

# TUTORAT UE 7 2013-2014 – SHS

## CORRECTION Séance n°10 – Semaine du 31/03/2014

### *Systèmes de santé, inégalités de santé, maladie chronique* *Visier, Birouste*

#### QCM n°1 : C, D

- A. Faux. Le niveau de santé d'une population est directement influencé par les choix politiques, sociaux, et économiques de la société.
- B. Faux. Les modifications se font par à coup (ex : guerre ou révolution techniques).
- C. **Vrai.** Pas seulement la consommation de soins et l'accès aux soins.
- D. **Vrai.**
- E. Faux. Le tabagisme est à la fois un élément d'ordre individuel et collectif (déterminisme social). Cependant cela soulève le problème des motivations déviantes dans notre société.

#### QCM n°2 : A, C, D, E

- A. **Vrai.**
- B. Faux. Contrairement aux autres domaines (professionnel, politique..) les inégalités sont moins marquées chez les femmes, mais les écarts sont également moins grands que chez les hommes.
- C. **Vrai.** Petite part de biologique, mais grande part liée au genre : les femmes adoptent plus facilement le rôle de malade et se soignent davantage et plus précocement.
- D. **Vrai.** C'est le gradient social de santé.
- E. **Vrai.**

#### QCM n°3 : A, B, C

- A. **Vrai.** La prise en compte des inégalités est très récente.
- B. **Vrai.** C'est l'un des constats du rapport Black
- C. **Vrai.**
- D. Faux. Les inégalités sociales peuvent être la cause mais aussi l'effet des inégalités de santé
- E. Faux. Répartition inégale des professionnels de santé et baisse de la démographie médicale.

#### QCM n°4 : A, D

- A. **Vrai.** Même après avoir mis en place la CMU notre système de soin reste imparfait.
- B. Faux, elle prend en compte une certaine part non négligeable, essentiellement pour la médecine générale, mais le problème est tout à fait différent lorsqu'il s'agit de spécialité ou de soins dentaires.
- C. Faux. On constate qu'une part non négligeable n'accepte pas de traiter les personnes couvertes par la CMU.
- D. **Vrai.** Elles sont au contraire réduites dans les pays ayant mis en place des services nationaux de santé où les soins sont le plus souvent gratuits au point de délivrance.
- E. Faux. Les indices globaux dans la population montrent une diminution, mais elle n'est vraie que pour certaines populations et pas pour d'autres ce qui accroît les inégalités. Attention aux statistiques !

#### QCM n°5 : F

- A. Faux, la force est une clé de répartition qui n'est plus utilisée contrairement au mérite ou aux besoins par exemple.
- B. Faux, la santé est un bien immatériel premier qui fait en effet l'objet d'une répartition quel que soit le pays concerné.

- C. Faux, il a toujours un 3<sup>ème</sup> acteur.
- D. Faux, la sécurité sociale a permis de déresponsabiliser l'employé et le patron lors d'un accident du travail.
- E. Faux, elle en comporte quatre branches : retraite (vieillesse), famille, chômage (accidents du travail et risques professionnels) et maladie (santé) et possible 5<sup>ème</sup> branche (dépendance).
- F. **Vrai**

**QCM n°6 : B, D**

- A. Faux le modèle libéral considère ce qui est de l'ordre du naturel comme juste.
- B. **Vrai**, notez cependant que ceci est le but recherché par le modèle, mais ne fonctionne pas en réalité.
- C. Faux, l'Etat n'a pas son rôle à jouer dans ce modèle. Cependant comme tous les systèmes sont hybrides aujourd'hui, dans le système libéral l'Etat joue quand même un rôle (Medicare et Medicaid par exemple ou encore la réforme Obama de manière plus récente).
- D. **Vrai**.
- E. Faux, elle est proportionnelle au salaire.

**QCM n°7 : A, B, C, D, E**

- A. **Vrai**.
- B. **Vrai**. Par exemple les étudiants ou les retraités ne sont pas couverts.
- C. **Vrai**.
- D. **Vrai**.
- E. **Vrai**.

