

# TUTORAT UE 7 2012-2013 – SSH

## CORRECTION Séance n°12 – Semaine du 22/04/2013

*Dommmages associés au soin, Histoire du Cancer, Relation de soin,  
Dialoguer avec les patients atteints d'un cancer*  
Bruel – Saint-Aubert – Visier – Pujol

### QCM n°1 : C

- A. Faux : Une néo-angiogenèse et une immortalité cellulaire, entre autre.
- B. Faux : le traitement chirurgical laisse des séquelles aussi (physique et psychologiques)
- C. **Vrai.**
- D. Faux : Maladie plastique = maladie qui évolue dans le temps. Mais on ne peut connaitre son évolution précise.
- E. Faux : Certains cancers évoluant très vite ne peuvent être considérés comme chroniques.

### QCM n°2 : A, D

- A. **Vrai.**
- B. Faux : Autonomie oui, mais pas auto-détermination. La décision est médicale après une RCP.
- C. Faux : Arrêt des soins ACTIFS mais il y a continuité des soins pour un accompagnement vers la fin de vie.
- D. **Vrai.**
- E. Faux : On n'aborde pas les coûts des traitements avec les patients.

### QCM n°3 : D, E

- A. Faux : Difficile ++ de mettre une valeur sur la vie humaine.
- B. Faux : La vie d'avant ne doit pas être prise comme référence. Il faut rechercher un "nouvel équilibre".
- C. Faux : contraintes internes = séquelles physiologiques + physiques  
contraintes externes = discrimination etc
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai** : cela permet de faire tomber les idées reçues

### QCM n°4 : A, E

- A. **Vrai** : le médecin est soumis à l'obligation légale d'informer le patient sur son état de santé.
- B. Faux : le droit de savoir n'est pas une obligation.
- C. Faux : c'est la loi Kouchner (04/03/02) qui encadre le dispositif d'annonce de la maladie.
- D. Faux : c'est l'inverse.
- E. **Vrai.**

### QCM n°5 : C, E

- A. Faux : au contraire, c'est un concept évolutif et dynamique qui ne fige pas l'avenir du patient.
- B. Faux : c'est une vérité à un moment donné mais qui n'est en aucun cas figée
- C. **Vrai** : c'est sur l'annonce de la maladie que se construit la confiance entre le médecin et le malade.
- D. Faux : l'annonce de la maladie s'établit plutôt dans le cadre d'un colloque singulier (entretien individuel).
- E. **Vrai** : car elles sont en générales très différentes de celles du médecin.

### QCM n°6 : B, E

- A. Faux : l'hypertechnicité du langage est à éviter dans le discours avec le patient.
- B. **Vrai** : c'est indispensable.
- C. Faux : il y en fait 3 temps : en 1<sup>er</sup> celui de voir puis celui de comprendre et enfin celui d'agir.
- D. Faux : La communication, l'écoute et l'empathie sont autant d'outils dont dispose le médecin pour apporter un sens différent de celui que le malade s'est créé; sans pour autant être dans la désinformation ou la promesse d'un objectif irréalisable.
- E. **Vrai** : Il se construit une relation entre 2 subjectivités totalement différentes. L'objectivité de la médecine, la subjectivité du médecin et la subjectivité du malade

**QCM n°7 : A, E**

- A. **Vrai** : Psychologique, sociale, juridique, économique.
- B. Faux : aujourd'hui pour mieux prendre soin du patient dans sa globalité (care + cure) le colloque singulier s'élargit et la prise en charge est disciplinaire.
- C. Faux : pour Hippocrate, il faut d'abord ne pas nuire. "Primum non nocere".
- D. Faux : le serment d'Hippocrate concerne aussi la relation avec les confrères.
- E. **Vrai** : l'existence d'un code de déontologie pour les professionnels de santé.

