

BACCALAURÉAT TECHNOLOGIQUE

SCIENCES ET TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL

SCIENCES ET TECHNIQUES SANITAIRES ET SOCIALES

Épreuve ÉCRITE

Durée : 3 heures

Coefficient: 7

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

Aucun document n'est autorisé.

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

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

Ce sujet comporte 10 pages

La fréquence de l'obésité progresse dans la très grande majorité des pays sur tous les continents, en particulier chez les jeunes. En France, la fréquence de l'obésité chez l'adulte est d'environ 13 % et les formes graves de la maladie sont de plus en plus fréquentes. Chez les enfants, la fréquence de l'excès de poids est d'environ 15 % et celle de l'obésité de 4 %. La question majeure est celle de la persistance de l'obésité à l'âge adulte justifiant une prise en charge précoce.

P. LATRON, Dossier d'informations sur l'obésité,
INSERM, www.inserm.fr.

QUESTION 1 : **Montrer que l'obésité est une priorité de santé publique.**

QUESTION 2 : Compte tenu des données sur la prévalence de l'obésité, l'aide aux plus démunis est un enjeu fort de santé publique.

2.1 Présenter les déterminants de l'obésité.

Le plan obésité 2010-2013 met en avant l'éducation thérapeutique du patient dans le domaine de l'obésité.

2.2 Expliquer l'importance de la prévalence de l'obésité au sein des populations défavorisées.

QUESTION 3 : **Expliquer les objectifs de l'éducation thérapeutique pour les patients et autres acteurs concernés.**

BARÈME

Question 1 :	5 points
Question 2.1 :	4 points
Question 2.2 :	4 points
Question 3 :	4 points
Qualités rédactionnelles :	2 points
Capacité à identifier les différents aspects du questionnaire :	1 point

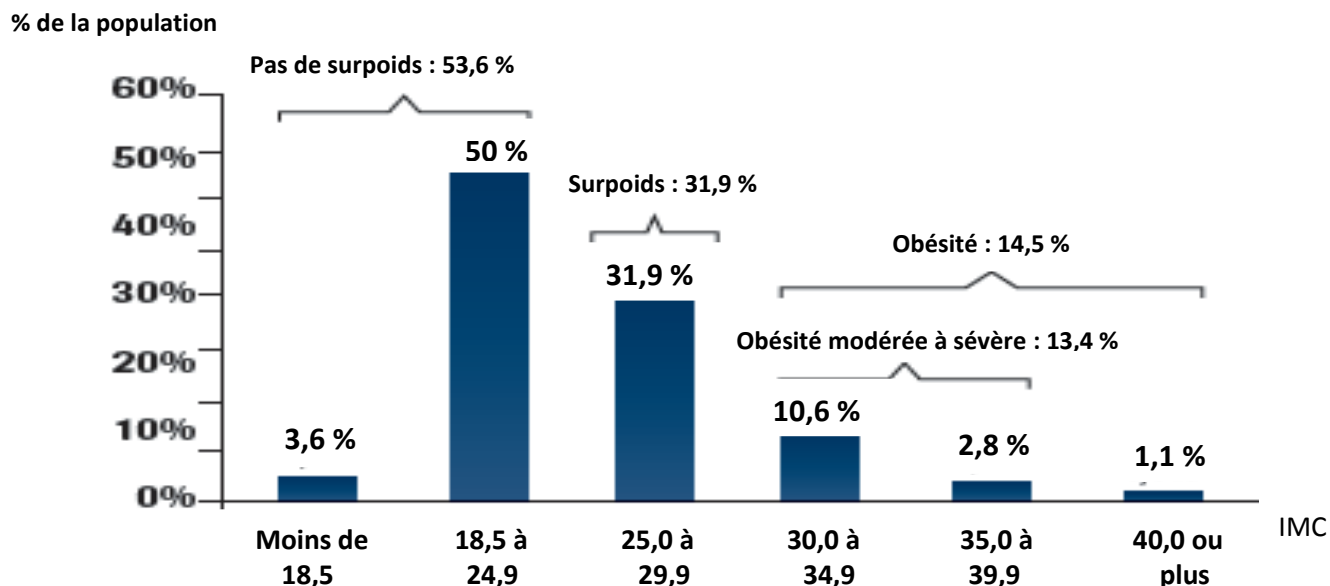
LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE 1 :** Résultats de l'enquête Obépi 2009,
Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité,
Obépi 2009.
- ANNEXE 2 :** Nutrition et obésité,
www.mangerbouger.fr, consulté le 12 décembre 2012.
- ANNEXE 3 :** L'obésité est un enjeu de santé publique croissant qui menace notre
système de protection sociale,
Rapport parlementaire : Rapport d'information déposé par la
commission des affaires culturelles, familiales et sociales en
conclusion des travaux de la mission sur la prévention de l'obésité.
www.assemblee-nationale.fr, consulté le 12 décembre 2012.
- ANNEXE 4 :** Plan obésité 2010-2013,
www.inpes.sante.fr, consulté le 12 décembre 2012.
- ANNEXE 5 :** La prise en compte des personnes défavorisées, une priorité assez
théorique,
Évaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010,
Inspection générale des affaires sociales 2010,
www.ladocumentationfrancaise.fr, consulté le 12 décembre 2012.
- ANNEXE 6 :** L'éducation thérapeutique,
Haute Autorité de Santé,
www.has-sante.fr, consulté le 12 décembre 2012.
- ANNEXE 7 :** L'éducation thérapeutique : le patient, premier acteur de sa santé,
Fédération de l'Hospitalisation privée,
www.fhp-ssr.fr, consulté le 12 décembre 2012.

