

CORRECTION :

SUJET 1: Discutez de la centralité du patient dans la relation de soin.

I. Le malade objet de soin :

- Théorie de l'étiquetage (Freidson) : nommer c'est créer.
- Fondement de la relation médecin-malade : colloque singulier
- Modèle paternaliste (Parsons) → relation autoritaire dans laquelle le patient n'a pas d'autonomie, relation d'autorité.
- Neutralité affective du médecin.
- Le médecin détient le savoir universel : relation asymétrique +++
- Spécificité fonctionnelle de la maladie pour le médecin. On ne se focalise que sur la maladie → service de l'intérêt général pour une resocialisation du malade.
- Ces théories s'inscrivent dans le modèle des Maladies aiguës.

II. Le malade sujet de soin :

- Aujourd'hui nous sommes dans l'ère des maladies chroniques : le patient est au centre → devient sujet.
- Loi Kouchner (4 mars 2002) corrobore l'autonomie du patient = l'état prend conscience qu'il faut instaurer des lois parlant de l'autonomie du patient.
- Car une information claire loyale et appropriée est nécessaire à un consentement libre et éclairé.
- Tous les aspects du patient sont pris en compte car il y a une prise en charge pluridisciplinaire.
- ETP → malade acteur, responsable → patient sentinelle
- RCP, associations de malades (SIDA +++), prise en compte de l'entourage.
- Quantité de vie mais surtout qualité de vie → pas d'acharnement thérapeutique (loi Léonetti - 2005)
- « la santé, c'est la capacité de chacun de se créer ses propres normes » (Canguilhem)

III. Un retour au malade objet ?

- Coûts de santé +++ → le curatif est mis de côté au profit du préventif (sanitarisation) → la loi Kouchner met sur le même pied d'égalité le préventif et le curatif.
- L'autonomie du patient peut être remise en question car la santé publique à travers les lois, plans et programmes crée de nouvelles normes collectives. Peut-on alors encore penser sa santé ?
- Déshumanisation sous les progrès de la technique, réification
- Autonome, acteur → responsabilisations → stigmatisation notamment en cas de handicap.
- Faut-il adapter la société à l'individu ou l'individu à la société ?

SUJET 2 : Pourquoi la PEC pluridisciplinaire est-elle nécessaire dans le cadre du cancer ?

PROBLEMATIQUE : En quoi la PEC multidisciplinaire est-elle incontournable dans l'acceptation du cancer et par quels moyens se traduit-elle ?

1) Le cancer : une rupture dans la vie de l'individu

-**Prévention en amont** : cancer=MC donc vivre avec, pour éviter le cancer il faut agir avant : « *Vous, jeune fille, il faudra faire attention.* » → PNNS, prévention en agissant sur déterminants non génétiques (plutôt environnement).

-**Dépistage** : adapté au cas du patient : facteur de risque (predisposition génétique) donc dépistage plus fréquent que la normale.

-**Annnonce** (création sociale=sickness, Freidson) claire loyale et appropriée (code déontologie) débouchant sur relation de confiance (colloque singulier qui devra s'élargir dans le cadre du cancer)

-**Perception du patient** : images épiques (pourquoi moi ?) « *alien* », « *foudre* », disease sans illness « *J'avais beau penser que je n'étais pas malade, je l'étais* » → rejet de la maladie / destructrice. Prise de conscience de la caducité du corps, perte d'identité. Culpabilité : « *J'ai toujours fait extrêmement attention à moi, et là je ne pouvais plus rien faire* ».

-**Acceptation et difficultés** : discordance médecin/malade ex : déterminisme génétique du cancer difficilement accepté par le patient.

2) La PEC pluridisciplinaire : élément essentiel à l'acceptation

-**Justifié par le type de maladie** : maladie systémique (tous les organes + tous les aspects de la vie) : infirmière, psychologue, famille, « *coiffeur* » pas que médecin. Prendre en compte les besoins du patient « *Quand l'oncologue l'a vu, elle a regardé sa secrétaire et m'a immédiatement prescrit une perruque* », différents d'un patient à l'autre et permettre un accompagnement personnalisé qui tient compte de l'environnement de la personne.

-**But** : relation de confiance : cheminement partagé/co-construction (progression dans les deux sens vers l'autonomie Kouchner) aboutissant à l'alliance thérapeutique. Centrer la relation sur le patient dans le but de le rendre autonome et permettre sa réinsertion sociale (Parsons).

-**Enjeux** : *dispositif coordonné d'annonce avec explication du traitement (chimio) en tenant compte de la subjectivité du patient et en prenant en compte ses peurs.

*Le patient suivant le principe d'autonomie peut refuser un traitement, mais le médecin est là pour lui expliquer en l'écoutant.

-**Moyens** : *ETP pour qualité de vie même quand chimio (attention à l'acharnement thérapeutique).

*RCP pour raisonner le choix du médecin mais aussi proposition de nouvelles alternatives et/ou discussion éthique dans le but d'une meilleure solution afin de trouver le traitement qui correspond au mieux au patient.

*associations de malades (porte-parole et soutien moral)

* accès aux prêts bancaires axe du plan cancer/ réinsertion sociale

-**Aboutissement** : maladie libératrice : redéfinir ce qui prime dans la vie de l'individu : « *Ce qui a changé, c'est ma relation à ma famille* ». Redéfinition de ses propres normes (Canguillem)/nouvel équilibre de vie.