**QCM n°8 : A, C**

- A. **Vrai** : selon Beauchamps et Childress
- B. Faux : c'est selon Claude Bernard. Selon Canguilhem la maladie c'est lorsque pour l'individu se pose le problème de la relation avec le milieu extérieur.
- C. **Vrai**.
- D. Faux : selon Canguilhem c'est l'individu qui crée ses propres normes, a sa propre subjectivité.
- E. Faux : c'est une médecine de la santé. Avec la santé publique: la prévention a une place importante dans la relation de soin.

**QCM n°9 : A, C**

- A. **Vrai**.
- B. Faux : le patient a aussi des devoirs : souhaiter aller mieux et coopérer.
- C. **Vrai**.
- D. Faux : selon Parsons, le patient doit être objectif et la relation de soin rationnelle.
- E. Faux : il y a des différences d'acceptation du rôle du malade entre les genres, les catégories sociales, les ethnies

**QCM n°10 : B**

- A. Faux : Ils sont rarement dus à un manque de connaissance professionnelle ; souvent dus à des défauts d'organisation et/ou des manques de vérification, coordination, communication.
- B. **Vrai**.
- C. Faux : c'est la définition d'un EI évitable.
- D. Faux : le point de vue du malade est celui de référence dans l'évaluation des dommages qu'il subit, c'est le médecin qui a tendance à sous-estimer ces dommages.
- E. Faux : 35 à 45% des EIG survenant pendant une hospitalisation sont évitables

**QCM n°11 : A, C, D, E**

- A. **Vrai**.
- B. Faux : seuls les EI ayant causé un dommage pour le patient entraînent l'obligation de l'annonce au patient d'un dommage associé au soin. Si tous les événements indésirables peuvent faire l'objet d'une annonce, y compris les presque accidents et les incidents sans conséquences physiques pour le patient, chaque professionnel reste libre d'apprécier la pertinence d'une communication sur ce type d'événement  
Rq : même les EI qui vont causer doivent être annoncés aux patients (ex : information du patient sur les risques d'une chirurgie)
- C. **Vrai**.
- D. **Vrai**.
- E. **Vrai**

## QCM n°12 : A, D, E

- A. **Vrai.**
- B. Faux : la gestion des risques est différente si le risque est prévisible ou imprévisible.
- C. Faux : il faut aussi mettre en place des actions correctives et préventives.
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai.**

### Correction de la question rédactionnelle :

Le modèle d'Elizabeth Kübler-Ross a décrit le processus de "deuil" en 6 stades successifs mais leur prolongation dans le temps "bloquant" le travail d'acceptation de la mort d'un être cher, de divorce, ou encore de sa maladie chronique.

Le choc initial sidère, il provoque une "surdité émotionnelle"

Le déni refuse la réalité, [...] il tente de nier ou de minimiser la crise

La colère accuse et veut des coupables, elle [...] refuse sa propre responsabilité collective.

Le marchandage négocie.

La dépression effondre, assomme, lamine les derniers restes de courage et de dignité [...].

L'acceptation (ou la sublimation) tourne la page et fait entamer une nouvelle tranche de vie.

### **La maladie chronique : du choc à une acceptation totale ?**

#### Méthodologie générale.

##### 1. L'analyse du texte : Quelles sont les notions importantes ?

Le texte évoque les différentes étapes par lesquelles passe un patient après l'annonce de sa maladie chronique :

- « Choc » => penser les aspects aussi bien physiques que psychologiques ressentis par le patient à l'annonce de sa maladie. Destruction.
- « Déni, colère, marchandage, dépression » => difficulté d'acceptation, importance de la relation médecin malade dans le dépassement de ces étapes, encadrement du patient.
- « Acceptation » => le patient voit différemment les choses, surmonte sa maladie. Reconstruction.

##### 2. L'analyse de la question.

- Maladie chronique : se restreindre au champ des maladies chroniques et éventuellement prendre des exemples à travers les cours sur le Cancer et le Sida. Relier la définition de celle-ci avec la suite du sujet : en quoi les maladies chroniques, pas leur caractères, entraînent un choc et nécessite une acceptation...

