et un meilleur statut socio-économique. L'article pourrait ainsi s'intituler « Un esprit sain dans un corps sain » pour reprendre le proverbe latin de Juvénal cité dans la première phrase du texte.

Autre proposition : « Faire du sport rendrait intelligent ».

QUESTION 2

Les conclusions de cette étude sont basées sur les données d'une enquête à la fois épidémiologique et psychosociale. Cette enquête a été effectuée sur une cohorte de conscrits : tous les jeunes hommes suédois nés entre 1950 et 1976 et inscrits au service militaire à l'âge de 18 ans. C'est donc une enquête longitudinale. Les scientifiques ont retenu deux méthodes de recueil des données. Dans un premier temps, ils ont réalisé des tests sur les sujets pour effectuer des mesures cardiovasculaires et éprouver leur force musculaire. Ils ont également évalué les compétences cognitives par quatre types de tests : test de logique, test verbal, test de perception visuospatiale et test des habiletés techniques et mécaniques. Ensuite, ils ont exploité les registres nationaux de l'assurance-maladie suédoise pour recueillir des informations sur l'éducation, la profession et les revenus des sujets à l'âge de 28 ans et de 56 ans. Ils ont alors constaté une corrélation entre une bonne santé cardiovasculaire, des dispositions intellectuelles et un bon statut socio-économique. L'équipe dirigée par Georg Kuhn en a conclu que les sujets qui entretiennent leur santé cardiovasculaire présentent de meilleures aptitudes cognitives, un meilleur niveau d'éducation et accède à un rang social plus élevé que les autres.

Par ailleurs, cette enquête a permis d'ouvrir une piste intéressante sur les effets de l'environnement sur l'intelligence et les performances physiques. En effet, 270 000 sujets de cette enquête sont frères et 1 430 sont de vrais jumeaux. L'équipe de Geog Kuhn a ainsi pu mesurer des variations d'intelligence et de performances physiques chez des frères qui n'évoluaient pas dans le même environnement. Ainsi les facteurs environnementaux joueraient un rôle plus important que les facteurs génétiques sur les qualités physiques et intellectuelles des individus.

QUESTION 3

Lors de cette enquête, Georg Kuhn et son équipe ont choisi de n'interpréter que trois facteurs : la santé cardiovasculaire, les capacités intellectuelles et le statut socio-économique. Le docteur Irène Drogou souligne, à la fin de son article, les limites des conclusions d'une telle enquête : l'ampleur de la cohorte, la possible

réversibilité de la conclusion de l'étude et l'exclusion de la population féminine de la cohorte des sujets testés. On peut ajouter à cette liste l'absence de prise en compte des facteurs environnementaux et l'exclusion de cette enquête des jeunes hommes qui n'ont pas effectué leur service militaire.

1. Ampleur de la cohorte

La première limite de l'enquête mentionnée dans cet article est l'ampleur de la cohorte étudiée. Plus d'un million de jeunes suédois ont été soumis aux différents tests physiques et intellectuels proposés par l'équipe dirigée par Georg Kuhn. Or plus les sujets d'une étude sont nombreux, plus on multiplie les chances de faire apparaître des corrélations entre les différents facteurs retenus.

2. La possible réversibilité de la conclusion de l'étude

L'étude conclut que les sujets qui font du sport sont plus intelligents et gagnent mieux leur vie. Mais la corrélation des trois facteurs initialement retenus pourrait conduire à d'autres conclusions. Ainsi, on pourrait déduire des résultats des tests effectués que les sujets plus intelligents feraient davantage de sport ou, pourquoi pas, que les sujets issus de milieux favorisés développeraient davantage leurs capacités physiques et cognitives. La conclusion de cette étude est donc réversible.

3. L'exclusion de la population féminine

Par ailleurs, l'enquête ne prend en considération que les jeunes hommes et exclut la population féminine. La conclusion de cette étude ne peut donc pas s'appliquer aux femmes.

4. L'absence de prise en compte des facteurs environnementaux

Parmi les limites de cette enquête, on peut encore évoquer l'absence de la prise en compte des facteurs environnementaux. En marge des résultats obtenus, les épidémiologistes de Stockholm ont mis en avant une possible influence des effets de l'environnement sur l'intelligence et les performances physiques. Or ce facteur environnemental n'a pas été retenu parmi les facteurs initiaux de l'étude. L'absence d'éléments d'information sur le cadre de vie des sujets pourrait fausser certaines conclusions.

L'exclusion des jeunes gens qui n'ont pas effectué leur service militaire

Enfin cette étude excepte les jeunes hommes qui n'ont pas effectué leur service militaire, soit parce qu'ils ont été déclarés inaptes, soit parce qu'ils en ont été exemptés. Elle ne permet pas, par exemple, d'interpréter les résultats de sujets ayant une santé fragile.

Malgré de nombreuses limites, les conclusions de l'enquête réalisée par l'équipe de Georg Kuhn comportent de solides hypothèses de travail pour la recherche épidémiologique d'une corrélation entre le bien-être du corps et l'efficacité de l'esprit.

Toxicomanies

SUJET 21 : LES JEUX EN LIGNE SONT PROBABLEMENT PLUS ADDICTIFS QUE DANS LES CASINOS

Marc Valleur, psychiatre, est médecin chef de l'hôpital Marmottan à Paris, centre de soins et d'accompagnement des pratiques addictives.

