



1

**L'INDIVIDU
RESPONSABLE DE
SON CAPITAL SANTÉ**

CHAPITRE 1

LE SYSTÈME DE SANTÉ

Référentiel et savoir associés

Thématique A : L'individu responsable de son capital santé.

Module A1 : Le système de santé.

Objectifs :

Connaitre des plans santé et préventions.

Connaitre la définition de la santé (selon l'OMS).

Comprendre la notion de capital-santé.

Connaitre les effets des facteurs internes et externes sur la santé de l'individu.

Comprendre le principe de la sécurité sociale, l'intérêt du parcours de soins coordonné, de la carte vitale et du dossier médical partagé.

LES PLANS DE SANTÉ ET LA PRÉVENTION

Les plans nationaux de santé ont pour objectif de résoudre des problèmes sanitaires et d'améliorer la protection de la santé des individus. Pour cela, le gouvernement met en place des campagnes d'information et de prévention sur des thématiques de santé et sur les facteurs qui peuvent influencer la santé des individus. Ces plans visent également à améliorer l'accès aux soins.

Les plans nationaux de santé sont mis en place pour plusieurs années (généralement 4 ans). Le ministère en charge de la santé, suite à une analyse de l'état de santé de la population, établit l'ensemble des actions de prévention à mener constituant ces plans nationaux.

Ils peuvent concerner :

- L'environnement : PNSE (Plan National Santé Environnement),

- Le travail : Plan santé au travail,
- L'alimentation : PNNS (Plan National Nutrition Et Santé), le Plan « Cancer »,
- Des maladies : PNMR (Plan National Des Maladies Rares),
- Des catégories d'individu : le plan « Santé Des Jeunes » ou le plan « bien vieillir ».

LES EFFETS DES FACTEURS INTERNES ET EXTERNES SUR LA SANTÉ DE L'INDIVIDU

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Différents facteurs peuvent influer sur la santé :

- Des facteurs comportementaux : qualité et quantité de l'alimentation, activité physique, addictions (comportementales ou chimiques), hygiène de vie ;
- Des facteurs environnementaux : pollution de l'air, pollution de l'eau, conditions de travail ;
- Des facteurs génétiques : maladies héréditaires ou prédispositions familiales.

L'individu peut agir sur certains de ces facteurs pour protéger et/ou améliorer sa santé.

Pour préserver son capital-santé, l'individu doit être acteur dans ses choix en matière d'alimentation, de consommation de substances, de comportement. Il doit veiller à son bien-être physique, son bien-être mental et son bien-être social.

L'individu et la population en général, doivent agir sur l'environnement (diminution des gaz à effet de serre, gestion des déchets) pour protéger la planète et conserver le capital-santé de tous.

LA SÉCURITÉ SOCIALE

1 LE PRINCIPE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

La sécurité sociale, créée en 1945, assure en France la protection sociale. Elle est fondée sur le principe de la solidarité entre les Hommes : chaque individu participe à la protection de tous et bénéficie de cette protection. Pour cela, tous les salariés et les employeurs versent des cotisations qui sont réparties entre toutes les personnes ayant besoin de protection sociale (en cas de maladies, d'accident du travail et lors de la retraite).

Les cotisations sont recueillies par l'ACOSS puis reversées aux différentes branches de la protection sociale (CNAF, Assurance Maladie, Assurance retraite) qui les réparties aux assurés en ayant besoin (Voir Document ci-dessous).

La protection sociale



2 LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Dès l'âge de 16 ans, il convient de choisir un médecin traitant afin de s'inscrire dans un parcours de soins coordonnés.

Le médecin traitant est le médecin à consulter en priorité.

Il est le référent de ses patients : son rôle est de centraliser les différents comptes rendus médicaux des spécialistes consultés et les différents résultats d'analyses médicales.

Il organise le parcours de soins de ses patients : il oriente ses patients vers des médecins

spécialistes ou professionnels paramédicaux si nécessaire.

Le parcours de soins permet de consulter les bons professionnels de santé en fonction de son état et d'éviter les consultations inutiles. Cela diminue les dépenses de santé.

Le respect du parcours de soins coordonnés (consultation du médecin traitant) permet d'être remboursé à hauteur de 70% du prix de la consultation par l'Assurance maladie. En revanche, si le parcours de soin n'est pas respecté, l'Assurance maladie ne rembourse que 30% du prix de la consultation.

