

TUTORAT UE 7 2012-2013 – SSH

CORRECTION Séance n°10 – Semaine du 07/04/2013

Systèmes de soin, profession médicale, hôpital, inégalités de santé **Birouste, Visier**

QCM n°1 : B, D, E

- A. Faux. Elle est différente d'un système de santé à l'autre et c'est ce qui fait leur différence.
- B. **Vrai.**
- C. Faux. On peut aussi bien répartir des biens matériels (salaires par exemple) qu'immatériels (la santé par exemple).
- D. **Vrai.** Dans nos sociétés contemporaines on privilégie besoins, mérite et marché (en partie).
- E. **Vrai.** C'est un bien premier, mais ceci n'exclut pas le fait que ça puisse être vu comme un bien économique (production/consommations/échanges).

QCM n°2 : C, E

- A. Faux. Le système libéral est dit non-conséquentialiste alors que le système beveridgien est dit conséquentialiste. Un système conséquentialiste étant un système dans lequel on juge le bienfait d'une action en fonction de ses conséquences (par ex en fonction des indicateurs de santé qui en ressortent).
- B. Faux. Dans l'idée du marché pur c'est le producteur et le consommateur qui se retrouvent face à face sans la présence de l'offreur de soins. C'est dans les critiques de la théorie du marché pur que l'on retrouve la nécessité d'un troisième acteur dans la relation médecin/malade.
- C. **Vrai.**
- D. Faux. On a changé de logique, aujourd'hui on doit mettre beaucoup d'argent dans la machine pour aboutir à un progrès moindre. Ceci pourrait s'expliquer par le niveau actuel des connaissances qui est déjà très bon.
- E. **Vrai.** Notion importante +++.

QCM n°3 : A, D, E

- A. **Vrai.** On fait une sommation des utilités pour avoir une vue globale des résultats d'une action mise en œuvre.
- B. Faux. C'est l'inverse.
- C. Faux. Ce qui est de l'ordre de la nature (catastrophe naturelle par exemple) n'est pas juste ou injuste, ainsi ce n'est pas à la société de le réparer. L'injustice ne se trouve que dans l'action de l'Homme sur l'Homme.
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai.**

QCM n°4 : B, C, D, E

- A. Faux. Ces deux instances sont retrouvées dans le système Libéral dans le but de prendre en charge les personnes handicapées et âgées (MEDICARE) et les personnes les plus démunies (MEDICAID).

- B. **Vrai**
- C. **Vrai**
- D. **Vrai**. On parle de système sacrificiel (ex : listes d'attente).
- E. **Vrai**.

QCM n°5 : B, C, D

- A. Faux. Bien qu'aujourd'hui on retrouve toujours des traces de cette pensée, c'est principalement la pensée physiologique de l'antiquité et du moyen âge.
- B. **Vrai**.
- C. **Vrai**.
- D. **Vrai** : c'est l'excès d'humeurs (ici le sang) que l'on doit rééquilibrer par la saignée.
- E. Faux. Visier décrit 4 axes de pensée de la médecine hippocratique dans son cours : le rationalisme et l'environnement (qui elles peuvent se retrouver facilement dans la théorie des humeurs), mais il y a aussi l'observation et l'éthique (que l'on retrouve entre autres dans le serment d'Hippocrate).

QCM n°6 : C

- A. Faux. A cette époque, la médecine n'était pas plus efficace que les autres métiers de soin. Au-delà de la compétence, être « docteur » est avant tout un titre. Ce corps de métier était tout un groupe d'élitistes prestigieux.
- B. Faux. Bien que peu efficaces, les études de médecine et la pratique sont à l'époque très théoriques (astronomie, astrologie, mathématique) et très peu cliniques. Il faudra attendre la professionnalisation de l'hôpital pour avoir une place plus importante du travail de terrain dans les études et la pratique.
- C. **Vrai**. Cela dit en passant, la faculté de Montpellier date de cette époque-là ! C'est la plus vieille faculté du monde occidental encore en fonctionnement aujourd'hui.
- D. Faux. Les chirurgiens n'étaient pas rattachés aux médecins mais aux barbiers. L'unification médecin-chirurgien se fera au 19^{ème} siècle.
- E. Faux. Cette notion date (au moins) de l'antiquité, bien que la médecine médiévale se base sur les textes antiques pour soigner (ex : la saignée très pratiquée au moyen âge découle de la théorie des humeurs).