- Choc : quels sont les aspects de celui-ci, le cadre dans lequel il apparaît et comment le surmonter.

- Acceptation totale ? : aborde la problématique de « comment réussir à vivre avec sa maladie chronique », comment les malades arrivent à se reconstruire et les éventuelles limites à cette reconstruction.

##### 3. Concernant le sujet posé.

- Dégager la problématique :

Pour dégager la problématique, il est indispensable de savoir que la rédaction doit répondre à la question posée, le texte est là pour préciser la question, amener des notions auxquelles le sujet seul n'amènerait pas forcément à penser. Ici, il faut noter que le texte détaille les étapes qui interviennent entre « le choc » et « l'acceptation » qu'évoque le sujet.

### **Suite à l'annonce de la maladie, quelles sont les étapes de reconstruction du malade chronique et leurs limites ?**

- Trouver un plan :

Plusieurs plans restent possibles pour une même question. Nous avons décidé de traiter ce sujet en trois parties :

1. Destruction lors de l'annonce de la maladie.
2. Accompagnement vers une reconstruction.
3. Des limites à cette reconstruction.

Introduction :

L'émergence des maladies chroniques opérée au XXème siècle entraîne un changement de représentation de la maladie due notamment au fait qu'on doit désormais vivre avec sa maladie définie comme non guérissable. L'annonce d'une telle maladie prend alors une toute autre ampleur ; suite à celle-ci, quelles sont les étapes de reconstruction du malade chronique et leurs limites ? Nous aborderons en premier lieu, la destruction engendrée par cette annonce, puis l'accompagnement mis en place pour une reconstruction et enfin, les limites de cette dernière.

## I- Destruction

### 1) L'annonce destructrice

L'annonce de la maladie passe par le diagnostic établi par le médecin qui en sera le **créateur social** (Freidson). C'est en créant ce **sickness** que le malade se retrouve exposé à un isolement, une **stigmatisation** vis à vis de la société (*le sida premièrement nommé « gay pneumonia »*), notamment dans une époque **d'hyper-responsabilisation** du fait de la promotion de la santé (société du risque). Le patient perd alors ces rôles sociaux pour adopter celui de malade (**Parsons**). Il vit sa maladie comme **destructrice** aussi bien du fait de la rupture avec ses activités habituelles, que de la **caducité de son corps** et des angoisses dues aux représentations qu'il se fait de sa maladie (*cancer comme un ennemi insidieux*). La culpabilisation et l'incompréhension de sa pathologie, le pousse au déni, à la **recherche d'un responsable** autre que lui-même (boucs émissaires, représentation exogène de la maladie, question du sens...). Parce que l'annonce engendre un « choc initial sidérant », elle se doit de poser les bases de la reconstruction du patient.

### 2) Les modalités de l'annonce posent les bases de la reconstruction.

Malgré la fulgurance de l'annonce, celle-ci reste composée de trois temps : l'instant de voir, le temps pour comprendre, le moment d'agir. C'est grâce à l'empathie, à l'écoute, et en tenant compte de l'altérité de son patient, que le médecin va s'efforcer de créer une **relation de confiance**. Celle-ci est légitimée par la loi Kouchner et l'obligation de donner une **information claire, loyale et appropriée** dans la logique d'une **éthique impliquée** (code de déontologie). C'est seulement une fois la relation de confiance établie, que **l'alliance thérapeutique** peut commencer.