3 LA CARTE VITALE

La carte vitale est une carte à puce nominative, et comportant une photo d'identité de l'assuré. Elle est adressée, avec l'attestation d'assuré social, aux personnes âgées de plus de 16 ans.

Elle contient tous les éléments administratifs permettant la prise en charge des soins par l'Assurance maladie. Dans certains cas, elle peut également contenir les coordonnées de l'organisme versant les prestations complémentaires.

La carte vitale permet de justifier de ses droits auprès des professionnels de santé et d'être remboursé dans un délai de 5 jours, sans avoir de démarches à effectuer.

Toutefois, la carte vitale n'est pas indispensable. Si le médecin consulté ne prend pas la carte vitale ou si le patient n'a pas de carte vitale, le médecin remettra au patient une feuille de soin à compléter et à envoyer à la caisse d'Assurance maladie pour obtenir la prise en charge prévue de la consultation.

4 LE DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ (DMP)

Le Dossier Médical Partagé est un carnet de santé en ligne.

Il permet de centraliser toutes les informations de santé du patient :

- L'historique des soins des 24 derniers mois, alimenté automatiquement par l'Assurance maladie,
- Les résultats d'examens médicaux,
- La liste des pathologies et allergies éventuelles,
- Les comptes rendus de consultations et d'hospitalisation,
- Les informations concernant la personne à prévenir en cas d'urgence,
- Les directives anticipées de fin de vie...

Il donne la possibilité de partager les informations de santé avec les professionnels de

santé choisis par le patient et ainsi d'éviter des examens inutiles ou redondants.

Il est très utile pour les personnes atteintes de maladies chroniques (ayant souvent recours aux soins et passants de nombreux examens) ou aux femmes enceintes.

Pour créer un Dossier Médical Partagé, il faut se rendre sur le site internet : www.dmp.fr.

Il suffit ensuite d'indiquer :

- Le numéro de Sécurité Sociale,
- Une adresse mail ou un numéro de téléphone portable,
- Le nom du médecin traitant,
- Les noms des professionnels de santé pouvant accéder aux informations.

Une fois le DMP créé, il faut avertir le médecin traitant qui ajoutera toutes les informations utiles au suivi médical du patient.

A chaque nouveau document ajouté dans le DMP, le patient reçoit un mail ou un sms (en fonction des informations fournies lors de la création).

Pour les personnes ne souhaitant pas effectuer les démarches sur internet, il est possible de demander la création du DMP chez son pharmacien ou à sa caisse primaire d'assurance maladie.

La création ou non d'un DMP, ne change rien quant aux droits de remboursement.



Entraînez-vous !

Corrigés en fin d'ouvrage

Abdel s'inquiète pour son amie Justine. Depuis plusieurs jours, elle a des vertiges, mal à la tête et de la fièvre. Abdel lui conseille d'aller voir un médecin.

Justine : « Je ne sais pas trop qui aller voir... En plus, la dernière fois, je n'ai pas été beaucoup remboursée. »

Abdel : « Mais ; tu n'as pas de médecin traitant !? ».

EXERCICE 1: ANALYSER LA SITUATION

1. Quel est le problème posé dans la situation (choisissez la bonne proposition) ?
 - a. De quoi souffre Justine ?
 - b. Qu'est-ce que le parcours de soins coordonnés ?
 - c. Comment choisi son médecin ?

2. Identifiez les éléments de la situation en répondant aux questions suivantes.
 - a. Qui est concerné par le problème ?
 - b. Que se passe-t-il ?
 - c. Où se pose le problème ?
 - d. Quand Justine est-elle confrontée au problème ?
 - e. Comment remédier au problème ?
 - f. Pourquoi remédier au problème ?

EXERCICE 2 : MOBILISER SES CONNAISSANCES

1. Nommez l'organisme qui assure la protection sociale en France.
2. Sur quel principe repose la protection sociale en France ?
3. A partir du cours et du document 1, expliquez l'objectif du parcours de soins coordonnés.
4. Précisez pour chaque situation, dans le tableau suivant, si le parcours de soins coordonnés est respecté ou non et justifier votre réponse.

