



# TUTORAT UE 7 2014-2015 – SHS

## SUJETS D'ENTRAÎNEMENT - Correction

### Sujet 1

**Intro :** La maladie et la santé sont des invariants culturels de sens. La maladie n'est jamais laissée au hasard, ce qui en fait un invariant culturel d'action.

En quoi les représentations de la société à une époque donnée nous permettent de mieux comprendre les actions que cette même société a portées sur la maladie et sur la santé à durant cette période ? (Annonce de plan, cf titres des parties)

#### **I) Des représentations aux actions sous l'ère de la maladie aiguë**

Irrationalité = peur => bouc-émissaires (ex : lèpre et fléau divin durant le M-Â)

Rationalité = explication naturelle (Hippocrate, clinique)

Découvertes médicales pendant la renaissance) En fonction des époques Représentation Ind/Collective de la santé et de la maladie qui génère des actions reliées à ces Représentations = > avènement de l'Hygiène (dernier tiers 19eS)

Révolution PASTEUR permet l'autonomisation du biologique + Révolution antibio

=>médecine curative efficace => avènement du CURE.

PARSONS (1950) théorie fonctionnaliste. Maladie = déviance sociale (représentation) => médecin contrôleur sociale de la maladie (action) (ex : exerce son rôle de médecin en incitant le patient à adopter son rôle de malade).

Patient OBJET de soins (Réification) => rend possible une relation paternaliste du médecin avec le malade.

FREIDSON (1970) : Médecin = créateur sociale de la maladie (de par son statut de professionnel). Crée le SICKNESS et engendre des actions grâce à ce pouvoir social (arrêt de travail, prise de ttt) = Caractère (PERFORMATIF ?) de l'action du médecin.

Norme sociale = la maladie et la société s'organise pour lutter contre la maladie.

HÔPITAL : -tradi = hospitalité, expiation des pêchés => prise en charge des INDIGENTS par des religieux (CARE+++)

- professionnel = clinique, internat, essor du CURE => Prise en charge des MALADES par les médecins omnipotents.

On passe du l'hospitalité à l'assistance publique. Pour prendre en charge des malades, il faut une protection sociale. Aussi, la santé est vue comme un bien premier

à la charge de l'Etat. Santé = droit constit. Implique représentation de la JUSTICE (éthique) dans la répartition des soins. => Systèmes de santé. En France = BISMARCKIEN => Création de la SECU en 1945.

**TRANSITION** : Efficacité de la médecine curative dont la mise en place concrète est rendue possible par la solvabilisation du risque => essor des maladies chroniques.

## II) Des représentations aux actions sous l'ère de la maladie chronique

Rq : il s'agit d'un modèle global. Les maladies aiguës, les représentations et les actions qui y sont associés n'ont pas complètement disparues !

MA = Parenthèse / MC = Rupture

Donc évolutions dans la façon de voir la maladie et la santé qui entraîne des évolutions dans les comportements qui y sont liés.

Si on vit avec la maladie, on devient un spécialiste de sa propre maladie (=Maladie Métier, représentations profanes = HERZLICH). Action : ETP

A partir de là, on pense l'Autonomie de la personne malade. (I K 2002 : consentement, arrêt des ttt).

Patient = SUJET de soins (ex fin de vie, I Leonetti 2005 => directives anticipées) et c'est la maladie qui est vue comme OBJET de soins (connaissances augmentent, hypertechnicité dans l'hô contemporain (Debré 1958)). ACTEUR de ses soins => Démocratie Sanitaire (Action : patients dans les CA des hôpitaux, charte du patient hospitalisé)

MC => polypathologies. (complications secondaires, augmentations de l'espérance de vie) => Nécessité de la Pluridisciplinarité (maisons de santé, loi HPST, RCP...)

Santé équilibre (Hippocrate + représentations profanes, HERZLICH) => Idéal de santé (déf OMS, 1946). Aussi, définition extensive de la maladie : traitement du DISEASE, de l'ILLNESS (Normativité, Canguilhem => action = EMPOWERMENT) et le SICKNESS (ex ; plan cancer 2014-2019 et renforcement de l'accès aux assurances et aux prêts bancaires).

