



# TUTORAT UE 72015-2016 – SHS

## CORRECTION Séance n°10 – Semaine du 04/04/2015

### *Déterminants santé et prévention – Promotion de la santé* Pr. Casellas

#### QCM n°1 : A, B, C

- A. **Vrai.**
- B. **Vrai.**
- C. **Vrai.**
- D. Faux. Cela n'a pas de sens socio-économique de dépister des maladies très rare.
- E. Faux. Mesure de prévention tertiaire.

#### QCM n°2 : F

- A. Faux. Le ministre chargé de la santé rend public le calendrier des vaccinations, après avis du HCSP.
- B. Faux. Il est obligatoire pour les professionnels de santé.
- C. Faux. Il est obligatoire pour les professionnels de santé.
- D. Faux.
- E. Faux. De Rougeole.

#### QCM n°3 : A, C, D

- A. **Vrai.**
- B. Faux. On réalise un test de dépistage. Si le test de dépistage est positif, on doit réaliser un test de diagnostic.
- C. **Vrai.**
- D. **Vrai.**
- E. Faux. Ce n'est pas de la prévention secondaire !

#### QCM n°4 : C, D, E.

- A. Faux. C'est l'OMS qui donne pour la première fois une définition positive de la santé.
- B. Faux. Et dans la lutte contre les pathologies.
- C. **Vrai.**
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai.**

#### QCM n°5 : A, C.

- A. **Vrai.**
- B. **Vrai.** C'est la définition de l'éducation pour la santé.  
Education sanitaire = action d'induction de comportements dont il est prouvé qu'ils sont favorables à la santé.
- C. **Vrai.**
- D. Faux. Pas d'injonction. Participative et incitative.
- E. Faux. A la conférence d'Alma Alta.

**QCM n°6 :A, D, E**

- A. **Vrai.**
- B. Faux. Elles ne sont pas indépendantes. Il est aussi possible de les classer en 4 catégories, il n'y a pas une catégorie figée.
- C. Faux. Varient au cours temps (ex : personnes âgées)
- D. **Vrai**
- E. **Vrai**

**QCM n°7 :A, B**

- A. **Vrai.**
- B. **Vrai.**
- C. Faux, ils sont aussi collectifs.
- D. Faux, les femmes fument plus.
- E. Faux, ils varient en sens inverse.

**QCM n°8 :F**

- A. Faux, elles peuvent être d'origine infectieuse aussi (ex: l'amiante).
- B. Faux, la déclaration se fait quelqu'en soit le stade.
- C. Faux, elle est réalisée afin de mettre en place des interventions urgentes (mesure préventive, correctrice).
- D. Faux, cf l'exemple de la rougeole.
- E. Faux, on tient compte du rapport coût/enjeu de santé publique

**QCM n°9 :C, D, E**

- A. Faux, la déclaration se fait auprès de l'ARS.
- B. Faux, dans ce cas là on a d'abord une étape de signalement et enfin une étape de notification.
- C. **Vrai.**
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai.**

**QCM n°10 :C, E**

- A. Faux, ce sont des médecins volontaires et bénévoles.
- B. Faux, il s'agit de 7 infectieux et 1 non infectieux.
- C. **Vrai.**
- D. **Vrai.** Il y en a 3 (1 semaine, 9 mois et 24 mois) C'est une base de donnée qui sera envoyée à la PMI.
- E. **Vrai.**

**QCM n°11 :B, C, E**

- A. Faux.
- B. **Vrai.**
- C. **Vrai.**
- D. Faux.
- E. **Vrai.**

Comment penser le bien-être dans le contexte actuel ?

Pour l'OMS, la santé est « un état de complet bien-être physique, psychologique et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Ce bien-être, bien qu'étant avant tout subjectif, relève aussi de la société. Dans quelle mesure le bien-être individuel et collectif est-il un enjeu majeur de la société [du risque] et du système de soin ? Dans un premier temps il conviendra d'étudier en quoi le bien-être est au centre des politiques de santé et dans un second temps nous nous demanderons quelle est la place du bien-être dans une société du risque.

