

## TUTORAT UE 7 2012-2013 – SSH

### Sujets d'entraînement

Les tuteurs des trois sites vous proposent ces sujets pour vous entraîner à la méthodologie de la question rédactionnelle. Ce sont des sujets que nous avons préparé pour le concours blanc ou la colle, qui n'ont pas été choisis mais qui restent pertinents dans leur conception. Nous vous conseillons de réfléchir aux problématiques et aux plans détaillés que vous auriez pu faire face à ces sujets. Gardez à l'esprit que les corrections que nous vous présentons sont moins élaborés que celles des séances auxquelles vous êtes habituées et sont donc d'autant plus perfectibles. Cela n'entamera cependant pas la valeur du travail de réflexion que vous fournirez.

**Bon courage à tous, et merci pour cette année :)**

#### Sujet 1 : Cédric R. (ATM<sup>2</sup>)

À deux reprises, en discutant avec des confrères, je me suis dit que la « responsabilisation des patients » avait bon dos...

La première fois, c'était lors d'un de mes remplacements. Je prenais un café avec l'associé du médecin que je remplaçais. [...] Bref, je lui demandais comment il arrivait à faire pour aller aussi vite [...]. Et lui de me répondre « [...] Concernant les rendez-vous, je laisse toujours faire le patient. C'est pour le RESPONSABILISER. »

Quant au deuxième épisode, il mériterait un billet à lui tout seul. Il y a deux ans, j'ai fait la connaissance d'un couple de retraités qui revenaient au pays depuis leur émigration de la grande ville [...]. Je découvre que son super-spécialiste-endocrinologue-de-la-ville, ça fait 10 ans qu'il la maintient en hyperthyroïdie avec une TSH indosable. [...] Un jour que j'avais un téléphone, le nouveau médecin traitant, ça a été plus fort que moi, je lui ai demandé :

- Tu l'as remise sous son ancien traitement, celui de l'endocrinologue ?
- Ben oui, je lui ai dit que ce n'était pas bien, mais elle me le demandait.
- Et tu as quand même conscience qu'elle n'est vraiment pas très nette sur le plan psychiatrique ?
- Oh oui, mais moi, je pense que les patients doivent prendre leurs R-E-S-P-O-N-S-A-B-I-L-I-T-É-S. Ces gens-là, ils doivent aller au bout de leur démarche.

Et bien cette histoire de « responsabilité des patients », on ne m'ôtera pas l'idée que ce n'est parfois rien d'autre qu'une bonne excuse pour ne pas assumer les nôtres. De responsabilités.

*Référence : Responsabilités partagées.*

*« Loin des villes, proches des gens : chronique d'un jeune médecin de campagne »*

**Sujet** : « Prise en charge de la maladie et responsabilisation. Hier et aujourd'hui en France. »

## Sujet 2 : Lorenzo (ATM<sup>2</sup>)

« Puisque Hippocrate le dit, il faut le faire ». Ainsi Molière dénonce-t-il chez le docile patient Gêronte ce qui tint lieu de preuve médicale pendant des siècles : l'autorité.

La méthode de la médecine prétend désormais être scientifique. L'EBM est un projet médical dont l'objectif est d'appuyer la pratique thérapeutique et préventive sur les preuves les plus solides possibles.

« Mieux vaut prévenir que guérir » dit l'adage. Certes, mais survaloriser la démarche de prévention en considérant, comme le Dr Knoch, que « tout bien portant est un malade qui s'ignore » est source de potentielles dérives.

*Référence : Étude n°4 : la médecine est-elle une science ? Étude n°36 : la prévention.  
Médecine, santé et sciences humaines. Manuel.  
Collège national des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine.*

**Sujet** : « Redéfinition du partage de l'autorité dans la pratique médicale autour de l'individu. »

*Formulation initiale, jugée trop complexe, citée pour mémoire :*

**Sujet** : « La pratique médicale se redéfinit actuellement autour de l'individu. »

## Sujet 3 : Anaëlle et Mathilde (ATP)

La loi Kouchner place le consentement de la personne au fondement de tout acte de soin. La personne doit être informée de son état de santé, des soins proposés et des conséquences d'un éventuel refus de soins sur son état de santé. Elle a le droit de faire respecter sa volonté en consentant aux investigations et aux soins ou en les refusant, y compris si ce refus entraîne un risque pour sa santé ou sa vie. (...)

La loi révèle en réalité une tension (...), c'est « avec le professionnel de santé » qu'il prend les décisions. Cependant, le médecin doit aussi tout mettre en œuvre pour convaincre le patient d'accepter les soins indispensables au cas où sa vie serait en danger ce qui remet en cause le respect de la volonté de la personne.

*Référence : Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, art L .1111-2 du Code de Santé Publique*

**Sujet** : « Le malade chronique, autonome dans la société ? »

#### Sujet 4 : Marjorie et Mélissa (ATM<sup>2</sup>)

La commission des Affaires sociales de l'Assemblée a rejeté mercredi l'amendement qui prévoit de multiplier par quatre la taxe sur l'huile de palme. Elle est renvoyée à un prochain projet de loi de santé publique.

La « taxe Nutella », ce n'est pas pour tout de suite. Initialement adopté par la commission des Affaires sociales du Sénat, l'amendement a été rejeté lors de la nouvelle lecture en commission du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013.

S'il passait, il ferait augmenter de 300% la taxe sur l'huile de palme, qui peut avoir des conséquences sur l'obésité ou les maladies cardiovasculaires mais qui entre notamment dans la composition de la célèbre pâte à tartiner. L'Etat ose toucher à un symbole de l'alimentation des Français pour les empêcher de tomber malades...

*Référence : RMC*

**Sujet** : « De la prise en charge de la maladie vers la préservation de la santé. »

#### Sujet 5 : Sarah et Cédric R. (ATM<sup>2</sup>)

La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard.

[...] La santé est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. [...] son ambition est le bien-être complet de l'individu.

*Référence : Charte d'Ottawa*

**Sujet** : « La santé, à la fois chemin concret et but inatteignable. »

#### Sujet 6 : Cédric B. (ATM<sup>2</sup>)

« Les innovations technologiques jouent historiquement un rôle décisif dans la lutte contre le cancer, depuis la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, conduisant à articuler étroitement la recherche (scientifique et thérapeutique ou clinique) et les soins en cancérologie. Une autre caractéristique historique de la cancérologie tient à la nécessaire organisation d'une coopération pluridisciplinaire, non exempte de tensions, entre différentes spécialités médicales dans la prise en charge thérapeutique des malades. »

*Référence : Site internet de L'institut National Du Cancer*

**Sujet** : « Comment sommes-nous passés d'une prise en charge à un accompagnement complexe et coordonné de la personne malade ? »

### Sujet 7 : Anaïs et Albane (ATP)

L'hépatite C est une maladie infectieuse transmissible par le sang, due au virus de l'hépatite C (VHC), qui s'attaque aux cellules du foie.

L'infection se caractérise par une inflammation du foie (l'hépatite) qui est souvent asymptomatique et par conséquent peu fréquemment diagnostiquée, mais qui peut évoluer vers une hépatite chronique et plus tard une cirrhose (fibrose cicatricielle du foie) et un cancer du foie.

Une autre manifestation de la maladie est une hépatite fulminante, qui en l'absence de greffe peut entraîner le décès du patient en quelques jours.

