



TUTORAT UE 7 2014-2015 – SHS

CORRECTION Séance n°9 – Semaine du 06/04/2015

La médecine des preuves – Bioéthique – Maladie et dépendance
Professeurs J. Cohen-scali, G. Moutot et L. Webber

QCM n°1 : A, B, D, E

- A. **Vrai.**
- B. **Vrai.** En effet Lind va tester différents traitements sur plusieurs malades, qu'il va séparer en groupe de deux. De cette manière il va mettre en évidence le moyen efficace de prévenir le scorbut (avec les agrumes), sans pour autant identifier la cause et la compréhension de la maladie.
- C. **Faux.** C'est l'inverse, l'expérimentation thérapeutique émerge aux États-Unis, mais le premier vrai ECR (essai contrôlé randomisé) a lieu en Angleterre.
- D. **Vrai.** Les réformateurs mettent en cause le manque de réglementations vis à vis des médicaments et la publicité des industriels.
- E. **Vrai.**

QCM n°2 : A, C, D

- A. **Vrai.** Le regard critique permettrait au soignant de se minimiser son intuition clinique par exemple.
- B. **Faux.** Au contraire les intérêts sont différents.
- C. **Vrai.** En effet les praticiens sont très attachés à leur autonomie.
- D. **Vrai.** Par exemple, l'instauration d'un groupe contrôle, c'est à dire un groupe auquel on ne va pas donner la nouvelle thérapeutique, va mettre en avant la notion de perte de chance.
- E. **Faux.** C'est l'inverse.

QCM n°3 : A, B, C

- A. **Vrai.** Par exemple, Medline est une base de données mondialement utilisée qui compile la majeure partie des articles scientifiques concernant la santé au sens large. Ces articles sont notamment publiés par des revues scientifiques spécialisées.
- B. **Vrai.**
- C. **Vrai.**
- D. **Faux.** La recherche documentaire est non intuitive, elle fait appel à un langage spécifique obéissant au principe du mot-clé.
- E. **Faux.** Plusieurs inconvénients sont relevés. En effet les patients inclus dans les essais cliniques sont souvent éloignés des patients rencontrés en pratique courante (ils ont moins de comorbidités par exemple).

QCM n°4 : B, C, E

- A. **Faux.** Dans la première étape de la démarche EBM, on passe d'une situation particulière concernant un patient à une question clinique de portée plus générale. Cette étape suppose que tout problème rencontré dans la pratique est formulable en un énoncé clinique.
- B. **Vrai.**
- C. **Vrai.** Les deux autres composantes sont : les préférences du patient et les données scientifiques.
- D. **Faux.** Les trois composantes de la démarche EBM sont impondérables, on ne peut donc pas les hiérarchiser.
- E. **Vrai.** Ceci est dû à la difficulté de concilier mes données de la science avec les connaissances du médecin et la demande du patient.

QCM n°5 : B, C

- A. Faux. Ce n'est pas hiérarchisé, l'éthique est une réflexion sur la morale. Ces deux notions sont évolutives.
- B. **Vrai.**
- C. **Vrai.**
- D. Faux. Il n'y a pas de nécessité naturelle dans la morale, c'est une nécessité sociale.
- E. Faux. Il y a des non-concordances entre les règles juridiques édictées par l'Etat et la morale. En effet, il faut bien faire la distinction entre permis (morale) et licite (droit), et entre défendu (morale) et illicite (droit). Exemple : avant la Loi Veil, l'avortement était considéré comme hors la loi mais cela ne veut pas pour autant dire que cet acte est immoral, et inversement.

QCM n°6 : E

- A. Faux. L'acte, ici le soin, est bienfaisant si il est perçu comme tel par celui auquel cet acte est adressé. (ref. vision subjective de la santé, Canguilhem)
- B. Faux. L'éthique médiane n'existe pas ! L'autre aspect de l'éthique abordé dans le cours est l'éthique de la discussion.
- C. Faux. C'est le principe de non-malfaisance.
- D. Faux. L'éthique de la discussion c'est reconnaître que le fait même de discuter présente une dimension éthique car la discussion permet la réflexion. Donc ce n'est pas forcément le contenu mais le fait de discuter qui est éthique.
- E. **Vrai.** D'où sa présence dans le code de déontologie : le Droit s'inspire de l'éthique.