SITUATIONS	PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS		JUSTIFICATIONS
	RESPECTÉ	NON	
Lola, en vacances loin de chez elle, consulte un médecin car elle a des nausées et de la fièvre.			
Camille, se rend chez un gynécologue sans passer par son médecin traitant.			
Thomas consulte un cardiologue sans passer par son médecin traitant.			
Ilyès consulte le médecin de Fred car il n'a pas de médecin traitant.			

5. Reliez les facteurs pouvant agir sur la santé au type de facteur auquel ils appartiennent et à la composante de la santé selon l'OMS, sur laquelle ils agissent.

TYPE DE FACTEURS	FACTEURS AGISSANT SUR LA SANTÉ	COMPOSANTES DE LA SANTÉ SELON L'OMS
Comportementaux •	• Activités physiques régulières •	• Bien être
	• Diabète de type 1 •	
Environnementaux •	• Faire des sorties entre amis •	• Bien être physique
	• Manger équilibré •	
Héréditaires •	• Cadre de vie sain •	• Bien être social

6. Précisez, dans le tableau suivant, si les différents facteurs ont un effet positif ou négatif sur la santé.

FACTEURS	EFFETS POSITIFS	EFFETS NÉGATIFS
Activités physiques régulières		
Diabète de type I		
Faire des sorties entre amis		
Manger équilibré		
Avoir un cadre de vie serein		
Consommer de l'alcool		
Se coucher tard		
Avoir des conditions de travail stressantes		
Consommer du tabac		
Vivre dans un air pollué		

EXERCICE 3: PROPOSER DES SOLUTIONS

En vous aidant du document 2, répondre aux questions suivantes :

1. Calculez, pour Justine le montant du remboursement si elle consulte un médecin généraliste hors parcours de soins coordonnés.
2. Calculez le montant du remboursement si une personne consulte son médecin traitant.
3. Quels seront les avantages pour Justine de déclarer un médecin traitant ? Question
4. Nommez l'organisme qui peut rembourser la somme restant à la charge des patients après remboursement par l'Assurance maladie.

QCM (plusieurs réponses possibles)

1 L'objectif des plans nationaux de santé, est :

- D'améliorer la protection de la santé des citoyens.
- De résoudre des problèmes sanitaires.
- D'améliorer l'accès aux soins.

2 Selon l'oms, la santé :

- Consiste seulement en une absence de maladie ou d'handicap.
- Est un état de complet bien-être physique.
- Est un état de complet bien-être physique, mental et social.

3 Pour s'inscrire dans le parcours de soins coordonné, il faut choisir un médecin traitant dès l'âge de :

- 14 Ans
- 16 Ans
- 18 Ans

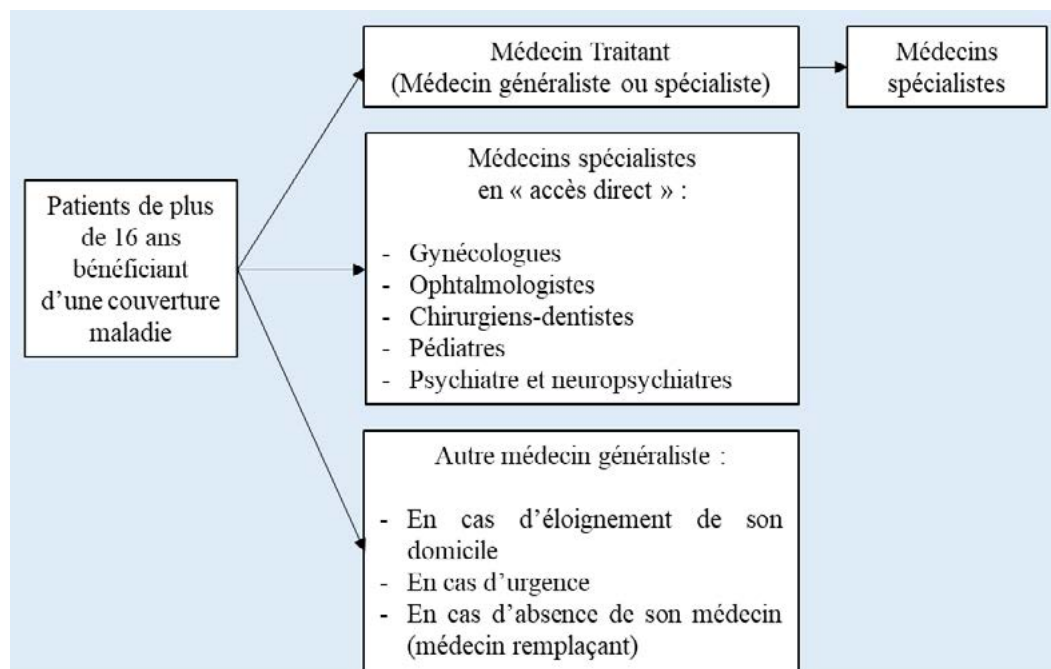
4 La carte vitale :