Un décret du 30 juin autorise le poker en ligne, trois semaines après l'ouverture du marché français aux paris sportifs et hippiques. Cette nouvelle législation va-t-elle accroître le nombre de personnes dépendantes ?

Cette ouverture à la concurrence va d'abord accroître les problèmes d'addiction et d'abus à ces jeux, en raison de l'importance de la publicité qui leur est consacrée et qui s'adresse à un public très large. Pendant le Mondial, les commentateurs des matches donnent même la cote des équipes, comme si chaque spectateur était un parieur. Soudain, le fait de parier devient la norme. Cela va inciter ceux qui n'étaient pas joueurs à entrer dans le jeu, et ceux qui l'étaient déjà à jouer davantage. Une addiction met du temps à se constituer. On en verra les effets dans deux ou trois ans.

Par ailleurs, les jeux en ligne sont probablement plus addictifs que les jeux « en dur », comme dans les casinos. Ils sont d'une accessibilité sans limite : on peut jouer à tout moment. La fréquence de jeu est renforcée car on peut passer, en un clic, d'un jeu à un autre. Et le fait qu'on puisse jouer en ligne chez soi, en buvant de l'alcool et en fumant, constitue une circonstance aggravante.

Êtes-vous opposé à cette loi ?

Non, je la trouve intéressante. Elle permet de faire clairement émerger un problème pour lequel les pouvoirs publics ont, pendant longtemps, adopté la politique de l'autruche. La loi affirme comme objectif la protection des mineurs et la lutte contre les addictions, ce qui pourrait faire émerger un débat de société sur ces questions. De plus, elle institue un suivi avec une clause de réexamen dans un délai de dix-huit mois. C'est à ce moment-là qu'on pourra juger de son efficacité.

Avec le monopole d'État, on était dans une situation où l'opérateur et le régulateur étaient confondus. Cela est préjudiciable car, comme un opérateur privé, l'État peut avoir besoin d'argent.

L'introduction des jeux en ligne ne risque-t-elle pas d'attirer un public plus jeune ?

C'est un risque, mais la loi est faite pour protéger les mineurs et mieux contrôler. Elle oblige une vérification d'identité précise et un suivi des usagers. Les sites de jeu devront signaler aux joueurs s'ils dérapent et ces derniers pourront limiter leur mise. Aujourd'hui, des milliers de gens jouent illégalement sans garde-fous. On peut espérer qu'en créant une offre légale correcte, l'État va renforcer la lutte contre les sites illégaux. Une fois que l'on aura fait connaître les sites légaux et que les sites illégaux auront disparu, l'État aura intérêt à limiter la publicité et à interdire certaines pratiques qui incitent au jeu, comme les bonus gratuits : on vous donne 100 euros, à condition que vous les jouiez.

« On arrête facilement un court laps de temps, trois jours, trois mois, mais à la première occasion, on replonge »

Quelles sont les spécificités de l'addiction aux jeux d'argent comparées à celles des addictions à la drogue ?

Les addictions aux jeux d'argent ne sont considérées comme une maladie que depuis 1980. Elles existent pourtant depuis très longtemps. Déjà, en 1561, un traité thérapeutique avait pour objet d'aider les gens à arrêter le jeu compulsif. Mais la notion d'addiction sans drogue reste contestée par certains neurobiologistes.

En fait, l'addiction aux jeux d'argent ressemble beaucoup à une dépendance aux excitants, comme la cocaïne ou les amphétamines. Il n'y a pratiquement pas de dépendance psychique, mais quand l'utilisateur arrête, il est la proie d'une impulsivité irrésistible à recommencer. On arrête facilement un court laps de temps, trois jours, trois mois, mais à la première occasion on replonge.

Le joueur accro aux jeux d'argent arrive à s'endetter de façon extrême, car il retarde très longtemps sa décision d'arrêter, dans l'espoir de se refaire. Il sait que s'il arrête, il lui faudra des années pour rembourser, qu'il risque de se retrouver seul, coupé de ses proches à qui, souvent, il a emprunté de l'argent en mentant. Arrêter est une décision très difficile à prendre. Mais en la reculant, le joueur ne fait qu'aggraver sa situation.

Une étude médicale, effectuée à Hongkong et publiée en avril 2009 dans le *Journal of affective disorders*, révèle un taux de suicide très important chez les joueurs pathologiques confrontés à des dettes ingérables. Ces joueurs sont particulièrement vulnérables à la dépression.

Quel est le profil du joueur pathologique ?

Il y a trois grands types de profils. Souvent, le joueur pathologique est plutôt un homme jeune, qui a des problèmes avec la loi et le modèle paternel. Il aime s'imposer des jugements de Dieu. L'archétype : Dostoïevski. Ce profil est le plus proche de celui des toxicomanes. Le deuxième est celui qui s'automédique par le jeu. un anxieux, un déprimé qui vit des situations dramatiques (perte

d'emploi, rupture, annonce d'une maladie grave). Il se sent victime d'une injustice et cherche réparation dans le jeu. Dans cette catégorie, on trouve davantage de femmes et de gens plus âgés que dans la première. Le troisième type regroupe les joueurs d'habitude, dont la culture sociale ou familiale a toujours valorisé le jeu.