Il n'existe actuellement aucun vaccin disponible contre l'hépatite C. Les symptômes de l'infection peuvent être contrôlés par l'administration de médicaments au long cours.

170 millions de personnes sont atteintes d'hépatite C chronique dans le monde. On enregistre environ 3 500 nouvelles contaminations et 2 600 décès par an en France.

*Référence : Wikipédia*

**Sujet** : « La prise en charge des différents modes d'expression de l'hépatite C. »

### Sujet 8 : Albane (ATP)

S'il est un conseil sur lequel la plupart des sociologues travaillant sur les politiques sociales pourraient s'accorder, c'est bien celui d'éviter d'appréhender les catégories ou les problèmes qu'ils étudient comme des phénomènes naturels et évidents, mais de les considérer au contraire comme des constructions sociales. Ce serait même là une façon pour notre discipline de se distinguer des approches économiques, juridiques ou administratives de la protection sociale. La référence négative serait alors ce qu'Anne Marie Guillemard (1980) avait appelé le « modèle rationaliste » dans lequel « les politiques sociales sont considérées comme des réponses rationnelles à des transformations morphologiques du système social ou des inflexions des demandes sociales ». L'industrialisation ou le vieillissement de la population, par exemple, feraient apparaître mécaniquement de nouveaux besoins que des experts pourraient évaluer de façon neutre et rigoureuse afin de déterminer une offre objectivement optimale, en fonction des moyens disponibles, pour y répondre.

*Référence : Radiodiffusion Télévision Française 06 de l'Association Française de Sociologie, Marc LORIOU*

**Sujet** : « La maladie peut-elle être décrite comme un fait social ? »

### Sujet 9 : Clara et Jeanne (ATP)

L'amélioration de la qualité des soins est une ambition qui fédère les professionnels de santé et envers laquelle les patients formulent des attentes fortes. La HAS a vocation à favoriser l'engagement des professionnels dans l'amélioration de la qualité de leurs pratiques, au service de la prise en charge des patients. Des patients dont elle souhaite également renforcer l'implication dans l'élaboration des politiques d'amélioration de la qualité.

*Référence : Projet de la HAS 2009-2011*

**Sujet** : « L'organisation autour du soin en France, un modèle idéal ? »

### Sujet 10 : (TSN)

Le besoin de santé chez l'être humain se mue inévitablement. Dans les sociétés actuelles, le niveau de santé s'est fortement élevé dans le dernier centenaire mais, d'autre part, plus on élève le niveau de santé d'une population, plus le seuil de tolérance devant la maladie baisse et plus augmente la demande de santé.

Autrement dit, la demande de santé ne diminuera jamais, au contraire elle ne peut qu'augmenter. De plus, si pour tous les autres biens, nous faisons des choix ou des substitutions, en matière de santé l'idée de choix et de priorités répugne.

Dès lors, établir des priorités dans l'allocation des ressources et offrir à tous tout ce qui est techniquement possible en matière de santé semble impossible.

**Sujet** : « Entre éthique et économie, comment gérer la maladie de nos jours ? »

### Sujet 11 : (TSN)

La médecine, comme toute activité sociale, est le fruit d'une époque, c'est-à-dire d'une histoire, d'un état des connaissances ainsi que d'une organisation sociale. La « relation médecin-malade » est l'un des éléments constitutifs de la figure de la médecine à une époque donnée.

Depuis l'après-guerre, nous avons changé de médecine sous l'effet de la révolution biomédicale, alors que notre idée de la « relation médecin-malade » a peu évolué. Celle-ci est encore pour beaucoup la rencontre d'une confiance et d'une conscience. Cette vision est issue du libéralisme médical d'avant-guerre : en choisissant librement son médecin, le patient montre sa confiance mais au-delà de ce choix, il reste passif. En regard, grâce à son indépendance professionnelle, la responsabilité (la conscience) du médecin est là pour défendre les intérêts du malade. C'est la figure d'une médecine encore dominée par le clinicien libéral exerçant dans son cabinet. Or, depuis, la révolution biomédicale a eu lieu et la médecine a changé de figure, qu'il s'agisse des techniques, de la médecine hospitalière, de l'enseignement, du financement des soins, du contexte social, etc.

*Référence : Médecine, santé et sciences humaines. Manuel.  
Collège national des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine. Page 267*

**Sujet** : « Evolution de la place du patient en fonction des connaissances scientifiques. »

## Sujet 12 : (TSN)

Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.

Référence : Article 95 du Code de Déontologie médicale  
Respect des obligations déontologiques

**Sujet** : « L'évolution des rôles du médecin dans la pratique médicale. »

## Sujet 13 : Manon (ATM<sup>2</sup>)

« Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille (...) ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. »

Référence : Article R. 4127-7 du Code de Santé Publique

**Sujet** : « Problématiques de l'accès aux soins en France. »

## Sujet 14 : Nadir (ATM<sup>2</sup>)

En France, la prévention sanitaire demeure cantonnée à une place subsidiaire dans le système de santé malgré des enjeux de plus en plus importants. Comme l'a souligné l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans son rapport annuel de 2003 consacré à la prévention, de manière générale, « les problèmes de santé publics actuels mettent en relief l'importance des politiques de prévention ». Appliqué au contexte purement français, on devine donc la nécessité de plus en plus urgente pour les pouvoirs publics de refonder la politique de prévention, face à des problèmes de santé persistants qui apparaissent comme étant entre permanences et mutations. Ainsi, on constate que si des dangers plus ou moins anciens perdurent, de manière simultanée, les nouveaux modes de vie prévalant à l'époque contemporaine engendrent la montée de facteurs de risque tout aussi considérables, tandis que la prévention se trouve par ailleurs confrontée à l'émergence de défis nouveaux et spécifiques.

Référence : Rapport annuel, 2003, Santé, pour une politique de prévention durable

**Sujet** : « La prévention, une pratique à redéfinir ? »

## Sujet 15 : Nadia et Yasmina (ATM<sup>2</sup>)

Le Conseil d'Etat a confirmé la suppression de l'HTA de la liste des affections de longue durée. Le gouvernement considère que l'hypertension artérielle sévère (favorisée notamment par le tabagisme ou l'obésité) est "un facteur de risque et non une pathologie avérée".

Cette pathologie ne donne donc plus droit à l'exonération du ticket modérateur qui garantissait le remboursement à 100% des soins liés à son traitement.

Pour dénoncer la décision du gouvernement, trois associations (CISS, Alliance du cœur et FNATH) avaient alors contesté cette décision devant le Conseil d'Etat qui a rejeté leur requête.

Mais les associations ne baissent pas les bras: "les associations ne peuvent accepter que la définition de la liste des ALD soit subordonnée à l'équilibre financier de la sécurité sociale et donc à des considérations économiques. La crise économique ne peut justifier que l'on sanctionne les personnes malades en minorant leur prise en charge par l'Assurance maladie". Les associations ajoutent que "l'HTA sévère compliquée d'affections très handicapantes n'est plus reconnue pour des raisons purement économiques comme elle doit l'être: une maladie chronique très grave !"

Enfin, cette décision est "en parfaite incohérence avec les recommandations du Plan de lutte contre les AVC 2010-2014, priorité de santé publique et avec une nouvelle politique privilégiant la démocratie sanitaire".