-**Limites** : « *J'ai combattu l'ennemi, mais je sais que je ne l'ai pas terrassé.* » : la vie changée, jamais comme avant. Stigmatisation persiste.

+ aborder d'autres axes : économique/ Lois

AXES : -représentations profanes du cancer

-passage de colloque singulier à relation pluridisciplinaire

- parcours, processus vers l'acceptation

-relation encadrée (SP/droit)

SUJET 3 : Entre prévention et relation de soin, quelle place pour le patient/personne malade ?

Avec l'accroissement de l'information sur la maladie, des sites internet relatifs à la médecine (doctissimo par exemple), les individus connaissent de mieux en mieux la maladie. En conséquence, ils réclament toujours plus de droits, d'autonomie quant à leur santé et à la prise en charge de leurs pathologies.

Comment notre système de soins (santé?) évolue vers le concept de «patient au centre»?

Nous étudierons ce concept dans l'approche populationnelle de la santé, puis au sein de la relation médecin malade.

I. Population sujet-> objet : limite prévention « classique » vers la promotion de la santé

Emergence MC -> développement médecine préventive, pensée de manière uniquement collective dans un premier temps.

Mais limites: perte de la puissance normative des individus quant à leur propre santé (Canguilhem) face aux normes de santé imposées. Elle entraîne culpabilisation (ex de la femme enceinte qui fume) et stigmatisation de la part de l'entourage : notion de déviance par rapport à la santé (qui rappelle la déviance Parsonienne liée à la maladie).

Pour y répondre, idée récente: promotion de la santé (processus apportant aux individus et aux communautés la capacité d'accroître leur contrôle sur les déterminants de la santé et donc d'améliorer leur santé)

Politique de SP réalise des campagnes participatives et incitatives ciblées sur l'individu => Conférer les moyens / servir de médiateur/ promouvoir l'idée

Empowerment : Autonomie et responsabilisation depuis la Charte d'Ottawa. Aider la personne malade à avoir une capacité d'action et donc de décision plus grande. Il s'agit d'un système anti-paternaliste. On a même une présence des non professionnels de santé parmi les organes de la santé publique: CNS : concertation, communication et expression des besoins de la population entre acteurs et usagers du système de santé. Ainsi, depuis 1996, les usagers du système de santé sont présents au sein des conseils d'administration des établissements de santé : concept de DEMOCRATIE SANITAIRE

Mais démarche de sanitisation qui passe par la prise en main personnelle de sa propre santé. Ce statut actif de l'individu remet à jour une forme de responsabilité du malade vis à vis de sa maladie. Cela accentue l'isolement de la personne malade, et relance les débats sur le bien fondé du remboursement «aveugle» des frais de prise en charge liés aux aléas moraux.

De plus, le message de la promotion de la santé n'est pas perçu de la même manière selon les catégories socio-professionnelles, ce qui catalyse le gradient social de santé.

=> promotion règle quelques problèmes de l'approche populationnelle de la santé, mais elle reste sur certains sujets davantage un projet qu'une solution concrète.

II. Fin du modèle paternaliste -> co-construction parcours de soin :

Avec modèle aigu: modèle paternaliste, médecin contrôleur (Parsons) et même créateur social de la maladie (selon Friedson). Mais avec les MC, ce modèle vacille: patient expert de sa maladie, concept de maladie métier... Le médecin ne possède plus l'exclusivité du savoir. Et les associations de malades (SIDA notamment) revendiquent de nouvelles libertés individuelles.

->Loi Kouchner (04/03/02) consacre la notion de personne malade, et donne de nouveaux droits aux patients. Par exemple, la création du DMP, consultable à tout moment par le patient, est l'application objective du droit subjectif (?) qu'est le droit à l'information.

L'éducation thérapeutique permet de mettre au point une dynamique de coconstruction, une démarche active conforme aux attentes de la personne malade. Cette éducation est un acte de prévention tertiaire nécessitant une formation continue, objet de la loi HPST de 2009. Cela traduit une volonté d'accompagnement, volonté matérialisée par l'élaboration d'un projet de vie, pour les malades atteints d'Alzheimer par exemple. Le patient devient alors acteur de soin, il passe d'objet à sujet de soin. Un sujet que le médecin doit respecter selon le code de déontologie de sa profession, qui reprend le principe d'autonomie de l'éthique médicale moderne de Beauchamp et Childress.

Dans le même esprit, la loi Léonetti relative à la fin de vie, donne au patient la liberté de refuser un traitement actif tout en étant accompagné des soins palliatifs.

=> La question de la personne devient déterminante en supplantant la question de la maladie

Axes:

- Prévention et promotion : principes et limites
- relation médecin malade: Parsons, Friedson
- éthique : déonto
- droit : loi Kouchner, HPST, Leonetti

SUJET 4 : Santé publique et relation de soin

Pb : En quoi les révolutions de la santé publique font évoluer la relation de soin ?

