



# TUTORAT UE 7 2014-2015 – SHS

## CORRECTION Séance n°10 – Semaine du 13/04/2015

### *Des maladies aiguës aux maladies chroniques – Vivre avec sa maladie chronique – Soigner et Éduquer.*

Professeurs Visier, Fabre & Moutot – M. Léger

#### QCM n°1 : A, B

- A. **Vrai.** C'est un désordre en tout point de l'organisation sociale, il y a un avant et un après.
- B. **Vrai.**
- C. Faux. Les lazarets sont des lieux où se regroupent les personnes atteintes de la lèpre, un lieu d'exclusion. Tandis que les sanatoriums sont des lieux de vie regroupant les personnes souffrant de la tuberculose.
- D. Faux. Ce ne sont pas les lieux qui sont touchés par la tuberculose, mais l'individu : on parle d'individualisation du mal.
- E. Faux. Fin du 19<sup>ème</sup> - début 20<sup>ème</sup>, avec l'épidémiologie on se rend compte que cette maladie touche d'avantage le milieu ouvrier.

#### QCM n°2 : E

- A. Faux. C'est la médecine expérimentale de C. Bernard qui est une forme de lien entre la recherche biologique et l'activité médicale.
- B. Faux. La 2<sup>ème</sup> révolution médicale permet une identification des agents pathogènes de quasiment toutes les maladies, mais on ne sait pas forcément encore les traiter.
- C. Faux. Pas seulement, elle est d'abord une définition sociale.
- D. Faux. Cet avènement des MC est permis par un triple mouvement : l'évolution des savoirs médicaux entre dans la « sphère » de l'évolution des modes de vie.
- E. **Vrai.** Ils renvoient à un niveau de protection sociale, à une couverture à 100%.

#### QCM n°3 : B, C

- A. Faux. Elle nécessite toujours une action (invariant culturel).
- B. **Vrai.**
- C. **Vrai.**
- D. Faux. Ce n'est pas une spécialité française, c'est le cas de tous les pays.
- E. Faux. L'éducation thérapeutique peut être réalisée par n'importe quelle personne dispensant un soin.

#### QCM n°4 : A, C, D, E

- A. **Vrai.**
- B. Faux. Le modèle de Parsons n'a pas complètement disparu, on peut dire que le modèle des MC l'a étendu.
- C. **Vrai.**
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai.**

**QCM n°5 : B, D**

- A. Faux. On ne pourra jamais le comprendre totalement.
- B. **Vrai.**
- C. Faux. Le taux d'observance n'est que de 50%.
- D. **Vrai.** On préférera le terme d'alliance thérapeutique à celui d'éducation.
- E. Faux. L'information est centrée sur le contenu. Le conseil est centré sur celui qui délivre. L'éducation est centrée sur la personne.

**QCM n°6 : B, E**

- A. Faux. Il existe le principe de réciprocité qui considère l'autre comme quelqu'un de digne d'abord d'être considéré comme pouvant et devant mener sa vie comme il l'entend et qu'il faut aider dans cette perspective.
- B. **Vrai.**
- C. Faux. On propose au patient !
- D. Faux. Pas forcément dans un programme éducatif, il s'agit de n'importe quel acte d'éducation.
- E. **Vrai.**

**QCM n°7 : F**

- A. Faux. La 1<sup>ère</sup> étape est le bilan éducatif partagé afin de comprendre les attentes du patient.
- B. Faux. Il ne faut pas oublier l'entourage.
- C. Faux. On ne peut pas répondre à tout.
- D. Faux. Ce n'est pas une fin, on peut prévoir un autre. C'est un nouveau départ.
- E. Faux. Une formation est indispensable.

**QCM n°8 : A, C, D**

- A. **Vrai.**
- B. Faux. Même si le patient connaît relativement bien sa maladie, le savoir médical n'en est pas dominé pour autant.
- C. **Vrai.** Même si le terme « éduquer » est fort, les 2 protagonistes ont leur expérience propre et leur vécu personnels : ils se complètent.
- D. **Vrai.**
- E. Faux. On est ici le plus souvent dans le cadre d'une relation pluridisciplinaire.