*Référence : Atlantico, Hypertension artérielle : fin du remboursement à 100% pour les patients, novembre 2012*

**Sujet** : « Solidarité sociale et responsabilisation : la sécurité sociale (en France) est-elle un système caduc? »

## Correction sujet 1 : Cédric R. (ATM<sup>2</sup>)

**Sujet** : « Prise en charge de la maladie et responsabilisation. Hier et aujourd'hui en France. »

Ce que j'ai voulu dire, c'est qu'au départ, on cherchait à « prendre en charge » la maladie et ses conséquences. On pouvait retrouver cela à plusieurs niveaux :

- Système de santé : La solidarité solvabilité les risques → on « prend en charge » la charge économique liée à la maladie. On met en place un offreur de soin.
- Le médecin lui-même « prend la charge » du malade, d'où la mise en place d'une relation paternaliste, que décrit Parsons.
- L'institution hospitalière fait de même. Elle prend en charge tous les domaines de la vie du malade (institution totale de Goffman).

Je voulais aussi dire qu'aujourd'hui, un mouvement « inverse » de déresponsabilisation se fait sur ces mêmes niveaux :

- Système de santé : même si on voit, avec la mise en place des ALD et de la CMU une extension de la solidarité, on rembourse de moins en moins de médicament (tiers payant/ticket modérateur). On cherche à anticiper cette prise en charge économique par des actions de prévention.
- Profession médicale : action pour la mise en place d'une relation plus symétrique avec maladie chronique. Tout d'abord via action des associations de malade, puis consécration juridique par loi Kouchner. Exemple : au niveau de la relation, code de déontologie va demander de rendre plus symétrique l'information : claire, loyale et appropriée.
- Hôpital : on cherche à rendre plus responsable le patient, en le rendant acteur même de la structure hospitalière (représentant de malade au niveau des conseils d'administration des hôpitaux). Citoyenneté à l'hôpital/démocratie sanitaire.

Enfin on peut amener des limites à cela, notamment par le texte.

## Correction sujet 2 : Lorenzo (ATM<sup>2</sup>)

**Sujet** : « Redéfinition du partage de l'autorité dans la pratique médicale autour de l'individu. »

Problématique : Quels changements sont à l'origine de la nouvelle centralité du patient dans l'exercice médical ?

Plan :

- I. L'autorité médicale. *Ou la fin d'un modèle paternaliste.*
- II. L'autorité sanitaire. *Ou les dérives de la médecine préventive.*
- III. L'autorité du patient. *Ou la reconnaissance du patient en tant qu'être singulier et autonome.*

Introduction :

- Invariant : La médecine comme *techné* (capacités tournées vers une finalité, la santé) et comme *praxis* (dont la finalité est interne à l'action).
- Variable : le statut du médecin, de la médecine et du patient. *Évolution du statut social, émergence de la conception scientifique, reconnaissance de l'autonomie.*



**I. L'autorité médicale.** *Ou la fin d'un modèle paternaliste.*

- Médecin contrôleur de la maladie (Parsons), détenteur d'un savoir universel.
- Extension des connaissances, hyperspécialisation.
- Exercice pluridisciplinaire, morcellement du savoir et donc du contrôle, chaîne de soin.
- EBM, médecine vue sous le prisme de la science, nouvelle définition de la pratique médicale.
- *La reconnaissance du care, et l'universalisation de la fonction de soignant ?*

**II. L'autorité sanitaire.** *Ou les dérives de la médecine préventive.*

- L'hygiène moderne, une philosophie politique.
- Le caractère inflationniste de sa production normative tend à limiter les libertés de l'individu.
- Les dérives du 20<sup>ième</sup> siècle.
- De l'éducation sanitaire à la promotion de la santé.

**III. L'autorité du patient.** *Ou la reconnaissance du patient en tant qu'être singulier et autonome.*

- Autonomie, principe éthique selon C&B.
- Loi Kouchner, droit à l'information (claire, loyale et appropriée) et au consentement (libre et éclairé), personne malade, sujet de soin.
- L'ETP, co-construction.
- Légitimer la parole du patient, intérêt de la QLV.
- Loi Léonetti, droit à la dignité.

D'autres notions peuvent être ajoutées à ce sujet, grâce au cours de G. Moutot notamment (paru après rédaction).

Correction sujet 3 : Anaëlle et Mathilde (ATP)

**Sujet :** « Le malade chronique, autonome dans la société ? »

Notions importantes du texte :

- Consentement de la personne.
- Informée.
- Refus de soins.
- Respecter sa volonté.
- Tension.
- Convaincre le patient d'accepter les soins.

Problématique : L'autonomie du patient est-elle toujours maintenue dans la société ?

Plan :

- I. L'autonomie, une norme suprême à atteindre dans le cadre des MC.
- II. Les limites rencontrées.

## Introduction :

Dans le cadre des maladies chroniques, l'autonomie du patient devient le centre de la réflexion et le point vers lequel on tend. Mais l'autonomie du patient est-elle toujours maintenue dans la société? Nous y répondrons en montrant dans un premier temps que l'autonomie est devenue une norme suprême à atteindre dans le cadre des maladies chroniques et dans un deuxième temps nous montrerons qu'il y a des limites à cette autonomie.

### I. L'autonomie, une norme suprême à atteindre dans la cadre des MC.

- **MC** → *illness* du point de vue du patient donc bouleversement.
- **On vit avec** donc l'objectif est d'augmenter la **qualité de vie**.
- Comment ? avec **une prise en charge pluridisciplinaire**.
- Cette prise en charge n'est rendue possible que par l'implication du patient : au **centre du système de soin, acteur de sa maladie** (perçu comme **maladie métier** – vision profane), **sujet de soin**.
- Dans le système de soin on peut se focaliser sur la relation particulière **médecin/malade** : le médecin doit donner **une information claire, loyale et appropriée (arrêt Teyssier)** qui participe à la création d'une **relation contractuelle (Mercier), de confiance** et aboutit au **consentement libre et éclairé** du patient.
- **Co-construction (fin du paternalisme) = accompagnement**.
- Des actions étatiques sont créées en santé publique: **éducation thérapeutique** (le patient peut s'affranchir de la présence du médecin dans sa vie de tous les jours), **meilleure continuité des soins**.
- Tout ceci contribue à une réelle **autonomie du patient** qui peut aller jusqu'au « **refus de soin** » (texte) légitimé.

Transition : de l'autonomie de la personne malade (grâce à la **médicalisation**) à une **responsabilisation** la personne en bonne santé (responsabilisation → **patient sentinelle**)

### II. Les limites rencontrées.

- **Coûts +++ (ALD, CMU)** donc nécessité de **sanitarisation** → normes à suivre allant parfois à l'encontre de l'autonomie du patient, **collectives, société du risque** (déterminants de santé). Ceci est rendu officiel par la loi Kouchner qui place le **préventif sur un pied d'égalité vis à vis du curatif**.
- Consentement recherché mais la **décision reste médicale** (après réflexion collégiale) Exemple: limites de la fin de vie.
- Faire de l'autonomie une norme serait affirmer que c'est le besoin de toute personne malade, pas toujours le cas.
- Or notamment MC → vieillissement → **handicap**= perte d'autonomie
- **L'autonomie laisse le patient libre de ses choix donc favorise les inégalités** → **exclusion**.