Puisqu'on ne sort pas d'une MC (+ problème de l'aléa moral et du remboursement des soins), On n'agit plus seulement contre la maladie mais aussi POUR LA SANTE. => Retour à une vision collective de la maladie et de la santé. = Santé Publique

Actions : prévention (I SP 2004), promotion.

### Ouvertures :

- Les représentations n'évoluent pas de façon continue, de même que les actions qui y sont liés. (SIDA irrationalité = peur et donc recherche de bouc-émissaires)

- La nouvelle norme sociale = la santé. Prendre en charge sa santé est devenu une question morale et on va de plus en plus vers la salutogenèse en établissant des normes et des actions de santé collectives. Attention à ne pas trop rentrer en conflit avec la norme individuelle dans un contexte d'autonomie et donc de responsabilisation de plus en plus forte de l'individu => Stigmatisation, culpabilisation possibles.

## Sujet 2

### **Étude du sujet mot par mot**

La normativité :

- Caractère de ce qui est normal.
- capacité de tous les individus vivants à hiérarchiser comme des valeurs leurs relations au milieu, autrement dit les normes de vie. Faire l'expérience de sa propre vie.
- l'individu est normatif en tant qu'il s'adapte, certes, mais seulement dans la mesure où son adaptation est viable pour lui
- Qui fixe, prescrit une norme, émet des jugements de valeur. La morale est normative.
- Le langage traduit une normativité.
- Puissance normative selon Canguilhem. La maladie n'est pas l'absence de norme mais plutôt la naissance de nouvelles normes. Dynamique créatrice possible en santé.
- pour la maladie la normativité de l'individu correspond à l'expérience que celui-ci fait de sa maladie, comment il l'accepte, comment il l'a tolère.

Les normes :

- milieu humain produit par des normes que les hommes ont inventées.
- les normes vitales humaines ne sont pas des faits de nature, elles sont toujours déterminées culturellement.
- tendance de la médecine à oublier la relativité des normes sociales (psychiatrie)
- confusion entre la normalité humaine et la généralité.

dangereuse

- Prise de risque >> vouloir coller à la norme.
- exclusion sociale
- limites
- conflit individuel/collectif
- stigmatisation
- culpabilisation
- normes collectives contraignantes
- l'individu >> autonomie dans l'établissement de ses propres normes >> idée de responsabilisation.

### **INTRODUCTION :**

- i. La santé étant un idéal, la société cherche à établir des normes et règles pour l'encadrer.
- ii. De nos jours, les sociétés tendent à s'organiser autour d'un idéal de santé comme si cette dernière était la nouvelle norme de soin. Étant l'affaire de tous, la santé est donc encadrée par des normes et des règles.

## **Problématique(s)**

- i. On peut se demander quel est l'impact d'une norme collective sur la subjectivité de l'individu ?
- ii. Comment nos sociétés d'aujourd'hui qui édifient des normes sociales en santé se confrontent aux écarts que l'individu fait à la norme ?

### **I )- La société est créatrice de pathologies**

- Avant tout la société crée des normes.
- Santé Publique : indicateurs>> déterminants>> permettent de mettre en évidence les problèmes de santé, les comportements.
- On définit des priorités et on agit de manière populationnelle
- Manger 5 fruit et légumes par jour PNNS.
- Définition de l'OMS >> santé équilibre.
- Santé vue comme une utopie. santé = presque équivalente à réussite sociale.
- pb des inégalités de santé.
- pb de définition de la maladie toujours plus extensives
- les états de santé deviennent pathologiques du point de vue sociale.
- cadre généraux qui ne s'adapte à l'individu.
- les normes s'imposent à l'individu, prise de risque (ex : anorexie)
- culpabilisation/ stigmatisation.
- sickness : la reconnaissance du handicap peut être un facteur d'exclusion sociale.