Le Monde du 2 juillet 2010,
propos recueillis par Martine Laronche

► **Question 1.** – *À partir du texte et de vos connaissances personnelles, définissez ce qu'est une addiction. Les jeux d'argent peuvent-ils déclencher un comportement addictif ?*

► **Question 2.** – *D'après le psychiatre interrogé, pourquoi la loi qui autorise les jeux en ligne est-elle intéressante ?*

► **Question 3.** – *« La notion d'addiction sans drogue reste contestée par certains neurobiologistes. » Commentez et discutez cette citation en vous aidant des arguments développés dans l'article.*

→ Corrigés

QUESTION 1

Une addiction est une conduite de dépendance à une substance ou à une activité qui peut avoir de graves conséquences sur la santé. Les addictions aux jeux d'argent sont considérées comme une maladie depuis les années 1980. On parle d'addiction aux jeux quand leur pratique devient compulsive voire pathologique. Mais certains neurobiologistes contestent cette notion d'addiction sans drogue. Pour les jeux en ligne, Marc Valleur rappelle qu'il n'y a pas véritablement de dépendance psychique mais une « impulsivité irrépressible » propre aux comportements addictifs.

QUESTION 2

Selon Marc Valleur, le psychiatre interrogé, « la loi est faite pour protéger les mineurs et mieux contrôler ». Certes elle libéralise les jeux en ligne, mais cette libéralisation va permettre aux pouvoirs publics de réguler des pratiques jusque-là illégales, de renforcer la lutte contre l'addiction aux jeux et de garantir la protection des mineurs. En effet, la loi oblige les sites à vérifier l'identité des usagers et à signaler aux utilisateurs leurs comportements à risque. Grâce à elle, les pouvoirs publics s'offrent un droit de regard sur les usages des sites de jeux en ligne. Par ailleurs, la loi institue un suivi et une clause de réexamen. Elle est donc évolutive et perfectible.

QUESTION 3

1. La définition traditionnelle de l'addiction

Historiquement, l'addiction a d'abord été définie comme un état pathologique de dépendance aux substances psychoactives uniquement. L'organisme est alors incapable de fonctionner physiologiquement en dehors de la consommation de la substance responsable. En 1975, l'OMS (Organisation mondiale de la santé) définit l'addiction comme « un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). » Certains neurobiologistes conservent cette définition stricte qui limite les cas d'addiction à l'influence de substances psychotropes sur le psychisme et le comportement. Parmi ces substances figurent l'alcool, le tabac, le cannabis, les drogues dures (héroïne, cocaïne, LSD), les solvants, des médicaments (antidépresseurs, barbituriques, amphétamines, benzodiazépines), etc. Cependant d'autres spécialistes des addictions, ainsi que des juristes, ajoutent certaines activités à cette liste de psychotropes. Selon eux, il existerait des conduites addictives aux jeux, à la télévision, à internet, etc.

2. La notion d'addiction sans drogue

Depuis les années 1980, le terme d'« addiction » est employé aussi pour décrire des conduites compulsives de dépendance à une activité qui peuvent avoir de graves conséquences sur la santé physique ou psychologique, et sur la vie sociale. Dans l'entretien qu'il accorde au journal *Le Monde*, Marc Valleur fait remarquer que « l'addiction aux jeux d'argent ressemble beaucoup à une dépendance aux excitants, comme la cocaïne ou les amphétamines ». En effet, elle procure dans un premier temps une sensation de toute-puissance suivie d'une phase dépressive dès l'arrêt du jeu. Ce phénomène est décrit dans de nombreux romans du XIX^e siècle, notamment chez Balzac ou Dostoïevski. Par ailleurs, le joueur est la proie d'une « impulsivité irrésistible » et il retarde sans cesse la décision d'arrêter. Il existe donc une pratique pathologique du jeu, néfaste pour la santé et l'intégration sociale. Le jeu entraîne parfois de graves troubles physiques et psychologiques, des épisodes dépressifs, un isolement. D'autres activités peuvent également provoquer des comportements pathologiques d'addiction. Sont référencés par les spécialistes les phénomènes de dépendance à internet, à la télévision, au travail, à la nourriture, au sport pour ne citer que les plus connus.

La définition de l'addiction évolue en même temps que se développent de nouveaux usages dans la société contemporaine. Avec l'essor du net, les politiques, les juristes et les médecins ont compris la nécessité de redoubler de vigilance pour éviter la multiplication des conduites addictives. En effet, internet fait rentrer dans les foyers des activités, comme le jeu, qui étaient jusque-là circonscrites dans les casinos ou les cercles privés. D'où la nécessité d'une loi pour contrôler au mieux les pratiques individuelles.

SUJET 22 : DÉPISTAGE SUR LA CONSOMMATION DE DROGUES POLÉMIQUE SUR LES TESTS À DOMICILE

Mon enfant consomme-t-il du cannabis : en un simple clic sur Internet, les parents peuvent désormais obtenir une réponse pour moins de 10 euros grâce à des tests de dépistage urinaire. Une possibilité qui laisse certains spécialistes sceptiques, voire inquiets.