ANNEXE 1

Résultats de l'enquête Obépi 2009

Document 1 : Répartition de la population en fonction de son niveau d'IMC pour 2009



L'évaluation de la corpulence d'une personne se fait grâce au calcul de l'IMC (Indice de masse Corporelle : poids en kg / taille en mètre²).

IMC inférieur à 18,5 : maigre.

IMC entre 18,5 et 25 : corpulence normale.

IMC entre 25 et 30 : surpoids.

IMC entre 30 et 35 : obésité.

IMC supérieur à 40 : obésité massive.

Document 2 : Répartition de la prévalence de l'obésité par sexe et par tranche d'âge - 2009 (en %)

Sexes \ Âges	18/24	25/34	35/44	45/54	55/64	65 et +
Hommes	3.2	8.5	13.3	15.8	20.1	18
Femmes	4.7	12.3	14.5	16.3	19.5	17.9

Note de lecture : 13.3 % des hommes de 35/44ans se trouvent dans une situation d'obésité.

Document 3 : Évolution de la prévalence de l'obésité par régions depuis 1997 (en %)

Régions	Alsace	Bretagne	Nord Pas de Calais	PACA (provenance alpes côte d'azur)	Picardie	Rhône- Alpes	France
Années							
1997	9.1	6.7	13.5	6.8	9.1	7.9	8.5
2009	17.8	12.2	20.5	11.5	17.7	11.9	14.5

Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité,
Obépi 2009.

ANNEXE 2

Nutrition et obésité

L'évolution concerne les jeunes comme les plus âgés. Selon l'enquête nationale ENNS(*) 2006, l'obésité est plus élevée chez les femmes (17,6 %) que chez les hommes (16,1 %). À l'inverse, le surpoids est plus important chez les hommes (41 %) que chez les femmes (24 %). Au total, la prévalence de la surcharge pondérale est de 57,1 % chez les hommes et de 41,6 % chez les femmes. 1 enfant sur 5 est en surcharge pondérale : 3,5 % sont obèses, soit près de 450 000 enfants de moins de 15 ans, et 14,3 % sont en surpoids, soit environ 1,7 million d'enfants.

La prévalence du surpoids et de l'obésité est plus importante chez les catégories socio-économiques les moins favorisées, moins exposées aux messages nutritionnels que les autres. Par ailleurs, pour des raisons culturelles et économiques, elles ont moins facilement accès à une alimentation équilibrée (riche en fruits, en légumes, en viande, poisson et en céréales complètes) et privilégient une alimentation de forte densité énergétique mais de faible densité nutritionnelle.