QCM n°7 : A, B, D, E

- A. **Vrai**. Il décrit 4 grandes « règles » implicites qui organisent cette relation. Attention, ces règles-ci sont attachées au modèle de la maladie aigue : elles ont été créées dans un contexte où la maladie aigue était encore au premier plan.
- B. **Vrai**. C'est le critère de « neutralité affective » du modèle de Parsons.
- C. Faux. Dans le modèle de Parsons, on dit même l'inverse : le médecin doit utiliser ces savoirs dans le domaine de la maladie uniquement (c'est le critère de spécificité fonctionnelle). On peut illustrer cette idée par la notion de secret médical : le savoir que le médecin a de son patient doit rester cantonné au soin qu'il apporte sur lui.
- D. **Vrai**. C'est le critère de service de l'intérêt général du médecin.
- E. **Vrai**. C'est le critère d'universalisme du médecin. Cela se caractérise selon lui, entre autres, par de longues études, et un certaine sSélection.

QCM n°8 : C, D, E

- A. Faux. C'est plutôt Parsons qui dit dans sa théorie que l'une des notions clefs du statut de la médecine comme profession, est que le médecin détienne un savoir universel. Pour Freidson, le médecin est avant tout un « consultant », quelqu'un qui doit résoudre un problème concret : on lui demande « Docteur, faites quelque chose ! » et non pas « Docteur, est-ce vrai ou faux ? ».
- B. Faux. Pour Freidson, le critère principal pour considérer la médecine comme une profession est son autonomie. On peut faire partie d'un métier prestigieux sans être un « professionnel » (ex : être ministre, être PDG,...)

- C. **Vrai.** Par exemple, on peut illustrer ça aujourd'hui par la mise en place du concours de première année en médecine.
- D. **Vrai.** Cela s'illustre en droit notamment par le fait qu'il y a une juridiction faite « par ces paires » (cf cours de Legal).
- E. **Vrai.** Pour Freudson, le médecin a la compétence exclusive de la nomination de la maladie. Il a la capacité de mettre une barrière entre le normal et le pathologique (on peut faire un parallèle avec la profession de juge : c'est lui qui rend coupable ou non coupable). Par cette nomination, il crée la conception de la maladie pour l'individu (illness) et pour la société (sickness).

QCM n°9 : C, E

- A. Faux : c'est l'inverse, c'est un pan de l'hôpital qui prend de l'importance.
- B. Faux : ils ne sont salariés de personne, les religieux sont juste nourris, blanchis et logés par l'église, ou l'islam.
- C. **Vrai.**
- D. Faux : de la médicalisation
- E. **Vrai.**

QCM n°10 : A, C, E

- A. **Vrai.**
- B. Faux : au contraire, ce sont les classes les plus aisées qui ont peur de l'hôpital, se basant sur des préjugés historiques.
- C. **Vrai.**
- D. Faux : aujourd'hui ce sont les salaires qui coutent le plus cher.
- E. **Vrai.**

QCM n°11 : A, B, D

- A. **Vrai.**
- B. **Vrai.**
- C. Faux : volonté de limitation des dépenses, c'est ce qui en fait un système très statique.
- D. **Vrai.**
- E. Faux : à l'inverse l'ordre négocié signifie que la hiérarchisation au sein de l'hôpital est en perpétuel mouvement.

QCM n°12 : A, B

- A. **Vrai.**
- B. **Vrai.**
- C. Faux : distinction compliquée entre lieu de travail/intimité/lieu de soin...
- D. Faux : hôpital traditionnel
- E. Faux : c'est au milieu du XIXème

QCM n°13 : B, E

- A. Faux. On a tellement diminué la mortalité infantile jusqu'en 1980 que les progrès dans ce domaine sont moindres aujourd'hui. Cette espérance de vie à la naissance est déjà très bonne.
- B. **Vrai.** Elle est accessible à des mesures de santé publique.
- C. Faux. Justement en santé c'est l'inverse. Les femmes sont en meilleure santé que les hommes et ceci est dû notamment au fait qu'elles se soignent mieux (vont chez le médecin dès qu'elles ont mal).
- D. Faux. Le progrès a plutôt comme conséquence d'accroître les inégalités. En effet, en fonction du statut social, on pourra ou non avoir accès à des techniques innovantes en termes de thérapeutique car leur prix est élevé.
- E. **Vrai.** Par exemple on renonce aux soins dentaires qui sont jugés non vitaux et très coûteux.