### **II )- La normativité : une solution qui a ses limites.**

- problème des normes collectives qui vont à l'encontre de la subjectivité individuelle
- Quid de l'autonomie de chacun>> pour s'affirmer en tant que sujet face à ces normes : adaptabilité de l'individu. >> plus d'autonomie accordée >> aléas moral de l'individu>> pb de la responsabilisation des états de santé jugés pathologiques. ex anorexie/obèse/fumeur >> trop d'autonomie et trop d'adaptation.
- Prise en compte des données de la science (EBM).
- Processus de soin difficile car il faut tenir compte de la subjectivité du patient et du savoir du praticien, mais peut on considérer que le patient est apte à prendre des bonnes décisions? (celles ci dépendent de son milieu)
- Ce besoin d'adaptabilité est différent en fonction du milieu socio-professionnel.

## **Sujet 3**

**Intro** : Mondialisation + essor des médias -> de + en + dans une société normée, influences multiples

### **Problématiques:**

- En quoi les nouveaux enjeux de santé conditionnent-ils les normes actuelles et les représentations collectives de la maladie ?

- Comment le changement des enjeux actuel ont modifié la façon de définir ce qui est la norme et quels problèmes au niveau de l'action sur les maladies cela entraîne t'il ?

### Idées de plan :

- 1 : collectif et représentations sociales 2 : adaptation individuelle
- 1: du point de vue du cure 2 : du point de vue du care

La définition de la maladie **englobe de plus en plus de pathologies**, comme par exemple la définition récente des différentes maladies mentales (dépression, aliénation mentale ou même encore le "burn out"). Ces nouvelles définitions peuvent entraîner des reconnaissances sociales (sickness) par les "arrêts de travail" pouvant entraîner un aléa moral, permis par la création de la sécurité sociale en 1945. De plus on fait maintenant une distinction économique et temporelle entre les maladies "classiques" et les maladies reconnues administrativement comme **affections longue durée** (ALD) qui sont prises en charge à 100 % par la sécurité sociale.

Les maladies chroniques sont des **poly pathologies** de plus en plus compliquées qui nécessitent une prise en charge **pluridisciplinaire** avec des décisions prises par le médecin suite aux réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP). Ces maladies sont souvent présente de façon définitive, et présente **une nouvelle dimension psychologique**. Les patients sont souvent déprimés et on remarque une inobservance marquée des traitements. **L'ETP (Éducation thérapeutique du patient)** permet un **accompagnement moral** et patient de pouvoir échanger sur son traitement et sa maladie.

Notion de "rémission" après un cancer. Biologiquement on est considéré comme guérit (disease) mais au niveau du illness on est en rémission (peur de récurrence plus probable dans les 5 ans après éradication du 1er cancer -> métastases + temps de resocialisation) -> "rien ne sera jamais plus comme avant". Prévention 3e et accès aux prêts bancaires pour permettre une réinsertion sociale

La notion de maladie dépend donc de notre perception personnelle, de nos antécédents et de notre environnement. Canguilhem : puissance normative, lien avec Montaigne et démocratie sanitaire : patient acteur -> HPST (ETP), CNS, Kouchner (au choix) Basculement récent des rôles auparavant normés : médecin et malade moins dans relation de type paternaliste

Après l'ère des maladies chroniques -> Lutte pour la santé

Aujourd'hui, la norme est définie de façon collective, grâce à des statistiques avec des indicateurs et des déterminants : on cherche à induire des normes ou à évaluer

l'efficacité de celles déjà fixées -> lien Bernard

Médecine préventive pensée de façon collective dans un premier temps : perte de la puissance normative des individus quant à leur propre santé. -> lien avec médecine prédictive pensée plus individuellement ?