I/ 1ere révolution : lutter contre les maladies aiguës

- relation médecin-patient un colloque singulier entre 2 personnes dans un rapport déséquilibré, d'un côté le médecin qui possède le savoir et de l'autre le patient qui est vulnérable face à sa maladie.
- Modèle de Parsons : paternalisme, principe de bienveillance, relation déséquilibrée
- importance de l'hygiénisme avec la mise en place de mesures d'hygiène imposées par la société aux individus afin qu'ils soient moins malades. 1878 âge d'or de l'hygiénisme.
- maladie destructrice => la maladie déstabilise la vie du patient, il devient déviant, le médecin selon Parsons doit lutter contre la déviance.
- morale du devoir de Kant => le médecin doit soigner le patient
- médecin : contrôleur social de la maladie Freudson. créateur exclusif de la maladie. Il a la compétence exclusive de la nomination de la maladie (le diagnostic). C'est le seul qui est légitime pour faire cela. Par cette nomination, il fait exister socialement la maladie crée la conception de la maladie pour l'individu (illness) et pour l'Etat (sickness).

TR => limite : rôle du patient réduit à l'obéissance, place centrale de la maladie au lieu du malade

II/ 2^{ème} révolution lutter contre les maladies chroniques

- Définition maladie chronique => plusieurs possibles, difficile à définir
- Aide pour avoir accès au soin long et coûteux (ALD)
- RCP : notion d'équipe de professionnels de santé agissant avec et pour le malade.
- éthique impliquée => le médecin avec son équipe doit porter un avis sur la procédure à suivre dans le processus de soin en fonction de l'état de son patient. Le soin doit être réfléchi et adapté à et avec son patient.
- maladie professionnelle => le malade connaît sa maladie et de ce fait la relation devient moins déséquilibrée, le patient a son mot à dire, il devient autonome (loi mars 2002)
- ETP, prévention 2ndaire et 3^{aire} => afin de détecter au plus tôt la maladie et que le patient apprenne à mieux vivre avec celle-ci, on l'aide à mieux la gérer via l'ETP afin que le patient se crée de nouvelles normes en adéquation avec sa qualité de vie actuelle et ne doit pas chercher à retourner dans les normes qu'il avait avant la maladie.
- principe d'autonomie et de justice => La justice est mise en place afin que tout le monde est un accès égal au soin, et au nom de la justice, le coût doit être évoqué dans le RCP (mais pas devant le patient). L'accès au soin est une des 2 grandes causes de SP de la loi de 2004.

TR => limite : fin de vie d'où la question de lutter pour la santé

III/ 3^{ème} révolution : lutter pour la santé

- définition de la Santé de l'OMS
- normes individuelles de Canguilhem => chaque individu se crée ses propres normes lui permettant de dire « je suis en bonne santé ».
- B & C : principe d'autonomie et justice prépondérants => la personne en plus d'être autonome dans sa maladie, devient autonome dans sa santé c'est à elle de la gérer et le rôle de l'état est de guider l'individu afin qu'il reste en bonne santé.
- promotion, éducation pour la santé et prévention 1^{aire} => vu l'aspect coûteux et les limites de la lutte contre la MC on cherche de nos jours à rester le plus longtemps possible en bonne santé. Ainsi la société a mis en place des campagnes de sensibilisation pour apprendre à vivre sainement (PNNS) mais aussi elle fait des campagnes de vaccination (DTP ...)
- autonomie et responsabilisation de la personne saine => empowerment, l'individu devient acteur de sa propre santé c'est à lui de la gérer.

TR=> limite : norme de l'individu vs société, isolement si non-respect des normes, inégalités sociales de santé qui augmentent. La santé est-elle un droit ou un devoir ?

SUJET 5 : L'histoire du rôle du malade à travers l'évolution du statut des personnes atteintes d'un handicap.

Pour ce sujet l'astuce est partir de l'exemple du handicap => partir du texte (ici il vous permet d'avoir des connaissances non dites en cours) pour ensuite extrapoler à la maladie de manière globale. Il est intéressant d'ailleurs de remarquer que l'histoire du handicap rappelle fortement celle du SIDA => des liens entre les deux sont pertinents !

Concernant la problématique : en gros il faut comprendre que la manière dont on va agir est fortement corrélée à la manière dont on pense la maladie

I/ Avant on pensait la maladie comme un fléau divin collectif => on avait peur => on excluait les malades

II/ Désormais il y a eu un changement de représentations que l'on peut voir par un changement de vocabulaire => l'action change

Problématique :

Comment l'exemple du handicap montre que l'approche anthropologique de la maladie conditionne son action ?

Anthropologique = représentations ; action = action sociale

Dans toutes les cultures il existe un invariant de sens qui conditionne l'action mise en place dans la lutte contre la maladie. Comment l'exemple du handicap montre t il que l'approche anthropologique de la maladie conditionne son action ? Dans un premier temps nous allons étudier que l'exclusion du malade était justifiée par le sentiment de peur que provoquée la maladie. Ensuite, voyons les nouveaux aspects que permette le changement de représentations de la maladie.

I. De « l'infirme »...

- ère des épidémies : maladie = fléau divin collectif => Culpabilité des patients frappés par la maladie (*si je suis malade c'est car j'ai pêché*)
- Handicapés = exclus de la société + stigmatisé (mendiant /prostituées) => Rejet comparable aux Lépreux (mort sociale) justifié par le sentiment de peur => Enfermement comme pour les séropositifs et les sidatoriums
- Care > Cure: Asiles où le soin est donné par les religieux justifié par un respect du principe de bienfaisance (Perte de la clinique instaurée par Hippocrate : absence du médecin)
- Claudine Herzlich : maladie destructrice / déshumanisation du malade (sickness+disease)
- Lumières : handicapé = être humain
- 2nde GM : mutilés de guerre : responsabilité des politiques qui veulent les inclure dans la société.