En cause : une importante mutation de l'environnement culturel, physique et socio-économique observée depuis les années 80-90. Elle résulte d'un déséquilibre entre l'apport alimentaire et la dépense énergétique. Ce déséquilibre s'est installé à cause du recul spectaculaire de l'activité physique et de la modification des habitudes alimentaires. Avec une absorption accrue de boissons sucrées et d'aliments à haute densité énergétique et pauvres en nutriments, associée à une consommation insuffisante de fruits et de légumes.

www.mangerbouger.fr, consulté le 12 décembre 2012.

(*) ENNS : Enquête Nationale de Nutrition Santé.

L'obésité est un enjeu de santé publique croissant qui menace notre système de protection sociale

Les risques pour la santé liés à l'obésité sont nombreux

Le développement de l'obésité constitue une épidémie d'un nouveau type. En effet, le surpoids et l'obésité sont de très importants facteurs de risque pour les principales maladies non transmissibles. [...] Selon l'OMS, le risque de maladie et de mortalité prématurée augmente progressivement à partir d'un indice de masse corporelle de 20 à 22. L'obésité est un des facteurs majeurs contribuant à la survenue ou l'aggravation de multiples pathologies chroniques, souvent graves et répandues. Selon l'enquête Obépi, les personnes obèses déclarent plus fréquemment être traitées pour un facteur de risque vasculaire : 31 % pour l'hypertension artérielle, 24,3 % pour la dyslipidémie (dysfonctionnement du métabolisme lipidique), 9,9 % pour diabète de type II.

Divers rapports et études indiquent que l'obésité contribue de façon importante à l'apparition des maladies chroniques d'origine métabolique tels que les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, les troubles du rythme, certains cancers, le diabète, les embolies pulmonaires ou l'apnée du sommeil. [...]

L'excès de graisse comprime souvent le réseau veineux. Il est à l'origine de jambes lourdes, de varices et de phlébites altérant la qualité de vie. L'obésité peut aussi entraîner des handicaps physiques et des difficultés d'insertion dans les lieux de vie communs : regard des autres, lieux de transport, difficulté d'insertion professionnelle, d'accès aux droits. Elle est donc également source de déstabilisation psychosociale et de souffrances psychiques qui peuvent être graves et difficiles à traiter. [...]

L'Union européenne considère que la mauvaise alimentation et l'inactivité physique sont les premières causes de maladies évitables et de décès prématurés en Europe. On estime que près d'un million de décès en Europe sont imputables au surpoids et à l'obésité. Et que 40 % des pertes d'années de vie en bonne santé sont directement liées à des déterminants nutritionnels.

L'obésité : une menace pour l'équilibre de notre système de protection sociale

[...] La consommation moyenne de soins et de biens médicaux d'un individu obèse s'élevait à environ 2 500 euros, soit deux fois plus que celle d'une personne de poids normal (1 263 euros). Le surcoût pour l'assurance maladie attribuable à l'obésité était du même ordre. Avec les indemnités journalières d'arrêt maladie, le surcoût pour l'assurance maladie était encore majoré de plus de la moitié. [...]

M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la CNAMTS(*) a indiqué à la mission que le coût annuel de la prise en charge de l'obésité par l'assurance maladie est de 4 milliards d'euros et de 10 milliards d'euros si on ajoute le surpoids. Ces montants représentent respectivement un peu plus de 3 % et près de 7 % de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2008 (152 milliards d'euros). [...]

L'impact financier du surpoids est donc plus élevé que celui de l'obésité. Ce constat implique que les politiques publiques ne doivent pas se focaliser sur la seule obésité mais prendre en compte le défi de la surcharge pondérale dans son ensemble.

Considéré individuellement, le surpoids peut apparaître moins grave que l'obésité. En fait, il génère pour la collectivité des coûts très importants pour le système de santé, d'autant que la personne en surpoids devient souvent obèse.

Rapport parlementaire : Rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission sur la prévention de l'obésité, www.assemblee-nationale.fr, consulté le 12 décembre 2012.

(*) CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

Plan Obésité 2010/2013

Le Plan obésité comporte quatre axes prioritaires :

1. Améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et l'adulte

L'ambition est de mettre en place sous l'égide des agences régionales de santé (ARS) une organisation des soins lisible, accessible à tous afin de renforcer la qualité et la sécurité des soins. La cohérence de la gradation des soins sera confortée (du médecin traitant au spécialiste, à l'accueil en établissement de santé et de soins de suite et de réadaptation), incluant les dimensions préventives et sociales.

2. Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique

Une attention spécifique est portée à l'amélioration de l'alimentation en milieu scolaire, la restauration collective, la restauration solidaire, et à l'activité physique pour la santé. L'axe prévention sera conduit en étroite relation avec le PNNS(1) 2011 – 2015 et le PAI(2), en particulier dans ses volets « Faciliter l'accès de tous à une alimentation de qualité » et « Améliorer l'offre alimentaire » [...]

3. Prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre la discrimination

[...] Les facteurs économiques retentissent sur l'accès aux soins et le suivi de certaines prescriptions. Dans le domaine de la prévention, le niveau social intervient également dans l'impact des messages, en partie du fait d'obstacles pour les mettre en œuvre. La discrimination, dont sont victimes les personnes obèses [...] se traduit par des difficultés à l'embauche, retentit sur les revenus à qualification égale. C'est une source d'altération de l'image de soi et parfois de désinsertion.

4. Investir dans la recherche

Il s'agit d'animer et d'intensifier l'effort de recherche en créant une fondation de coopération scientifique. L'alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé sera chargée de développer ce projet avec les partenaires publics et privés. [...]

www.inpes.sante.fr, consulté le 12 décembre 2012.

(1) PNNS : Plan National Nutrition Santé

(2) PAI : Projet d'Accueil Individualisé

ANNEXE 5

La prise en compte des personnes défavorisées, une priorité assez théorique

L'aide aux plus démunis est un enjeu fort de santé publique, compte tenu des données sur la prévalence de diverses pathologies liées à l'alimentation et à la sédentarité et les carences que connaissent les catégories sociales défavorisées. Ainsi, pour ne citer que l'exemple de la prévalence de l'obésité, le rapport de Mesdames V. HESPEL et M. BERTHOD-WURMSER, partant des enquêtes OBEPI de 1997 et 2006, fait bien apparaître l'augmentation, entre ces dates, de la prévalence de l'obésité de 55 % pour les personnes dont le revenu est inférieur à 900 € par mois (prévalence passant de 12,1 % à 18,8 %), et de 64 % pour celles dont le revenu est compris entre 1 900 et 2 300 € (prévalence passant de 7,2 % à 11,8 %), alors que les catégories plus favorisées (revenu mensuel entre 3 800 et 5 300 €) ne présentait qu'une prévalence de 4,9 % en 1997 et de 6,6 % en 2006 (accroissement de prévalence de 35 %). Par ailleurs une enquête de l'AFSSA (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments) de mai 2008 présente une stabilisation globale de la prévalence de l'obésité infantile, mais souligne la persistance de très grandes disparités entre catégories socioprofessionnelles : les enfants issus des familles les plus défavorisées sont les plus touchés par l'obésité.

Le PNNS2 l'avait bien identifié dans son document stratégique de septembre 2006 en inscrivant dans ses « mesures pour des populations spécifiques » deux de ses trois fiches sur le ciblage et l'amplification des actions en faveur des plus démunis.

Que ces populations bénéficient ou non de l'aide alimentaire, le PNNS2 avait conçu son intervention en deux volets :

- une politique d'éducation par le développement de l'information, de la formation,
- l'incitation à l'action d'acteurs déjà présents sur le terrain

Évaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010,
Inspection générale des affaires sociales 2010,
www.ladocumentationfrancaise.fr, consulté le 12 décembre 2012.

ANNEXE 6

L'éducation thérapeutique (= ETP)

Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

Une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient.

L'Education thérapeutique du patient participe à l'amélioration de la santé du patient (biologique, clinique) et à l'amélioration de sa qualité de vie et à celle de ses proches. [...]

Haute Autorité de Santé,
www.has-sante.fr, consulté le 12 décembre 2012.

ANNEXE 7

L'éducation thérapeutique : le patient, premier acteur de sa santé

Un français sur cinq souffre aujourd'hui d'une maladie chronique. Une urgence sanitaire face à laquelle les centres de soins de suite et de réadaptation (SSR) jouent un rôle majeur avec leurs programmes d'éducation thérapeutique, préservant l'autonomie et la qualité de vie des patients.