**QCM n°8 : E**

- A. Faux, les calculs des utilités peuvent, en effet poser des problèmes éthiques mais évoquer l'argument économique est parfois nécessaire.
- B. Faux c'est l'inverse.
- C. Faux, le système libéral est le système le plus inflationniste. L'offre de soin induit la demande entraînant forcément une dépense plus importante du système.
- D. Faux, l'aléa moral est le fait que plus l'individu est couvert, plus il va prendre de risque car il sait qu'il sera soigné gratuitement.
- E. **Vrai**, ex : le modèle bismarckien est de plus en plus influencé par le modèle beveridgien.

**QCM n°9 : D**

- A. Faux. La définition de la maladie chronique dépend du biologique certes, mais aussi du social et de l'individu !
- B. Faux. Ces trois définitions de la maladie chronique peuvent se juxtaposer.
- C. Faux. Ce sont deux définitions différentes.
- D. **Vrai**.
- E. Faux. On reconnaît de plus en plus de marqueurs caractérisant une maladie : c'est la définition extensive de la maladie.

**QCM n°10 : D**

- A. Faux. Le caractère extensif des maladies chroniques ne permet pas de donner des chiffres fiables.
- B. Faux. Attention à bien différencier les deux notions. Les ALD sont des maladies chroniques mais toutes les maladies chroniques ne sont pas des ALD. La définition d'ALD répond à une définition médico administrative qui permet le remboursement des frais médicaux liés à la pathologie chronique à 100%.
- C. Faux. C'est un triple mouvement : élargissement de la catégorie maladie, BANALISATION des maladies infectieuses et vieillissement de la population.
- D. **Vrai**.
- E. Faux. Certains individus atteints de maladies chroniques ne sont pas recevables à l'ALD.

**QCM n°11 : A, B, D, E**

- A. **Vrai**. Attention, cela ne signifie pas que la question de la quantité de vie est négligeable.
- B. **Vrai**.

- C. Faux. C'est l'inverse : le terme accompagnement est plus adapté à la relation patient – soignant - accompagnant.
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai**

**QCM n°12 : A, D**

- A. **Vrai.**
- B. Faux. Cela consiste à rappeler au patient ce qu'il doit faire et quand il doit le faire
- C. Faux. Le statut et les rôles sociaux du malade sont **modifiés**.
- D. **Vrai.**
- E. Faux ! L'ETP a été mise en place pour que le patient apprenne à vivre avec sa maladie. Le médecin conseille le patient, lui apprend à gérer sa maladie, ses médicaments. C'est une co-construction pour le patient guidée par le médecin.

**QCM n°13 : C**

- A. Faux. Amnésie = affaiblissement ou perte de la mémoire, totale ou partielle
- B. Faux. Analgésie = perte de la sensation de douleur mais conservation des autres sensibilités
- C. **Vrai.**
- D. Faux. Colpectasie = dilatation pathologique du vagin souvent après grossesses multiples.
- E. Faux. Myéломéningocèle : hernie du tube neural.

**QCM n°14 : B, C, E**

- A. Faux. Natr = sodium ! → diminution du taux de sodium dans le sang
- B. **Vrai**
- C. **Vrai.**
- D. Faux. Binoculaire = des deux yeux. Dipopie = vision double.
- E. **Vrai.**

**QCM n°15 : A, C, D**

- A. **Vrai.**
- B. Faux. LO (lois organiques) et L (lois ordinaires).
- C. **Vrai.**
- D. **Vrai.**
- E. Faux. Le Traité de Rome crée la CECA et la CEE, c'est le Traité de Maastricht de 1992 crée la Communauté Européenne.