**QCM n°9 : A, C**

- A. **Vrai.**
- B. Faux. C'est la prise du traitement et les effets secondaires qui vont avec qui rappellent au patient sa maladie.
- C. **Vrai.**
- D. Faux. L'activité technique de soin permet bien de réduire l'impact de la maladie, mais le travail du patient ne se résume pas à ça. Le travail du patient correspond à la gestion des incertitudes, au maintien des liens sociaux... en somme à tout l'aspect social qui touche le patient et que celui-ci doit gérer pour pouvoir retrouver ses liens sociaux normaux.
- E. Faux. Il est fondamental. C'est un travail nécessaire qui doit être pris en compte dans la collaboration avec les équipes soignantes et qui va donc influencer la trajectoire de la maladie.

**QCM n°10 : A, B, E**

- A. **Vrai.**
- B. **Vrai.**
- C. Faux. Elle dépend aussi largement de la manière dont le patient va la recevoir. C'est-à-dire son moral, son caractère, son passif... tout ce qui compose l'individu va intervenir dans le mode de réception de l'annonce.
- D. Faux. Une annonce mal faite n'incite pas la personne malade à entrer dans le processus de soin. De même, le patient n'est pas obligé de se soigner, il en va de sa propre volonté et de sa propre normativité. Même une annonce bien faite.
- E. **Vrai.** Le patient va s'attacher à ce qui lui importe vraiment. Après introspection il va se rendre compte de ce qui a de l'importance pour lui et ainsi modifier son mode de vie.

**QCM n°11 : A, B, D, E**

- A. **Vrai.**
- B. **Vrai.**
- C. Faux. Organisation empowered.
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai.**

**QCM n°12 : B, C, D**

- A. Faux. C'est le droit DE la santé qui est un droit mixte, le droit À la santé est un droit subjectif.
- B. **Vrai.**
- C. **Vrai.** On peut citer aussi le droit à la dignité, le droit au respect du corps humain, et le droit au respect de la vie privée.
- D. **Vrai.** Tous les professionnels de santé sauf les pharmaciens peuvent recourir à la clause de conscience.
- E. Faux. Le contrat synallagmatique (arrêt Mercier 36) n'entre en vigueur que dans le domaine privé de la santé (clinique, cabinet...).

**QCM n°13 : A, C**

- A. **Vrai.**
- B. Faux. Il s'agit du rôle consultatif. Le rôle juridictionnel concerne le pouvoir de sanction des fautes professionnelles.
- C. **Vrai.**
- D. Faux. Il s'agit des conseils départementaux.
- E. Faux. Seul le conseil national possède ce pouvoir de sanction.

**QCM n°14 : C, D**

- A. Faux. Il ne faut pas confondre dipsomanie et potomanie.
- B. Faux. Ergophobie.
- C. **Vrai.**
- D. **Vrai.**
- E. Faux. C'est l'inverse.

**La place du médecin à l'ère des maladies chroniques.**

**Enjeux :**

- **Montrer pourquoi, socialement, on doit s'intéresser à la place du médecin. En quoi a-t-elle socialement évolué et comment ?**
- **Montrer que la chronicisation des maladies a induit une symétrie, une égalité de la relation de soins jusqu'à une possible forme d'inversion du modèle. Comprendre pourquoi la place du médecin peut être remise en cause.**
- **Montrer quel est le rôle du médecin aujourd'hui.**
  - Prévention / Accompagnement.

-----

- **Montrer pourquoi, socialement, on doit s'intéresser à la place du médecin. En quoi a-t-elle socialement évolué et comment ?**

D'après Parsons, le médecin est le garant du savoir médical et est la personne légitime pour soigner la personne malade. Le médecin existe par son rôle de «soignant». C'est la notion de fonctionnalisme, c'est-à-dire qu'il doit permettre aux individus de recouvrer leur «bonne» santé, afin qu'ils puissent alors retrouver leur rôles sociaux normaux, pour le bon développement de la société.

Le soignant n'existe que parce qu'un être lui demande de l'aide, lui demande du soin. Ce soin donné est la réponse à une souffrance. La relation de soin, relation si particulière, qui se crée entre le médecin et le patient, est, selon T. Parsons, par essence, asymétrique puisqu'elle résulte d'un appel à

l'aide d'une personne vulnérable. Le médecin a donc logiquement l'ascendant sur elle. Par cet ascendant qui est pris par le médecin, automatiquement, l'autonomie de la personne malade est très réduite. Il peut alors rapidement se créer des tensions entre le soignant et le soigné par la mise en confrontation des normes de chacun. Le médecin a à charge de contrôler la maladie, il doit tout faire pour que son patient aille mieux, c'est une obligation morale attachée à sa profession, mais qu'on retrouve érigé en droit par l'arrêt Mercier qui en 1936 reconnaît la responsabilité des médicale. Le médecin agit au service de l'intérêt médical.

