

TUTORAT UE 7 2012-2013 – SSH

CORRECTION CCB – Semaine du 26/04/2013

QCM n°1 : F

- A. Faux. C'est la paralysie des deux membres inférieurs.
- B. Faux. C'est la dilatation excessive d'une cavité organique ou d'un organe.
- C. Faux. C'est le terme générique désignant une affection cutanée.
- D. Faux. C'est une inflammation de la peau.
- E. Faux.
- F. **Vrai.** C'est une paresthésie.

QCM n°2 : B

- A. Faux. C'est une aversion pour le travail.
- B. **Vrai.**
- C. Faux. C'est l'augmentation anormale de la taille des extrémités et une déformation du visage.
- D. Faux. C'est une maladie cutanée chronique avec induration et épaissement de la peau.
- E. Faux. C'est le ramollissement des ongles.

QCM n°3 : A, D

- A. **Vrai.** Alors que les règles de conduites qui sont « naturelles » sont involontairement respectées et donc n'ont pas besoin de sanction pour leur application. *G. Moutot parle de « désapprobation morale ».*
- B. Faux. Les quatre autorités de 1958 sont le premier ministre, le président de la République, le président de l'Assemblée Nationale et le président du Sénat. Depuis, un groupe de 60 députés ou de 60 sénateurs peut également saisir ce Conseil Constitutionnel.
- C. Faux. Bien qu'il dispose de ces deux fonctions, le parlement partage avec le conseil des ministres le pouvoir législatif. C'est la Commission Européenne qui en a le monopole
- D. **Vrai.**
- E. Faux. Un avis a un caractère non contraignant, il encourage un pays à adopter un type de comportement mais n'est en aucun cas obligatoire.

QCM n°4 : A, C

- A. **Vrai.** La charte de l'environnement de 2004 ainsi que la Constitution de 1958 et son préambule font partie du Bloc de Constitutionnalité et ont ainsi la même valeur.
- B. Faux. La Constitution n'est pas comprise dans les différents codes, elle a une valeur supérieure aux lois ordinaires qui, elles, sont inscrites dans les codes.
- C. **Vrai.** Elle établit la séparation des différents pouvoirs : exécutif, législatif et judiciaire.
- D. Faux. Le pouvoir législatif est exercé par le Parlement qui comprend le Sénat et l'Assemblée Nationale.
- E. Faux. La Constitution est bien la norme supérieure mais son contenu est évolutif. Elle peut en effet être révisée en fonction des différentes lois posant un problème de constitutionnalité.

QCM n°5 : B, D, E

- A. Faux. Fondement : loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner), relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- B. **Vrai.**
- C. Faux. L'accès au dossier médical est possible sans demander l'autorisation du médecin préalablement (accès direct). C'est une consultation gratuite qui ne comprend pas les frais de reproductions si des copies sont souhaitées.
- D. **Vrai.** Écrit dans l'arrêt Mercier puis repris par la loi Kouchner. Cependant, la CMU (Couverture Maladie Universelle) permet aux plus démunis d'avoir accès aux soins sans tout payer.
- E. **Vrai.**

QCM n°6 : A, D

- A. **Vrai.**
- B. Faux. Le HCSP est bien composé d'experts mais le financement des plans/programmes concerne le Comité National de Santé Publique (CNSP).
- C. Faux. Le HCSP est subdivisé en six commissions spécialisées, elles même subdivisées en comités techniques. Le CTV fait partie de la commission spécialisé maladies transmissibles.
- D. **Vrai.**
- E. Faux. C'est une instance consultative à l'inverse du CNSP.

QCM n°7 : A, C, D

- A. **Vrai.**
- B. Faux. Les années glorieuses de l'hygiénisme correspondent à la période où se sont fait tous les progrès de la médecine préventive, soit au XIXème siècle.
- C. **Vrai.**
- D. **Vrai.**
- E. Faux. C'est l'inverse.

QCM n°8 : C, D

- A. Faux. Seulement pour les professionnels et étudiants en santé.
- B. Faux. Seulement pour les professionnels et étudiants en santé.
- C. **Vrai.**
- D. **Vrai.** Tout comme la primovaccination et le premier rappel de la diphtérie. *La primovaccination et les rappels de la poliomyélite sont obligatoires jusqu'à l'âge de 13 ans.*
- E. Faux. La vaccination contre la rougeole est recommandée (calendrier vaccinal), sans être pour autant obligatoire.