**Question rédactionnelle :**

**Les sociétés tendent elles à faire disparaître les inégalités de santé ?**

La santé est aujourd'hui considérée comme un bien premier, nécessaire à la réalisation des autres biens ; les sociétés ne peuvent donc pas l'ignorer et ont pour obligation de réguler sa répartition au sein de la population. Les sociétés parviennent-elles à cet objectif ? Tendent-elles à faire disparaître les inégalités de santé ? Nous verrons quelles sont leurs avancées dans cette lutte, puis leurs limites et les failles dans leurs démarches.

l) Les sociétés tentent de réduire les inégalités de santé.  
Avant de pouvoir répartir la santé, il est nécessaire de savoir selon quelles modalités la distribution doit se faire. L'étude des inégalités se fait donc via l'identification de déterminants de santé mesurés par divers indicateurs. Une fois les problèmes identifiés, il faut déterminer les priorités, les principes par lesquels se fera la répartition. Faire disparaître les inégalités de santé est en effet un débat primordial autant éthique que politique. Bien qu'il y ait un invariant d'action dans toutes les sociétés, les différentes politiques de santé sont basées sur

des principes issus d'une réflexion d'éthique antérieure sur des normes morales communes à la majorité. Ainsi, les clés de répartition seront différentes, même si l'on retrouve des principes communs tels que celui de justice. Ce dernier s'illustre par exemple par la formation professionnelle continue des médecins organisée par les ARS, afin que les médecins dans toute l'objectivité et le savoir qu'ils représentent, puissent apporter la même qualité de soin à chacun. En effet, l'approche des systèmes de santé est assez populationnelle ; par le biais de lois (loi de santé publique de 2004) et autres codes, une véritable promotion de la santé va se mettre en place et impliquer chacun : si chacun a le droit constitutionnel subjectif à la santé, il est aussi rendu responsable de celle-ci. L'Etat agit donc par le biais de plusieurs intermédiaires, que ce soit les médecins ou même directement les malades. Quoi qu'il en soit il ne peut se reposer sur le principe de marché pur et doit compter sur un 3ème acteur intermédiaire entre lui et l'utilisateur. Le système bismarckien met par exemple en place la sécurité sociale en 1945 censé pourvoir aux besoins de santé de tous, allant de nos jours jusqu'à prendre en charge à 100% les ALD. Malheureusement des inégalités persistent.

II) Mais elles n'y arrivent pas encore et en sont même parfois la cause  
En effet les moyens mis en œuvre par l'Etat ne sont pas tous suivis notamment par les médecins malgré les recommandations de la HAS et autres guides. On trouve encore des médecins qui refusent des patients qui touchent la CMU (qui ne permet d'ailleurs pas de tout couvrir) mettant ainsi à mal le droit d'égalité à l'accès aux soins. Or les inégalités de santé peuvent à la fois être la cause et la conséquence d'inégalités sociales, c'est l'effet de sélection, l'obésité illustre bien ce phénomène. De même, la promotion de la santé va toucher différemment les différentes catégories socio-professionnelles, et peut entraîner un sentiment de stigmatisation et de culpabilisation chez les malades. Il est alors légitime de se demander si l'approche populationnelle qui fait qu'on considère les problèmes au niveau global n'occulte pas la persistance de problèmes au niveau individuel, à l'instar du système bévériidgien prenant en compte l'état de la population globale en fonction de ses utilités. De plus parvenir à l'utopie de la santé suggéré par la définition de la santé de l'OMS semble innatignable, d'autant plus que les systèmes dépensent de plus en plus pour de moins en moins de résultats. Ceci est en partie dû à l'aléa moral : plus l'individu est couvert, plus il va prendre de risque pour sa santé (système bismarckien). L'organisation même du système de soin entraîne souvent des inégalités géographiques avec la persistance de déserts médicaux malgré la loi HPST et la mise en place des maisons de santé. On peut cependant souligner le début du développement du contrat de praticien territorial de médecine général pour résoudre le problème de ces zones de non-droit à la santé du à un droit fondamental du médecin souvent remis en cause : la liberté d'installation. Enfin, on peut remarquer que dans les bases même des systèmes de santé, considérer un principe éthique plus qu'un autre entraînera forcément des inégalités, d'où l'orientation récente vers une hybridation des modèles comme le prouve la réforme Obama qui étend le système Medicaid à plus de personnes limitant ainsi les inégalités engendrés directement par le modèle libéral.

AXES :

Ethique

SP

Inégalités

Systèmes de santé

Droit