#### I. Un bien-être au centre des politiques de santé

L'Etat est responsable du bien être de sa population. Ce bien-être se retrouve tout d'abord dans la santé; qui est garantie à tous (Constitution française). Pour cela les Etats ont mis en place des politiques de promotion de la santé (processus d'optimisation du bien-être physique, social et psychique) où chaque individu accroît le contrôle sur sa santé (médecine de l'empowerment). Des stratégies de prévention des maladies sont également mises en place. Le but est de garantir un bien être collectif, tout en prenant en compte le bien être individuel de chacun. On peut prendre pour exemple la vaccination (obligatoire ou recommandée) ou encore l'interdiction de fumer dans les lieux publics. On voit alors le conflit individuel /collectif. En effet, certaines personnes s'opposent à ces pratiques qui entreraient en conflit avec leurs normes et donc leur bien-être. Chaque individu étant différent, il existe des normes différentes qui sont propres à chacun, d'autant plus en cette fin du XX<sup>ème</sup> siècle, où le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques augmente sans cesse. Aux Etats Unis, 1 personne sur 2 est atteinte de maladies chroniques. Mais cela ne veut pas dire que 50% de la population n'est plus en capacité de se « sentir bien ». Le bien-être peut également être retrouvé dans la maladie. Une personne atteinte du diabète qui gère correctement sa maladie, grâce à ses traitements peut être considérée comme un « malade en bonne santé ».

Cela n'est pas sans rappeler la notion de normativité (Canguilhem); où l'individu en bonne santé est celui qui est capable de créer de nouvelles normes et de les hiérarchiser. Cela est favorisé par l'Etat: par la mise en place de politiques telles que l'ETP, les politiques de prévention tertiaire (plans cancer par exemple) mais aussi par la démocratie sanitaire qui laisse une plus grande place à la personne malade. La démarche actuelle de démocratie sanitaire lui permet de s'exprimer verbalement (CNS) mais également physiquement : ce qui favorise le bien être individuel, et à plus grande échelle ; le bien-être collectif. Les droits, revendiqués entre autre par des associations de malades, tel que le droit à la protection de la santé, sont également un enjeu majeur dans nos sociétés actuelles.

Cependant, malgré les mesures mises en place par l'Etat, des inégalités persistent. Elles peuvent être un frein au bien-être des populations qui ne perçoivent pas les messages politiques de façon égale. Ce bien-être est donc sujet à des débats réguliers afin de le maximiser dans nos sociétés du risque.

## II. Le bien être dans une société du risque

Ce bien être, si précieux, n'est pas un acquis. Il est en permanence sujet au danger. Dans cette ère de la mondialisation et de l'urbanisation; les villes sont de plus en plus propices à la propagation des maladies (exemple du SRAS). Ainsi, les Etats ont développé une politique du « preparedness », c'est à dire qu'on anticipe le risque avant même qu'il ne surgisse (traitement préventif du SIDA avant un rapport sexuel pour les populations à risque). On en vient ainsi à prescrire des médicaments à des personnes qui ne sont même pas malade. Cela coûte moins cher à la société d'anticiper le risque que de le gérer. Même si le bien être est au premier plan, on ne peut pas éluder le point de vue économique dans nos sociétés actuelles. Le bien être de la population à un coût qui s'illustre au travers du déficit de la sécurité sociale. On observe alors une tension entre productivité économique et bien-être des populations. En effet, la technicité de notre système de soin est à son paroxysme mais parallèlement le coût des soins n'a jamais été aussi élevé.

Cette société du risque a permis le développement du système des assurances, puis des différents systèmes de santé, ceux-ci essayent alors de répondre au conflit entre bien-être collectif et individuel. Selon les critères (ou clés) de répartition, les différents modèles abordent la notion de bien-être différemment. Le modèle libéral favorise le bien-être individuel dans le sens où chacun gère sa santé comme il l'entend tandis que le modèle Bévériidgien préfère maximiser le bien-être collectif (utilitarisme). Les statistiques montrent les actions qui maximisent le bien-être pour un maximum de personnes. La quantification étant un des 4 maîtres mots de la société du risque. Les autres sont l'éducation au travers de la promotion et la prévention, l'anticipation avec la preparedness vue précédemment et enfin, la responsabilisation. La responsabilisation individuelle prend une place centrale dans nos sociétés modernes. En effet, l'individu est de plus en plus autonome afin de trouver son propre bien-être. Cette autonomie se retrouve par exemple dans une diffusion plus large et une « vulgarisation » des informations médicales, facilitant ainsi à chacun la possibilité d'atteindre un bien-être qui passait autre fois par une autorité fonctionnelle du médecin (Parsons). Ainsi on assiste à une remise en question de la place du médecin dans la prise en charge de la thérapeutique avec l'apparition d'une certaine automédication qui laisse davantage de place au bien-être personnel car il émane de la volonté de la personne malade elle-même. Mais lorsque l'individu détruit son bien-être en toute connaissance de cause : comme avec la cigarette et le cancer du poumon, on peut se poser la question de sa responsabilité : est-ce aux professionnels de santé de prendre en charge le bien-être de la population à tout prix ?