

# CONCOURS PAES - 22 & 23 MAI 2012 FACULTE DE MEDECINE DE NICE

## UE 7

SANTÉ, SOCIÉTÉ, HUMANITÉ

DURÉE DE L'ÉPREUVE : **40 MINUTES**

VÉRIFIEZ QUE VOTRE SUJET COMPORTE : **2 PAGES**

**2eme partie : Epreuve de contraction de texte**

Reportez le code épreuve suivant sur votre **fiche réponse QCM** :

**0007**

# Première Année des Etudes de Santé

## UE 7

### Santé, Société, Humanité

*Année Universitaire 2011/2012*

**Texte à résumer en 82 mots maximum.**

**Attention : à partir de la 83<sup>ème</sup> case, les mots ne seront pas pris en compte dans la correction**

*Texte de NARDIN A (2010), modifié*

#### **TEXTE :**

Comment transformer une Institution conçue pour soigner des individus sans ressources – autrement dit, une masse d'indigents, de nécessiteux, pris en charge au moindre coût et sans toujours parvenir à dissimuler certaines formes de mépris à leur endroit – en un « centre de santé ouvert à tous » - autrement dit, un service public de pointe, accueillant et confortable ? La réponse s'est étirée sur trois générations, portée par un slogan énergique, voire provocateur : « l'humanisation ».

Tout a commencé avec le vote de deux lois d'assurance sociale (5 avril 1928, puis 30 avril 1930) qui instituent une couverture du risque maladie pour les classes moyennes en forte expansion, interdites d'accès à l'hôpital (réservé aux économiquement faibles) et incapables de s'offrir des soins en clinique privée. La nouvelle mesure leur ouvre les portes des hôpitaux publics, dans la nouvelle catégorie des « malades payants ». Il s'agit d'une innovation qui réjouit les hospitaliers : ces recettes nouvelles représentent un formidable apport qui va permettre d'accélérer l'effort d'équipement médico-technique, condition du maintien des meilleurs médecins. Mais elle est aussi ressentie avec inquiétude, les hospitaliers étant conscients que l'accueil d'une population d'un autre ordre va entraîner des transformations profondes portant sur tous les aspects de l'institution hospitalière. Au-delà de la reconfiguration des espaces et des questions matérielles afférentes, c'est une formidable mutation des esprits qui s'annonce. Les hospitaliers s'y engagent avant-guerre, mais à l'échelle réduite à l'intérieur d'un cadre nouveau : des « maisons de santé » fleurissent sur le territoire, petits pavillons réservés à leur clientèle payante ; d'une capacité de 30 à 200 lits, ils sont dotés de tous les éléments de confort.

Après la guerre, le mouvement est sommé de se porter à l'échelle de l'institution toute entière, lorsque le décret du 17 avril 1945, dans l'urgence, ouvrait l'hôpital public à l'ensemble de la société. Le chantier se révèle dans toute son ampleur, dans un contexte tendu : d'un côté, la demande d'admissions explose, de l'autre les priorités économiques de l'après-guerre privilégient la reconstruction des espaces de la vie normale. De surcroît, les besoins d'équipement liés à l'explosion des techniques médicales absorbent la quasi-totalité des budgets d'investissement. Le mot « humanisation » s'impose désormais. Pourtant, en dehors de quelques constructions érigées sur le modèle des unités de soins normalisées, les espoirs de changements significatifs devront attendre 1975. Entre temps, les médias se sont emparés du sujet, assénant à une opinion publique éberluée la réalité des conditions d'hébergement et de prise en charge des patients. Les insuffisances du service public hospitalier sont perçues comme un scandale. La transformation totale des lieux s'impose comme une priorité, les dernières salles communes – soit quelques 110 000 lits en 1977 – faisant l'objet d'un programme d'action prioritaire.

C'est l'un des paradoxes de l'histoire hospitalière que de s'être laissé enliser pendant plus de 20 ans dans la dimension strictement matérielle de la rénovation à accomplir, alors même que la conscience de la réforme à entreprendre (accueil des malades, formation des personnels et

amélioration de leurs conditions de travail, statut des patients) avait été affirmée dès la fin des années 1930. Ces éléments étaient inscrits dans le décret de 1974, mais c'est la Charte du malade hospitalisé (7 octobre 1974) qui en assurera la diffusion à grande échelle. Une nouvelle étape s'ouvre dans cette gigantesque mutation de l'institution hospitalière. Elle débouche sur la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. À travers les instances et les modalités de dialogue qu'elle institue, la loi promeut de nouvelles façons de dire et d'être auprès des patients. Pour la plupart, les étudiants en médecine formés dans les années 1950-1960 avaient été nourris de sentences telles que : « L'homme malade est un grand enfant qui ne demande qu'à être plaint, rassuré, consolé ». Cinquante ans plus tard, tout semble avoir changé : « Les médecins ont affaire à des patients de plus en plus autonomes et exigeants, avides de sécurité, moins résignés à l'échec thérapeutique et moins tolérants face aux erreurs, surtout quand elles ne sont pas reconnues et assumées par les institutions sanitaires ».

Faut-il conclure que la page est tournée et que ce chapitre de l'histoire hospitalière est clos ? Ce serait de courte vue. Tout d'abord parce que le mot n'a pas disparu du vocabulaire dans les documents officiels, lorsqu'il s'agit de pointer les efforts de modernisation des conditions d'hébergement – paradoxalement pour désigner des programmes d'ajustement matériel. Ensuite, parce que c'est son antonyme qui est convoqué pour nommer les conséquences des contraintes auxquelles sont soumis les hôpitaux publics : professionnels et journalistes dénoncent la « déshumanisation structurelle » trop souvent observable, preuve que l'état d'équilibre entre les besoins et attentes de la société et les réponses apportées par l'institution reste fragile. Enfin parce que ce mouvement d'ajustement est voué à suivre les évolutions de la société, par conséquent toujours perfectible, mais aussi ouvert à de nouvelles perspectives.