S'ADAPTANT à la demande croissante de solutions de dépistage, des sociétés proposent des tests rapides et efficaces. Inutile désormais pour les parents anxieux, guettant le moindre signe suspect chez leur enfant, de fouiller leur chambre ou de renifler leurs vêtements. *Des tests de salive, de sueur, d'urine : tout est disponible sur Internet. Vendu 8,90 euros sur www.testdrogues.fr, le test Narcocheck de prédosage est le premier test urinaire* apportant une indication de quantité. Les parents pourront mener un réel suivi de la consommation de leur enfant. Ils pourront, par exemple, suivre la régression du taux de stupéfiants dans les urines au fur et à mesure d'un sevrage grâce à ses trois seuils de détection. Le principe est simple : il suffit de plonger l'outil dans les urines pour mesurer la concentration de THC (tétrahydrocannabinol, la substance active du cannabis). La consommation est ensuite estimée à l'aide de trois paliers : le premier indique un faible niveau de concentration, le deuxième un niveau de concentration significatif et le troisième une forte concentration.

Bien que certains y voient un moyen pour les parents de « fliquer » leur enfant, au risque de rompre la confiance parent-enfant, déjà souvent fragile durant l'adolescence, ces tests serviraient avant tout, à en croire leur diffuseur, à « faire le point avec soi-même », à « évaluer un degré d'urgence » et à « suivre l'évolution d'une consommation ou la progression d'un sevrage ».

Frédéric Rodzynek, le fondateur et dirigeant de testdrogues.fr, affirme, dans un entretien au magazine « PsychoEnfant », que ce sont souvent les consommateurs eux-mêmes qui souhaitent se dépister, en vue d'une pré-embauche ou parce qu'ils occupent des postes à risque. *Quant aux parents qui seraient désireux de voir leur enfant faire le test, il leur recommande de jouer « carte sur table » et de ne « jamais faire ce test par surprise la première fois »* pour que l'enfant ne se sente pas trahi. « *C'est aux parents d'expliquer ce qu'est la drogue, d'avertir du danger mortel que cela représente et de poser des interdits* », ajoute-t-il.

Doutes éthiques et techniques. À l'instar de Frédéric Rodzynek, le Dr Marc Valleur souligne l'utilité de tels tests « *pour des gens qui vont avoir un examen médical d'embauche et qui sont désireux de savoir s'ils n'ont plus aucune trace dans leurs urines* ». La comparaison s'arrête là. En effet, le psychiatre et chef de service au centre de soins des pratiques addictives de Marmottan « *crain*t que le marketing des tests antidrogue n'induisse une paranoïa tout à fait inutile », d'autant que « *les gens ont déjà assez peur des drogues* ». Sa collègue

et docteur en psychologie sociale, *Élizabeth Rossé*, dont la thèse porte sur les consommations de drogues en milieu festif, estime quant à elle que « ces tests de dépistages sont hautement condamnables sur les plans déontologique et éthique » car « déficients sur le plan technique » et « douteux sur le plan juridique ».

Psychologue et spécialiste des questions relatives aux drogues, Pascal Hachet juge, lui aussi, la démarche risquée. Il compare d'ailleurs ces tests aux tests de grossesse dans les années 1950, lorsque les parents voulaient vérifier si leur fille avait fauté et éviter qu'elle n'ait recours à un avortement interdit. Il considère que ces tests risquent d'endommager les liens qui existent au sein de la famille et recommande le dialogue. « Plutôt que de menacer de dépistage, on explique sa position, on l'argumente, tout comme pour les questions de sortie », conclut-il.

Autre problème, si le fabricant affirme que son test est fiable à 98 %, les médecins se montrent plus circonspects. « Il faut toujours rattacher le taux de cannabis détecté à la quantité d'urine. Or, suivant les moments, l'urine peut être plus ou moins concentrée, indique au Figaro.fr le Dr Michel Reynaud, chef de service du département psychologie et addictologie de l'hôpital Paul-Brousse. Le patient peut aussi en émettre en plus ou moins grande quantité. Il y a donc des chances que le test soit assez peu fiable. » Les tests sont décevants car il y a des « faux positifs et des faux négatifs », confirme au « Quotidien » le Dr Michel Mallaret, président de la commission nationale des stupéfiants de l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé). Seuls les dosages réalisés par les laboratoires d'analyses médicales offrent des résultats sûrs, estiment les praticiens.

*Le Quotidien du médecin du 30 avril 2010,
article de Thibaud Rivals*

- **Question 1.** – Que signifie le terme « dépistage » ? Quels sont les enjeux d'un dépistage ?
- **Question 2.** – Pour quelles raisons les médecins restent-ils circonspects (prudents) quant à l'utilisation d'un test à domicile pour évaluer la consommation de cannabis ?
- **Question 3.** – Quels arguments leur oppose le fondateur de *testdrogues.fr* pour justifier la commercialisation du test ? Vous paraissent-ils convaincants ?

→ Corrigés

QUESTION 1

Le dépistage est l'ensemble des mesures mises en œuvre pour rechercher les symptômes d'une maladie ou d'une consommation de substances nuisibles à la santé. L'enjeu d'un dépistage est de préserver la santé de tout ce qui pourrait lui être nuisible. C'est une action prophylactique.

QUESTION 2

Les médecins se montrent réservés quant à l'utilisation de tels tests de dépistage pour des raisons éthiques et techniques.