QCM n°9 : A, B, C, E

- A. **Vrai.**
- B. **Vrai.**
- C. **Vrai.**
- D. Faux. C'est l'inverse.
- E. **Vrai.**

QCM n°10 : A, E

- A. **Vrai.**
- B. Faux. Elle doit avant tout être accompagnée d'un aidant naturel, sans que celui-ci soit forcément un membre de la famille (personne de confiance : ami, voisin...).
- C. Faux. Ce n'est pas ce type de dépendance qui nous intéresse ici. La dépendance se définit par l'état d'une personne âgée qui n'est plus autonome (physiquement ou mentalement) et qui a besoin d'aide dans sa vie quotidienne.
- D. Faux. Grâce aux associations d'handicapés moteurs, le droit à l'autonomie leur est reconnu. Pour les handicapés mentaux, des dispositifs de tutelles existent (loi des tutelles de 2007).
- E. **Vrai.**

QCM n°11 : B, D, E

- A. Faux. Ce n'est pas l'investissement dans les dépenses de santé qui a un impact majeur sur la mortalité. C'est plutôt le fait d'agir sur le changement des habitudes de vie et sur d'autres déterminants de santé.
- B. **Vrai.**
- C. Faux. La salutogénèse génère la santé.
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai.**

QCM n°12 : A, E

- A. **Vrai.** Elles analysent en vue d'une action.
- B. Faux. Au contraire, elles cherchent à sortir d'un modèle d'explication théologique du monde.
- C. Faux. Elles naissent au XIX^{ème} siècle.
- D. Faux. C'est une de leurs limites. L'exemple de l'Histoire est explicite : la connaissance du passé ne permet pas de prédire celle de l'avenir.
- E. **Vrai.**

QCM n°13 : A, D

- A. **Vrai.**
- B. Faux. Selon ces mêmes critiques, c'est la neutralité de cette observation qui est remise en cause. L'observation étant une lecture du réel, elle est orientée par l'observateur.
- C. Faux. Selon le falsificationnisme, c'est sa réfutabilité qui confère à un énoncé scientifique son intérêt scientifique, réfutabilité qui est corrélée à sa précision.
- D. **Vrai.** La pensée kuhnienne (les théories comme structure) cherche à comprendre la démarche scientifique en l'intégrant dans un cadre historique qui aboutira à la détermination des trois temps du cycle scientifique : science normale, crise, révolution. Dans un sens, elle ne s'intéresse pas aux règles logiques de la démarche scientifique.
- E. Faux. Aucune des théories ne permet d'aboutir à une réponse finie sur la connaissance scientifique. Bien au contraire, la définition kuhnienne de la science ne permet pas de définir, d'un point de vue logique, ce qui est de l'ordre de la science et ce qui n'en est pas.

QCM n°14 : A, B, C, D, E

- A. **Vrai.** La maladie est un évènement.
- B. **Vrai.** C'est l'invariant culturel d'action contre la maladie.
- C. **Vrai.** Le secteur d'activité de la santé est appréhendé au travers de la consommation et de la production de soin qu'il engendre. L'activité des CHU en est une bonne illustration (CHU Montpellier : 10 000 emplois directs et indirects).
- D. **Vrai.** Exemple de la peste.
- E. **Vrai.** La maladie affecte l'espérance de vie, elle a donc un effet sur la pyramide des âges.

QCM n°15 : D

- A. Faux. On parle d'émergence sociale et non de découverte.
- B. Faux. La liste des ALD, établie par décret, recense 30 pathologies (ou groupe de pathologies) qui bénéficieront de cette couverture à 100%. *Des inscriptions en ALD hors liste restent toutefois possible. Exemple de maladie chronique non ALD : HTA, hors HTA sévère.*
- C. Faux. C'est l'inverse.
- D. **Vrai.** On note l'importance croissante du rôle du malade : acteur de sa propre santé, reconnaissance de son autonomie et de sa responsabilité.
- E. Faux. Ce sont des groupes très hétérogènes : cancer, asthme, HTA, SIDA, arthrose...

