



TUTORAT UE 7 2014-2015 – SHS

CORRECTION Séance n°4 – Semaine du 16/02/2015

Histoire des facultés - inégalités sociales - égalité
Professeur Lavabre, Professeur Birouste, Professeur Moutot

Séance préparée par Thibaud CONGE (ATP), Menel Boulefah (ATM),
Chloé THOMASO (ATM), Axel Court (ATM)

QCM n°1 : B, E

- A. Faux. L'espérance de vie n'augmente pas linéairement. Cela s'explique différemment selon les époques: par une diminution de la mortalité infantile (XVIII-XIXème siècle) puis diminution de la mortalité chez les personnes âgées (à partir des années 1950). Ce n'est pas exclusivement les progrès de la médecine qui permettent un gain d'espérance de vie, mais aussi une augmentation de la qualité de vie, des conditions de vie (progrès de l'hygiène) et de l'organisation de la société.
- B. **Vrai.** Le XIXème siècle est une époque où de grands changements industriels s'opèrent, mais malgré la présence de nombreux pionniers en santé publique, la France reste en retard par rapport aux britanniques.
- C. Faux. Au contraire, le gradient social de santé fait état d'un continuum d'inégalité tout au long de la hiérarchie sociale. Ce n'est pas une séparation avec deux pôles selon un modèle à seuil. Ainsi, même au sein des cadres il existe des inégalités de santé (cf. cohorte de Whitehall II).
- D. Faux. Justement, il nous donne le risque d'infarctus du myocarde selon le niveau hiérarchique. Même si les cadres ont une position sociale stable, il y a tout de même une différence de santé entre eux qui est liée à une différence de richesses au sein même de cette catégorie sociale.
- E. **Vrai.** Elle peut être la cause du statut social. Avec une mauvaise santé on risque d'avoir un moins bon travail, voire de perdre son travail (SIDA, attention car tendance à changer aujourd'hui).

QCM n°2 : A, B, E

- A. **Vrai.** Les déterminants structurels en matière de santé sont les éléments qui se rapportent à la société. Les déterminants intermédiaires de la santé sont liés à l'individu.
- B. **Vrai.**
- C. Faux. Ils ne sont jamais purement individuels mais peuvent être liés à l'entourage, au milieu social... On peut agir sur les comportements par exemple en prévention primaire (sécurité routière, alimentation...).
- D. Faux. Chez les enfants, l'obésité est en apparence stable. Mais cela masque en fait un écart qui se creuse entre les enfants des différentes classes sociales (bénéfice aux plus aisés).
- E. **Vrai.**

QCM n° 3 : D, E

- A. Faux. Les quartiers, l'environnement social sont eux-mêmes pourvoyeur d'inégalités de santé même si on ne prend pas en compte la densité médicale.
- B. Faux. Bien que l'on a longtemps estimé sa place comme primordiale, on estime que la part du système de soin qui explique les inégalités de santé, est de l'ordre de 20-25%. Le système de soin a aussi un rôle à jouer dans la manière de s'occuper des patients en tant que soignant.
- C. Faux. Le fossé n'est toujours pas complètement comblé. Il y a toujours des renoncements aux soins (notamment chez les dentistes et médecins de secteurs 2). Il reste aussi des personnes qui ne souscrivent pas à des compléments santé malgré la CMU et l'ACS (aide à la complémentaire santé).
- D. Vrai.**
- E. Vrai.** La proximité (non intime) favorise les échanges et met donc le patient en confiance. Il aura plus tendance à aller se faire soigner. Au contraire, un important écart socio-culturel met à mal la relation de soin, ce qui freine le patient dans sa démarche.

QCM n°4 : B, D, E

- A. Faux. L'égalité formelle des droits de chacun ne préjuge en rien de la capacité d'en jouir. En effet dans un système libéral on laisse les individus gérer leur capital santé comme ils l'entendent, sans s'occuper de savoir s'ils ont à la base les ressources nécessaires pour subvenir à leurs besoins de santé.
- B. Vrai.** Les inégalités de santé de départ ne sont pas injustes car elles ne sont pas dues à quelqu'un ou à la société (on les considère comme relevant de différences "naturelles"). Ainsi il n'y a pas besoin de les corriger car chacun "mérite" la position qu'il occupe dans la société.
- C. Faux. Aucun système ne fonctionne sur le modèle libéral pur avec simplement un producteur de soin et un consommateur de soin. On aura toujours la présence d'un troisième acteur (assurances, mutuelles, offreurs de soin).
- D. Vrai.** L'accès aux ressources et aux informations dépend de la position qu'occupe chaque individu dans la société. Ce qui explique que dans certaines situations, le médecin s'impose comme seul juge des besoins de santé de son patient : une asymétrie se crée.
- E. Vrai.** En effet la défense de la liberté individuelle, valeur fondamentale du système libéral, est plus importante que la recherche d'une distribution optimale des biens de santé.