QCM n°7 : B, C, D, E

- A. Faux. Il n'y a pas d'objectif de contrôle dans l'éthique. Il s'agit de guider l'acte ou la décision.
- B. **Vrai.** La relation relève du CURE (action technique du professionnel) et du CARE (prise de conscience de l'individu comme sujet). La relation fait exister les individus qu'elle met en présence.
- C. **Vrai.** L'éthique appliquée se voit comme la morale professionnelle.
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai.**

QCM n°8 : E

- A. Faux. Au contraire, il faut de l'empathie afin de pouvoir comprendre le patient, mieux être à l'écoute de ses souffrances pour une meilleure prise en charge et une meilleure relation de confiance. Mais il ne faut pas tomber dans la compassion !
- B. Faux. La déontologie médicale peut être pensée par l'éthique médicale et inversement.
- C. Faux. Les BPC s'appliquent à l'ensemble des recherches biomédicales portant sur les médicaments à usage humain. L'éthique clinique c'est non seulement prescrire mais aussi être présent pour assurer la continuité des soins.
- D. Faux. Ce n'est pas un but mais un risque.
- E. **Vrai.**

QCM n°9 : B, C, E

- A. Faux. C'est l'inverse. Les personnes dépendantes ont plus de difficultés que les plus jeunes pour se mobiliser. Parfois, leur entourage se mobilise, mais cela reste beaucoup plus rare que dans le cas des personnes handicapées.
- B. **Vrai.**
- C. **Vrai.** Cela concernait les mutilés de guerre. Ce fut aussi le cas après la guerre de Sécession aux États-Unis. Plus tard, le mouvement ouvrier fut aussi concerné par ces politiques, du fait des accidents de travail.
- D. Faux. Tous les vieux ne sont pas dépendants, au même titre que tous les dépendants ne sont pas vieux. (exemple d'une personne handicapée jeune qui ne pourrait pas vivre seule en toute autonomie)
- E. **Vrai.** Cela pose d'ailleurs problème, car ça crée des inégalités (entre un homme de 58 ans qui aura un AVC et un autre de 62 à qui il arriverait le même accident, la prise en charge sera différente)

QCM n°10: B, C, E

- A. Faux. L'ALD concerne uniquement les frais médicaux. C'est financé par la sécu.
- B. **Vrai.** C'est la partie hébergement qui pose problème.
- C. **Vrai.** En retour les Conseils Généraux peuvent récupérer l'aide sociale sur la succession.
- D. Faux. Elle ne concerne ni l'un ni l'autre. Depuis la loi de 1975, on considère que l'aide aux pers handicapées relève de la solidarité nationale et pas de la famille. Elle ne s'applique pas non plus aux prestations de dépendance depuis 2002.
- E. **Vrai.** ASH=Aide Sociale au Logement. Mais la question de savoir qui va payer les frais. d'hébergement des personnes âgées se pose encore dans notre société (certains remettent en question de l'exclusion de l'APA de la récupération sur succession).

QCM n°11 : A, D, E

- A. **Vrai.** Les aides à domicile n'ont pas d'autorité médicale déléguée, ce qui les délégitime.
- B. Faux. Ce sont les conseils généraux (impôts locaux) et le CNSA.
- C. Faux. Les associations et entreprises privées fournissant cette aide connaissent de fortes restrictions budgétaires. De ce fait, on observe une constante pression à la baisse des salaires des travailleurs de 1ère ligne ainsi qu'une organisation industrielle du travail.
- D. **Vrai.** On ponctionne plus aux personnes aisées descendantes personnes pauvres qu'aux personnes aisées descendantes de personnes riches (car leur parents auront plus ou moins les moyens de financer leur hébergement tous seuls.). Il s'agit d'un impôt supplémentaire pour ceux qui s'en sont mieux sortis que leurs parents dans la vie.
- E. **Vrai.** Il s'agit des membres de la famille se voyant attribuer un revenu pour l'aide qu'ils apportent à leur parent. Mais il y a une forte résistance idéologique à cette aide, du fait du devoir moral que se reconnaissent les familles d'aider leur proche. Ils pensent faillir à ce devoir s'ils acceptent d'être payés pour l'aide qu'ils apportent (d'où la définition d' « aidant naturel »).

QCM n°12 : C

- A. Faux. Une cryptophtalmie est une malformation avec absence de paupières.
- B. Faux. C'est la définition d'un bactéricide.
- C. **Vrai.**
- D. Faux. Un symptôme est une manifestation subjective d'une maladie.
- E. Faux. Une coxodynie est une douleur localisée au niveau de la hanche.

QCM n°13 : F

- A. Faux. Relative à la fin de vie.
- B. Faux. Relative entre autre aux droits des patients.
- C. Faux. Loi de Santé publique de 2004.
- D. Faux. Loi relative aux principes éthiques notamment dans la recherche et les dons d'organes.
- E. Faux. Loi HPST de 2009.
- F. **Vrai.**

Le soin comme enjeux politiques et éthiques.

Le but de cette correction atypique est de vous donner les points qui sont à discuter dans la rédaction avec les notions à aborder. Toutes ne feront pas forcément parties de votre copie, mais vous avez ici, une liste non exhaustive des enjeux du sujet et des notions à discuter. Elles sont développées à l'extrême pour que vous puissiez les comprendre.