II. A « la personne en situation de handicap » :

Tout commence par un changement de vocabulaire...

- Importance des associations de malades et « de parents +++ » (représentés de nos jours par la CNS).
⇒ Pour aller vers l'inclusion, on a du changé les représentations pour que les personnes en situation de handicap soient avec les autres
- Droits de la personne malade (Loi du 4 mars 2002 +++ : on parle de « personne malade » => puis de « personne en situation de handicap »)
- Dans le cadre des usagers de drogues, on passe d'une PEC pénale à une PEC médicale
- Retrouver une nouvelle forme de santé malgré la maladie (Canguilhem) → prévention tertiaire : ETP + réinsertion sociale (ex : inclusion des enfants handicapés dans les écoles « normales »)
- PEC de la maladie est pluridisciplinaire : avec la MC on prend plus en compte la qualité de vie => PEC globale
- Kouchner réaffirme primauté du principe d'Autonomie
 - Handicap psychique : principe d'autonomie /vs/protection de la personne malade et de son entourage/d'autrui

Conclusion :

Il faut cependant rester vigilant car la stigmatisation reste toujours présente. Celle-ci peut par exemple se voir avec le paradoxe concernant le droit des personnes handicapées. Effectivement, il faut reconnaître que ces personnes ne sont pas « normales » afin qu'elles puissent bénéficier de droits...

SUJET 6 : Pourquoi peut on parler de responsabilisation individuelle face à la santé dans notre société actuelle ?

I. De nouvelles normes, de nouveaux cadres de pensée :

- Point de vue endogène
- Santé liée a nos habitudes de vie (déterminants) - Fonds de santé personnel Chacun produit ses propres normes (Canguilhem)

Transition : la société du risque ne veut plus payer pour le comportement de chacun et essaie de responsabiliser les personnes Comment ?

II. Mise en œuvre d'actions sociétales ciblées sur les individus

Prévention (approche populationnelle) - Éducation - Promotion

III. Mais jusqu'à quel point peut on responsabiliser les individus ?

- Culpabilisation des personnes - Stigmatisation - La responsabilisation induit que les personnes puissent se prendre en charge ce qui n'est pas toujours la cas donc certains sont laissés pour compte (inégalités sociales)**Ouverture possible** : Doit on faire primer l'intérêt de la société (niveau économique) sur celui des personnes ?

SUJET 7 : L'apport des techniques pour les acteurs du soin, de l'avènement du curatif à aujourd'hui.

Interprétation du texte:

- Tablettes : hyper technicité, écran technique => quid de la relation interpersonnelle ? + couts des tablettes vs rapidité, gain économique et confort du patient.
- Terme de « **prise en charge** » utilisé par le médecin (disease) : que devient l'accompagnement ?
- Exemple de la télémédecine comme technique
- Question de la pluridisciplinarité abordée : infirmière, expert, médecin
- ARS gère la mise en place
- Rôle des associations pour l'aspect financier
- Le soignant est remis au centre, c'est lui qui est accompagné

Introduction:

Depuis le milieu du XXème siècle, les techniques en médecine ont connu un essor considérable. Elles ont conféré au domaine médical une puissance certaine (curative notamment), mais qui peut aussi se révéler néfaste. On peut alors se demander quels sont les apports bénéfiques et les limites de ces techniques dans le soin. Nous allons voir dans un premier temps la question au sein de l'équipe soignante puis nous aborderons l'apport des techniques pour les soignés.

I. Les soignants

1. Les intérêts :

La complexité des techniques due à l'hyperspécialisation de la médecine impose aujourd'hui une pluridisciplinarité. Cette dernière est aussi nécessaire car la prise en charge des différents aspects de

la maladie chronique dépasse le cadre strictement médical (psychologue, assistance sociale).

L'intérêt des techniques pour la pluridisciplinarité est notamment visible au sein de l'hôpital. Prenons la technique de la transplantation, activité transversale. Il faut dans un premier temps que les équipes coordinatrices communiquent entre elles notamment via la télétransmission, de plus cette technique de pointe nécessite un plateau technique spécifique dans le CHU.

De même l'idée de la loi HPST de fusionner les outils informatiques (DP et DMP) permettrait un gain de temps considérable dans ce cadre notamment. Cette possibilité s'inscrit dans le droit à la continuité des soins.

D'autre part, un outil comme la télémédecine permet de gérer des cas à distance et ainsi d'éviter des hospitalisations coûteuses et inutiles, voir malfaisantes (maladies nosocomiales). Des hospitalisations à domicile peuvent être suivies à distance par l'équipe médicale. Cette technique rentre dans l'idée d'un contrôle des dépenses de santé (répond au déficit de la SECU) dans un système inflationniste qu'est le notre.

En outre la télémédecine serait aussi un moyen juste de lutter contre les inégalités de santé liées au système de soin. En effet elle pallie dans certains cas au manque de médecins dans les déserts médicaux.

Transition: on se rend compte que chacun des apports est critiquable.