QCM n°16 : B, C

- A. Faux. Il y a de multiples définitions telles que la capacité à s'adapter à son environnement pour Canguilhem ou la santé comme état de complet bien-être physique mental et social d'après l'Organisation mondiale de la santé.
- B. **Vrai.**
- C. **Vrai.** On utilise des indicateurs comme l'espérance de vie ou le taux de mortalité.
- D. Faux. C'est l'inverse.
- E. Faux. Au contraire, en donnant les moyens au patient d'assurer un meilleur contrôle sur sa santé, on le responsabilise.

QCM n°17 : A

- A. **Vrai.**
- B. Faux. C'est l'inverse.
- C. Faux. C'est Canguilhem qui appuie sur l'importance de cette subjectivité du patient.
- D. Faux. C'est un élément indispensable mais elle est de plus en plus écartée, *au profit des examens complémentaires ou encore des mesures de santé publique.*
- E. Faux. Il y a de nombreuses dimensions dans la relation de soin : économique, politique, juridique, sociale, morale...

QCM n°18 : C, E

- A. Faux. La légitimité a précédé l'efficacité thérapeutique.
- B. Faux. Cet enseignement était basé sur l'étude très théorique de textes anciens.
- C. **Vrai.**
- D. **Vrai.** C'est le concept de spécificité fonctionnelle de T. Parsons. La relation fonctionnaliste qu'entretiennent le patient et le médecin s'organise autour de la maladie. Cette spécificité permet de justifier l'asymétrie que suppose cette relation : la prohibition de l'attirance sexuelle permet au médecin de pouvoir demander au patient de se dévêtir ; le secret médical permet au médecin de mener une anamnèse qui fait intrusion dans l'intimité du patient.
- E. **Vrai.**

QCM n°19 : E

- A. Faux. C'est l'hôpital professionnel.
- B. Faux. C'est l'hôpital professionnel.
- C. Faux. L'hôpital contemporain est géré par l'hôpital.
- D. Faux. Depuis sa création, l'hôpital connaît une augmentation continue de ses coûts de fonctionnement.
- E. **Vrai.** C'est l'hospitalo-centrisme.

QCM n°20 : B, D

- A. Faux. Il se base sur l'égalisation des moyens en fonction des besoins. C'est le système beveridgien qui se base sur l'égalisation des résultats.
- B. **Vrai.** Ce phénomène traduit l'hybridation du système de santé français. Mais il se rapproche aussi du système libéral : déremboursement et/ou augmentation du ticket modérateur pour certains soins.
- C. Faux. Aucun système ne fonctionne selon le principe du marché pur. Le système libéral est celui qui s'en rapproche le plus mais ça ne veut pas dire pour autant qu'il fonctionne ainsi. Le principe du marché pur se résume à mettre en face à face le demandeur et le producteur de soin (sans l'offreur).
- D. **Vrai.** Les plus riches, peuvent adhérer à des mutuelles privées si le système de santé trop collectif ne répond pas à leur besoins.
- E. Faux. C'est la solidarité horizontale. Dans le principe de la solidarité verticale (qui est actuellement appliquée dans le système de santé français), les personnes ayant les plus hauts risques cotisent de la même façon que ceux qui ont moins de risques. Ce principe est en faveur de ceux qui ont le plus de risques et qui peuvent ainsi trouver les moyens de subvenir à leur besoins en termes de soins.

QCM n°21 : C, E

- A. Faux. Il n'y a pas de cause biologique à cela. Ce sont des raisons sociales, politiques, économiques etc. qui l'expliquent.
- B. Faux. Ils vivent mieux et plus longtemps que les ouvriers.
- C. **Vrai.** Bien que la mortalité évitable liée aux conditions aux comportements et celle liée aux conditions de vie se confondent souvent.
- D. Faux. Cette étude est faite sur des fonctionnaires britanniques, qui ne sont donc ni socialement ni économiquement précaires. Il en ressort tout de même l'existence d'un gradient social lié à l'espérance de vie de ces fonctionnaires.
- E. **Vrai.**

QCM n°22 : D

- A. Faux. La phase de rémission correspond à une période où le cancer n'est plus visible cliniquement et biologiquement mais où l'on ne sait pas s'il est totalement éradiqué
- B. Faux. Les impacts psychologiques et biologiques sont forts.
- C. Faux. L'amélioration de l'arsenal thérapeutique a entraîné une augmentation des coûts pour la sécurité sociale.
- D. **Vrai.**
- E. Faux. Il vise à favoriser l'accès aux prêts et aux assurances.