Techniquement, les médecins doutent de la fiabilité du test commercialisé. Si le fabricant estime qu'il est fiable à 98 %, le corps médical rappelle que le résultat dépend de la concentration et de la quantité d'urine. Certains résultats sont donc faussés. Et les médecins de conclure que seuls les dosages réalisés en laboratoire offrent des résultats sûrs.

Sur le plan éthique, l'existence et l'absence de fiabilité des tests de dépistage du cannabis posent trois types de problèmes. Certains médecins craignent d'abord une « paranoïa tout à fait inutile ». Ils les jugent par ailleurs « hautement condamnables sur les plans déontologiques et éthiques » car ces tests peuvent être réalisés sans l'accord de la personne concernée et à son insu. Ils peuvent donc endommager les liens familiaux qui devraient être fondés sur la confiance, le dialogue et le respect.

QUESTION 3

Pour justifier la commercialisation du test Narcocheck, le fondateur de testdrogues.fr avance deux arguments. D'une part, il précise que ce sont souvent les consommateurs eux-mêmes qui cherchent à se dépister. D'autre part, il suggère que le dépistage peut permettre de nouer un dialogue familial autour des questions d'addiction, de dépendance, de danger pour la santé.

On pourrait réfuter ces deux arguments en signalant qu'un consommateur de cannabis n'a pas besoin de se dépister pour savoir si sa consommation est importante ou non. Par ailleurs, s'il souhaite arrêter, la meilleure démarche à adopter est de demander une aide médicale.

Quant à l'argument du dépistage qui renouerait un dialogue familial constructif, il est presque utopique. Le dialogue familial doit se nouer en amont et être préventif. Il est difficile d'imaginer qu'un adolescent qui ne parle pas de sa consommation de cannabis à ses parents accepte de faire un test de dépistage volontairement. Il est difficile de croire également qu'une famille qui a vécu la suspicion, la défiance, la déception face au résultat du dépistage, puisse parler sereinement des problèmes liés au cannabis. Ce second argument est donc irrecevable.

Travail

SUJET 23 : LES SENIORS, VARIABLE D'AJUSTEMENT DES ENTREPRISES

Les préretraites publiques déclinent, mais d'autres solutions sont utilisées pour faire partir les salariés âgés

En théorie, les préretraites sont promises à une mort certaine. Abondamment utilisés, jadis, dans les vieilles industries touchées par les restructurations, ces dispositifs ont mauvaise presse aujourd'hui car ils poussent des salariés quinquagénaires dans une forme d'inactivité rémunérée en attendant le moment où ils pourront toucher leur retraite. L'État ne veut plus financer ces mesures onéreuses qui contredisent son discours sur la nécessité d'allonger la durée de cotisations pour financer les pensions. Mais les vieilles habitudes ont la vie dure dans certaines entreprises.

Grosso modo, les employeurs disposent de deux types d'outils. Les préretraites publiques, tout d'abord, prises en charge par la collectivité. Les entreprises peuvent aussi organiser et payer elles-mêmes le départ de salariés âgés : on parle alors de « préretraites maison ».

Déjà en baisse à la fin des années 1990, le nombre de personnes admises dans les préretraites publiques a dégringolé plus vite à partir de 2003 : elles étaient un peu plus de 8 000 en 2008, contre près de 78 000 neuf ans plus tôt, d'après une étude publiée en juin 2009 par la Dares (une direction des ministères du travail et de l'économie). Une tendance imputable au « *resserrement des conditions d'accès et du financement public* ».

Et les « préretraites maison » ? Difficile à dire, en l'absence de chiffres. La présidente de la Caisse nationale d'assurance-vieillesse (CNAV), Danièle Karniewicz, pense qu'elles ont diminué, notamment à cause du relèvement de la taxation imposée aux employeurs qui y ont recours. Un point de vue partagé par Philippe Pascual, directeur général adjoint du cabinet BPI : d'après lui, ces « *dispositifs coûteux* » ne sont plus d'actualité dans la réflexion sur les ressources humaines car, en provoquant l'éviction de personnes expérimentées, ils ont montré leurs « *effets néfastes sur le transfert des compétences dans les entreprises* ». Philippe Caré, du cabinet de conseil en ressources humaines Mercer, considère, lui, qu'ils sont stables depuis deux ans.

Une chose est sûre : des sociétés, souvent de dimension internationale, se séparent de leurs seniors, quitte à déboursier des sommes importantes.

Exemple : Sanofi-Aventis a proposé en 2009 à ses salariés âgés d'au moins 55 ans de quitter leur emploi, l'entreprise leur versant une rente équivalente à 70 % du dernier salaire jusqu'au jour où ils pourront percevoir leur pension à taux plein, précise un porte-parole du groupe pharmaceutique. Environ 1 150 personnes sont parties dans ce cadre. Bénéficiaire à hauteur de 8,4 milliards d'euros en 2009, Sanofi-Aventis a voulu réduire ses effectifs notamment pour faire face à une baisse prochaine de son chiffre d'affaires liée à la concurrence des médicaments génériques. Les décisions prises l'an passé s'inscrivent « *dans la tradition de la politique sociale de l'entreprise* », explique un porte-parole de la direction.