QCM n°5 : F

- A. Faux. L'avènement des différents systèmes de santé est toujours partie prenante du contexte historique. Par exemple, le progrès des solidarités a été permis entre autre par l'époque des Trente glorieuses.
- B. Faux. Les progrès médicaux ou scientifiques demandent de plus en plus d'investissement pour des résultats de moins en moins spectaculaires en matière de recul de la morbidité et de la mortalité des populations.
- C. Faux. Le contexte d'industrialisation a entraîné la mise en place progressive de protection face aux risques.
- D. Faux. Les systèmes sont conséquentialistes d'un point de vue large bismarckien et beviridgien et dans le sens économique que Beveridgien
- E. Faux. La solvabilisation du risque est une notion du système bismarckien.
- F. Vrai.**

QCM n°6 : D, E

- A. Faux. Au contraire on baisse le seuil de tolérance à la maladie. Avec l'apparente gratuité des soins on a plus tendance à consulter alors qu'on ne l'aurait pas fait sans le dispositif de la sécurité sociale.
- B. Faux. La redistribution horizontale (entre personnes d'un groupe partageant le même risque) est faible, alors que la redistribution verticale (personnes ne partageant pas les mêmes risques) est plus forte.
- C. Faux. En réalité, on observe qu'à partir du critère du besoin peut découler aussi bien une recherche de solidarité (Bismarckien et Beveridgien) qu'une recherche de finalités (Bévérigidgien).
- D. Vrai.**
- E. Vrai.**

QCM n°7 : A, B, E

- A. Vrai.**
- B. Vrai.**
- C. Faux. Par exemple l'introduction dans le système Bismarckien d'enveloppes globales entraîne des problèmes quant au mode de calcul. (cf. cours sur l'hôpital)
- D. Faux. Il y a une grande nécessité de développer le débat public autour de ces questions des systèmes de santé, pour permettre aux individus de mieux comprendre ces systèmes et pour renforcer la démocratie sanitaire.
- E. Vrai.** La notion de responsabilité, découlant de l'autonomie accordée aux patients, devient un point important dans le débat sur la solidarité. (aléa moral)

QCM n°8 : c

- A. Faux. Les quatre types d'enseignements sont: la relation maître à élève; l'étude des textes, l'école, et l'hôpital. Ils coexistent à chaque époque avec un équilibre qui dépend du savoir médical et du contexte social.
- B. Faux. Elle peut être reconnue aussi par une institution religieuse. Double sens du mot école: sens administratif et sens courant de pensée.
- C. Vrai.** Elle est basée sur des rites religieux, tel que la pratique de l'hépatoscopie.
- D. Faux. Il ne s'agit pas d'un hôpital mais d'une maison de vie, qui se rapproche plus d'une école. On y apprend les techniques d'embaumement notamment.
- E. Faux. Les premières activités médicales en Grèce reposent sur les dieux et les demi-dieux. Par contre, Hippocrate explique bien la maladie par le naturel, et donne une place importante à la clinique.

QCM n°9 : A, B, C, D, E

- A. Vrai.** Il mettra aussi en avant la déontologie médicale.
- B. Vrai.** Cela véhiculera des erreurs non remises en cause pendant des siècles.
- C. Vrai.** On effectue dans ces écoles la traduction des textes du grec vers le syriaque.
- D. Vrai.** IX^{ème} siècle.
- E. Vrai.** Plus humanitaire que réellement efficace sur le plan médical, c'est aussi ici que survit le savoir médical suite à la chute de l'empire romain.