QCM n°23 : A, B, C, D, E

- A. **Vrai.** La relation de soin est une relation dans les libertés. En ne prenant en compte d'un seul aspect de cette relation, elle est violente par nature.
- B. **Vrai.** Cette inégalité de pouvoir entre les Hommes est aussi qualifiée de dissymétrie. L'un peut, est en capacité (*le médecin*), et l'autre ne peut pas, est empêché (*le patient*). Cette différence de pouvoir peut entraîner un abus de pouvoir.
- C. **Vrai.** Malgré l'arrêt du soin objectif, le soin subjectif n'a pas vocation à être arrêté. Il y a toujours un soin subjectif à apporter.
- D. **Vrai.** L'être humain est porté par un mouvement d'ordre affectif, une pulsion à soulager l'autre de sa douleur, mais il obéit aussi à un mouvement de répulsion qui fait qu'il se détourne de l'être qui souffre.
- E. **Vrai.**

QCM n°24 : B, C, D

- A. Faux. Cette liste est tenue par l'Agence de la biomédecine. Le délai d'attente varie alors selon des critères médicaux pensés autour du principe de justice.
- B. **Vrai.** Ces règles d'attribution sont d'ailleurs homologuées par le ministre chargé de la santé, publiées au journal officiel de la République et mise en œuvre par l'Agence de la biomédecine.
- C. **Vrai.** Le principe d'anonymat du don est repris dans la loi de bioéthique de 1994.
- D. **Vrai.** Les cas de mort encéphalique représentent environ 2500 décès par an sur 500 000 décès annuels, dont 250 000 hospitaliers.
- E. Faux. Le principe de non patrimonialité du corps humain est repris dans les lois de bioéthique. Ce principe découle du principe d'indisponibilité du corps humain. Il atteste du fait que le corps humain ne peut être l'objet de conventions lucratives.

QCM n°25 : D, E

- A. Faux. La première partie de la phrase est vrai, mais le SIDA touche toute la population.
- B. Faux. Le SIDA est bien une maladie chronique aujourd'hui, on vit plus longtemps avec, mais on continue d'en mourir.
- C. Faux. Seulement 57% de la population touchée est traitée, les autres personnes atteintes ne connaissant pas leur séropositivité.
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai.** Le patient devient acteur de sa maladie.

QCM n°26 : C

- A. Faux. L'obstination raisonnable est un non-sens. L'obstination déraisonnable et l'acharnement thérapeutique sont une même réalité.
- B. Faux. Elle ne traite pas de l'euthanasie, mais condamne l'obstination déraisonnable.
- C. **Vrai.** La dignité est ce qui n'a pas d'équivalent (*selon E. Kant, mais Sénèque opposait déjà dignitas et pretium*). Elle est inhérente à la condition humaine.
- D. Faux. La doctrine du double effet énonce qu'une action peut être moralement justifiée alors même qu'elle comporte de mauvais effets si l'effet résultant est bon (*ou moralement neutre*) et si l'effet bon est initialement recherché.
- E. Faux. Le médecin n'a pas l'obligation formelle de les appliquer mais d'en prendre acte.

QCM n°27 : A, C, E

- A. **Vrai.** La morale est l'objet d'une grande diversité spatio-temporelle, mais elle revendique une universalité en tant que norme relative au bien et au mal. *Même limitée à un groupe social, une règle morale a, pour ce groupe, une portée universelle.*
- B. Faux. L'éthique appliquée est l'application mécanique à une prescription extérieure à l'individu à l'origine de l'action, une forme de « morale professionnelle ». L'éthique impliquée, qui implique le sujet de l'action, est justement cette réflexion en vue de l'action sur ce devoir que se reconnaît la profession.
- C. **Vrai.** L'éthique médicale nécessite un comportement d'écoute et de respect, ce qui passe par le fait de reconnaître l'autre comme égal à soi-même, de donner à sa parole la même valeur qu'à la nôtre. Elle nécessite aussi des repères (*ex : DDH, 1998*). Ce n'est ni se conformer à la volonté de l'autre, ni suivre sa morale personnelle.
- D. Faux. L'éthique s'articule autour de la notion de morale mais s'entretient pas de rapport hiérarchique avec elle.
- E. **Vrai.**