Dans le cadre d'un plan de départs volontaires présenté en 2009, le fabricant de pneumatiques Michelin a mis en place des « *mesures d'aménagement de fin de carrière* » entièrement prises en charge par le groupe. Sont concernés les salariés qui auront le nombre de trimestres requis pour toucher une pension à taux plein avant la fin 2012. Ceux qui devaient prendre leur retraite entre mai 2010 et décembre 2012 travaillent à temps partiel depuis le 1^{er} mai, et ce jusqu'à fin 2012. Jusqu'à leur cessation d'activité, ils gagneront environ 80 % de leur salaire net. « *L'entreprise continuera à verser pendant toute la période des cotisations prévoyance et retraite à 100 %* », précise le service de presse de Michelin.

Les Caisses d'épargne en Île-de-France se sont, elles aussi, séparées d'une partie de leurs seniors à l'occasion d'un plan de sauvegarde de l'emploi engagé en 2009. Le dispositif, qui prendra fin en 2013, s'applique aux personnes volontaires qui avaient au moins trente ans d'ancienneté dans l'établissement financier. D'ici au jour où elles pourront faire valoir leurs droits à la retraite à taux plein, elles toucheront une « *garantie de rémunération* » proche du tiers de leur dernier salaire, ce qui ne permet pas de « *parler d'un dispositif de pré-retraite* », commente la direction.

Certaines entreprises ont trouvé des formules un peu particulières où, à la différence des préretraites stricto sensu, le salarié peut rester actif après avoir quitté son poste. Ainsi, chez Schneider Electric, le « *dispositif activité mission seniors* », mis en place en 2009, permet aux plus de 56 ans de toucher environ les deux tiers de leur paye pendant 24 mois ; s'ils effectuent des missions – dans l'entreprise ou ailleurs –, le système se prolonge d'autant.

Depuis 2002, le nombre d'entrées en chômage indemnisé des personnes de plus de 55 ans a augmenté de manière sensible

D'autres solutions, plus discrètes, sont utilisées pour faire partir des seniors. Créée en 2008, la rupture conventionnelle, qui permet de mettre fin au contrat de travail sur la base d'un commun accord entre l'employeur et le salarié, commence à en faire partie. Environ 15 % à 20 % de ces séparations amiables « *conclues dans notre secteur porteraient sur des salariés de plus de 50 ans* », rapporte Dominique Gillier, secrétaire général de la CFDT-mines et métallurgie.

Certains plans de départs volontaires se traduisent par le départ d'« anciens » qui basculent, à terme, sur l'assurance-chômage, observe Bruno Lemerle, responsable de la CGT sur le site du constructeur automobile PSA à Sochaux. « *Cela s'apparente à de la préretraite financée par les Assedic* », estime-t-il.

Tout en se gardant bien d'énoncer une telle conclusion, la Dares, dans son étude de 2009, constate néanmoins que « *la forte diminution des entrées en préretraite publique s'est accompagnée depuis 2002 d'une augmentation très sensible du nombre d'entrées en chômage indemnisé des personnes de plus de 55 ans* ».

« Les préretraites permettent d'acheter la paix sociale »

Question à... Rachel Beaujolin, professeur à Reims Management School

Les préretraites sont-elles sur le déclin ?

Elles se sont développées en France à partir du milieu des années 1970, notamment avec la « convention générale de protection sociale » du secteur sidérurgique, qui encadrait la cessation anticipée d'activité des seniors employés dans cette branche. Étendues à d'autres pans de l'économie, ces pratiques ont longtemps arrangé tout le monde, car elles atténuent les tensions sociales liées aux fermetures de sites.

Même si l'État a tout fait pour restreindre ces dispositifs, le sevrage est loin d'être achevé. Les « préretraites maison » constituent une méthode douce pour faire accepter des réductions d'effectifs. Elles sont souvent utilisées dans des entreprises rentables qui se développent et se mondialisent. Elles leur permettent de préserver leur image et d'améliorer leurs indicateurs de performance auxquels sont sensibles les analystes financiers (par exemple le ratio chiffre d'affaires-masse salariale). Certains employeurs sont d'autant plus enclins à y recourir que la pression des salariés est forte. Cet achat de la paix sociale montre que l'on n'a pas encore trouvé de solutions satisfaisantes pour accompagner les transitions professionnelles de façon non précarisante.

Bertrand Bissuel

Le Monde du 23 juin 2010

- **Question 1.** – *Quel est le sujet de cet article ?*
- **Question 2.** – *Quel est le principe d'une préretraite ? Quels sont les deux types de préretraites existants ? Quelles différences y a-t-il entre les deux ?*
- **Question 3.** – *Commentez le dernier paragraphe du texte.*

→ Corrigés

QUESTION 1

Cet article évoque les solutions de remplacement des préretraites dans les grands groupes privés : versement d'une rente dès 55 ans, mesures d'aménagement de fin de carrière, plans de départ volontaire à la retraite moyennant compensations financières, cessation progressive d'activité.