## Correction sujet 4 : Marjorie et Mélissa (ATM<sup>2</sup>)

**Sujet** : « De la prise en charge de la maladie vers la préservation de la santé. »

**Problématique** : Comment une prise en charge de plus en plus précoce de la maladie pousse désormais à essayer d'agir sur la santé ?

**Plan** :

- I. La maladie, un fait social particulier.
- II. La santé, une nouvelle norme.

**Introduction** :

Santé = **bien 1er**, si santé atteinte → Maladie (**représentation profane : santé vide**) → **invariant d'action**, car atteinte de la personne et du collectif.

### **I. La maladie, un fait social particulier.**

- **Fait social** car relation entre Hommes.
- Prise en charge dans toutes les cultures car atteinte **individuelle** (représentations profanes : **destructrice**) et sociale (**sickness - déviance sociale** – Parsons) : **invariant d'action**.
- **Révolution pasteurienne** → diminution MI et prépondérance MC.
- **Vivre avec maladie**, plus de guérison (une des définitions de la MC).
- MC dans un contexte de crise où dépenses de la part de la sécurité sociale sur plusieurs années sont à éviter.
- Exemple du SIDA **MA** → **MC**, et mouvement des **associations** → réponses de l'Etat → **Kouchner : curatif = préventif** (un des volets du **droit à la santé**).
- Passage d'acteur de sa maladie à acteur de sa santé.

### **II. La santé, une nouvelle norme.**

- Avec ces mouvements d'associations **personne malade placée au centre**, importante dans son propre dépistage (**patient sentinelle**), importance de sa **subjectivité (normativité - Canguilhem)**, appuyé dans la définition positive de la santé par l'**OMS**, par le terme de « **bien-être** » devient un but à atteindre.
- À la **question du sens**, réponse en partie apportée par la **sanitarisation**, dû aux comportements antérieurs, **responsabilisation** (déremboursement : lutte contre l'**aléa moral**).
- Retour de l'**hygiène publique** avec la **SP** : surveillance (indicateurs...) et agit (plans, lois...).
- Droit à la santé vers un **devoir de santé, attention** à ne pas retomber dans le **totalitarisme paternaliste** des mauvaises années de l'hygiénisme.

**Sujet** : « La santé, à la fois chemin concret et but inatteignable. »

Problématique : Comment peut-on décrire les différentes actions autour de la santé, et en quoi celle-ci constitue finalement un objectif inatteignable ?

Plan :

- I. Différentes actions autour de la santé.
- II. Un objectif inatteignable.

Introduction :

Dans le domaine du social, les actions collectives sont toujours "marquées". En effet, il y a toujours derrière les actions, une théorie, voir un idéal sous-jacent. La santé ne déroge pas à cette règle, ce qui nous amène à nous demander comment on peut décrire les différentes actions autour de la santé, et en quoi celle-ci constitue finalement un objectif inatteignable ?

### **I. Différentes actions autour de la santé.**

*En anthropologie, la maladie doit toujours être traitée (invariant culturel d'action. La société s'organise autour d'elle pour lutter contre elle. On aura donc des actions collectives à travers les politiques de santé.*

*En effet, la santé étant un bien premier → objet de répartition ; répartition socialement et culturellement marquée, elle dépend d'enjeux éthique (justice).*

Il y aura donc différents systèmes de santé. Si dans tous les systèmes de santé, on cherche toujours l'égalité, on n'égalise pas la même chose selon les sociétés.

- Égalisation des droits (S. libéral).
- Égalisation des moyens (S. bismarckien), même accès.
- Égalisation des fins (S. beveridgien), modèle conséquentialiste, même résultat.

Aucun des systèmes ne marche sur un marché pur c'est à dire production /consommation : on a créé un 3ème acteur qui est l'offreur de soin car pas d'indépendance de l'individu face à la maladie.

Exemple: En France sécurité sociale (1945), solvabilise la santé.

Aujourd'hui, toujours hybridés → Exemple: beveridgien s'implantant chez nous.

Aujourd'hui place de plus en plus importante de la santé en tant que résultat collectif. Vu que calcul des "utilités" → grande importance aujourd'hui, on va donc tenter d'anticiper les risques. (Plus important car idéal de santé).

Société du risque → lien santé publique avec prévention (dépistage, ETP, ...). Cette prévention s'inscrit dans une promotion de la santé. On se rend compte qu'au-delà du soin, cette promotion a un autre but : elle est nécessaire pour faire exister la santé en tant que norme aux yeux de tous, car elle n'existe telle quel (pas de genèse de la maladie).

## II. Un objectif inatteignable.

- Santé OMS : inatteignable, et valeur de norme.
- Définition OMS extensive car touche tous les domaines de la vie, donc les 3 dimensions nécessaire à la qualité de vie, surtout avec MC.
- Forme d'idéal des sociétés contemporaines (historiquement marqué).
- Puisque norme, forme d'intégration (Parsons). Harmonie qui va au-delà du physique, se retrouve dans la vie de tous les jours (définition extensive de la santé, comme chez Hippocrate).
- Inatteignable pas qu'au niveau moral ou physique, mais aussi social :
- Economiquement, malgré gros investissement (*Big Medecine*), toujours pas "la santé pour tous en 2000", et de plus trou de la sécurité sociale, augmenté par MC (ex: ALD).
- Actions collectives qui dépendent de l'individu (devoir de santé, responsabilisation), il dépend de chacun de suivre cette norme ou pas. D'où les problèmes éthiques liés à la responsabilisation des malades : on rend déviant des gens qui ne veulent pas suivre cet idéal de santé (creuse les inégalités).
- Norme atteignable (Canguilhem) : pouvoir se relever (en ouverture), ce qui prouve justement que même "le but" peut être interprété différemment.

### Correction sujet 6 : Cédric B. (ATM<sup>2</sup>)

**Sujet** : « Comment sommes-nous passés d'une prise en charge à un accompagnement complexe et coordonné de la personne malade ? »

Problématique : Quelle a été l'évolution, aussi bien au niveau individuel que collectif, du système de prise en charge du malade, et de la maladie ?

Plan :

Introduction :

La succession de l'ère des épidémies (fléau), puis de l'ère de la tuberculose, jusqu'à celle des maladies chroniques illustre l'évolution de la pensée de la maladie.

Quelle a été l'évolution, aussi bien au niveau individuel que collectif, du système de prise en charge du malade, et de la maladie ?

I.

- Ère épidémies, tuberculose, maladies chroniques.
- Invariant d'action : maladie toujours prise en charge.
- Sociétés modernes : prise en charge individuelle par le soignant (légitimé).
- Passage de Parsons à Freidson : fin du paternalisme.
- De plus en plus éthique : régie par code de déontologie, éthique médicale → relation médecin-malade, soins palliatifs, personne de confiance, (Léonetti).
- Consentement éclairé.

- Le malade légitimé, acteur : PPS.
- Pluridisciplinarité, RCP.