Dans le contexte d'une prédominance des maladies aiguës au XXème siècle et d'une progression rapide de la technique médicale et des traitements, le médecin était vu comme un personnage public important qui inspirait le respect. Il y avait un certain prestige autour de la profession médicale, étant considéré comme seule autorité compétente pour juger, nommer et traiter la maladie (Freidson).

- **Montrer que la chronicisation des maladies a induit une symétrie, une égalité de la relation de soins jusqu'à une possible forme d'inversion du modèle. Comprendre pourquoi la place du médecin peut être remise en cause.**

À l'ère des maladies chroniques, on ne peut plus penser la relation médecin-malade sur un mode uniquement paternaliste, avec asymétrie du pouvoir. Aujourd'hui le patient s'informe (MedLine, internet, associations...) et connaît sa maladie. Les responsabilités sont partagées entre le médecin et le patient, on est dans une relation négociée où chacun essaie de faire valoir ses normes, le médecin entre bienfaisance et justice (il faut penser solidaire et faire comprendre la prescription d'un soin plutôt qu'un autre pour raisons économiques, c'est l'exemple des génériques), et le patient entre volonté du meilleur, volonté d'aller mieux le plus rapidement, et volonté de vivre normalement avec sa maladie.

Aujourd'hui, les responsabilités sont aussi partagées par les autres professionnels de santé, avec qui le patient a de plus en plus d'interactions, mais aussi avec les organismes de santé tels que la sécurité sociale ou les mutuelles, ces dernières prenant de plus en plus de place ; jusqu'à une salarisation des médecins tel que c'est le cas aux États-Unis ? Dans ce cas là on aurait une perte totale d'autonomie. Autonomie qui est une caractéristique majeure de l'exercice médical. Le médecin a la liberté de prescription de soins, il a aussi la liberté de choix de ses patients. Il est fondamental qu'il y ait un choix réciproque du médecin et du malade pour que la relation de soin puisse se façonner le plus naturellement possible, et non artificiellement, comme il serait le cas si le patient était obligé d'aller voir un médecin et un médecin obligé de recevoir un patient.

Les impératifs économiques peuvent aujourd'hui modifier la place du médecin. Sous certains aspects, avec l'hypertechinisation de la pratique médicale, on peut le voir comme un technicien de santé où son rôle ne serait plus que de pratiquer le *cure*. Il existe aujourd'hui des situations où les patients passent en soin (chirurgie...) les uns à la suite des autres, tout cela dans un schéma d'industrialisation afin d'être le plus rentable possible. Or, un soin limité par son aspect technique est un soin partiel, qui ne satisfait ni le patient ni le médecin, c'est la théorie du *care*.

Toujours dans l'aspect économique, l'autonomie du médecin se limite peut à peu, sa liberté de prescription est insidieusement contrôlée et réduite. On pense réduction des déficits, on pense réduction des dépenses et donc on encourage (incite fortement) les médecins à prescrire en suivant les RMO, c'est-à-dire que si le médecin veut continuer à être conventionné, et à être rémunéré, il doit prescrire selon une liste établie.

On pense de nos jours la médecine comme devant être la plus efficace possible, on promeut un exercice de la médecine selon les dernières données de la science. En cela, dans le cadre d'une volonté de donner à tout individu une égalité de qualité des soins, les professionnels de santé ont l'obligation de se former continuellement (DPC, instauré par la loi HPST de 2009), ainsi l'expérience clinique n'est plus seule juge, on pratique des soins prouvés comme étant les meilleurs d'après des critères de bénéfices/risques, mais aussi de bénéfice supplémentaire apporté/coût. On pratique avec l'EBM, médecine fondée sur les preuves. Le risque de l'EBM est de faire perdre une certaine autonomie et implication du médecin dans le sens où tout lui est dicté, et qu'il n'a plus qu'à appliquer ce qui lui est commandé.