- Est obligatoire pour être remboursé des frais de santé.
- Est adressée aux personnes de plus de 16 ans.
- Est une carte nominative.

5 Le DMP, est :

- Un carnet de santé en ligne.
- Est obligatoire pour avoir droits aux remboursements des frais de santé.
- Centralise les informations de santé du patient (résultats d'examens, allergies...).

Le parcours de soins coordonnés



Le remboursement des frais médicaux

	Parcours de soins Coordonnés			Hors parcours de soins coordonnés		
	Tarif consultation	Base de remboursement	Taux de remboursement	Tarif consultation	Base de remboursement	Taux de remboursement
Médecin généraliste Secteur 1	25 €	25 €	70% - 1 €	25 €	25 €	30% - 1 €
Spécialiste Secteur 1	30 €	30 €	70% - 1 €	35 €	25 €	30% - 1 €
Spécialiste Secteur 2	Honoraires libres	23 €	70% - 1 €	Honoraires libres	23 €	30% - 1 €

- Le taux de remboursement est de 100% pour les personnes atteintes d'affections de longues durées, les femmes enceintes de plus de 6 mois et les personnes bénéficiant de la CMU-c (Couverture Maladie Universelle-complémentaire).
- La participation forfaitaire (de 1 €) est toujours à la charge de l'assuré sauf pour les enfants et les jeunes de moins de 18 ans, les femmes enceintes de plus de 6 mois, les personnes bénéficiant de la CMU-c ou de l'ACS (Aide au paiement d'une Complémentaire Santé) ou de l'AME (Aide Médicale de l'Etat).
- Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, la partie des frais médicaux restant à la charge de l'assuré, peut être prise en charge par une mutuelle.
- Dans le cas d'un non-respect du parcours de soin, le surcoût qui en découle pour l'assuré n'est pas pris en charge par les mutuelles et complémentaires santé.

SYNTHÈSE

Les plans nationaux de santé, mis en place par le ministère en charge de la santé, visent à résoudre des problèmes sanitaires et à améliorer la protection de la santé des individus au moyen notamment de campagnes d'information et de prévention.

L'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Pour veiller sur son capital santé, il convient d'agir sur trois composantes : le bien-être physique, le bien-être mental et le bien-être social.

La sécurité sociale repose sur le principe de la solidarité. Les salariés et employeurs versent des cotisations qui sont ensuite réparties entre toutes les personnes ayant besoin de protection sociale.

A partir de 16 ans, il faut déclarer un médecin traitant afin de s'inscrire dans un parcours de soins coordonnés. L'objectif de ce parcours est de limiter les interventions inutiles de professionnel de santé pour un même patient et d'améliorer sa prise en charge médicale. Le respect de ce dispositif permet à l'assuré une prise en charge normale de ses dépenses de santé par la Sécurité Sociale.

Le non-respect du parcours entraîne pour l'assuré une majoration de sa participation aux frais de l'assurance maladie.

La carte vitale permet une prise en charge rapide des soins par l'Assurance maladie.

Le Dossier Médical Partagé permet de centraliser toutes les informations de santé du patient, et de partager ces informations avec les professionnels de santé choisis. Il facilite le suivi médical.

LEXIQUE



OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

La santé (selon l'OMS) : Etat de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Capital Santé : Ensemble des capacités physiques et mentales. Il repose sur la santé.

ACOSS : Agence Centrales des Organismes de Sécurité Sociale.

CNAF : Caisse Nationale d'allocations Familiales.

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail.

CGSS : Caisse Générale de Sécurité Sociale (Dom-Tom).

DMP : Dossier Médical Partagé.