*Transition : toutes ces évolutions car la maladie a changé, qu'elle est plus fortement guérissable, besoin de s'adapter.*

## II.

- Prise en charge encadrée par l'Etat :
- Prise en charge populationnelle par la santé publique :
- Histoire de l'hygiène publique : hygiénisme (dérives), médecine curative, santé publique.
- Plans et programmes.
- Prévention secondaire et tertiaire
- Éducation à la santé,
- Éducation thérapeutique,
- Qualité de vie (questionnaires)
- Lois : loi HPST

### Correction sujet 7 : Anaïs et Albane (ATP)

**Sujet** : « La prise en charge des différents modes d'expression de l'hépatite C. »

Problématique :

Plan :

- I. Une maladie infectieuse,
- II. Parfois aiguë,
- III. Qui est peut aussi se chroniciser.

Introduction :

L'hépatite C est une maladie infectieuse, elle se répand donc dans la population sous le modèle de la contamination. Cette pathologie peut exister sous deux tableaux cliniques différents, l'un aiguë, l'autre chronique qui entraînent chacun des représentations, des actes thérapeutiques et une prise en charge différents.

#### **I. Une maladie infectieuse,**

La maladie infectieuse renvoie aux représentations classiques du **temps des épidémies**, le malade est **exclus**, et la recherche de coupables pousse à la désignation de **boucs émissaires**. Les pratiques à risque responsables de la transmission de l'hépatite C sont comparables à celles du SIDA ce qui explique une **prévalence** plus importante dans certaines populations autrefois qualifiées de « **populations à risque** ». Cependant l'invariant d'action autour de la maladie pousse tout de même le médecin à poser le diagnostic et donc comme l'exprime Freidson à créer socialement la maladie (**sickness**). Cependant l'affection étant souvent asymptomatique elle n'entraîne pas forcément chez le patient le sentiment d'être malade (**illness**).

La relation de soin dans le cadre des maladies aiguës fonctionne encore trop souvent aujourd'hui sous le **modèle paternaliste** décrit par Parsons. Bien que cette relation soit déséquilibrée le médecin a cependant des devoirs envers son patient et notamment le devoir d'ordre déontologique de **respecter le secret professionnel** primordial dans cette pathologie largement sujette à la **stigmatisation du patient**.

A l'heure actuelle aucun vaccin n'est encore disponible en prévention de l'hépatite C ce qui pousse les politiques de santé à axer leurs campagnes de **promotion de la santé** pour agir sur les **déterminants de santé**, en préconisant l'éviction des **facteurs de risque**, par des moyens comparables à ceux utilisés dans le SIDA (emploi de seringues à usage unique, port du préservatif...). En l'absence fréquente de symptômes, une grande partie de la population ignore son statut sérologique face à ce virus et représente donc un potentiel vecteur de transmission, ce qui explique l'importance du **dépistage** (prévention secondaire), volontaire, anonyme et gratuit en France.

## II. Parfois aiguë,

L'hépatite fulminante est une manifestation aiguë de l'infection par le VHC. Les cellules du foie atteintes sont détruites en quelques heures. Il n'existe pas de moyen mécanique de substitution au foie, cette défaillance d'organe met donc en jeu le pronostic vital de la personne malade. Cette situation nécessite une prise en charge en urgence par le service compétent ainsi que la **recherche d'un donneur compatible** dans l'optique d'une transplantation d'organe. Cependant afin d'assurer à tous **un égal accès au soin** le patient sera au même titre qu'un autre soumis aux critères de l'Agence de biomédecine lors de son inscription sur la **liste d'attente de greffe**.

Cet épisode aigu est une **parenthèse dans la vie** du malade et le médecin en sa qualité de **contrôleur social de la maladie** est chargé de sortir le patient de son état de **déviante sociale**.

Afin de **vivre au mieux** avec son nouvel organe et de pouvoir gérer le sentiment de dette le patient suivra ensuite un programme **d'éducation thérapeutique** pour se familiariser avec le traitement immunosuppresseur qu'il devra maintenant suivre à vie.

## III. Qui peut aussi se chroniciser.

L'autre manifestation de l'hépatite C est une hépatite chronique.

Comme toute maladie chronique elle entraîne un **bouleversement** énorme dans la vie du patient son quotidien change du tout au tout et sa qualité de vie est incommensurable avec celle qu'il avait auparavant. Dès lors le patient va partir à la recherche de la cause de sa pathologie (question du sens). Sa subjectivité le pousse à se créer ses propres **représentations** de sa maladie. Claudine Herzlich décrit dans ces études les trois représentations les plus fréquemment retrouvées chez les patients atteints de maladies chroniques, la **maladie « métier »** décrit le fait que dans la logique profane, le malade fait de la maladie son quotidien.

Depuis l'immense **mobilisation des associations** de malades autour du SIDA la prise en charge des maladies chroniques a changé de visage. De nos jours l'ensemble de l'équipe de soin **pluridisciplinaire** œuvre autour du patient (qui est placé au **centre du système de soin**) à augmenter son **autonomie** et sa **qualité de vie** grâce notamment aux moyens de prévention tertiaire tels que **l'éducation**

**thérapeutique.** La subjectivité mais aussi l'avis du patient sont reconnus par les soignants, une **information claire, loyale et appropriée** doit lui être apportée afin qu'il puisse donner son **consentement libre et éclairé** sur les traitements qui lui seront procurés.

Cependant malgré tout cet encadrement il arrive parfois que l'hépatite C continue à évoluer et conduise le patient jusqu'au stade terminal du cancer. En cette situation de fin de vie, et à condition que la transparence et la **traçabilité des décisions** soient irréprochables, la loi Leonetti permet au médecin d'arrêter les traitements curatifs (soin objectif) afin **d'éviter l'obstination déraisonnable**. Cet acte n'est pas pour autant un arrêt des soins car les soins subjectifs sont poursuivis ainsi que les soins de base et de confort permettant ainsi au patient de **conserver sa dignité**.

### Correction sujet 8 : Albane (ATP)

**Sujet :** « La maladie peut-elle être décrite comme un fait social ? »

Problématique :

Plan :

- I. Modification de l'ordre social.
- II. Le malade est vu comme un individu hors du cadre social.
- III. Adaptation de la société à l'individu.

Introduction :

#### **I. Modification de l'ordre social.**

*La maladie est d'abord un fait social : sa nature et sa distribution sont différentes selon les époques, les sociétés et les conditions sociales, Claudine Herzlich.*

- Parsons déviance. Freudson *sickness*.
- Création sociale de la maladie par le médecin Freudson.
- Objectivation du chercheur : le chercheur est dans objet d'étude.
- Utilitarisme en Angleterre.
- Hygiène publique, sanitarisation.

#### **II. Le malade est vu comme un individu hors du cadre social.**

- Passage de malade à personne malade Kouchner (2002).
- Individualisation de la prise en charge ETP HPST (2009).
- Information claire, loyale et appropriée.
- Contrat synallagmatique (entre 2 consciences).
- Fin de vie : décision du patient de l'arrêt des traitements actifs (Léonetti).

#### **III. Adaptation de la société à l'individu.**

- Lutte des associations de malades SIDA (AIDES).
- ARS spécificité géographique.
- Liste d'attente de transplantation personnalisée en fonction de critères objectifs.
- Prévention pour réduire les inégalités (PNNS).
- Adaptation des soins avec le système bismarckien → CMU pour les démunis, ALD pour les maladies chroniques.
- Patient au centre du système de soin



## Correction sujet 9 : Clara et Jeanne (ATP)

**Sujet :** « L'organisation autour du soin en France, un modèle idéal ? »

**Problématique :** Malgré des progrès, en quoi l'organisation du soin en France est à nuancer ?

**Plan :**

- I. Une amélioration de la qualité des soins.
- II. Limites et moyens d'y remédier.

