

TUTORAT UE 7 2012-2013 – SSH

CORRECTION Séance n°8 – Semaine du 25/03/2013

Santé publique : Introduction et organisation, Hygiène, Maladie chronique et environnement social, Prévention, Déterminants et indicateurs, Promotion de la santé.
Casellas, Weber

QCM n°1 : A, B, D

- A. **Vrai.**
- B. **Vrai.**
- C. Faux. Pour être efficace au niveau mondial, le monde a été divisé en 6 régions mais les bureaux sont répartis en fonction des besoins d'un pays.
- D. **Vrai**
- E. Faux. On retrouve également des lois, des réglementations et des orientations politiques.

QCM n°2 : A, C

- A. **Vrai.** La France a une bonne espérance de vie après 65 ans mais un taux de mortalité prématurée très élevé. Elle a une bonne accessibilité globale aux soins mais conserve de fortes inégalités de santé.
- B. Faux. Pour répondre à ses objectifs, soit réduire les inégalités de santé ainsi que la morbidité et la mortalité prématurée, la loi de santé publique s'oriente sur le développement de l'approche populationnelle de la santé.
- C. **Vrai.** C'est le pivot de la santé publique en France. Elle s'appuie sur deux autres types de structures : des organismes de concertation/coordination (HCSP, CNS, CNSP) et des organismes de mise en œuvre (INVS, ANSES, HAS, INPES, ANSM...).
- D. Faux. Le HCSP n'est pas une instance consultative, il s'agit de la CNS (Conférence Nationale de Santé).
- E. Faux. On y retrouve également les effets de l'environnement sur la santé et les risques d'origine professionnelle.

QCM n°3 : B, C, D, E

- A. Faux. L'hygiène publique (qui s'adresse à la société) et l'hygiène privée (que l'on pratique en tant que « médecin de soi-même ») se côtoient depuis l'antiquité. Cependant, l'hygiène antique est une philosophie en harmonie avec la nature édictant une série de mesures de prévention, alors que l'hygiène moderne est une philosophie politique qui trouve ses racines dans le 16^{ième} siècle en Europe, lorsque les gouvernants adoptent des mesures d'hygiène publique afin d'améliorer la santé des populations.
- B. **Vrai.** Hippocrate a séparé la médecine en tant que discipline de la religion et a proposé une explication de la maladie et de la santé basée sur l'environnement et l'habitus.
- C. **Vrai.**
- D. **Vrai.** Le premier conseil de salubrité est celui de la ville de Paris en 1802 sous l'empire napoléonien.
- E. **Vrai.** Au début du 19^{ième} siècle, les trois piliers de l'hygiène conditionnent la création de lois et d'institutions dédiées à l'hygiène dans les décennies qui suivent avec notamment en 1948 l'adoption de la première loi de santé publique en Angleterre et la création du Comité Consultatif d'Hygiène Publique en France.

QCM n°4 : A, B, C, E

- A. **Vrai.** L'hygiène devient alors une science positive (elle cherche à décrire les choses).
- B. **Vrai.** L'année 1878 symbolise le processus d'universalisation de l'hygiénisme. L'institut d'hygiène de Munich, qui fonde l'hygiène expérimentale, est créé et le deuxième congrès international d'hygiène qui a lieu à Paris est un succès. Les normes hygiéniques s'imposent aux administrations.
- C. **Vrai.**
- D. Faux, Il y a eu une co-évolution entre les pays d'Europe par rapport à l'hygiène publique mais ça va au delà via des ramifications hors Europe.
- E. **Vrai.**

QCM n°5 : A, C, E

- A. **Vrai.**
- B. Faux. La première condition pour pouvoir hospitaliser une personne à domicile est qu'elle ne soit pas seule afin qu'une personne puisse l'aider quotidiennement en plus du personnel médical.
- C. **Vrai.** Cette aide professionnelle doit être perçue comme un complément et non comme un substitut à l'aide familiale.
- D. Faux. On retrouve deux financeurs principaux : la CNSA et les conseils généraux (via les impôts locaux). Cette allocation est donc indépendante de la caisse de la sécurité sociale.
- E. **Vrai.** L'aide familiale correspond aux aidants naturels.

QCM n°6 : A, C, E

- A. **Vrai.** C'est une obligation réciproque. Les besoins fondamentaux ne correspondent pas qu'aux denrées alimentaires mais également au logement et à l'habillement.
- B. Faux. C'est une obligation large car elle concerne également les gendres et les belles filles tant que l'époux est les enfants de celui-ci sont en vie.
- C. **Vrai.** Le principe de subsidiarité impose au bénéficiaire de faire valoir ses droits auprès de ses aidants naturels préalablement à l'attribution d'une aide sociale.
- D. Faux. Le RSA est bien une aide sociale mais elle n'est pas versée en fonction de l'aide familiale et ne répond donc pas au principe de subsidiarité.
- E. **Vrai.**

QCM n°7 : A, C

- A. **Vrai.**
- B. Faux. Le dépistage est une mesure de prévention secondaire.
- C. **Vrai.**
- D. Faux. Elle est obligatoire pour les personnes travaillant dans le milieu médical et facultative pour la population générale.
- E. Faux, il s'agit de prévention tertiaire.