2. Les limites

- Le coût des nouvelles technologies : "tjs plus" où finalement *l'investissement, donc l'obligation de moyens* devient démesurée. (*big medicine*).+ inégalités d'accès aux technologies: géographiques + économiques (exemple : centres n'ayant pas d'imageries comme l'IRM)
- En fin de vie : Hypertechnicité dépassant le but final qu'est le soin et le respect de la dignité : obstination déraisonnable (suppléance vitale plus nuisible que bénéfique condamnée par la loi Léonetti) et question de la qualité de vie ? Dans certains pays on donne même la possibilité à certaines personnes en fin de vie de se donner la mort (aide au suicide).
- Solution de facilité car on oublie la clinique (Hippocrate) et le patient dans sa complexité. On dérive vers un écran technique détournant les soignants de leur but final: le soin. *La réflexion éthique doit permettre de remettre la technique à sa juste place.*

II. Les soignés

1. Apports:

* Augmentation de l'espérance de vie notamment Technique bio (ex : ATB, dev de la chir) et sociale (hygiénisme) → banalisation des maladies infectieuses. Ce mouvement a permis de faire émerger socialement les maladies chroniques. Celles ci touchent tous les domaines de la vie et laissent des séquelles. Donc on doit développer de nouvelles techniques de soin pour assurer une qualité de vie et retrouver un nouvel équilibre aux côtés de la maladie.

Pour cela, l'**ETP** pour la personne malade permet de garantir l'autonomie lorsqu'elle est bien menée par les équipes formées : apprentissage, compréhension et échange entre les personnes malades sur l'utilisation de techniques (tel que le dextro). Cependant on se doit aussi de former l'aidant naturel (entourage) dans le but de l'accompagner au mieux même en dehors du domaine médical.

La maladie chronique étant une maladie complexe s'inscrit dans un cadre de société du risque qui intègre la statistique comme technique (EBM). On cherche aujourd'hui à prévenir les risques, en mettant au mm niveau curatif + preventif (loi kouchner)

2. Les limites : puissance diagnostique => plus en plus de personne malade

Au début de la vie: dépister des maladies graves et incurables avec le DPI et DPN=> eugénisme de retour? Exemple du choix de la couleur des yeux aux USA. Question éthique: Le fœtus est-il un sujet autonome?

Dans le parcours de soin :

- utilisation à outrance du dépistage => stigmatisation et création de la maladie (Freidson) qui peut aboutir à une destruction du malade sans bénéfice.
- Campagnes de promotion de la santé via les médias qui responsabilisent voire culpabilisent le patient. Normes personnelles (Canguilhem)?
- Limite pour la psyché du patient face à un écran technique (tablette électronique dans le texte), qui n'est pas le soignant. Quid de la relation de confiance médecin/malade? Risque d'oublier la globalité du patient (sickness et illness) + de réification (=chosification).

SUJET 8 : Le conflit actuel entre l'individuel et le collectif ?

D'un point de vue profane, la maladie est représentée par son rapport entre soi et le monde, en santé on pourra voir exactement la même chose: un rapport entre l'individu et le collectif.

Quels sont les paradoxes et les points communs du combat pour la santé de la collectivité, contre la maladie de l'individu ? En quoi est-ce à l'origine d'un conflit ?

Dans un premier temps nous verrons l'omniprésence de ce conflit dans la santé et maladie; avant de nous intéresser aux actions qui essaient de trouver un équilibre entre les deux.

Partie 1 : L'omniprésence du conflit individuel/collectif :

a) dans la santé :

- OMS définition de la Santé = norme collective (extensive, positive, utopique) **VS** Canguilhem : pouvoir normatif de l'individu (S = norme individuelle, Santé équilibre Hippocrate)
- ⇒ stigmatisation des individus qui ne sont pas dans la norme.
- Actions de santé publique (pour préserver le bien premier) qui alimentent le conflit. Ex : interdiction de fumer dans les lieux publics, vaccination obligatoire (DTP) ou MDO = surveillance de la population, intérêt du collectif privilégié par rapport à l'individu; parfois mal vécu par celui-ci.
- Risque : dérive de l'Hygiénisme => eugénisme / Médecine prédictive = sélection d'individus par rapport à une norme collective.

b) dans la maladie :

- Maladie considérée comme déviance (PARSONS) par rapport à la norme de Santé (arrêt de travail). La société prend en charge le malade afin de limiter cette déviance :

Par l'intermédiaire du médecin qui va se retrouver face à ce conflit ce qui limite parfois son autonomie:

- limitation économique de la liberté de prescription du médecin (RMO) au profit du collectif. (p de justice de Beauchamps et Childress).
- Conflit Justice Autonomie : RCP (décision médicale autour d'une réflexion collégiale) : coût des soins pour la société par rapport au bénéfice pour le patient.
- Conflit Autonomie Bienfaisance. Conflit entre autonomie (= norme de la personne) bienfaisance (norme de la collectivité). Ex: individu dépendant : Alzeihmer (autonomie ou protection de cette personne).

Par l'intermédiaire du système de soin :

- Le don d'organe : toute personne qui n'a pas fait connaître son opposition à un don d'organes ou de tissus est présumée consentante = exception à l'inviolabilité du corps de l'individu (loi bioéthique 94) pour intérêt thérapeutique de la collectivité

(1 donneur = minimum 10 transplantations)

Partie 2 : Les actions pour un équilibre se heurtent encore à des limites :

a) dans la santé, étant un bien premier, nécessaire à l'exercice de la liberté individuelle :

Les sociétés doivent faire des choix pour trouver cet équilibre :

- En effet les Systèmes de santé = tous basé sur l'équité (P justice) mais différentes clés de répartitions : Bismarckien => privilégie les besoins de l'individu (CMU, AME) / Libéral => privilégie l'égalité des droits (inégalités de santé naturelles pas PEC) laisse de côté l'aspect individuel. De plus, on a le marché comme main invisible avec chacun agissant selon ses droits et au mieux pour son propre intérêt permettant d'agir au mieux pour la collectivité. Mais à quoi sert le droit si on n'a pas les moyens d'agir

pour sa santé ? Beveridgien : utilitarisme = ce qui est bon (moralement) c'est ce qui donne les meilleurs résultats pour le plus grand nombre, donc on délaisse les besoins d'individus (système étatique).