Les enjeux éthiques seront soulignés.

Enjeux du sujet :

- **Montrer pourquoi les politiques attachent une importance au soin, et quels enjeux éthiques on en ressort.**
- **Montrer comment les politiques organisent le soin et les enjeux éthiques que cela pose.**
- **Montrer l'évolution de l'organisation de ces politiques et les enjeux éthiques soulevés :**
 - **Notamment par la chronicisation du modèle des maladies.**
 - **Par l'influence des usagers du système de soin → Importance de la démocratie sanitaire.**
- **Montrer que le soin dans la relation médecin/malade a lui aussi été impacté par cette nouvelle distribution des enjeux éthiques et politiques.**

-
- **Montrer pourquoi les politiques attachent une importance au soin, et quels enjeux éthiques on en ressort :**

Une population en bonne santé est une population productive → le but des politiques est d'avoir une population en bonne santé.

Or, la santé est un bien premier, qui fait l'objet de clés de répartitions → Que doit-on égaliser ? → Ceci renvoie au principe de Beauchamps et Childress de justice qui correspond à répartition égalitaire de la santé/ des soins → organisation d'un système de santé.

→ Exemple : le système Beveridgien qui égalise les résultats, c'est un système utilitariste qui cherche à obtenir un niveau de santé bon pour la population générale → On investit dans les maladies qui touchent le plus de personnes productives dans la société → Qu'en est-il pour les individus qui ne sont plus productifs (retraités) ou ceux qui ont atteints de maladies rares ?

→ Enjeux éthiques : Privilégier le collectif ou l'individuel ? → Hybridation du système avec mise en place de mutuelles (tend vers le modèle libéral).

- **Montrer comment les politiques organisent le soin et du coup les enjeux éthiques que cela pose :**

L'organisation des politiques dépend des époques :

- Lorsque la médecine était inefficace → hygiénisme, c'était le seul moyen de lutte efficace pour la santé des populations.
- Lorsque la médecine devient efficace (mi-XXe) → perte de cette politique de sanitarisation → on soigne avec les traitements disponibles → (Impact dans la relation de soin cf.après) → On maîtrise les maladies dites "aigües" → en revanche on fait émerger des maladies qu'on n'arrive plus à guérir (Maladies chroniques) → ce qui va de nouveau changer l'organisation politique → Comment ?

→ Historiquement, avec la chronicisation de certaines maladies grâce à l'avancée des traitements les personnes malades ont eu besoin de faire reconsidérer leur place dans la société (notamment les personnes atteintes du VIH) → les associations, dans une démarche d'empowerment constitutionnel, ont demandé plus d'autonomie pour le patient atteint de maladie chronique.

→ l'État considère cette demande, ce sont les prémices de la démocratie sanitaire, et donne des droits (loi Kouchner : droits de la personne malade), mais en contre partie, des devoirs avec la retour à la sanitarisation des politiques de santé → repose sur de la prévention qui est amplificatrice d'inégalités → les conditions sociales des individus composant notre société sont différentes et de base, inégalitaires → c'est pourquoi notre système de santé n'est pas apte à lutter totalement contre ces inégalités de santé

→ On a donc besoin d'adapter nos messages de préventions en tenant compte des déterminants de santé avec la promotion de la santé afin de maximiser son efficacité bien qu'avec cette démarche, les progrès restent limités.

(Enjeux supplémentaire qui vient d'être démontré : l'influence des usagers du système de soin sur les politiques de santé et apparition du concept de démocratie sanitaire)

→ On responsabilise donc la population → chacun doit gérer son propre état de santé (vision canguilhemienne de définition de ses propres normes)

→ Enjeux éthiques : Peut-on imposer des normes collectives aux populations quand on sait que chacun doit définir ses propres normes)

→ Risque de culpabilisation de la personne quand celle-ci tombe malade.

→ Il se pose la question de la prise en charge des soins → Notamment dans le système de santé français avec la sécurité sociale qui fonctionne sur la solidarité. → La société peut-elle se permettre de solvabiliser les soins d'un patient lorsque celui ci prend des risques vis à vis de sa santé en sachant que quoi qu'il en soit, ses soins seront remboursés (aléa moral) ? → De plus, le contexte actuel du trou de la sécurité sociale met en exergue ce problème → Il s'agit là d'un problème de répartition du soin → principe de justice.

- **Montrer que le soin dans la relation médecin/malade a lui aussi été impacté par cette nouvelle distribution des enjeux éthiques et politiques.**

Dans le cadre de maladie aiguës, la maladie peut-être considérée comme une déviance sociale → le patient perd ses rôles sociaux → le médecin est le contrôleur social de la maladie et doit aider le patient à réintégrer son rôle social (le travail) afin que la société puisse continuer à fonctionner → Théorie fonctionnaliste de T.Parsons → Primauté pour la société par rapport à l'individu.