QCM n°28 : B

- A. Faux. L'IMG peut se réaliser à la suite d'un DPN et pas d'un DPI. Le but du DPN est justement d'éviter le traumatisme de l'IMG.
- B. **Vrai.** Les caractères précoces, multifocaux, le contexte de transmission verticale etc. sont autant d'éléments qui mettent en évidence une possible prédisposition héréditaire au cancer.
- C. Faux. Les termes juridiques de maladie « grave et incurable » sont vagues à dessein afin de laisser au médecin une part de liberté la faculté d'adapter la loi à chaque situation, d'où la nécessité des CPDPN.
- D. Faux. L'autorisation émane de l'agence de la biomédecine.
- E. Faux. Elle est proposée dans des indications bien précises : âge de la mère supérieur à 38 ans, antécédents familiaux (fratrie ou parental), signes d'appel échographique ou sérique.

QCM n°29 : A, C, D

- A. **Vrai.**
- B. Faux. La médecine expérimentale est l'application en médecine de la méthode expérimentale. Celle-ci insiste sur la nécessité d'établir un protocole conçu à partir d'une hypothèse afin de réaliser une expérience démontrant ou non sa validité.
- C. **Vrai.** La microbiologie a aussi permis d'intégrer les notions d'asepsie et d'antisepsie et participé de ce fait au développement de la chirurgie moderne.
- D. **Vrai.** Il était prescrit dans le cadre d'un essai sur la fièvre typhoïde quand, tous les patients tombant dans un coma hypoglycémique, l'idée de le prescrire pour le diabète advint. *Attention à ne pas confondre avec l'insuline.*
- E. Faux. Il s'écoule deux siècles entre le temps des pionniers de la microscopie au XVIIème (Leeuwenhoek, Malpighi etc.) et le temps des évolutions technologiques du XIXème (lentilles achromatiques, préparations histologiques, colorations etc.).

QCM n°30 : C, D

- A. Faux. Elle n'est pas anecdotique, elle doit être présente dans l'esprit du personnel soignant à chacun ses gestes, ces EIG ont une incidence importante et 35 à 45% de ceux qui surviennent au cours d'une hospitalisation sont jugés évitables.
- B. Faux. Elle est due à des « défauts d'organisation et notamment à une coordination insuffisante des professionnels de santé ».
- C. **Vrai.**
- D. **Vrai.** EIG = EI à l'origine d'une hospitalisation ou de sa prolongation, d'une incapacité ou d'un risque vital.
- E. Faux. Le médecin est humain, il est donc faillible. La confiance repose sur une entente, une communication entre ces 2 parties. La confiance soignant/soigné est fondée sur le partage de valeurs au premier rang desquelles figurent la dignité et le respect de la personne, la transparence et la loyauté, la vigilance et la responsabilité ainsi que la réciprocité (cf. diapo n°59).

Question rédactionnelle :

Éthique : de l'implication contre la maladie à l'application contre la santé.

Méthodologie générale :

1. L'analyse du texte :

Ici, le texte ne nous donne pas à proprement parler un exemple qui doit illustrer la question rédactionnelle (même si c'est tout à fait possible), mais fait plutôt passer un message implicite sur l'importance que chacun accorde au respect des normes imposées par la société.

En l'occurrence, ce témoignage met en exergue l'impact psychologique, « je me sens mal », qu'implique le fait de ne pas être conforme à la norme. Cette norme est ici reprise par l'IMC = Indice de Masse Corporelle.

Au regard d'un tel impact, on peut se demander si l'imposition de normes se soucie vraiment de l'éthique. Il semblerait en effet qu'il existe un manque de réflexion en aval de ces dernières, lacune que l'on retrouve à deux niveaux :

- **A l'échelle de la société :** on constate que les normes soulèvent des problèmes (ex : problème d'anorexie résultant notamment de toutes les mesures visant à prévenir la surcharge pondérale). Pourtant, il ne semble pas exister de « contre-campagnes » encourageant les individus à les prendre avec des pincettes.
- **A l'échelle individuelle :** on ne parvient plus à prendre du recul par rapport aux normes imposées. Il y a un manque de réflexion, donc un manque d'éthique impliquée. Ici par exemple, la jeune fille est en un très léger surpoids (IMC=25), et semble pourtant être profondément touchée par ce constat. On pourrait très bien se dire que le bon poids n'est finalement pas celui conforme à la norme, mais celui pour lequel on se sent bien (Canguilhem).