- La promotion de la santé (Empowerment/ INPES) : Les déterminants principaux renvois à la mortalité évitable, possibilité d'action par la Santé publique : donne les moyens aux individus d'agir par eux mêmes sur leur santé mais reste une action collective (creuse des fossés entre les catégories socio-professionnelles de part une capacité d'autonomie différente fonction de la réceptivité au message de prévention).

Ex : Culpabilisation par responsabilisation dans les campagnes de prévention contre cancer

- Le dépistage remet en question l'initiation de la relation de soin par le patient qui se sent hors de ses normes (Canguilhem) au profit de l'intérêt général, pour augmenter la surveillance de la population.

b) dans la maladie :

- Aujourd'hui, fin de la vision de la maladie comme une déviance (modèle aigu) :

Nouvelle norme sociale = La santé dans la maladie (modèle chronique)

- ETP autonomisation du malade dans la gestion de sa maladie (maladie métier) avec remise en question du colloque singulier (PEC pluridisciplinaire), primauté de la qualité de vie (Santé perçue).
- Les Associations de malades du SIDA ont permis aux individus de devenir acteurs de leur santé => prédominance du principe d'autonomie (B&C) : consentement (arrêt Teyssier consacré par la loi Kouchner) obligatoirement requis avec au préalable une information claire loyale et appropriée (devoir juridique et déontologique du médecin)
- Pour gérer le conflit entre la Loi et les cas particuliers, nécessité de l'éthique impliquée plus qu'appliquée.
Ex : Loi Léonetti : autorise le passage aux soins palliatifs (care), après réflexion collégiale (éthique de la discussion) et interdit l'obstination déraisonnable (cure).

SUJET 9 : Entre droits du patient et devoirs du médecin, quelles pistes pour l'autonomie dans la relation de soin ?

1. L'autonomie de nos jours :

- Fin du modèle paternaliste.
- Place du malade redéfinie par la Loi Kouchner.
- Information et consentement (Mercier).
- Alliance thérapeutique et extension pluridisciplinaire.
- Qualité de vie et autonomisation par responsabilisation.
- Choix du patient et du médecin (clause de conscience).

2. Pertes d'autonomie :

- Handicap et dépendance : autonomie financière et tutelle = violence par abus ?
- Autonomie de la famille qui « supporte » la personne dépendante.
- Maltraitance = devoir du médecin et secret professionnel.
- Personne avec problèmes psychiques : quelles limites ?
- Importance de l'éthique pour pallier aux manques de la morale.
- Transplantation d'organes : choix de la famille malgré l'avis du « mort ».
- Loi Huriet encadre essais cliniques pour préserver autonomie du patient.

3. Cas particulier des extrémités de la vie :

- Début de vie : à partir de quand considérer un fœtus comme humain donc autonome ?
- Loi Bioéthique aux limites floues pour adaptation aux cas particuliers pour DPI-DPN.
- Personne de confiance et directives anticipées.
- Tentative de suicide = Non-assistance à personne en danger. Autonomie ?
- RCP pour réflexion collégiale = éthique de la discussion.
- Euthanasie ?

SUJET 10 : Comment, et jusqu'où la santé s'impose-t-elle dans nos sociétés ?

1- La santé comme norme

2- La santé publique comme moyen

3- L'approche populationnelle comme limite

1- La santé comme norme :

Santé : bien premier reconnu par la Loi (constitution) comme droit subjectif => obligation à l'état et plusieurs débiteurs de garantir la meilleure santé possible à sa population => pour se faire décisions

politiques quant au système de santé guidé par les problèmes du coût de la santé (temps des MC : PEC pluridisciplinaire individualisé très coûteuse : KC broncho-pulmonaire) => PREVENIR plus que GUERRIR => retour au premier plan de la santé P qui va imposer comme norme la santé suivant des définitions internationales (OMS).

2- La santé publique comme moyen :

Organisation rationnelle de la santé (donc de la prévention) : surveillance de la population (indicateurs), qui permettent de mettre en évidence des étiologies (déterminants) => étude et hiérarchisation par différents organes (HCSP) des problèmes qui aident l'exécutif (DGS) à prendre des décisions et créer un cadre légal ponctué d'objectifs à atteindre (loi de santé P 2004) => mise en place de plan et programmes (plan cancer) par différentes institutions (INPES) et évaluation de ces actions de nouveau par les indicateurs (INVS).

Le droit est un élément fondamental car il permet de réfléchir sur les objectifs à atteindre (légiférer), de légaliser les actions entreprises (loi de SP 2004), mais ça peut également directement être un moyen d'action (loi sur l'interdiction du fumer dans les lieux publics).

Empowerment grâce à la promotion de la santé (Ottawa 86) => confère la capacité à la population de prendre en charge elle-même leur santé.

