

BACCALAURÉAT TECHNOLOGIQUE

SCIENCES ET TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL

SCIENCES ET TECHNIQUES SANITAIRES ET SOCIALES

Durée : 3 heures

Coefficient : 7

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

Aucun document n'est autorisé.

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

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

Ce sujet comporte 8 pages.

PRÉCARITÉ ET ALIMENTATION

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ... »

Article 25 de la déclaration universelle des droits de l'homme (1948).

« Malgré un contexte de profusion alimentaire, l'accès pour tous à une alimentation satisfaisante, permettant d'atteindre un état nutritionnel favorable à la santé, est encore loin d'être assuré en France. Les inégalités sociales et la précarité génèrent en effet d'importantes disparités en matière de comportements alimentaires et de risques nutritionnels.»

www.mangerbouger.fr (consulté le 17 juillet 2014).

QUESTION 1 : Pour des raisons financières, le poste budgétaire consacré à l'alimentation est souvent restreint. Cela peut conduire à l'insécurité alimentaire, c'est-à-dire à un accès limité et irrégulier à une nourriture saine et équilibrée.

Présenter les conséquences de l'insécurité alimentaire sur la santé.

QUESTION 2 : **Montrer que la lutte contre les inégalités sociales de santé est prise en compte dans les politiques de santé publique liées à la nutrition.**

QUESTION 3 : La politique sociale locale est organisée à l'échelle communale par le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) régi par la loi du 6 janvier 1986.

3.1 Montrer que l'aide alimentaire dépend de l'aide sociale.

3.2 Présenter la réponse des CCAS dans le cadre de l'aide alimentaire.

BARÈME

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

LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE 1 :** **Baromètre de la faim 2013,**
LASSALE Gaëtan, Observatoire Pauvreté-Nutrition-Alimentation,
Disponible sur : www.opnalim.org. (consulté le 17 juillet 2014).
- ANNEXE 2 :** **La santé par l'alimentation. Est-ce un privilège réservé aux riches ?**
Article 2008,
BARRES Nathalie, DARMON Nicole, Observatoire Pauvreté-Nutrition-
Alimentation,
Disponible sur : www.opnalim.org. (consulté le 17 juillet 2014).
- ANNEXE 3 :** **Programme National Nutrition Santé 2011-2015,**
Disponible sur : www.sante.gouv.fr (consulté le 17 juillet 2014).
- ANNEXE 4 :** **Plan Obésité 2010-2013,**
Disponible sur : www.sante.gouv.fr (consulté le 7 juillet 2014).
- ANNEXE 5 :** **Programme Alimentation et Insertion 2013 (PAI),**
Disponible sur : www.sante.gouv.fr (consulté le 17 Juillet 2014).
- ANNEXE 6 :** **Le centre communal ou intercommunal d'action sociale,**
- 1. Missions du CCAS/CIAS,**
Disponible sur : www.unccas.org (consulté le 15 novembre 2014).
 - 2. Lutte contre les exclusions,**
Enquêtes et observations sociales, mai 2011, n°1,
Disponible sur www.unccas.org (consulté le 15 novembre 2014).
 - 3. Les modalités d'implications des CCAS/CIAS en matière d'aide alimentaire,**
Enquêtes et observations sociales, octobre 2011, n° 2,
Disponible sur : www.unccas.org (consulté le 15 novembre 2014).
 - 4. Les aides directes en pratique : caractéristiques d'attribution,**
L'aide alimentaire des CCAS/CIAS en pratique,
Disponible sur : www.unccas.org (consulté le 15 novembre 2014).

ANNEXE 1

Baromètre de la faim 2013

L'insécurité alimentaire, une conséquence de la pauvreté en France.

Ne pas pouvoir accéder en quantité suffisante à une nourriture saine et équilibrée, c'est s'exclure, c'est rompre le lien social, c'est ouvrir la porte aux problèmes de santé et de bien-être. La peine est triple. A court terme, c'est d'abord le sentiment de faim et d'épuisement, conséquence des repas sautés. S'ajoutent les maladies physiques et psychologiques : à moyen terme, l'insécurité alimentaire engendre de l'anémie, un déficit en vitamine D notamment chez les femmes, mais aussi du diabète, du cholestérol. Enfin, une alimentation insuffisante favorise l'isolement lié à la honte de ne pouvoir se nourrir seul, et trace la voie de l'exclusion.