Les normes concernent le sickness (déviances sociales, opposants politiques, malades mentaux) et le disease (USA avec 50% de malades) mais influe aussi sur l'illness (individu avec des actes et pensées socialement marqués) Banalisation des maladies infectieuses avec notamment la prévention primaire (vaccination de masse) -> normes co s'imposant à l'individu (il est désormais reconnu comme autoriser par la loi d'obliger à la vaccination (cf infos) )

Selon la **théorie de l'étiquetage de Freidson**, les pathologies sont créées de façon sociale (sickness) suite à l'annonce de la maladie par le médecin. Aujourd'hui, des campagnes de dépistage collectives sont mises en place et on observe donc une augmentation de l'incidence de certaines maladies. Mais on ne diagnostique pas celles qui sont trop rares (orphelines..) on pense donc les pathologies de façon collective / conséquentialiste : pas de prise en compte individuelle.

Cependant le dépistage respecte les principes éthiques puisqu'il n'est pas proposé pour les maladies que l'on ne sait pas soigner, prenant ainsi en compte l'impact psychologique d'une annonce de maladie.

Définition de l'OMS : "la santé consiste en un bien être physique, mental et social, ne consistant pas uniquement en l'absence de maladie". Définition positive et extensive de la santé.

Objectif : la santé pour tous en l'an 2000

Modèle Bismarkien : demande induite de soins. Questionnement de la solidarité verticale : La santé comme nouvelle norme sociale Cela entraîne -> culpabilisation des individus -> déviants + stigmatisation

Si les messages de prévention tente de généraliser des normes de santé au sein du territoire, ces informations ne sont pas perçues de la même façon en fonction de l'éducation et l'environnement de la personne. Si les **deux paradoxes français** mettent en évidence une **inégalité territoriale d'accès au soin**, parmi les principales **causes de mortalité évitables**, celles liées au système de soin ne représente que 20-25% des causes. C'est la notion "d'effet quartier" (la probabilité de mourir augmente de 82% après 15 minutes de RER B), c'est à dire de l'**environnement social qui conditionne notre perception de la norme de santé**.

2eme temps : promotion de la santé et empowerment

**Idée d'ouverture** : la volonté de tout normer comme la fin de vie qui pourtant apparaît comme vécue de manière très individuelle etc (entrave à l'autonomie voir euthanasie et risque de malfaisance)

## Sujet 4

Depuis que l'Homme est doué de capacités de réflexion sur lui-même et son environnement, il s'est toujours occupé de la perturbation de son équilibre d'essence. Il ne s'est toujours que très peu préoccupé de son état en "bonne santé" et comment le préserver. Depuis le XIXe et la nouvelle ère de l'hygiénisme, on se rend compte qu'on peut agir sur sa santé et l'améliorer, la préserver, l'allonger.

**À l'heure des maladies chroniques et de la définition extensive de la maladie, comment sont aujourd'hui considérées santé et prévention ?**

### **I- Organisation nationale de la santé et de la prévention autour des questions de maladies chroniques**

- Commencer par le contexte : sociétés développées : augmentation prévalence des MC. Hôpital et progrès de la médecine -> toujours plus de moyens pour le ttt des maladies, coût exorbitant de la médecine ("big medicine"), défaut de solvabilisation ?
- C'est pourquoi la prévention devient essentielle...
- Organisation à l'échelle nationale, objectif d'une santé pour tous avec un système de "pédagogie" de préservation de la santé. Lois Kouchner et HPST qui placent la prévention dans une position majeure au sein du système de soins  
exemple : l'INPES et les campagnes de prévention, nécessitant une adaptation du discours afin de ne pas augmenter encore plus les ISS.
- Le système de santé français fonctionne sur un système de cotisation, mettant en jeu une solidarité collective, justement permettant de prévoir les risques (limites : diminution de la tolérance de la maladie, prise de risques irréfléchis, aléa moral,...). Si ce système est défaillant, le système d'alerte le sera aussi. Lien entre les institutions de SP (GROG), et développement des réseaux sociaux dans ce système d'alerte.
- Les MC sont par définition des maladies inguérissables, se tourner vers la prévention est un enjeu majeur : il faut un travail en amont, avant d'être malade, en diminuant les facteurs de risques. Développement de la statistique permettant de faire ressortir des indicateurs définissant des déterminants, sur lesquels on peut agir.
- Concernant les déterminants liés aux conditions de vies, faire preuve d'adaptabilité, changer ses normes pour qu'elles soient à la fois dans notre intérêt mais aussi dans celui de la société (arrêter de fumer pour éviter d'avoir un cancer mais aussi pour éviter d'en coller un à notre entourage avec le tabagisme passif).