3- L'approche populationnelle comme limite :

Rappel historique : hygiène a connu son apogée à la fin du XIX mais elle a disparu à cause de l'avènement de la médecine curative, mais aussi à cause de ses dérives : totalitarisme, eugénisme (poussé à l'extrême avec le 3ème Reich), ou encore penser que la science peut directement émettre des lois et diriger une société.

Ere des maladies chroniques => patient acteur et PEC centré sur le patient => approche populationnelle contradictoire (groupe de patients non individualisés) => plus généralement la santé doit être une norme imposée par l'extérieur à chacun de nous, ou sommes-nous capables de définir nos propres normes, notre propre santé (normativité de Canguilhem) ?

L'utilisation du droit pour émettre obligation, ou interdiction (fumer) => où se trouve l'autonomie de l'individu => contradiction avec l'empowerment.

Responsabilisation grâce à la promotion => Culpabilisation => Stigmatisation

L'approche populationnelle de la santé, nécessaire pour viabiliser la santé est-elle bénéfique pour l'individu ? Pour la société ? À condition qu'elle ne retombe pas dans ses dérives du passé => actuellement crise socio-économique (comme dans les années 30) => crise identitaire et montée des extrêmes (comme dans les années 30) => justification de certaines actions au nom de la science (détection des délinquants à la maternelle) ?

SUJET 11 : La responsabilité : un enjeu pour tous

Intro : La chronicisation des maladies implique une plus grande autonomie de l'individu, autant dans la préservation de sa santé que dans la lutte contre la maladie. Mais cette autonomie implique une certaine part de responsabilité qui n'incombe pas seulement à l'individu. Quel est le rôle des différents acteurs et quels enjeux impliquent-ils ? Nous verrons dans un premier temps la responsabilité de tous pour la santé et dans un second temps celle pour la maladie.

I. Responsabilité pour la santé : ne s'applique pas qu'aux individus

1. Du côté des débiteurs : Etat-Institutions

- Lutte contre la maladie (médicalisation) devient lutte pour la santé (sanitarisation) (Ere des MC)
- Santé = bien premier, constitutionnel = droit à la santé .
- Définition mondiale normée OMS, idéal de santé -> principe de justice donc soumis à des clés de répartitions à la charge de l'Etat = droit de la santé.
- L'Etat met en place des politiques de santé concertées (CNS, HCSP) qui ont cependant, à défaut de les diminuer, tendance à accentuer les inégalités de santé.
- Mis en oeuvre par des institutions : INPES (Education pour la santé : manger 5 fruits et légumes / jour), HAS (organisation du dépistage)

2. A la charge des professionnels de santé

- Incitation à participer au dépistage (cf. texte) et culpabilité si l'obligation de moyen n'est pas

respectée (sanctions judiciaires et dérogation à la Déontologie Médicale)

- Obligation de déclarer certaines maladies : MDO
- Réseaux médecins sentinelles

3. Du point de vue de l'individu

- Empowerment = autonomisation & responsabilisation de l'individu : Autonomie -> Plus grande responsabilité poussant à la culpabilisation. ex : l'individu a un devoir de santé personnel reconnu par la jurisprudence (perte du procès cf. texte)
- Devoir de santé collectif (envers les autres) : Vaccinations obligatoires : DTPolio, loi anti-tabac.

Transition : Selon Canguilhem, "la santé c'est pouvoir être malade et s'en relever" ainsi on ne doit pas seulement se limiter à garder la santé, mais aussi la préserver une fois qu'elle est altérée cependant cela n'est possible qu'avec l'aide de tous les débiteurs.

II. Responsabilité de tous dans la maladie

1. Du côté de l'Etat-Institutions

- Système bismarckien : Privilégie les moyens en fonction des besoins, nécessité d'un 3e acteur : La Sécurité Sociale
- Personnes handicapées : Etat remplit son rôle de responsabilité envers les malades mais en reconnaissant leur droit, il reconnaît leur statut -> Stigmatisation
- Hôpital : Réforme Debré (1958) allie recherche & enseignement dans un même lieu pour efficacité de la clinique = CHU
- Mise en œuvre pour les plus démunis : CMU et AME : insuffisant car médecins refusent parfois la prise en charge des CMU ou secteur 2 -> inégal accès au soin

2. A la charge des professionnels de santé

- Formation continue devient développement professionnel continu depuis loi HPST (2009) -> savoir conforme aux données de la science -> Obligation de moyen (Arrêt Mercier)
- Recommandations de bonnes pratiques cliniques (HAS)
- Obligation d'information claire, loyale et appropriée (loi Kouchner, 2002) dans le but de recueillir le consentement éclairé du patient aboutissant à une relation de confiance (secret professionnel)
- Responsabilité du médecin si violence sur personne mineure et vulnérable : il a le devoir de déroger au secret professionnel (art 226.14) = rôle médico-légal
- Cadrement de la responsabilité : Obstination déraisonnable condamnée par la Loi Léonetti (2005)

3. Du point de vue de l'individu

- Autonome (Loi Kouchner 2002) donc responsable de son état.
- Obligation de vouloir aller mieux (Parsons), de coopérer : aussi à l'hôpital (Charte du patient hospitalisé), de collaborer (ETP : alliance thérapeutique)
- Directives anticipées, personne de confiance = responsabilité qui incombe à l'individu
- Selon Canguilhem, la maladie est une autre allure de la vie ainsi chaque individu doit s'imposer ses propres normes qui peuvent entrer en conflit avec celles pré-édictees par la société et crée donc une culpabilisation de l'individu. Il est déviant aux yeux de TOUS : aussi bien les débiteurs que son entourage : exemple : Le SIDA.