**Introduction :**

### **I. Une amélioration de la qualité des soins.**

- ETP, co-construction → Fin du modèle paternaliste, amélioration qualité de vie.
- Patient au centre, acteur, autonome : loi Kouchner 2002 (information loyale, claire et appropriée), consentement libre et éclairé (arrêt Teyssier), associations de malades.
- Accompagnement pluridisciplinaire, continuité des soins renforcés par DMP, DP.
- Relation médecin malade → Arrêt Mercier, chacun a des droits et des devoirs :
  - o Pour le patient : jurisprudence : reconnaît que le patient doit souhaiter aller mieux.
  - o Pour le médecin : serment Hippocrate : *primum non nocere et deinde curare*, droit aux honoraires, développement professionnel continu (continuité des soins).
- Système de santé 3<sup>ème</sup> acteur = offreur de soin. Système Bismarckien, cotisation proportionnelle aux salaires, égalité de moyen, solidarité verticale.
- Création de la sécurité sociale 1945 : solvabilisation du soin, prise en charge 100% ALD.
- Sensibilisation des populations, promotion de la santé.

### **II. Limites et moyens d'y remédier.**

- Notion de responsabilité, culpabilisation dans le devoir de santé.
- Automédication.
- RMO autonomie du médecin dans sa pratique ?
- Télémédecine : hyper-technicité : écran entre le médecin et le patient.
- Refus de soins de certains médecins eux-mêmes : par rapport à la CMU. Ce ne sont donc pas uniquement les patients qui refusent les soins.

Au final, vouloir contrôler toujours plus les habitudes de vie n'engendrerait-il pas une volonté de transgression des normes de conduite ?

- Aléa moral.
- Déremboursement des soins (se rapproche du modèle libéral donc hybridation des systèmes), trou de la sécu → médecine préventive.
- Inégalités de santé accès au soin, création ARS.
- Augmentation du niveau de santé fait baisser la tolérance à la maladie.
- Prévention, sanitarisation, anticipation prudence ? Société craintive (société du risque).
- Perte de libertés individuelles

- La politique de promotion de santé est de nature PARTICIPATIVE et INCITATIVE cependant on ne peut forcer l'individu sur ses choix finaux. Cela fait donc plutôt l'objet d'une prise de conscience. (Sinon totalitarisme et plus de démocratie) Limite semblable à la désaffection de l'hygiène.

**Trop d'actions collectives, perte de l'humain dans le collectif L'action pour la santé étant de plus en plus étatique, réduisant donc les libertés individuelles, risque d'aboutir à un véritable conflit entre intérêt individuel et collectif.**

### Correction sujet 10 : (TSN)

**Sujet :** « Entre éthique et économie, comment gérer la maladie de nos jours ? »

Problématique :

Plan :

- I. Quelles sont les méthodes actuellement utilisées pour gérer la maladie ?
- II. Quels sont les problèmes éthiques et économiques rencontrés et leurs solutions ?

Introduction :

#### I. Quelles sont les méthodes actuellement utilisées pour gérer la maladie ?

##### a. Santé publique.

- **Santé P** = art et science de prolonger la vie, éviter les maladies, améliorer la santé au travers d'actions collectives.
- **3 niveaux :**
  - o **Mondial :** OMS qui a pour objectif d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible.
  - o **National :** InVS qui surveille l'état de santé de la population.
  - o **Régional :** Cellules de l'InVS (ARS) pour des actions plus spécifiques.
- L'amélioration de l'état de santé des populations se fait en **4 étapes** :
  - o **Analyser les besoins sanitaires** (surveillance) : des **organismes (INSEE)** donnent des **indicateurs de santé** permettant de déduire des **déterminants de santé** (5 types : sociaux +++, biologiques, environnementaux, habitudes de vie et accès aux soins).
  - o **Définir les priorités de santé** (fréquence, gravité, évolution) lors de la CNS.
  - o **Mettre en place des actions de santé** (prévention et promotion) via des plans, programmes et lois :  
Exemples : APA, plan Cancer, PNNS, dépistage, loi de santé publique de 2004.
  - o **Evaluer les actions entreprises** (objectifs) : chaque plan a un axe consacré à cela.
- **Education de la population (INPES).**

### b. Relation médecin-malade.

- Nécessaire pour tenir compte de la **subjectivité** de chaque patient (**normativité de Canguilhem**).
- Se fait tout de même dans un cadre scientifique (**EBM**).
- Passage du **modèle paternaliste à une relation plus équilibrée** : malade actif, au centre du système de soins, avec des droits et des connaissances, continuum/accompagnement, éducation thérapeutique, relation de confiance.

### c. Hôpital & système de soin.

- Réification, diminution du temps de séjour (augmentation de la médecine ambulatoire).
- 3 types de systèmes de soins : libéral, bismarckien et beveridgien.
- +/- associations de malades.

## II. Quels sont les problèmes éthiques et économiques rencontrés et leurs solutions ?

### a. Problème du coût et de la demande.

- Coût d'une **médecine personnalisée (trithérapies)** → remise au même niveau du **préventif – curatif**.
- **Aléa moral + Big Medecine + diminution de la tolérance aux maladies** → **système inflationniste**.
- **Définition extensive** de la maladie (+++ de demandes de prises en charge par les "malades") → Mise en place des **ALD**.
- Médicalisation à sanitarisaiton dans une société du risque -> **Prévention + notion de responsabilisation** des personnes face à leur santé.
- Paradoxe français avec entre autre inaccessibilité de certaines personnes aux soins primaires : mise en place de la **sécurité sociale pour un accès égal à la santé**.
- Problème de la répartition des budgets de sécurité sociale : 1% seulement pour les APA.
- Problème du prix des maisons de retraite.
- Quel système de santé choisir ? (solidarité verticale ou horizontale).

### b. Les problèmes éthiques qui en découlent.

- Droit à la **prévention, l'égal accès, la continuité des soins** pour TOUS → **HPST** et **prévention III pour gérer l'après maladie** et la **réinsertion** des personnes.
- Hyper-technicité → **loi Kouchner** et respect de la personne malade.
- Question de la **fin de vie** : législation sur la limitation des soins actifs qui coûtent même si la dimension économique ne doit pas être pensée comme première.
- Choisir de donner un organe à tel ou tel patient → réalisation de listes en fonction de critères précis.

## Correction sujet 11 : (TSN)

**Sujet :** « Evolution de la place du patient en fonction des connaissances scientifiques. »

Problématique :

Plan :

- I. La création d'un statut du patient.
- II. Un patient actif.

Introduction :

### **I. La création d'un statut du patient.**

#### **a. Un statut inexistant.**

- Que ce soit aux temps des épidémies ou pendant le sida, la méconnaissance totale de la maladie (apparition action contamination) entraîne : stigmatisation/ boucs émissaire/rejet culpabilité/punition divine.
- *Sida + Histoire des maladies.*
- Vision profane de maladie destructrice.