QUESTION 2

La préretraite est une période d'inactivité rémunérée entre la cessation de l'activité professionnelle et la retraite proprement dite. La préretraite est utilisée dans le cadre d'une restructuration de l'entreprise, d'un renouvellement ou d'une réduction du personnel. Elle incite au départ les salariés quinquagénaires. Le financement des préretraites est généralement assuré à la fois par l'État et les entreprises. En réalité, il existe deux types de préretraites. Les préretraites publiques qui sont prises en charge par les collectivités publiques et les « préretraites maison », financées par les entreprises. Les préretraites publiques sont les plus menacées dans le cadre de la réforme sur l'allongement du temps de travail et sur l'âge légal de départ à la retraite. Quant aux « préretraites maison », l'absence de chiffres rend difficile les estimations mais il semblerait qu'elles soient maintenues dans les grands groupes.

QUESTION 3

Le dernier paragraphe de l'article rapporte les conclusions d'une étude menée par la DARES (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques), pilotée par le ministère du Travail. Cette étude révèle que la diminution des préretraites publiques pour les plus de 55 ans a eu pour corollaire une augmentation des demandes d'entrées au chômage. Autrement dit, cette étude tend à confirmer les propos de Bruno Lemerle, cités un peu plus haut dans le texte. Elle révèle le scandale des pratiques de certaines entreprises qui font financer le départ volontaire d'anciens salariés par les Assedic, donc par l'État. C'est ce que Bruno Lemerle, délégué CGT du groupe PSA à Sochaux, appelle une « préretraite financée par les Assedic ».

SUJET 24 : DÉPISTAGE SUR LA CONSOMMATION DE DROGUES POLÉMIQUE SUR LES TESTS À DOMICILE

On ne les vire plus, on les tue

Le nombre de suicides commis par des salariés à bout de nerfs dans les entreprises n'est pas seulement alarmant à France Télécom (23 en quelques mois) ou chez Renault. On est choqué de ce que le premier suicide

dans une entreprise n'ait pas aussitôt déclenché une alerte et une réforme des rapports hiérarchiques au sein de l'entreprise.

QUELLE SORTE de société sommes-nous en train de bâtir ? Comment les résultats financiers d'une entreprise sont-ils devenus plus importants que la vie de ses salariés ? Comment est-on parvenu à un tel degré de violence au nom de la rentabilité ? Quelle frénétique nécessité y a-t-il chez France Télécom d'augmenter le chiffre d'affaires et les profits ? 55 milliards de chiffre, 186 millions de clients dans le monde, 12 % de résultats. Faut-il, dans ce confortable contexte, harceler des employés et des cadres, les humilier, les pousser au départ, de telle sorte que, plutôt que de renoncer à leur emploi, ils en viennent à se jeter par la fenêtre ? Le scandale, l'indignation de l'opinion, l'embaras de la compagnie ne sont pas à la mesure des tortures qu'elle fait subir littéralement à ses malheureux salariés. D'abord, il aura fallu attendre le vingt-deuxième suicide pour que l'État, premier actionnaire (24 %), se décide à intervenir et à réclamer de la compagnie un changement dans ses méthodes ; ensuite, on a bien l'impression que ce qui compte pour les dirigeants de France Télécom, c'est moins le sort de ses salariés, la stigmatisation de ses procédés, bref l'honneur, que la course à l'expansion et aux résultats. Comme s'il ne pouvait y avoir un compromis entre une situation commerciale florissante et le bien-être de ceux qui y ont largement contribué. En dépit de l'intervention de l'État, la société a décidé de ne pas changer ses méthodes.

Une sorte de solution. « L'horreur économique » a réussi, par ses incessants ravages, à étouffer la révolte. Pour les salariés de Continental, dûment indemnisés après une bataille sans merci contre la société qui les licenciait, combien d'employés et d'ouvriers se découragent, ne croient plus à l'action syndicale, assistent sans se battre à la décomposition de leur employeur et en même temps à celle de leur propre vie personnelle ? Ce découragement conduit rapidement à la résignation. Mais quand l'équation devient insoluble, quand un cadre est renvoyé à ses débuts professionnels (on a demandé à des chefs de projet d'aller dépanner les installations dans les appartements), quand il est rétrogradé, quand il ne peut plus payer son hypothèque, quand il finit par croire ce qu'on lui répète, à savoir qu'il est incompetent, quand cet accumulation de malheurs, d'humiliations sadiques, de tortures morales finissent par le terrasser, le suicide n'est plus un acte de folie, mais une sorte de solution. La crise n'a certes pas contribué à faire de notre société un terrain favorable à l'épanouissement personnel. La compétition mondiale plonge les dirigeants des sociétés les plus performantes dans un abîme d'anxiété : les revers de fortune sont nombreux et fulgurants. Qui se croit au sommet peut faire une chute vertigineuse sous les coups de boutoir de la concurrence. De là à nier leurs compétences à des salariés pleins d'expérience, à les soupçonner de pantoufler sous le prétexte qu'ils ont gardé leur statut de fonctionnaire dans une société aux trois quarts privatisée, à les pousser à la faute, ou au désespoir ou même au suicide parce que les contradictions administratives empêchent leur licenciement, il y a un pas si large que le plus timide des humanismes sombre dans la foulée.