Dans les rayons du supermarché, un petit groupe examine attentivement les produits alignés devant eux. « 0,4 gramme de protéines dans celui-ci » glisse Antoine à sa voisine, un pot de confiture à la main. Scrupuleusement, ils analysent chaque indication inscrite sur les étiquettes. Et pour cause ! Ils sont surveillés de près par Magalie, nutritionniste « Ces personnes [...] doivent constituer un panier de course adapté à leur traitement. Venir au supermarché et voir concrètement le produit interpellent plus le patient qu'un cours en atelier classique » explique-t-elle.

Transmettre savoirs et savoir-faire

Des activités comme celles-ci, ces patients en pratiquent quotidiennement depuis qu'ils suivent un programme d'éducation thérapeutique au sein de leur établissement de soins de suite et de réadaptation. L'objectif est de les confronter à des actes de leur vie courante pour développer leur autonomie en dépit de la maladie. « Ces activités visent à transmettre aux patients des savoirs et des savoir faire pour qu'ils puissent à la fois comprendre leur pathologie et suivre leur traitement » explique le Dr C. Chaque patient apprend donc à gérer lui-même sa maladie.

ANNEXE 7 (suite)

Au-delà de ces actions, un nombre croissant d'établissements de SSR se sont spécialisés et ont fortement investi dans la mise en place de « programmes d'éducation thérapeutique ». Institués par la loi HPST (hôpital, patient, santé et territoire du 21 juillet 2009), ces derniers sont soumis à l'autorisation des ARS (agence régionale de santé) et viennent répondre au fort développement des pathologies chroniques. [...]

Une approche globale pour être efficace

Ces pathologies, souvent complexes, nécessitent de prendre en compte tous les aspects du patient : physique, psychologique ou social. « Mon obésité, très handicapante au quotidien, a été largement amplifiée par mon parcours personnel et certains événements que j'ai pu connaître dans ma vie » témoigne Marie-Claude, une ancienne patiente. « Un véritable cercle vicieux qui n'a pu être stoppé qu'à partir du moment où j'ai été prise en charge en établissement de SSR ».

Durant son séjour, comme tout patient chronique, elle a été accueillie par une équipe pluridisciplinaire, alliant notamment un nutritionniste, un ergothérapeute, une assistante sociale, mais également une psychologue. « L'intervention de chacun a été déterminante dans l'amélioration de mon état de santé. » C'est grâce à cette approche globale du patient et à la transversalité des compétences mises en place, propre aux centres de soins de suite et de réadaptation, que sa prise en charge a pu être efficace.

« Au-delà de la pathologie en tant que telle, nous nous concentrons sur la personnalité du patient, sur son état psychologique », confirme le Dr C. Il s'agit donc, à chaque fois, de mettre en place une prise en charge totalement personnalisée. « L'éducation thérapeutique nécessite de la part du soignant une quête constante de compréhension : il importe de connaître le patient en tant que personne » explique Sophie, une soignante de la clinique. [...]

« L'intérêt de l'éducation thérapeutique, c'est d'être à l'écoute du patient, donc de décider avec lui. Nous sommes dans une logique d'échanges alors que, sans l'éducation thérapeutique, les soignants ont plutôt l'habitude d'imposer des normes ou des objectifs aux patients » explique le Dr C. « Le but premier est d'aider le patient à se soigner seul » résume Sophie.

Au programme : conférences pédagogiques, ateliers d'échanges entre patients, activités physiques, atelier de cuisine, art thérapie pour permettre aux patients de reprendre confiance en eux... Un ensemble d'activités qui, assurées de manière coordonnée, ont fait leurs preuves.

Le retard français de l'éducation thérapeutique

Mais les apports de cette médecine ne se réduisent pas au champ médical. À travers son rôle préventif et la responsabilisation des patients qu'elle induit, l'éducation thérapeutique permet une diminution de 16 % des coûts directs pour l'Assurance Maladie et de 57 % des coûts indirects sur les 9 mois suivant l'hospitalisation. Malgré ce constat, « de nombreux efforts restent à fournir pour que l'offre de soins de la France en éducation thérapeutique soit à la hauteur des besoins » estime le Dr S, secrétaire général de la société d'éducation thérapeutique européenne.

Fédération de l'Hospitalisation privée,
www.fhp-ssr.fr, consulté le 12 décembre 2012.