Le visage de l'insécurité alimentaire.

3,5 millions de Français subissent l'insécurité alimentaire et ont aujourd'hui recours à un soutien alimentaire. Mais l'insécurité alimentaire n'est pas le fait d'une catégorie sociale unique en France et ses causes sont diverses ; sociétales, individuelles ou une combinaison des deux. L'insécurité alimentaire concerne une population très hétérogène : des femmes seules avec enfants, des chômeurs, des jeunes non-qualifiés, des familles monoparentales, des ménages à bas revenus, des personnes bénéficiant d'un emploi précaire, des individus avec un emploi stable mais dont le salaire n'est pas suffisant pour faire face à leurs charges. L'insécurité alimentaire est bien souvent la conséquence d'accidents de vie comme le chômage, la maladie, un à-coup qui perturbe soudainement l'équilibre précaire du foyer. [...] Pour lutter efficacement, l'alimentation doit retrouver toute sa valeur. Elle est synonyme de bonne santé, de bien-être, créatrice de lien social, vecteur d'inclusion sociale. « Bien manger », c'est être bien dans son corps, dans sa tête, donc être au mieux pour s'occuper de soi, de sa famille, pour travailler. L'alimentation permet de se sentir bien avec soi-même et avec les autres.

LASSALE Gaëtan,

Observatoire Pauvreté-Nutrition-Alimentation,

Disponible sur : www.opnalim.org. (consulté le 17 juillet 2014).

ANNEXE 2

La santé par l'alimentation. Est-ce un privilège réservé aux riches ?

La morbidité, l'espérance de vie et la mortalité suivent une variation socio-économique, et cela se constate partout dans le monde. C'est-à-dire que l'état de santé des individus est d'autant meilleur que leur statut socio-économique est élevé. Toutes les pathologies chroniques sont concernées, et notamment celles liées à la nutrition (maladies cardiovasculaires, diabète, ostéoporose, cancers). Des insuffisances d'apports en certains micro-nutriments pourraient être l'un des facteurs d'augmentation des risques de développement de ces maladies dans les populations les plus défavorisées.

Plusieurs enquêtes épidémiologiques mettent en évidence que l'aggravation du risque d'obésité est inversement proportionnelle au statut socio-économique (SSE), que celui-ci soit mesuré par le niveau de revenu ou de diplôme. [...]

L'obésité, mais également la maigreur, sont plus fréquemment rencontrées dans les populations de faible statut socio-économique, ou en situation de précarité, avec un écart qui se creuse d'année en année entre les deux extrêmes de l'échelle sociale. [...]

L'alimentation des populations défavorisées se caractérise par une forte densité énergétique et une faible densité nutritionnelle, ce qui induit un plus fort risque de déficit en nutriments essentiels, une plus forte obésité, et donc une incidence plus importante de maladies chroniques. Le lien est direct entre statut socio-économique, nutrition et santé.

BARRES Nathalie, DARMON Nicole,

Observatoire Pauvreté-Nutrition-Alimentation,

Disponible sur : www.opnalim.org. (consulté le 17 juillet 2014).

ANNEXE 3

Programme national nutrition santé 2011-2015

Le Programme national nutrition santé (PNNS) a été initié en 2001 et prolongé en 2006. Il a fourni un cadre de référence et produit de nombreux outils et mécanismes incitatifs, servant de support aux actions. Il a permis la mobilisation de nombreux acteurs (ministères, élus locaux, professionnels des domaines de la santé, de l'activité physique, de l'éducation ou du domaine social, acteurs économiques et bénévoles). Plusieurs objectifs initialement fixés ont été partiellement ou totalement atteints, comme la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, la réduction de la consommation de sel ou de sucre, l'augmentation de la consommation de fruits chez les adultes. Pour autant, ces améliorations n'ont pas concerné de façon homogène toutes les composantes de la population et les inégalités sociales de santé se sont creusées dans le domaine de la nutrition. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et du Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux, a souligné que la reconduction du PNNS en l'état « n'était pas souhaitable [...] ».