In fine, nous appliquons les normes imposées, mais ne les réfléchissons plus, ce qui illustre la différence entre une éthique impliquée et une éthique appliquée.

2. L'analyse de la question :

- **Éthique** : Terme clé du sujet. L'intrication entre les deux notions qui suivent (maladie et santé) doit se faire autour de la notion d'éthique : éthique médicale, bioéthique, déontologie.
- **Implication contre la maladie** :
 - o Implication physique : quelles sont les actions mises en place pour lutter contre la maladie ?
 - o Implication psychique : éthique impliquée autour de la maladie (cf. éthique médicale, bioéthique).
- **Application de la santé** :
 - o Application physique : quelles sont les normes de santé ?
 - o Application psychique : Il existe une lacune. La réflexion (implication : réussir à se positionner par rapport à des normes imposées = éthique postérieure) qui devrait se faire autour des normes est réduite à l'application.

En résumé : On s'implique tellement contre la maladie, dans l'optique d'atteindre la santé, qu'on en arrive à ne plus réfléchir sur cette finalité, la santé, et à appliquer finalement de façon mécanique les normes de santé.

3. Relier le texte à la question :

L'utilisation du texte est plus implicite que d'ordinaire : il s'agit de comprendre le problème que le texte soulève pour s'en servir dans l'élaboration de la problématique. Ici, on part du constat que l'imposition de normes pose problème car elle suscite un sentiment péjoratif chez de nombreux individus. Puisqu'il y a problème, il doit y avoir réflexion pour le résoudre, donc éthique. Est-ce bien le cas en santé ?

On pouvait aussi lui préférer une utilisation plus simple, cantonnée à l'illustration du propos traité au travers de l'exemple du poids.

4. Concernant le sujet posé :

- Dégager la problématique :
 - o Parvenons-nous à être éthiques de la même manière dans la maladie et dans la santé ?
- Ou,
 - o Comment sommes-nous passés d'une éthique impliquée de la maladie à une éthique appliquée de la santé ?
- Trouver un plan :
 - o L'éthique dans la prise en charge de la maladie.
 - o Le manque d'éthique dans l'imposition des normes de santé.

Introduction :

On s'est tellement impliqué dans la lutte contre la maladie (= réflexion sur les moyens mis en œuvre pour une finalité qu'est la santé = éthique impliquée) qu'on en vient aujourd'hui à appliquer mécaniquement la santé (éthique appliquée).

Comment sommes-nous passés d'une éthique impliquée autour de la maladie à une éthique appliquée de la santé ?

D'abord nous verrons l'implication suscitée par la maladie, puis l'application des normes de santé.

I. L'éthique dans la prise en charge de la maladie, ou l'implication dans la maladie.

- a. L'implication sous-entend la mise en place d'actions afin de lutter contre la maladie (= investissement physique).

L'anthropologie nous a permis d'observer que toutes les sociétés donnaient un **sens** à la maladie justifiant alors l'**action** sur cette dernière, également invariante d'une société à l'autre.

Dans nos sociétés contemporaines, l'éthique transparait à la fois au niveau **des systèmes de santé**, basés sur le principe de **justice**, qu'au niveau du **système de soin** (= Profession médicale + Hôpital). En France notamment, **les CHU** issus de la réforme Debré de 1958 se basent sur une mission de recherche pour développer de nouvelles **armes thérapeutiques** qui contribuent à lutter contre la maladie. Ces actions s'inscrivent notamment dans la dynamique d'une « **Big Medecine** » qui vise avant tout à l'éradiquer.

- b. L'implication sous-entend le souci d'une éthique impliquée (= investissement psychique) dans la prise en charge de la maladie.

Le pratique médicale, parce qu'elle est évolutive et tend à prendre en considération les singularités de chacun, nécessite une confrontation des pluralités morales. Cet apport réflexif est amené par l'éthique.

Lors de l'annonce de la maladie, le médecin se doit de **respecter les temps d'élaboration psychiques** du patient. L'information doit être livrée lorsque le patient est prêt à la recevoir, et elle se veut **claire loyale et appropriée** (loi Kouchner). Ce n'est qu'à cette condition que le patient fournira un **consentement libre et éclairé**, permettant l'instauration d'une relation **de confiance** entre les deux protagonistes. Cette dernière conditionnera **l'intersubjectivité** de la relation.