QCM n°14 : A, C, D, E

- A. **Vrai.**

- B. Faux : c'est l'inverse.
- C. **Vrai.**
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai.**

QCM n°15 : B, D, E

- A. Faux. Bien que ce soient elles qui nous intéressent dans cette leçon, il ne faut pas oublier que les inégalités intéressent aussi d'autres champs que celui des SHS.
- B. **Vrai.**
- C. Faux. Le rapport black nous démontre le contraire, et selon ce dernier elles ont même tendance à augmenter.
- D. **Vrai.** Bien que ce soit une aide pour lutter contre les inégalités, cette action en crée à son tour.
- E. **Vrai.** Statistiquement, moins la société prend en charge les coûts liés à la maladie, plus les inégalités de santé augmentent.

Question rédactionnelle :

Jusqu'où les enjeux actuels liés à la maladie chronique modèlent-ils le système de soin français?

Méthodologie générale :

1. **L'analyse du texte :**

Le texte présente un nouveau pan de l'exercice de la pratique médicale : la télémédecine.

³⁵/₁₇ La loi HPST permet son émergence

³⁵/₁₇ La télémédecine peut être une réponse à certains enjeux actuels (accès au soins...)

³⁵/₁₇ Les différentes catégories d'enjeux

1. **L'analyse de la question :**

« Jusqu'où » : implique l'existence de limites

« enjeux actuels liés à la maladie chronique » : trouver, et choisir les enjeux directement en relation avec les maladies chroniques

« modèlent-ils » : montre une adaptation progressive du système, qui est, en l'occurrence, inévitable .

« système de soin français » : restriction géographique (la France) mais également bien comprendre que cela implique tant la profession médicale, que l'hôpital et le système de santé.

2. **Relier le texte à la question :**

La télémédecine est une forme de réponse aux nouveaux enjeux (à utiliser comme exemple dans la rédaction), mais qui possède ses propres limites dont il faut discuter.

3. **Concernant le sujet posé:**

Les nouveaux enjeux construits autour de la maladie chronique impliquent un changement du système de soin à plusieurs niveaux : professionnel médical, hôpital et système de santé. Ces changements principalement économique-éthique peuvent poser de nouvelles problématiques.

Introduction :

Avec les maladies chroniques, l'invariant d'action autour de la maladie persiste, mais l'action qu'on y porte change. Afin de pouvoir assurer la **place centrale du patient « acteur »**, le système de soin dans son ensemble doit se réformer selon de nouveaux enjeux. Quelle est l'évolution du système de soin face à ces enjeux ? Nous verrons dans un premier temps l'émergence de nouveaux enjeux en réponse aux anciens

modèles puis l'adaptation du système de soin face à ces enjeux et nous montrerons enfin les limites de cette adaptation.

I. Émergence de nouveaux enjeux en réponse aux anciens modèles :

Les raisons qui poussent notre modèle de soin à changer sont multiples. Certaines d'entre elles ne sont pas neuves :

Au niveau de la profession médicale, **le modèle de Parsons décrit une médecine paternaliste** : on « prend la charge » d'un malade, dans le cadre d'une relation de « soumission », bien que bienveillante. **Avec la MC, ce cadre devient caduque, notamment à cause de la « symétrie » de la relation** (le malade pouvant vivre avec sa maladie, sa vie n'est plus « entre les mains » du médecin). Cette tendance vers la symétrie se retrouve aussi aujourd'hui, au niveau de la disponibilité de l'information du malade (ex : connaissance via le web).

Le modèle de Freidson lui aussi n'est plus totalement vrai. **Le « monopole médical » que l'on y décrit peut être remis en question par la pluridisciplinarité**. En effet, avec la maladie chronique, tous les domaines de la vie sont touchés et ne sont donc plus limités au domaine médical.

L'hôpital est aussi l'un des points clés au niveau des structures sociales à réformer. Depuis la **réforme Debré de 1958** qui instaure les CHU, il n'y a pas eu de « grande réforme » de la structure hospitalière. **Ce modèle fut construit autour de l'aigu, et reste plus adapté à l'urgence qu'à la maladie chronique.**

Dans le modèle de l'aigu, le paternalisme est roi : pour ressociabiliser le malade on prend en charge sa vie dans son ensemble. Finalement, comme le décrit Goffman, l'hôpital en prenant cette charge, décide de tous les domaines de la vie du malade (ex : levé à telle heure, repas etc). On parle alors **« d'institution totale »**.