QCM n°10 : A, B, D, E

- A. **Vrai.** Nouvelle traduction des textes grecs. Le terme ancien renvoi à l'Antiquité.
- B. **Vrai.** Apparition des "sciences exactes", avec l'introduction des mesures en médecines (poids..), les débuts de la microscopie...
- C. Faux. La Révolution crée l'anarchie dans l'enseignement médical, ce qui laisse place à la médiocrité et au charlatanisme.
- D. **Vrai.** Cela permet la découverte de nombreux médicaments et de leur mise rapide sur le marché.
- E. **Vrai.**

QCM n°11 : B, D

- A. Faux. Remarques de Walzer : même en donnant à tous les mêmes biens initialement (matériels, ou immatériels), lorsque la société suit son cours "naturel", une nouvelle répartition inégalitaire aura lieu. Par exemple si on donne à tous la même quantité d'argent, chacun va avoir une manière différente de dépenser et d'investir cet argent.
- B. **Vrai.** Selon lui une société juste, serait une société dans laquelle chaque sphère est régulée par un critère reconnu comme légitime au sein de cette sphère là. L'injustice consiste à appliquer à une sphère un critère qui ne lui convient pas.
- C. Faux. Certes toutes les sociétés engagent une définition de la justice. Cependant les manières de penser la justice sont différentes selon les sociétés.
- D. **Vrai.** Le caractère proportionnel, c'est à dire donner plus à un individu plutôt qu'à un autre, impose l'établissement de critères ou clés de répartitions.
- E. Faux. Selon Walzer Les trois grands critères de répartition des biens sont : le besoin, le mérite, le marché.

QCM n°12 : F

- A. Faux. "Centèse" signifie forage, percement.
- B. Faux. C'est le terme diplopie qu'on utilise pour parler d'une vision double.
- C. Faux. Une pancytopenie est une diminution de tous les éléments figurés du sang.
- D. Faux. C'est une protrusion en dehors de l'orbite.
- E. Faux. C'est la définition de pneumoconiose.

Question rédactionnelle: L'impact de l'évolution sociétale sur les enjeux des professionnels de santé

La maladie en tant qu'invariant culturel de sens et d'action, nous amène à considérer l'importance des professionnels de santé dans sa prise en charge. Néanmoins l'évolution des modes de pensée, et par conséquent, l'évolution de l'organisation de la société influence fortement le comportement des professionnels de santé.

Nous verrons comment l'organisation et les actions des professionnels de santé sont un reflet de l'organisation de la société.

On décrira le passage d'une diversité des professionnels de santé à un médecin « omnipotent ». Puis, la transition entre cette autorité totale et une régulation de plus en plus marquée, avec une pluridisciplinarité nécessaire.

1/ D'une diversité des métiers de santé, à un médecin omnipotent

Ce n'est que très tardivement que la profession médicale obtient véritablement le monopole autour des questions de maladies. En effet d'autres figures de la société possèdent un statut particulier vis à vis de la maladie (chamans, druides...). Les médecins sont absents dans l'hôpital traditionnel : ils exercent surtout en libéral, même si la médecine curative était inefficace. L'hôpital, fonctionnait grâce aux religieux : accueil des indigents, « soin des âmes » (care). Le titre de docteur était principalement honorifique et symbolique. Ce n'est qu'avec l'hôpital professionnel qu'on réinvestit la notion de clinique déjà traitée auparavant par Hippocrate. Par la suite, l'internat symbolise l'entrée des médecins à l'Hôpital.

Les révolutions biologiques et industrielles amènent une réorganisation de la société dans le domaine sanitaire. La médecine devient efficace. Les médecins, dont Claude Bernard s'orientent vers l'expérimentation au dépend de la clinique. Dans cette société, une nouvelle classe ouvrière s'organise pour se couvrir en cas d'accidents de travail (solidarité horizontale). Puis, cela s'étend à l'ensemble de la population avec une solidarité verticale. En 1945, la mise en place de la Sécurité Sociale permet une solvabilisation du soin (pour un accès au soin plus ouvert).

La maladie devient un enjeu de plus en plus conséquent et commence à intéresser les sciences humaines et sociales. Ainsi le sociologue Parsons, met en exergue la relation médecin-malade. Il décrit notamment la nécessité de l'autorité du médecin, qui sera alors considéré par la société comme le contrôleur social de la maladie (sickness). C'est-à-dire qu'il a le rôle de resocialiser le malade afin de permettre le bon fonctionnement de la société (théorie du fonctionnalisme).

C'est au sein d'une relation paternaliste que chacun doit assurer son rôle: le médecin en faisant preuve de neutralité affective porte un regard objectif sur le malade pour réussir à le traiter.