## **II-Perception individuelle et normativité de la santé et de la prévention.**

- Bien que la prévention soit organisée de manière nationale et ayant vocation à être égalitaire sur le territoire, il y a des disparités au niveau individuel du fait des inégalités sociales qui existent entre les individus.
- Chacun intègre (ou non) les notions de prévention selon ses caractéristiques sociales (éducation, environnement social -> banlieues / quartiers résidentiels), mais aussi selon sa normativité de santé et ses propres attentes, mais la manière aussi dont il mène sa vie et ses propres envies.
- La normativité de santé implique que chacun pose ses propres critères. C'est qu'il se détache des notions communes et qu'il est à la recherche de son propre équilibre. C'est la vision profane de la santé, mais c'est aussi celle que développait Hippocrate.
- Equilibre qu'il doit être adapter suivant son état de santé.
- Le patient doit cumuler les rôles sociaux, pour continuer à vivre avec sa maladie une vie relativement normale. C'est le concept du malade en bonne santé, et pour conserver tous les aspects de sa vie normale il doit s'enquérir de méthodes de préservation de sa santé en connaissant sa maladie, en prévenant les symptômes aigus, en observant ses traitements. Pour aider la personne malade à maîtriser sa maladie et à se "re-connaître", il est mis en place une ETP, cadrée législativement, et qui est sous la responsabilité d'une équipe pluridisciplinaire au sein de l'hôpital intégrant ainsi la totalité du parcours de soin du patient. Tout cela est réalisé de manière personnalisée afin de coller au mieux au profil de chaque individu; et lui permettre de prévoir certaines complications de sa maladie, de manière autonome.

Du fait que le patient devienne contrôleur de sa maladie, il lui est nécessaire de développer de nouvelles capacités dans son nouvel état. Avec l'empowerment, les professionnels de santé donnent les clés aux malades afin d'acquérir une certaine qualité de vie tout en favorisant leur autonomie, il doit se donner les moyens d'apprendre à vivre avec sa maladie en cherchant ses propres normes de son propre chef.



## I) Préserver la santé

- Les médias (presse, télévision, internet...) => rôle ++ dans les campagnes, msg de prévention : manger/bouger, 5 fruits et légumes par jour... => l'Etat et les médias acteurs de santé plus que jamais.
- Quelle place du médecin dans la prévention I de nos jours ? Clairement relégué au second plan derrière les médias, comment peut-il préserver la qualité de la relation de soin ?
- Le dépistage national avec les mammographies (mammobile)
- Campagnes sensibilisation comportements dangereux (sécurité routière) => diminuer la mortalité évitable #loiSPde2004
- Les réseaux sociaux pour relever des fonds pour la recherche -> Movember et son site Internet. → Renforcement de la démocratie sanitaire, aujourd'hui possibilité de se faire entendre ++ à travers les assos de malades, les représentants mais également les moyens de communication.
- Limites possibles la stigmatisation, sentiment d'oppression pour ceux qui ne se conforment pas à l'idéal de santé collectif ; les campagnes sont tellement omniprésentes qu'on baigne dedans quotidiennement => mal-être, exclusion.
- Technologie aussi sources de problèmes de santé : optique et informatique (écrans d'ordinateur qui causent des problèmes de vue par ex).