Malgré l'indignation, france télécom ne changera pas ses méthodes

Ne plus être de son époque. Nous ne mesurons pas vraiment la cruauté du système. Nous assistons aux multiples suicides dans nos prisons qui, comme le dit le chef de l'État, sont « *la honte de la France* », en nous disant peut-être, et non sans lâcheté, que nous sommes trop honnêtes pour être personnellement concernés. Mais les meilleurs d'entre nous risquent de travailler un jour pour une grande multinationale qui ne fera pas de quartier. Nous sommes tous concernés par la déshumanisation de la société dite postindustrielle. C'est pire qu'une justice barbare dans un pays totalitaire. Là-bas, au moins, il y a des juges qui, un jour, peut-être, rendront des comptes. Mais ici, ce n'est la faute de personne. Ce ne sont pas des hommes, c'est le système. Les prisons débordent de détenus ? Ils meurent pour faire de la place et voilà la peine de mort en vigueur bien qu'elle ait été abolie. Peine capitale aussi pour l'ouvrier dont on ferme l'usine, ou pour le cadre de plus de 50 ans, dont on juge hâtivement qu'il n'est plus de son époque. Comme il a raison, pourtant, de détester une « communauté » où il n'a plus rien en commun avec ses bourreaux !

Richard Liscia

Le Quotidien du Médecin du 17 septembre 2009

- **Question 1.** – *Quel est le thème de cet article ? D'où vient le scandale de cette vague de suicides pour le journaliste ?*
- **Question 2.** – *Expliquez le parallèle fait au dernier paragraphe entre le salarié et le prisonnier.*
- **Question 4.** – *Dans l'article, Richard Liscia parle de « déshumanisation de la société ». Pensez-vous qu'on puisse parler de « déshumanisation de la société » ? Développez votre avis personnel.*

→ Corrigés

QUESTION 1

Le thème central de cet article est le harcèlement des salariés dans les grandes entreprises, harcèlement qui conduit certains d'entre eux au suicide. Pour Richard Liscia, le scandale provient du fait qu'aucun suicide n'a été suivi d'une remise en cause des méthodes de management, comme si la vie d'un salarié pesait peu de poids à côté de la santé florissante de l'entreprise. Richard Liscia dénonce un système qui inverse les valeurs et ne place plus l'homme au cœur des préoccupations. Le journaliste stigmatise un anti-humanisme triomphant.

QUESTION 2

Si le journaliste s'autorise un parallèle entre le salarié d'un grand groupe et le prisonnier, c'est qu'il discerne une analogie entre le monde de l'entreprise et l'univers carcéral. Le point commun qu'il identifie, c'est une même vision de l'homme d'un côté et de l'autre. En prison, les hommes ne sont que les rouages d'une machine carcérale qui les broient et les tuent. Le journaliste compare cet univers anti-humaniste au monde de l'entreprise qui soumet les hommes aux bénéfices. Dans un cas comme dans l'autre, on peut parler de déshumanisation car l'épanouissement, le progrès et le bonheur des hommes ne font pas partie des objectifs fixés par le système.

QUESTION 3

Depuis quelques années, on constate un recours fréquent à l'incarnation de services abstraits. Une compagnie d'assurance a choisi une jeune femme blonde, pleine de bienveillance pour représenter ses valeurs dans une série de spots publicitaires. Sur le site de la SNCF, deux personnages virtuels vous guident tout au long de vos démarches. Même les hommes politiques ne cessent de répéter qu'ils incarnent des idées, des valeurs. Mais ce procédé récurrent n'est-il pas le symptôme d'une déshumanisation de la société ? Par « déshumanisation », Richard Liscia entend la perte du caractère humain, de la dignité humaine. À bien considérer la société actuelle, on peut relever bien des exemples de déshumanisation dans les entreprises, dans les sociétés de services et les administrations, dans les pratiques commerciales.

Par bien des aspects, notre société est frappée par la déshumanisation. En France, certaines entreprises manifestent une gestion des ressources humaines scandaleuses. Prenons l'exemple de France Telecom qui a fait l'objet de nombreux articles et de nombreux reportages. Les dirigeants de l'entreprise ont planifié une restructuration dans les années 2000. Afin de pousser les salariés à la démission, on les rétrogradait, on les harcelait ou on les mutait sans explication. Dans ce groupe, le processus de déshumanisation a conduit certains employés au suicide. Lors de certains procès engagés par d'anciens employés, aucun représentant de la direction de l'entreprise ne s'est présenté. On atteint là un degré de déshumanisation inquiétant. Dans les domaines de l'administration et des services à la personne, le processus de perte du caractère humain est également en cours. Lorsqu'il appelle les sociétés de téléphonie, le consommateur a à faire à une série de répondeurs. Il en est de même dans certaines administrations publiques comme le Pôle emploi. En outre, les interfaces internet se multiplient. Désormais, on remplit les déclarations d'impôts en ligne. Le commerce *via* internet s'est également fortement développé ces dernières années.

On peut donc parler d'un processus de déshumanisation de la société. Mais c'est une déshumanisation relative car les citoyens résistent à ce processus. On en veut pour preuve les procès intentés contre les abus des entreprises ou les dérives des sociétés de services.

This page intentionally left blank

471320 - I - (7) - OSB100 - NOC

Elsevier-Masson S.a.S
62, rue Camille Desmoulins
92442 Issy-les-Moulineaux cedex
Dépôt légal : janvier 2011

Achevé d'imprimer sur les presses
de Normandie Roto

Imprimé en France