Aujourd'hui, l'augmentation de la prévalence des MC met au premier rang des problèmes nouveaux : Au niveau économique, on a un double mouvement :

On conserve la solidarité pour tous via la sécurité sociale, car l'on considère que le malade chronique ne peut pas, du fait de sa maladie, prendre en charge tous ces coûts. (ex : mise en place du dispositif de remboursement à 100% des affections de longue durée - ALD -)

Cependant, **le coût général du curatif et de la médicalisation devient de plus en plus important**. Ce coût du curatif ne peut plus être assuré par la société (ex : « trou de la sécu ».)

Au niveau éthique, l'augmentation des MC aura aussi un impact important. Le malade pouvant vivre avec sa maladie, **une plus grande autonomie** devra lui être accordée dans la gestion de sa maladie.

II. Adaptation du système :

Face à ces nouveaux enjeux, le système de soin français doit s'adapter. D'une part, l'hôpital recherche une réponse aux enjeux d'ordre économique et qui se traduit notamment par un développement de la **médecine ambulatoire**. Celle-ci consiste à raccourcir le temps passé à l'hôpital et aboutit donc à une réorganisation de la structure hospitalière qui voit la fermeture de nombreux lits. Dans cette même logique, on favorise la **fermeture de petits services peu rentables** qui sont remplacés par des **maisons de santé** plus proches du patient. La **T2A** se présente elle aussi comme une réponse à l'inflation. Du point de vue éthique, l'hôpital s'apparente plus volontiers à un **lieu de vie** et de citoyenneté (**démocratie sanitaire**), ce qui s'oppose à l'idée précédente d'institution totale.

Le système de santé français se tourne vers la **prévention** de façon à limiter les coûts dus aux maladies chroniques. Dans le cadre de la **société du risque**, où le but premier devient la lutte contre les principaux **déterminants de santé**, on promeut la **santé** comme norme suprême. De plus, dans un but d'amélioration, le **système de santé français s'hybride** en se rapprochant aussi bien du système Bévérigidien (impôt de santé) que du Libéral (ticket modérateur). Du côté éthique, des organismes tels que le **CNS** (conférence nationale de santé) qui implique les usagers de santé, sont acteurs dans la prise de décisions politiques. La création potentielle de la 5ème branche (dépendance) de la sécurité sociale traduit notamment le mouvement prise de conscience éthique dans le système de soin français.

Au niveau de la profession médicale, il s'agit plutôt d'**accompagner** le patient qui est rendu plus **autonome** (légitimé par la **loi Kouchner**) par la mise en place de **l'éducation thérapeutique**. Le médecin doit donc par l'intermédiaire de la **formation continue (HPST)** se mettre au niveau de ces nouvelles exigences. La télémédecine apparaît comme une solution d'ordre économique et qui porte une nouvelle vision sur la profession médicale et permet un contact facile médecin/malade.

III- Limites :

Les réponses apportées par ces mutations, à tous les étages du système, vont engendrer inégalités et problème éthiques. En effet le médecin risque de tomber dans la **non-relation** avec la télémédecine (**écran technique**), il verra alors le patient que par sa pathologie (**réification**). Même l'éducation thérapeutique connaît des dérives en tombant dans **l'éducation pure**, ce qui ne répond pas aux besoins du patient, qui se tournera alors vers le **disease management** (programme Sofia pour le diabète).

Au niveau institutionnel, les solutions apportées par l'ambulatoire vont également poser la **question de la continuité des soins** à l'hôpital. D'autant plus vrai avec **l'engorgement des C.H.U.** (Urgences), conséquence directe de la fermeture des petits services. Ces grands pôles hospitaliers sont gérés grâce au modèle économique de **la T2A** qui pose problème au niveau de sa **complexité**, et de sa **gestion des cas exceptionnels**. Mais plus généralement pour l'hôpital le fait même d'apporter des soins peut-il s'accorder avec une logique économique de rendement (Pelloux).

A plus grande échelle l'avènement de la société du risque, et de la responsabilisation du patient va avoir comme conséquence délétère une certaine forme de **culpabilisation**. Et cela peut remettre en cause les fondements même (de la solidarité) du système Bismarckien : **solidarité moins évidente si l'autre est responsable de sa pathologie**. Mais cette société du risque doit également être satisfaite par une norme qu'est la santé : et donc **le collectif s'impose à l'individu** (contraire de Canguilhem). Les mesures de santé publique ayant pour but de pallier les inégalités, peuvent les aggraver suivant la réceptivité et les capacités financières de chacun.

Finalement les mesures prises pour répondre aux enjeux actuels vont impliquer des problèmes mis en évidence par les 2 paradoxes français, et combattu par la loi de santé publique de 2004.