## II- Accompagnement vers une reconstruction.

Le malade doit apprendre à vivre avec sa maladie pour se reconstruire (**maladie métier**). Pour se faire, une co-construction est nécessaire : le patient devient acteur de sa maladie et gagne en autonomie tout en restant **accompagné de manière pluridisciplinaire** (exemple des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire où l'éthique de la discussion est mise en jeu afin d'obtenir une réflexion collégiale). La **qualité de vie** devenant primordiale, la prise en charge associe à la fois **cure** (soin objectif) et **care** (subjectif), notamment dans le cadre de **l'éducation thérapeutique** (loi HPST). Un **nouvel équilibre** doit être recherché (Canguilhem) par le patient afin de créer ses propres normes, la vie d'avant n'étant plus une référence. Les **associations de malades** en privilégiant le rapport entre personnes atteintes des mêmes maux aident aussi à cette reconstruction.

### III- Les limites à une reconstruction totale.

Il peut persister chez le malade des **séquelles physiques** entraînant complexes et mal être (*mastectomie*) ainsi que des **séquelles psychologiques** (*peur de la récurrence*) et malgré les efforts de prise en charge afin de diminuer les conséquences de ces dernières, les limites du soin conditionnent les limites d'acceptation de la maladie. La **réinsertion professionnelle**, **l'accès aux prêts bancaires** sont autant de problème que la prévention tertiaire tente de résoudre à travers le **Plan Cancer** par exemple. L'état en classant la personne dans la catégorie « bénéficiaire de l'ALD » continue en quelque sorte à le restreindre à sa condition de malade : on revient à un **problème de stigmatisation** ; ce même problème est retrouvé dans le cadre de l'hôpital contemporain où l'**hypertechnicité** peut conduire à la **réification** du patient. Enfin, la dignité du malade peut être mise à mal dans le cas de **l'obstination déraisonnable** de la part des équipes médicales chez un patient en fin de vie.

I- <u>Destruction</u>	II- <u>L'accompagnement/ La co-construction</u>
<p>1- <u>L'annonce destructrice</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fulgurance de l'annonce + angoisses liées aux représentations (ex : cancer) + caducité du corps</li> <li>- maladie destructrice, rupture des activités habituelles, Parsons, perte d'autonomie</li> <li>- modèle d'Elizabeth Kübler-Ross</li> <li>- création sociale de la maladie (Freudson) -&gt; sickness -&gt; exclusion société, Parsons</li> <li>- isolement, stigmat, dans une époque d'hyper-responsabilisation par la SP (Promotion de la santé)</li> </ul> <p>2- <u>Les modalités de l'annonce posent les bases de la reconstruction</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les 3 temps : instant de voir/temps de comprendre/moment d'agir</li> <li>- écoute du patient</li> <li>- tenir compte de son altérité &amp; empathie</li> <li>- cadre législatif : Kouchner, Code de déontologie, info C,L,A + plan K ( dispositif d'annonce)</li> <li>- information claire, loyale, appropriée -&gt; éthique impliquée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cure (objectif) + care (subjectif) (ex : ETP rassemble les 2)</li> <li>- relation MM : co construction, alliance thérapeutique pour lutter contre la maladie</li> <li>- sujet acteur de sa maladie, nécessiter de participer</li> <li>- autonomie du patient</li> <li>- la vie d'avant n'est pas une référence --&gt; nouvel équilibre (Canguilhem) : créer ses propres normes à partir de notre propre réalité et notre propre subjectivité</li> <li>- apprendre à vivre AVEC sa maladie,</li> <li>- notion de qualité de vie</li> <li>- pluridisciplinarité, RCP -&gt; éthique de la discussion, réflexion collégiale pour faire référence à un choix</li> </ul> <p><u>III – Limites</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- retentissement physiques et psy pris en charge (peur de la récurrence)</li> <li>- limites de l'acceptation, qualité de vie incomparable</li> <li>- réinsertion professionnelle (mesures de l'INCA)*</li> <li>- dommages associés au soin</li> <li>- stigmatisation due au statut de malade</li> <li>- obstination déraisonnable en fin de vie</li> <li>- iatrogénéité</li> <li>-&gt; limite du soin conditionne limite d'acceptation de la maladie</li> <li>- réification due au soin, hypertechnicité</li> </ul>