QCM n°8 : A, C, D, E

- A. **Vrai.**
- B. Faux, au contraire il faut promouvoir le recours aux examens médicaux.
- C. **Vrai**, mais attention il s'agit surtout de prévention tertiaire (les autres n'ayant pas beaucoup d'intérêt)
- D. **Vrai**
- E. **Vrai**

QCM n°9 : D, E

- A. Faux. Ce sont des variables mesurables.
- B. Faux. Le taux de mortalité prématurée correspond au nombre de décès avant 65 ans durant une période donnée sur l'effectif de la population de moins de 65 ans durant cette même période.
- C. Faux, il est stable.
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai**, mais attention les seuils peuvent changer en fonction des pays (France → 75 ans)

QCM n°10 : D

- A. Faux. Ils peuvent influencer directement ou indirectement.
- B. Faux. Ils sont majoritairement innés et individuels.
- C. Faux. Les prédispositions génétiques ont bien un rôle important mais le contexte environnemental et les habitudes de vie sont à prendre en compte.
- D. **Vrai.**
- E. Faux. Les enfants dont les parents sont ouvriers sont plus vulnérables aux problèmes d'obésités en partie car ils ont un accès plus limité à une alimentation saine.

QCM n°11 : A, B, C

- A. **Vrai**
- B. **Vrai.**
- C. **Vrai.**
- D. Faux. Elle agit de façon convergente sur l'individu et (en favorisant l'apprentissage de modes de vie sains) et sur la collectivité (en permettant aux communautés d'aménager leur environnement et de promouvoir l'inscription de la santé dans les politiques sociales et les décisions collectives).
- E. Faux, attention c'est la prévention qui fait partie de la promotion (prise en charge de la santé au sens le plus global du terme)

QCM n°12 : D, E

- A. Faux. Les inégalités sociales de santé ne sont pas synonymes de pauvreté justement parce qu'elles se distribuent selon un gradient social, c'est-à-dire que la fréquence des problèmes de santé augmente régulièrement des catégories les plus favorisées vers les catégories les moins favorisées.
- B. Faux. Les inégalités de santé sont naturelles (inégalités démographiques), ce sont les inégalités sociales de santé qui relèvent des facteurs sociaux.
- C. Faux. Au contraire, il faut faire attention à ne pas les dissocier en santé publique.
- D. **Vrai.** C'est le piège de la promotion de la santé.
- E. **Vrai.**

Question rédactionnelle :

Comment l'approche populationnelle se structure t'elle pour tendre vers un idéal de santé ?

Méthodologie générale :

1. L'analyse du texte :

Quelles sont les notions importantes ?

- Le handicap est conditionné par l'adaptation de la société au corps meurtri de la personne handicapée.
- Des interventions sont nécessaires pour pallier aux obstacles auxquels les personnes handicapées sont confrontées.
- Ces interventions sont-elles vraiment respectées ?

2. L'analyse de la question :

- Comment → Quels moyens ?
- Approche populationnelle → Penser à la santé publique ! Elle passe de manière schématique par une surveillance de la population qui permet la mise en place d'actions de santé publique
- Structure → Organisation
- Tendre → Objectif inatteignable → Idéal de santé

3. Relier le texte à la question : Choisir le handicap comme fil conducteur, à travers les exemples.

La santé est un droit fondamental de l'homme dans lequel les gouvernements doivent investir. Comment s'illustre l'approche populationnelle de la santé et comment permet elle de répondre aux objectifs qu'elle se fixe ?

Nous verrons dans un premier temps l'intérêt de la surveillance, ensuite les actions mises en place pour terminer avec les limites de l'approche populationnelle.

I. L'approche populationnelle nécessite une surveillance de la population

L'Organisation Mondiale de la Santé (**OMS**) dirige l'action sanitaire mondiale, son but étant d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. L'un de ses orientations principales est qu'elle doit promouvoir et protéger la santé, notamment des personnes vulnérables (handicapés+++). A l'échelle nationale on retrouve l'Institut de Veille Sanitaire (**InVS**) qui intègre la **surveillance** de la population à ses missions principales. Cette agence est représentée au niveau régional afin de prendre en compte au mieux les spécificités de chaque région.

La santé des populations est alors un élément objectivable par les **indicateurs** qui sont des variables statistiques mesurables. *C'est ainsi que l'on a pu constater la mortalité prématurée des aidants des personnes handicapées par exemple.*

Ils vont alors nous permettre de générer des hypothèses de **déterminants** (sociaux +++) qui vont notamment mettre en évidence des **inégalités sociales de santé**.

La représentation de la maladie est un invariant culturel et elle n'est jamais laissée au hasard, la surveillance entrainera donc la mise en place d'actions.

II- De cette surveillance émane la mise en place d'actions de santé publique...