## II) Irruption de la maladie

- Dossier médical informatique (mise à jour de ce dossier dans projet de loi santé 2015) => favorise interprofessionnalité, meilleure communications des infos de santé => ATTENTION, limites : infos accessible à tous, possibles dérives, tout le monde peut accéder aux infos de santé (piratage possible), qui doit le gérer ?
- Big medicine => dépenses ++ dans la santé, la recherche, la machinerie..
- Limites : 50% des dépenses de santé en France dans les 3 dernières années de vie
- EBM (Medline) pour une meilleure qualité de soins, une continuité des soins... Risque : perte de la subjectivité dans la relation médecin malade, si on ne se base que sur les bases de données => art médical = adapter les données de la science aux préférences du patient et à sa subjectivité.
- Hypertechnicisation de l'hôpital (hôpital centré autour du plateau technique) => attention réification de l'individu ! Malgré pronation ++ de droits de la personne malade, enjeux économiques ++ qui peuvent amener à réifier les malades (T2A, GHM...)
- Médecine 2.0 : nouvelle source d'information qui présentent ses limites : automédication !!
- Télémédecine pour un meilleur accès aux soins, mais difficulté d'une bonne relation de soin.

## III) Retrouver la santé

- Rééducation : centres de rééducation avec des machines.
- Soulager le handicap avec les prothèses par ex → un jour l'impression 3D ?
- Développement des soins à domicile et du confort avec les lits médicalisés, tjs pour renforcer le bien-être et l'autonomie de l'individu qui vit chez lui.
- Les services téléphoniques d'aide et d'écoute pour apprendre à vivre avec sa maladie.
- Les personnes diabétiques qui se gèrent chez eux avec leur dextro portatif pour la glycémie => programme Sophia avec les SMS => autonomie, responsabilisation (dangereux)

se?).

→ Limites : perte centralité clinique, rôle du médecin qui s'estompe peu à peu dans la relation de soin => contradiction avec son rôle d'accompagnateur dans l'ETP ?

→ Limites : cadre de la fin de vie, technologie qui peut maintenir en vie (respirateurs artificiels, alimentation sous perf..) → limites de maintenir en vie au nom de la bienfaisance => "La technologie ne doit pas devenir un substitut à l'humain, si elle peut maintenir le corps en vie, elle n'est pas garante du maintien de l'esprit." [Thomas Sanchez, philosophe du XXIème siècle] => risque d'acharnement thérapeutique, quelle place pour la dignité de l'individu mourant ?

## **Sujet 6**

### **intro :**

La santé n'a pas de prix mais elle a un coût. Depuis l'implication des politiques sur la santé de leur population, l'aspect financier fut toujours un élément à prendre en considération. En quoi l'aspect économique de la santé influence-t-il la prise en charge des individus ? Nous verrons dans un premier temps la prise en charge de la maladie puis celle des personnes en « santé ».

### **Prise en charge de la maladie**

- mise en place d'un système de santé
- notion d'accès au soin et justice
  - o libéral : gérer sa santé, problème pour les plus démunis (tentative de limiter le problème d'accès au soin via OBAMACARE)
  - o Bénévidien : point de vue collectif et conséquentialiste de la santé => soigner le plus de monde avec une enveloppe donnée. problème pour ceux qui ont des maladies rares et coûteuses.
  - o Bismarckien : que tout le monde est accès au même soin. Système inflationniste, trou de la sécu.
- mesures préventives
  - o un coût immédiat pour éviter une maladie encore plus coûteuse pour l'état.
    - prévention secondaire : dépistage des cancers à un stade latent.
  - o éviter la PEC d'une maladie à un stade grave suite à un problème d'observance
    - rôle de l'ETP
- coût de l'hôpital
  - o T2A et ses limites
- les aides d'accès au soin
  - o CMU, ACS, AME
  - o contrat praticien territoire
- lois : HPST avec ETP, loi de SP pour lutter contre le paradoxe français défini par OMS

### **Prise en charge de l'individu « non malade »**

- définition de la santé par l'OMS.