De plus, son savoir universel, base objective justifiant la place du médecin comme autorité compétente, est devenu insuffisant. À l'ère des maladies chroniques, il n'est plus le seul garant du soin, il n'est pas non plus le seul sachant. La pluridisciplinarité et la place centrale du patient dans le système de soin font que le médecin doit partager l'information. L'information doit être donnée au patient de manière claire, loyale, et appropriée, afin qu'il puisse prendre toutes les décisions concernant sa santé en toute connaissance. Ce n'est alors plus le médecin qui a l'ascendant sur la maladie du patient, mais le patient lui même. Il est maître de son individualité et en fonction de ses

normes et des recommandations des professionnels de santé auxquels il est confronté, il prendra ses propres décisions. La trop pleine autonomie du médecin au temps des maladies aiguës s'est peu à peu transférée vers le patient. Le patient est aujourd'hui de plus en plus informé, internet et les associations de malades ont permis la démocratisation du savoir médical, qui rentre aujourd'hui parfois en conflit avec le médecin. Le patient se prévalant d'une autonomie, et d'une liberté pouvant aller jusqu'à la licence dans le cadre de sa propre santé.

Jusqu'à quel point ? Le patient est aujourd'hui susceptible de dominer le médecin, prenant trop d'ascendant sur lui parce qu'il affirme son autonomie pleine, entière sur les décisions le concernant. On est face à une réelle dévalorisation de la profession médicale.

- **Montrer quel est le rôle du médecin aujourd'hui.**  
- **Prévention / Accompagnement.**

De nos jours le rôle du médecin, dans le cadre des maladies chroniques, diffère petit à petit de la simple prescription et la réalisation d'actes de soins. Il est appelé à promouvoir la santé, et à pratiquer des actions de prévention auprès de ses patients. Il agit en synergie avec la Santé Publique (vaccination, prévention primaire ; réadaptation, prévention tertiaire...) afin de protéger les populations du développement de maladies dont la prévalence est réductible par des actions de préventions et de pédagogie. Du fait de sa proximité avec la population, il est plus à même de délivrer des messages de prévention adaptés à son «public», en cela il permet de réduire les inégalités de perception des campagnes de prévention. Le médecin participe aussi à l'élaboration des politiques de Santé Publique par sa présence à la CNS, où l'avis des usagers du système de santé et les professionnels de santé sont écoutés.

Les attributions du médecin aujourd'hui ne sont plus forcément de guérir un patient, mais surtout de l'aider à améliorer sa qualité de vie. Cet objectif est avant tout un objectif du patient, qui sait qu'il ne pourra pas guérir, mais veut vivre en ne pensant plus sa maladie. Pour cela, le médecin aide le patient à mieux connaître sa maladie, il lui en donne les clés de sa gestion, il l'aide à mieux la contrôler pour que celui-ci puisse gérer sa vie en occultant sa maladie. C'est l'ETP, ou alliance thérapeutique. Cette alliance thérapeutique est fortement corrélée à la confiance partagée avec son médecin. Pour que cette confiance naisse, il est impératif que le médecin considère son patient comme son égal, qu'il l'écoute, qu'il prenne en compte ses souffrances, en somme il faut qu'il vive avec empathie la maladie de son patient.

Avec les progrès de la médecine, on arrive à maintenir de plus en plus longtemps les patients en vie, tout en nécessitant un accompagnement. Face à la situation de fin de vie, le médecin peut continuer de soigner son patient par des soins palliatifs visant à réduire les douleurs physiques, l'inconfort et la souffrance psychique. Néanmoins, dans le contexte actuel, de nombreux dilemmes éthiques se posent: comment concilier bienveillance, non-malfaisance et autonomie du patient qui voudrait mourir?

**Type d'intro :** depuis les années 70-80 il y a toute une multiplicité d'études sociologiques ayant pour objet la place du patient dans le système de soin global, dans l'offre de soin. Tout est fait pour lui et tout passe par lui. Notion totalement renversée par rapport aux idées globales du «statut» du patient au XXème siècle. On dit aujourd'hui que le patient est au centre du système de santé. On dit qu'il est autonome, et tout un chacun revendique cette autonomie, liberté autour du soin. Pour autant la relation de soin s'établit entre 2 êtres physiques qui se font face et qui interagissent, avec chacun ses «éléments» normatifs et ses rôles sociaux. On peut alors se demander comment la profession médicale se trouve aujourd'hui modifiée dans sa pratique et dans sa représentation sociale.

**Plans possibles :**

- I. Évolution et remise en cause.
  - II. Nouveaux aspects de la profession médicale.
- 
- I. Place de la PM dans la prévention
  - II. L'accompagnement et le soin aujourd'hui.