Actuellement on vit dans une société du risque, on vise donc avant tout à anticiper avec **la prévention** en réduisant le nombre ou la gravité d'un problème de santé → Prévention III aire (*la rééducation fonctionnelle des handicapés moteurs par exemple*)

La **promotion de la santé** (notion émergeant avec la charte d'Ottawa) est plutôt dans l'optique d'apporter aux individus et aux communautés la capacité d'accroître leur contrôle sur les déterminants de la santé. Elle est incitative vis-à-vis de la population - Afin ne pas reproduire les erreurs des **hygiénistes** - et son efficacité se conçoit sur le long terme.

On retrouve également des lois, des réglementations et des orientations politiques au service de la santé publique, c'est notamment dans ce cadre là que des **plans** sont mis en place.

Cependant l'imposition de **normes** en faisant appel à une **responsabilité individuelle** plus forte renforce les inégalités sociales de santé.

On agit de manière convergente sur la collectivité et l'individu, en effet ces deux approches sont complémentaires et doivent être soigneusement articulées.

L'individu devient **acteur** de son état de santé (autonomisation). De ce fait, les **associations** d'handicapés moteur ont apportées plus de droits à ces derniers.

L'augmentation de l'espérance de vie est concomitante de l'augmentation du nombre de personnes dépendantes, les autorités politiques ont alors réagi avec la création de **L'Allocation Personnalisée à l'Autonomie** qui aide au financement d'auxiliaires de vie. Cependant on retrouve un paradoxe au niveau des politiques sociales car lorsque l'on reconnaît des difficultés spécifiques aux personnes handicapées on se pose également la question de leur **stigmatisation**.

Ces actions sont donc menées au service d'un idéal visé par le décideur.

III-...Qui doivent rester critiquables si l'idéal de santé reste l'objectif ultime à atteindre

Par définition, la santé est un objectif **inatteignable** et **moralement bon**. Ce bien premier est alors considéré comme étant l'**idéal moral** de nos sociétés contemporaines.

On considère tellement d'aspects de la santé qu'on ne peut jamais vraiment tous les avoir.

Plus on promeut la santé, plus on est censés pouvoir agir dessus. Dans une logique de promotion excessive de la santé, on peut légitimement attendre de la population qu'elle attende de plus en plus d'actions qui finiront par être limitées. On retrouve une certaine **discordance** entre le discours tenu sur la santé et les actions réelles mises en œuvre.

L'objectif de santé dépend du « seuil de santé » à atteindre que se fixe chaque individu. Le handicap n'est pas qu'une caractéristique individuelle mais le résultat d'une interaction individu/société et des normes instituées par cette société, il peut alors être considéré comme un **nouvel état de santé** (Canguilhem)

La santé publique en tant qu'**activité normative**, court alors le risque de définir à la place de l'individu ce qui est préférable pour lui.

Doit-on adapter la personne handicapée à la société ? Ou bien la société à la personne handicapée ?

2^{ème} proposition de plan

I- L'approche populationnelle de la santé tend vers un idéal de santé :

- Elle se fait par la santé P = art et science de prolonger la vie, éviter les maladies, améliorer la santé au travers d'actions collectives
- Pour cela, elle s'organise en 3 niveaux :
 - Mondial : OMS qui a pour objectif d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible
 - National : InVS qui surveille l'état de santé de la population
 - Régional : Cellules de l'InVS pour des actions plus spécifiques
- L'amélioration de l'état de santé des populations se fait en 4 étapes :
 - Analyser les besoins sanitaires (surveillance) : se base sur des organismes (INSEE) qui leur fournissent des indicateurs de santé permettant d'objectiver l'état de santé de la population et d'en déduire des déterminants de santé (5 types : social +++, biologique, environnementaux, habitudes de vie et accès aux soins) et ensuite des inégalités sociales de santé (ex : mortalité prématurée + élevée chez les aidants des personnes handicapées)
 - Définir les priorités de santé (fréquence, gravité, évolution) lors de la CNS
 - Mettre en place des actions de santé (prévention et promotion) via des plans, programmes et lois (PNNS)
 - Evaluer les actions entreprises (objectifs)

II- L'approche populationnelle de la santé a ses limites, et nécessite une approche individuelle :

1) Limites de l'approche populationnelle

- Santé = objectif inatteignable même si moralement bon car définition extensive de la santé : + on essaye d'améliorer la santé, + il faudra faire d'action dans le futur pour encore l'améliorer
- Autonomie du patient opposée aux « obligations » imposées par les mesures de santé P (ex de l'échec de l'hygiénisme) => risque d'une culpabilisation/ stigmatisation du malade et d'augmentation des inégalités de santé
- Approche populationnelle dépend de la société (systèmes de soin)
- Puissance normative de l'individu opposée à celle de la société (Canguilhem) => nécessité d'une PEC individuelle

2) L'approche individuelle

- Associations de malade permettent des actions plus ciblées aux groupes de malades
- Relation médecin-malade indispensable (ETP, continuum, colloque singulier)
- Allocation personnalisée à l'autonomie pour aider au financement d'auxiliaire de vie

Conclusion :

Handicap résulte d'une interaction société-individu => Handicap = nouvelle forme de vie => attention à ce que la médecine et la Santé P ne définissent pas à la place de l'individu ce qui est bon pour lui