- mesures préventives
  - o un coût immédiat pour éviter une maladie encore plus coûteuse pour l'état.
    - prévention primaire : vaccination, PNNS
- l'individu responsable de sa santé
  - o campagne d'éducation de la santé (lavage de mains)
  - o promouvoir la santé de l'individu en lui permettant de vivre dans un environnement plus sain
- normes sociétales pour que l'individu vive avec son état de santé
  - o mise en place de rampe, de place pour les personnes handicapées.
- culpabilisation voire un risque de surcote pour l'individu s'il ne s'adapte pas à la société
  - o enseignant en Allemagne en obésité ou diabétique perd une prime de 500€

## Sujet 7

### **I- D'une autonomie unilatérale à une autonomie de la personne malade**

- Dénis de l'individu/ réification : lexique péjoratif pour identifier les malades.
- Autorité absolue du professionnel de santé : Rôle du médecin (PARSONS) - détenteur du savoir universel
- Autonomie de la profession médicale (Freidson)
- Ère MC è vers un équilibre de l'autorité – vision profane de maladie métier (C. Herzich) met en relation 2 individualités - ETP, gestion de sa maladie
- Autonomie du médecin partagée avec de nombreux professionnels de santé (loi Marisol touraine)
- Place primordiale accordée à l'autonomie de la personne malade (Kouchner) + principe de bioéthique : principe d'autonomie à concilier avec le principe de bienfaisance
- Alliance thérapeutique, choix du médecin par le patient
- Autonomie seulement si c'est ce que veut le patient / risque d'un déni du besoin d'aide du patient. Toujours un accompagnement
- Limites de l'autonomie de la personne malade pour prendre ses propres décisions: inconsciente, maladie psy, impossibilité de s'exprimer > enjeu du choix d'une personne de confiance

### **II- Vers une autonomie de la santé**

- Santé bien premier / droit à la santé = constitutionnel ; OMS : idéal à atteindre
- Victoire du curatif (révolution Pasteur) + système de santé Bismarckien pas adapté à l'ère des MC (Aléa moral)
- Société du risque : responsabilisation des individus en amont du disease / Promotion de la santé - Passe par Prévention
- Apprendre à vivre AVEC sa maladie : responsabilisation des individus en aval du disease è retrouver un équilibre (Canguilhem)

- Responsabilisation vis-à-vis de la collectivité (point de vue éco) Déficit SS à Société (via les professionnels de santé/ campagnes de SP) rend individus + autonomes
- Vaccinations obligatoires (DPT), prévention primaire > limite autonomie de la personne car pas le choix
- Point de vue éthique : Responsabilisation vis-à-vis de sa propre santé (capital santé Claudine Herzlich) + vis-à-vis de celle des autres : éviter propagation des maladies transmissibles (SIDA/grippe...)
- Risque d'une culpabilisation/stigmatisation
- Avec augmentation de l'espérance de vie > vieillissement de la population (conséquence d'une pop en bonne santé) > autonomie des personnes âgées ? conflit entre principe de bienfaisance (milieu protecteur en EPHAD (problème sous-jacent de coût & de nombre de places)) et principe d'autonomie (maintien à domicile)