→ Cette idée est inscrite dans la Loi, le patient a le devoir de faire en sorte d'aller mieux → il peut se poser alors le problème du respect de l'autonomie du patient et du choix de ses propre normes.

Or, l'émergence du modèle chronique à modifier cette relation de soin → On passe d'un modèle paternaliste sous forme de colloque singulier à un modèle plus rééquilibré qui laisse place à l'autonomie du patient. → Le médecin doit prendre en compte la subjectivité de la personne malade (établissement d'une relation de confiance) mais aussi de son entourage. " Il est impossible d'annuler dans l'objectivité du savoir médical, la subjectivité de l'expérience vécue du malade" Canguilhem.

→ Si les médecins ont le monopole de la décision dans le soin, on réduit la pratique médicale à l'expérience du soignant qui ne peut pas toujours fonctionner dans le cadre des maladie chroniques qui touchent souvent plusieurs spécialités médicales → pluridisciplinarité pour un soin plus global, donc moins violent → Cette notion de soin et de pluridisciplinarité est au niveau des politiques de santé est retrouvée dans l'ETP (éducation thérapeutique personnalisée) → Importance de la coordination des équipes.

De plus, les politiques de santé aujourd'hui, favorisent les soins à domicile → Le soin médicale n'est pas seulement l'affaire des médecins, mais également celle des accompagnants qui souvent sont des aidants naturels (membre d'une famille) → pour favoriser la participation des familles, l'état met en place des rémunérations.

→ Enjeux éthiques : Doit-on rémunérer un membre de la famille du patient pour s'occuper de lui ? N'y a-t-il pas des risques d'abus ? Les accompagnants sont-ils aptes à s'occuper de leur « parent » dans la majeure partie de leur temps ? Cela ne nuirait-il pas à l'autonomie de l'accompagnant ?

Dans la relation de soin médecin/malade, il y a une confrontation entre deux subjectivités : Celle du patient avec sa demande et ses attentes et celle du médecin avec son savoir et les données scientifiques qui évoluent et auxquelles il doit se référer. Ces 3 composantes sont la base de l'EBM (médecine des preuves qui est le gold standard édicté par les politiques de santé).

→ Dès lors, il est important pour le praticien de les prendre en compte de manière équilibrée et adaptée au cas clinique. S'il s'avère qu'il minimise la demande de son patient et ses attentes, on

entre dans un soin qui peut être violent (Pirncipe de bienfaisance) de même pour les deux autres composantes.

→ On risque alors de perdre la relation et son intersubjectivité, et d'évoluer dans un rapport de domination où le patient n'aurait plus son mot à dire → Ce qui va à l'encontre du principe du respect de l'autonomie de Beauchamps et Chlidress, notamment dans le cadre des maladies chroniques.

Il existe également la problématique de la « fin de vie » évoquée par la Loi Léonetti de 2005 → cette problématique repose essentiellement sur les cas particuliers des patients non autonomes dont les directives anticipées ne sont plus valables et dont les personnes de confiance et la famille sont en désaccord → (cf. Vincent Lambert et le conflit familial dans la fin de vie) → le médecin peut alors se confronter à la demande d'euthanasie du patient par la famille, alors que celle-ci est interdite et considérée comme un meurtre et non comme un soin → le soin réside en une assistance, or « assister c'est donner des forces à quelqu'un et pas lui en enlever ».

Type d'intro :

Le « vivre ensemble » est le fondement de notre société démocratique. Il se tient dans un équilibre fragile qui doit prendre en compte l'ensemble des individus (qu'ils soient malades ou non) et leur subjectivité. En ce sens, les décisions médicales liées au patient et les politiques de santé liées aux acteurs du système de santé sont parties prenantes d'une tension entre la subjectivité individuelle et le bien être de la société. Cette tension fait ressortir des enjeux éthiques qui seront la finalité des prises de décisions. En quoi le soin repose sur une tension perpétuelle entre enjeux éthiques, individus et population ? Nous verrons dans un premier temps, une vision descendante avec les politiques de santé au soin des populations, dans un second temps la vision ascendante avec les acteurs du système de santé au service d'une démocratie sanitaire et enfin nous verrons l'impact de cette démocratie sanitaire au niveau de la relation de soin.

Plans possibles :

I- Dans le cadre des maladies aiguës II- Dans le cadre des maladies chroniques

I- Une vision descendante avec les politiques de santé au soin des populations

II- La vision ascendante avec les acteurs du système de santé au service d'une démocratie sanitaire
III- Impact de cette démocratie sanitaire au niveau de la relation de soin.

I- Impact sur la collectivité II- Impact sur le collectif