Pendant la maladie, l'éthique s'articule principalement autour du **respect de l'autonomie** (fin de la médecine paternaliste), du patient, qui peut faire entendre sa voix (fruit de sa réflexion) pour orienter sa prise en charge (=> éthique impliquée) et du médecin qui agit en son âme et conscience (=> éthique impliqué). À une échelle plus collective, les **RCP** qui aboutissent à un consensus **pluridisciplinaire** sont l'illustration même d'une éthique impliquée dans la pratique médicale.

Après la maladie, on retrouve ce souci éthique quelle que soit l'issue pour le malade. Grâce à la loi **Léonetti (2005)**, la fin de vie est un processus qui s'effectue dans le **respect de la dignité** de la personne. Cette dernière lutte ainsi contre l'acharnement thérapeutique.

Lorsque c'est en revanche la thérapeutique qui triomphe définitivement de la maladie, le système de santé essaye d'assurer à l'individu une réinsertion progressive à la société, via la mise en place de mesures de **prévention tertiaire** (réinsertion au milieu professionnel par exemple).

Cependant avec le développement récent des maladies chroniques (définies comme « inguérissables ») on voit naître une autre échappatoire : une forme de vie à travers la maladie. Ainsi, **l'éducation thérapeutique** (HPST 2009) permet une amélioration de la **qualité de vie** dans le but de parvenir à la fois le plus précocement et le plus longtemps possible à un nouvel équilibre. On notera par ailleurs que cette dernière nécessite aussi bien un investissement psychique réciproque du patient et du médecin, qu'un investissement physique, de par les financements qui permettent sa mise en œuvre.

Même si la pratique médicale s'implique à être le plus éthique possible, on note néanmoins que la réflexion active autour du soin est parfois inhibée au profit d'une application *stricto sensu* des **règles déontologiques** (=> éthique appliquée). C'est cette application directe d'une règle qui pose justement problème lorsqu'il s'agit de santé.

II. L'application de la santé

- a. L'application de la santé passe par des actions visant la santé (= investissement physique).

La santé est la **norme de l'individu**, auquel Canguilhem reconnaît une puissance normative. Il n'y a d'ailleurs pas de genèse de la santé, la santé est l'état neutre, « normal » de l'individu. La définition extensive de la santé par l'OMS l'érige au rang de **norme sociale, d'idéal** qu'il est moral de vouloir atteindre. À ce titre, de nombreuses actions, souvent normatives, sont mises en place pour l'atteindre.

Ainsi s'accroît la **promotion de la santé** (Ottawa 86), basée sur des mesures prophylactiques dans le cadre d'une société de gestion du risque. Par exemple, les campagnes de **prévention primaire** issues du PNNS (Programme National Nutrition Santé).

- b. L'application de la santé sous-entend un manque d'implication pour celle-ci. C'est-à-dire un manque d'éthique (= investissement psychique) qui engendre de nouveaux problèmes.

En santé, malgré la volonté d'une certaine éthique dans l'élaboration des normes (= éthique antérieure), c'est l'absence d'une réflexion en aval de celles-ci qui pose problème (= éthique postérieure). Une réflexion qui réussirait à être assez critique pour que **chaque individu réussisse à se positionner** par rapport aux **normes collectives imposées**. De ce constat émergent donc un certain nombre de problèmes.

Pour point d'origine, un **abus de normes** collectives imposées aux individus, qui pourrait avoir deux issues :

- La première, un **rejet formel de celles-ci** jugées trop restrictives des libertés (c'est notamment l'argument principal qui sonna le glas de l'Hygiénisme). Le risque de cette dernière étant **la perte de l'individu** qui n'aurait plus de repères normatifs établis mais ne considérerait que ses propres normes comme justes (forme extrême du concept de puissance normative selon Canguilhem). Par extension s'en suivrait une potentielle **désorganisation** de la société.
- A contrario, du fait du sentiment **de culpabilisation et de stigmatisation** infligés au sujet déviant de la norme, ce dernier pourrait être tenté d'y adhérer à n'importe quel prix en adoptant des **comportements extrêmes** (anorexie) dans le cadre des normes relatives au poids par exemple) pouvant mener à sa propre perte.

Conclusion : On serait prêt à se rendre malade (anorexie, boulimie) pour rentrer dans des normes de santé, ce qui est paradoxal puisque ces normes ont été originellement établies pour lutter contre la maladie et aboutir à la santé.