Celui-ci devra accepter son rôle pour s'en remettre au médecin. On assiste à une réification du patient à la fois dans la relation singulière et dans l'hôpital, en tant qu'institution totale (Goffman), qui est le reflet de la société dans sa façon de prendre en charge le patient.

2/ Passage d'une autorité totale, à une pluridisciplinarité nécessaire avec de plus en plus de régulations.

Avec la prépondérance des maladies chroniques dans nos sociétés actuelles, de nouvelles questions se posent pour les professionnels de santé. La prise en charge du patient au sein de l'hôpital est orientée vers une médecine ambulatoire. Le but étant de ne pas imposer au patient une hospitalisation trop lourde. Le nouvel enjeu des professionnels de santé, suite à cette mesure, est de réussir à maintenir une continuité des soins en dehors de l'hôpital. On peut le voir avec l'ETP. Ils doivent également réussir à instaurer une collaboration interprofessionnelle. De même, les progrès techniques permettent une meilleure prise en charge du patient par les professionnels de santé, ils ne doivent pas entraîner une déshumanisation du patient dans la relation de soin.

Aujourd'hui, avec l'importance des maladies chroniques pour lesquelles on met en place des régimes économiques spéciaux (ALD), on est contraint de souligner l'inadaptation de notre système de santé. On a des régulations de plus en plus marquées (RMO), qui viennent limiter l'autonomie de la profession défendue par l'Ordre. Le médecin perd sa centralité et il y a une nécessité d'inter-professionnalité. Celle-ci est favorisée par la loi HPST (2009) notamment par la mise en place du DMP et du DP. On peut aussi constater que le projet de loi de Marisol Touraine veut donner un rôle plus important aux pharmaciens dans la prévention des usagers du système de soin.

On passe ainsi dans une société qui mise de plus en plus vers la prévention, car la santé est perçue de nos jours comme un bien premier. En effet, la société a dû redéfinir

progressivement ses normes et ses objectifs : elle est passée d'une lutte contre les maladies, à une recherche d'un idéal de santé à atteindre. Le défi des professionnels de santé est donc de réussir à concilier les normes sociétales (mesures préventives comme la vaccination) et les normes de son patient. Il est nécessaire d'orienter le suivi du patient afin qu'il soit adapté à l'individu, tout en tenant compte de la « normalisation des normes de santé ». Pour cela une nouvelle notion apparaît : l'empowerment. Il faut adapter les messages de santé publique à un individu qui baigne dans son milieu socio-culturel (afin de limiter le gradient social). Il est nécessaire de reconnaître la subjectivité du patient et ses propres normes (Canguilhem). Il est donc impératif de prendre le patient comme sujet de soin et non comme objet de soin. La loi Kouchner rappelle que les professionnels de santé sont sortis du modèle paternaliste afin de favoriser l'écoute de leur patient. La démocratie sanitaire est un des objectifs mis en avant par les ARS, il s'agit entre autre de promouvoir les droits et l'information des usagers du système de soin et de faire de chaque patient un acteur de sa santé au même titre que le professionnel.

L'autonomie du patient amène à soulever la question de sa responsabilité. Si à l'époque du paternalisme on considérait que le malade n'était pas responsable, aujourd'hui la jurisprudence nous dit que cette notion n'est plus aussi claire concernant certains états de santé. En effet chacun serait responsable de son « capital santé » et devrait en prendre soin. C'est pourquoi les professionnels de santé doivent traiter le risque avant même qu'une pathologie apparaisse. Ils sont toujours contrôleurs sociaux puisqu'ils doivent maintenir l'ordre de la société en s'assurant que l'individu conserve sa « santé », avec ou sans pathologie. Il est primordial que les professionnels de santé arrivent à rester dans cette logique de soins (préventifs ou curatifs) sans faire culpabiliser le patient. Ici on assiste à un dilemme éthique, il faut réussir à trouver un équilibre entre le principe d'autonomie pour le patient et le principe de bienfaisance que doit respecter le professionnel de santé. **[NB : pas encore évoqué en cours]**.

AXES

- Invariant culturel
- Système de santé : organisation / problèmes économiques
- Autorité partagée
- Pluridisciplinarité
- Structuration juridique de la société = apport du droit
- Illness/sickness avec évolution du sickness
- NB : pas vu en cours → Principes éthiques (autonomie/bienfaisance/non malfaisance/justice)