[...] Le PNNS traite de la nutrition comme déterminant de la santé. Le Plan obésité (PO) s'articule et complète le PNNS par l'organisation du dépistage, de la prise en charge des patients ainsi que par une dimension importante de recherche. Le PNNS et le PO sont présentés conjointement. Le Programme national pour l'alimentation (PNA) a été initié en septembre 2010.

L'article L230-1 du Code rural stipule que « le programme national pour l'alimentation prévoit les actions à mettre en œuvre dans les domaines suivants :

- la sécurité alimentaire, l'accès pour tous, en particulier pour les populations les plus démunies, à une alimentation en quantité et qualité adaptées ;
- la sécurité sanitaire des produits agricoles et des aliments ;
- la santé animale et la santé des végétaux susceptibles d'être consommés par l'homme ou l'animal ;
- l'éducation et l'information notamment en matière de goût, d'équilibre et de diversité alimentaires, de besoins spécifiques à certaines populations, de règles d'hygiène, de connaissance des produits, de leur saisonnalité, de l'origine des matières premières agricoles ainsi que des modes de production et de l'impact des activités agricoles sur l'environnement ; [...]

Les actions mises en œuvre dans le domaine de l'éducation et de l'information en matière d'équilibre et de diversité alimentaires ainsi que dans le domaine de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire suivent les orientations du programme national relatif à la nutrition et à la santé, défini à l'article L3231-1 du Code de la santé publique ».

Les mesures en faveur d'une bonne alimentation prévues dans le PNA, s'inscrivent dans la stratégie de prévention nutritionnelle du PNNS.

Axes stratégiques du PNNS :

Axe 1 → Réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention

Axe 2 → Développer l'activité physique et sportive (APS) et limiter la sédentarité

Axe 3 → Organiser le dépistage et la prise en charge du patient en nutrition : diminuer la prévalence de la dénutrition

Axe 4 → Valoriser le PNNS comme référence pour les actions en nutrition ainsi que l'implication des parties prenantes

Volet transversal → Formation, surveillance, évaluation et recherche.

Disponible sur : www.sante.gouv.fr (consulté le 17 juillet 2014).

ANNEXE 4

Plan obésité 2010-2013

Le Plan obésité comporte quatre axes prioritaires :

- AXE 1 → Améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et chez l'adulte.
- AXE 2 → Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique.
- AXE 3 → Prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre les discriminations.
- AXE 4 → Investir dans la recherche.

Disponible sur : www.sante.gouv.fr (consulté le 7 juillet 2014).

ANNEXE 5

Programme Alimentation et Insertion 2013 (PAI)

Le Programme « Alimentation et Insertion » : une aide concrète destinée aux associations d'aide alimentaire et à leurs bénéficiaires.

Le Programme Alimentation et Insertion (PAI) constitue une démarche originale et exemplaire de formation à l'équilibre alimentaire et de création de lien social. [...]. Ce programme est une démarche sociale accompagnant l'aide alimentaire, inscrite dans les actions du Programme National pour l'Alimentation (PNA) et validée par le Programme National Nutrition Santé (PNNS).

Objectifs

Renouvelé chaque année depuis 2003, le PAI répond à un double objectif :

- Sanitaire : améliorer l'état nutritionnel et prévenir les carences alimentaires chez les personnes en situation de précarité ou d'exclusion, plus affectées par les déséquilibres alimentaires.
- Social : tisser des liens et initier l'insertion d'un public exclu ou qui s'exclut.