#### **b. Un statut de soumis/obéissant.**

- Avec les connaissances : révolution pasteurienne et thérapeutique (découverte antibiotiques), malade passif, objet de soin.
- Paternalisme (avec PARSONS), dépositaire de tout le savoir médical.
- Tuberculose : des lieux sont consacrés aux personnes malades (sanatoriums)
- Antibiotiques et maladies chroniques
- Notion, plus de contrôleur de la maladie mais de créateur de la maladie avec Freudson.
- Volonté avec l'hygiénisme d'embrigader la population dans un mode de vie qui permettrait d'atteindre la santé pour tous.

### **II. Un patient actif.**

#### **a. Décisions individuelles.**

- Définition extensive/maladies chroniques/ALD → on peut vivre avec (maladie qui ne tue plus).
- Maladie métier (vision profane) : partage du savoir, spécialiste de sa maladie.
- SIDA → trithérapies.
- Prise en charge → Accompagnement.
- Un patient qui a des droits : celui de choisir son médecin, droit de consentir à des soins (arrêt Teyssier), directives anticipées, choix de la personne de confiance.
- Et des devoirs de santé par rapport au médecin (arrêt Mercier) : devoir de se soigner, de payer des honoraires ... etc.
- ETP (loi HPST) : au centre, acteur, AUTONOMIE (Kouchner), alliance thérapeutique.
- Qualité de vie (Leonetti) grâce à de nouvelles normes (Canguilhem) de vie établies par le malade.
- DPI/ DPN : élargissement des pratiques qui nécessitent un encadrement juridique (Lois de Bioéthique).

## **b. Intégrés dans la société.**

- Associations de malades, réseau Sophia.
- Promotion de la santé : prévention secondaire, tertiaire.
- Recherche : loi Huriet-Sérusclat + implication des patients.
- Éthique : réflexion collégiale.
- CNSP/Plan cancer et partie sur la réinsertion du patient après sa maladie.

### Correction sujet 12 : (TSN)

**Sujet** : « L'évolution des rôles du médecin dans la pratique médicale. »

Problématique :

Plan :

- I. Relation paternaliste + généralités sur la profession médicale.
- II. Accompagnement (patient acteur) grâce aux maladies chroniques.

Introduction :

#### **I. Relation paternaliste + généralités sur la profession médicale.**

##### **a. Généralités de la profession médicale.**

- Freidson : créateur social + profession médicale (autonomie, savoir technique spécialisé, reconnaissance par les pairs, service au profit de la communauté).
- Serment d'Hippocrate, diplôme de médecin.
- Médecin = guérisseur.
- Prestige.

##### **b. Relation paternaliste Parsons.**

- Théorie fonctionnaliste (déviance).
- 4 fonctions du médecin de Parsons: universalisme, spécificité fonctionnelle, neutralité affective, service d'intérêt général.
- Rôle renforcé par la découverte des antibiotiques.

#### **II. Accompagnement (patient acteur) grâce aux maladies chroniques.**

- Accompagnement, patient actif, ETP (alliance, relation de confiance).
- Code déontologie (information claire, loyale et appropriée, art. 35).
- Pluridisciplinarité.
- Arrêt Mercier.

**Sujet :** « Problématiques de l'accès aux soins en France. »

Problématique :

Plan :

- I. L'accès aux soins d'un point de vue historique.
- II. Règle de droit et systèmes de santé.
- III. Les limites de l'égal accès au soin avec les maladies chroniques.

Introduction :

### **I. L'accès aux soins d'un point de vue historique.**

- Pour Hippocrate : le médecin doit soigner le nécessiteux, l'indigent, Hôpital traditionnel.
- À partir du XIX<sup>ème</sup> siècle, santé vue comme un bien premier, préalable à la possession des autres biens, avec révolution industrielle, un citoyen en bonne santé est un citoyen qui produit → hôpital professionnel.
- Naissance sécurité sociale en 1945.
- OMS *dans les années 1970* : la santé pour tous en l'an 2000.

### **II. Règle de droit et systèmes de santé.**

- Droit à la santé : droit constitutionnel fondamental.
- CMU (*loi 1999*): égal accès au soin.
- Loi 2004 relative à la Santé Publique : réduire inégalités (sociales, territoriales).
- AME: aide à la souscription d'assurances complémentaires (pour revenus dépassant de 20% le seuil de la CMU).
- Loi HPST : l'accès aux soins se fait aussi au sein du système de santé qui implique une notion de justice -> égalité de droit/moyens/fins ?
- En France système bismarckien, basé sur le travail, accès à la santé par l'accès au travail.

### **III. Les limites de l'égal accès au soin avec les maladies chroniques.**

- Paradoxe français.
- Maladies chroniques : maladies qui durent donc qui coutent chers.
- L'ère des maladies chroniques et le retour à la prévention, créatrice d'inégalités : la promotion de la santé concerne ++ les classes aisées.
- Maladies chroniques demandent un suivi régulier → source d'inégalités territoriales.
- Maladies chroniques impactées par des facteurs de risque conditionnés par le milieu socioculturel (exemple: tabagisme).

**Sujet** : « La prévention, une pratique à redéfinir ? »

Le texte apporte ici des pistes de réponses, "les problèmes de santé persistant".

De plus, l'astuce ici est de balayer tous les cours ayant un rapport plus ou moins direct avec la prévention (donc faire un tour d'horizon de tous les cours) afin de voir les divers aspects de la question (aspect éthique, économique, SP...).

Problématique : Quelles sont les raisons conduisant à la réforme du système préventif ?

Plan :

- I. Des dangers qui perdurent.
- II. La prévention soulève des problèmes éthiques.
- III. Un changement de la médecine préventive.

Introduction :

Nous vivons dans une société où la médicalisation a laissé place à la sanitarisaiton. Cependant, celle-ci ne permet pas de répondre aux enjeux qui émergent avec les maladies chroniques. Quelles sont les raisons conduisant à la réforme du système préventif ? En premier lieu, nous feront le bilan les points qui ne sont pas résolus par la prévention. Puis, nous étudieront les problèmes éthiques que cette prévention pose. Enfin, explorerons les pistes de réforme qui permettraient une plus grande efficacité de ce système.

### **I. Des dangers qui perdurent.**

- Augmentation du risque (exemple : SIDA et diminution de la vigilance).
- Augmentation mortalité prématurée (suicides, accidents de la route...).
- Inégalités de santé s'accroissent par la responsabilisation.
- Les comportements déviants demeurent (alimentation, tabac...).
- La prévention devient même de la *précaution* lorsqu'il y a un manque de connaissance (Alzheimer, cancer...).

### **II. La prévention soulève des problèmes éthiques.**

- Principe d'autonomie n'est pas respecté par les choix imposés de la santé publique.
- Difficulté des médecins à accorder du temps au préventif (image du CURE) et ils manquent de connaissance.
- Prévention = moyen de diminuer les coûts de santé donc il ne sert que les intérêts financiers ?
- *Primum non nocere* d'Hippocrate n'est pas respecté car on s'adresse surtout à des individus sains (risques liés à la vaccination, mammographies...): la prévention (primaire +++ ) est à l'attention d'individus SAINS et non malades. Donc on ne peut qu'aggraver leur état de santé en agissant. En gros nous prenons le risque de rendre malade des individus qui ne le sont pas en anticipant toujours plus!
- Dépistage proposé seulement pour maladies curables, rentables...
- Pousse à la stigmatisation et la culpabilisation.

- Société du risque qui anticipe en amont de la vie : DPI et DPN → question valeur de la vie/eugénisme posent problème.