## **Sujet 8**

CONCEPTS (en théorie)	ACTIONS (en pratique)
<p>&gt;Maladie nouvelle, émergente</p> <p>&gt;Maladie pensée exogène, comme une agression, un fléau, une nouvelle épidémie, sickness, déviance.</p> <p>&gt;Action sur la maladie pensée comme exogène.</p> <p>&gt;Pas de traitements</p> <p>&gt;Annonce d'une maladie grave et incurable</p> <p>&gt; Vivre avec la maladie, maladie métier, qualité de vie, maladie chronique.</p> <p>&gt;Maladie banalisée aujourd'hui car il est possible d'avoir le disease sans le sickness (Leger : malade en bonne santé), ambiguïté entre malade et bien portant, maladie libératrice.</p> <p>&gt;Maladie transmissible</p> <p>&gt;Revendications de droits, et de devoirs</p> <p>&gt;Financement, principe de justice</p> <p>&gt;Patients vieillissent avec le sida, dépendance.</p>	<p>&gt;Nécessité de faire exister la maladie socialement pour prévenir la maladie et financer la recherche, associations de malades, campagnes de pub, santé publique via des plans et programmes.</p> <p>&gt;Stigmatisation, culpabilisation, recherche de boucs émissaires.</p> <p>&gt;Isolement, peur de l'individu séropositif, peur de la transmission.</p> <p>&gt;Existence sociale de la maladie et prévention primaire et secondaire.</p> <p>&gt;Info claire loyale et appropriée, information deshumanisante, rappelle la finitude du corps, « turning point »</p> <p>&gt;Recherche de nouvelles normes, se reconstruire, droit à l'oubli, ETP, prise en charge pluridisciplinaire, ALD (prise en charge à 100%). Emergence de nouvelles professions : ergothérapeutes, aides à domicile ...</p> <p>&gt;Désintérêt pour la prévention, réémergence des MST, ttt post exposition.</p> <p>&gt;Créer le sickness car il faut prévenir son entourage pour limiter les risques de transmission, maladie à déclaration obligatoire.</p> <p>&gt;Démocratie sanitaire, lois : HPST, Kouchner, responsabilisation, autonomie, passage du malade au centre du système de soin.</p> <p>&gt; Assurance maladie, système soin français basé sur un modèle Bismarckien, inflationniste, importance de la prévention.</p> <p>&gt;nouveaux enjeux ?</p>

## Sujet 9

Aujourd'hui on scinde les maladies en 2 catégories : Maladies aiguës (MA) et maladie chronique (MC)

- MA est une déviance sociale qui approche la théorie parsonienne fonctionnaliste et paternaliste. Dans ce cas là le médecin est contrôleur social. Dans ce type de relation on retrouve :
  - o Une asymétrie.
  - o Une autonomie du patient réduite.

Est-ce toujours le cas ? Montrer ce que le passage à l'ère des maladies chroniques a modifié.

- Pour la MC, c'est plus compliqué car :
  - o maladie non guérissable, qui dure, il faut vivre avec. Le médecin ne peut pas tous les jours suivre son patient. Le patient doit être autonome  comment est-il rendu autonome ?
  - o Les politiques de sanitarisation sont accentuées. Il est demandé au médecin d'établir une prise en charge basée sur la responsabilisation du patient. Est-ce réellement appliqué ? Son rôle de contrôleur social est maintenu par sa position en première ligne de la prévention avec ou sans maladie. Il la contrôle en donnant à son patient les moyens de gérer sa maladie  Transposition du contrôle social de la maladie du médecin sur le patient.
- Certaines phases de la MC sont des phases aiguës qui ne peuvent être contrôlée que par le médecin.
- Le patient peut être demandeur d'une relation plus paternaliste et peut réfuter le besoin d'autonomie. Comment se comporte le médecin ? Pluridisciplinarité ?

Montrer les nouveaux rôles du médecin dans l'accompagnant dans le cas de dépendance par exemple.

Montrer les possibles futurs rôles du médecin dans la fin de vie par exemple (question du soin et de l'euthanasie). Ce qui va au delà du contrôle social de la maladie.

- Le médecin est le créateur social, impliquant des représentations et des conséquences sur la vie de son patient. Importance pour lui de gérer cette sphère psycho - social. De réintégrer ou du moins de maintenir les rôles sociaux du patient  Importance de l'ETP.
- Le système de santé donne de nouveaux rôles au médecin qui va au delà du biologique et de la réinsertion social. La relation paternaliste n'est elle pas devenu une relation fraternelle quand on sait que le médecin doit prendre en charge tous les domaines de la vie de son patient ? Est ce possible de maintenir une neutralité affective ?

Axes :

- Autonomie du patient

- Politique de sanitarisation
- Maladie aigue / Maladie chronique
- Nouveaux rôles du médecin.

**Plan possible :**

- I. La maladie chronique : rapport du rôle du médecin avec son patient.
- II. Persistance d'éléments paternalistes.