Outils développés

Le PAI repose sur l'élaboration et la distribution d'outils pédagogiques et pratiques :

- Un calendrier annuel comportant des recettes équilibrées à petits prix, des conseils nutritionnels, des jeux ludiques pour apprendre aux enfants à mieux se nourrir et des actions entreprises au sein des associations avec les bénéficiaires. [...]
- Des affiches reprenant des conseils nutritionnels : « Manger ensemble », « bouger », « boire de l'eau », « des féculents à chaque repas », « 3 produits laitiers par jour », « manger malin » et « des fruits et légumes à volonté chaque jour », qui ont vocation à être disposées dans les locaux associatifs de distribution afin d'initier les échanges, donner envie.

Les messages, essentiellement visuels reprennent les préconisations du PNNS de façon ludique sans jamais donner de leçon.

Disponible sur : www.sante.gouv.fr (consulté le 17 juillet 2014).

ANNEXE 6

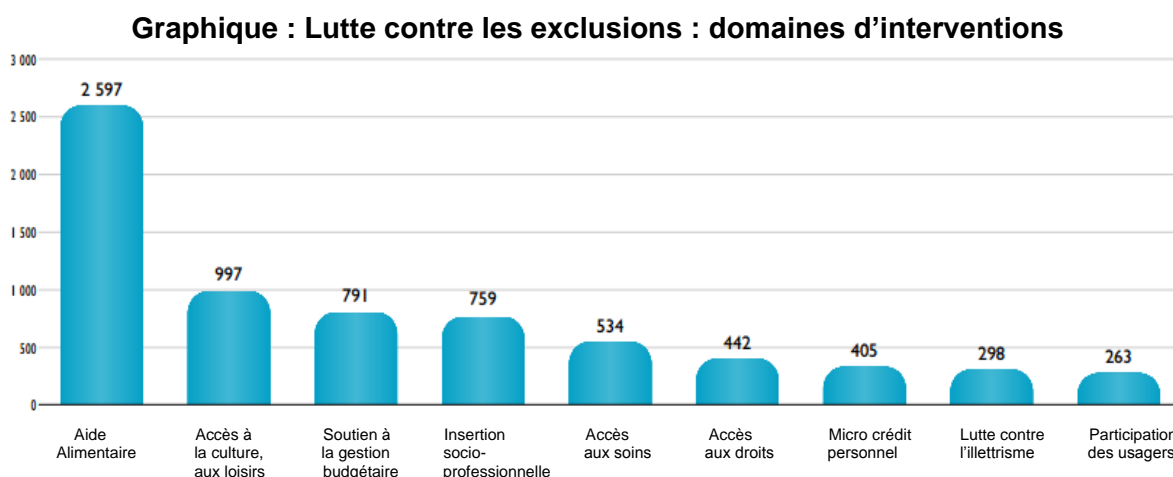
Le centre communal ou intercommunal d'action sociale.

1. Missions du CCAS/CIAS

Le CCAS anime une action générale de prévention et de développement social dans la commune en liaison avec les institutions publiques et privées. Il est de ce fait l'institution locale de l'action sociale par excellence. A ce titre, il développe différentes activités et missions légales ou facultatives, directement orientées vers les populations concernées.

Disponible sur : www.unccas.org. (consulté le 15 novembre 2014).