→ Est-ce une mesure de protection collective ou individuelle ?

### III. Un changement de la médecine préventive.

- Hôpital doit trouver sa place pour agir.
- Informations doivent être claires, loyales et appropriées. (cibler les personnes - vulnérables!)
- Être au plus proche de la population (rôle des ARS +++).
- La politique de SP doit répondre à des objectifs moins nombreux (la loi de SP a trop d'objectifs) et les hiérarchiser.
- La prévention doit montrer son efficacité afin qu'elle soit justifiée auprès de tous!

### Correction sujet 15 : Nadia et Yasmina (ATM<sup>2</sup>)

**Sujet** : « Solidarité sociale et responsabilisation : la sécurité sociale (en France) est-elle un système caduc? »

#### Ce qu'il faut comprendre du sujet :

Devant un terme comme responsabilisation, et sans forcément individualiser les deux (!), pensez responsabilisation des **individus**, et responsabilité **collective** = définition de la solidarité.

- Ici, on se demande si la sécurité sociale est un système viable : on sait qu'elle est fondée sur un principe de solidarité collective/sociale.
- Dans le texte, on voit qu'il y a des problèmes à résoudre : on est obligés de dérembourser certains médicaments pour limiter le déficit de la sécurité sociale.
- On va montrer qu'il y a une tension entre la solidarité sociale qui est absolument nécessaire pour financer la sécurité sociale, et la responsabilité de chaque individu vis à vis de son état de santé qui, dans une société du risque, peut amener à remettre en question les fondements mêmes du système de protection sociale français (= solidarité sociale).

#### Problématique :

#### Plan :

- I. Non caduc car solidarité sociale nécessaire dans la lutte contre la maladie.
- II. Oui, problèmes économiques → remodelage du système de santé : renforcer la prévention, trouver des solutions économiques.

#### Introduction :

La solidarité peut se définir comme l'interdépendance impliquant une responsabilité mutuelle entre les membres d'un groupe. Devant un système de protection sociale qui s'affaiblit, jusqu'où peut-on compter sur la solidarité sociale?

Nous verrons d'abord que la solidarité sociale est nécessaire au fonctionnement de la sécurité sociale dans la lutte contre la maladie. Ensuite, nous verrons que le système actuel de protection sociale n'est pas viable, et qu'il nécessite un recours à la responsabilisation des individus.



## I. Non caduc car solidarité sociale nécessaire dans la lutte contre la maladie.

- **Invariant d'action** sur la maladie (**déviante sociale** donc nécessité de contrôle) : nécessité d'un système de financement → de **mutualisation** du risque maladie.

Pour cela: création en 1945: **Sécurité sociale**, pensée selon le principe **éthique de justice**.

- Fondée sur le **modèle bismarckien** qui fonctionne sur la base de la solidarité fondée sur le **travail** : cotisations sociales = solidarité horizontale.  
→ Assurance maladie (= *branche maladie de la sécurité sociale*).

Il ne peut pas être considéré comme caduc CAR :

→ A su s'adapter aux besoins de la société : le droit à la santé = attribut du citoyen et plus seulement du travailleur.

→ le système s'universalise = extension progressivement à l'ensemble de la population (travailleurs et non travailleurs : ex : étudiants, démunis)

→ **Solidarité verticale +++** comme système beveridgien.

Cette responsabilité collective (= solidarité) permet d'assurer une **égalité des moyens en fonction des besoins**.

→ Exemple : **CMU** pour les plus démunis

- Or, avec l'ère des maladies chroniques, certains besoins s'étalent sur une vie : ALD → 100%.

- **Associations de malades** (texte) revendiquent le **droit à la protection de la santé (= droit à la santé)**, donc le droit à une prise en charge des dépenses de santé par la sécurité sociale ! D'autant plus lorsqu'il s'agit de maladies chroniques (comme l'HTA sévère compliquée).

- MAIS dans cette ère maladies chroniques où le patient est **acteur (loi Kouchner)**: ce système fonctionne, à condition que le patient accepte ses **responsabilités individuelles** en termes de santé, (lien **aléa moral**) → qui lui permettent notamment d'exercer ses **rôles sociaux**:

→ **ETP et prévention tertiaire** (favoriser la réinsertion sociale) → enjeu du travail pour les maladies chroniques puisque solidarité fondée sur le travail (cotisations sociales = 1ère ressource de financement de la sécurité sociale)

Pour que ce système fonctionne, il faut maîtriser les dépenses de santé du côté des soignants : éviter les prescriptions médicales inutiles.

La personne malade n'est pas la seule à avoir des responsabilités → **responsabilités** individuelles du **médecin** et **RMO** signées en convention avec les caisses ! (cf. Legal!!)

## II. Oui, problèmes économiques → remodelage du système de santé : renforcer la prévention, trouver des solutions économiques.

Oui car:

→ coûte trop cher : (ALD 100%, exemple HTA texte) → **déficit sécurité sociale** (« trou » de la sécu) : (NB : lié aussi au vieillissement de la population : paiement des retraites, or augmentation des départs à la retraite).

Donc penser autrement, réformer :

Premièrement, trouver d'autres moyens de financement :

→ **ressources fiscales** (CSG) → emprunte au modèle beveridgien.

Deuxièmement, « déplacer » la question :

- **société du risque** : miser sur les **responsabilités individuelles** des sujets sains en vertu du principe **éthique** d'**autonomie** des individus → emprunte au modèle libéral.

- Pour cela : faire de la **promotion de la santé** (par des mesures collectives): investir dans des **politiques de santé publique** pour diminuer l'incidence des maladies chroniques lorsqu'on peut agir sur des **comportements à risque**.

→ Exemple **prévention primaire** : HTA et alimentation → PNNS

Pourquoi empiéter sur les libertés individuelles ? Etre solidaire, cotiser pour des gens qui n'assument pas leurs responsabilités ? Remise en question des fondements mêmes du système français (solidarité!) ? → Tension entre autonomie et solidarité.

On vient de voir la responsabilisation sur les comportements, on peut prendre des mesures plus drastiques :

- Responsabiliser « économiquement » : **déremboursement** (médicaments HTA) → modèle libéral.

→ Problème : on crée des **inégalités sociales** de santé par :

- Une prévention qui ne s'adapte pas à la réceptivité et aux moyens des gens auxquels elle s'adresse.
- Le déremboursement.

Paradoxe : on lutte contre les inégalités sociales avec la CMU par exemple. On passe à la prévention car cela coûte trop cher → et finalement on en recrée avec la prévention, avec le déremboursement...

---

Encore une fois, bon courage à tous. Ce fut un plaisir de passer ce semestre à vos côtés.

Quelques derniers conseils pour la route :

- Soyez en forme le jour du concours, la réussite passe par la préparation certes, mais aussi par les conditions dans lesquelles vous serez le jour J. Rien ne vaut une bonne nuit pour avoir les idées claires le lendemain.
- Une fois devant la feuille, posez-vous et reposez-vous bien la question de ce à quoi le sujet veut/peut vous amener. Trop de copies « bateaux » le sont parce que cette question n'a pas été suffisamment bien posée lors du travail de brouillon. Sans aller chercher trop loin non plus mais garder à l'esprit qu'il faut **PROBLÉMATISER** et ne pas paraphraser simplement le sujet.