2. Lutte contre les exclusions



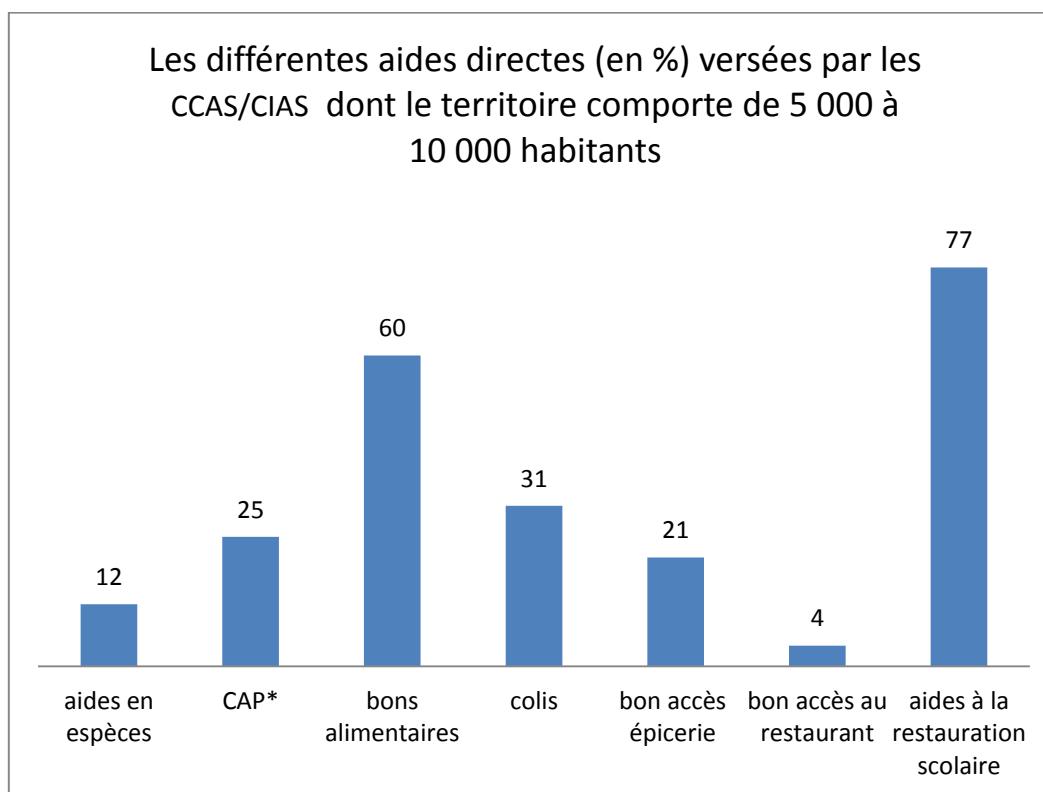
Note de lecture : 997 CCAS/CIAS adhérents à l'UNCCAS (Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale) déclarent mener une action d'accès à la culture ou aux loisirs.

Total : 3 299 CCAS/CIAS.

Enquêtes et observations sociales, mai 2011, n° 1,
Disponible sur www.unccas.org. (consulté le 15 novembre 2014).

ANNEXE 6 (suite)

3. Les modalités d'implications des CCAS/CIAS en matière d'aide alimentaire



*CAP : Chèque d'accompagnement personnalisé

Enquêtes et observations sociales, octobre 2011, n° 2,
Disponible sur : www.unccas.org. (consulté le 15 novembre 2014).

4. Les aides directes en pratique : caractéristiques d'attribution

Des aides attribuées en urgence

Quel que soit le type d'aide considéré, on constate que la possibilité de l'attribuer en urgence concerne la quasi-totalité des CCAS/CIAS (entre 92 et 98 % selon l'aide accordée). La tendance est un peu moins marquée pour les bons d'accès à une épicerie sociale (75 % des CCAS les accordent en urgence). [...]. Cet élément témoigne de la forte réactivité des CCAS/CIAS, reflétant une caractéristique bien connue de leur mode d'intervention. [...]

Des actions connexes orientées en majorité vers l'accompagnement budgétaire

Quel que soit le type d'aide délivré, environ un quart des CCAS conditionne leur attribution à un engagement du bénéficiaire à suivre un accompagnement à la gestion budgétaire (à l'exception des colis pour lesquels la proportion n'est que de 19 % et des bons d'accès à une épicerie où la proportion atteint un tiers des CCAS/CIAS). L'engagement à suivre un accompagnement nutritionnel est beaucoup moins fréquemment demandé par les CCAS (entre 6 % et 4 % selon le type d'aide), excepté les bons d'accès à une épicerie sociale (13 % contre 5 % en moyenne pour les autres aides). Dans le cas de l'attribution d'aides en espèces et de bons d'accès à une épicerie sociale, une proportion importante de CCAS (28 %) déclarent demander au bénéficiaire l'engagement de suivre un autre type d'accompagnement (bénévolat auprès de l'épicerie par exemple).

L'aide alimentaire des CCAS/CIAS en pratique,
Disponible sur : www.unccas.org. (consulté le 15 novembre 2014).