Ouverture : A toujours vouloir plus responsabiliser les individus, on tend vers une culpabilisation telle que l'Etat se pose la question du remboursement de traitements anti-cancer pour les fumeurs. Le concept de société du risque tel qu'on le connaît à l'heure actuelle pourrait connaître des modifications.

SUJET 12 : Dans notre société actuelle, des moyens sont mis en place pour améliorer la santé et réduire les maladies

I. Les politiques de SP : approche populationnelle

- Définition de la santé, idéal moral, bien premier nécessaire à l'exercice des libertés individuelles
- Mondial : OMS, National : InVS, régional : ARS
- Indicateurs (variables statistiques mesurables) —> Déterminants (facteurs qui seuls ou en association tentent d'expliquer l'état de santé des individus)
- Prévention I, II
- Promotion de la santé
- Patient sentinelle
- Plans et programmes
- Loi de SP : paradoxe. Bonne accessibilité globale aux soins MAIS fortes inégalités de santé
- —> « objet de prévention »
- DPI, DPN : loi de Bioéthique, protection de la dignité de l'homme
- Culpabilisation & stigmatisation
- Canguilhem : puissance normativ

II. Le système médical : approche individuelle

- Droit d'accès aux soins : droit fondamental garanti par l'Etat : notion d'égalité
- Accompagnement pluridisciplinaire, RCP, PPS
- En France : système Bismarkien, égalité des moyens, droits social lié au travail, création SS en 45, CMU 2000
- Hôpital contemporain, réforme Debré 1958, CHU : soin recherche enseignement, ordre négocié de Strauss : adaptation
- Médecine triomphante, danger hyper technicité, réification (charte patient hospitalisé 1995)
- Kouchner 2002 : droit des malades et la qualité du système de soin (HPST 2009 : formation continue des professionnels de santé)
- Médicalisation de la société, on est de plus en plus malade (vision extensive de la santé)
- ETP +++ qualité de vie —> risque d'augmenter les inégalités

SUJET 13 : Quels sont, actuellement, les moyens aidant le patient à accepter sa maladie ?

Avec l'émergence des MC, le patient se retrouve confronté à l'obligation d'apprendre à vivre avec sa maladie. Pour cela il va avoir recours à différents systèmes de soutien. Quelles sont les différentes aides mises en place aujourd'hui permettant au patient de gérer cette nouvelle forme de vie ? Nous étudierons successivement en quoi la relation de soin, le système de santé publique et le travail du patient, se constituent comme piliers de l'acceptation.

I. La relation de soin

Emergence MC va nécessiter la création d'une relation de soin sur le long terme, assimilable plus à un accompagnement qu'à une prise en charge. C'est l'annonce de la maladie et les répercussions que celle-ci entraîne sur le patient qui va conditionner une relation de confiance, par une co-construction entre 2 rôles sociaux. Relation cadrée législativement : rassurant pour le patient : contrat synallagmatique (Mercier), ainsi qu'une information claire loyale et appropriée qui permet au patient de se rendre compte qu'il se trouve face à un professionnel de santé bienfaisant. Le médecin étant le créateur social de la maladie mais aussi contrôleur de celle-ci (Freidson) confronte le patient à son état qu'il doit accepter pour avancer. L'une des caractéristiques de la maladie chronique étant qu'elle touche différents aspects du patient qu'ils soient physiques ou psychiques, la pluridisciplinarité des soins s'avère nécessaire aujourd'hui pour que le patient puisse surmonter les atteintes dans leur totalité (chirurgie esthétique, coiffeur, psychologue...). L'individu n'est pas uniquement cadré par une relation de soin, il appartient plus globalement à une collectivité énonçant des normes plus générales, c'est en ce sens que la santé publique va permettre une approche populationnelle.

II. La santé publique

Pour mettre à profit les actions de santé publique, il faut premièrement que le patient accepte l'impossibilité de guérison dans le cadre des maladies chroniques. C'est en ce sens que la promotion de la santé met à profit la prise en charge de la maladie en amont des atteintes de celle-ci. Grâce à notre système de santé Bismarkien qui instaure un système de cotisations, le patient se sent totalement intégré au sein d'une collectivité solidaire. C'est la responsabilisation des citoyens les uns envers les autres et vis à vis de leur propre santé, créée par des slogans, publicités et autres moyens de communications qui permet d'appréhender du mieux possible les risques potentiels et même d'optimiser leur gestion une fois la maladie installée. La prévention tertiaire grâce à l'ETP, ou à d'autres moyens tels que l'empowerment, on vise à améliorer la qualité de vie du patient. Dans une même optique, accepter sa maladie passe par l'acceptation des modifications de sa vie de tous les jours qui en découlent. Ainsi on ne prend plus en référence la vie d'avant, mais des aides à la réinsertion sociale et professionnelle telles qu'il en existe pour le cancer (enquête DREES 2 ans après le cancer) peuvent tout de même nous aider à recouvrer nos rôles initiaux. D'autres aides sont mises en place comme l'ALD permettant le remboursement à 100%, ou des structures aménagées pour les personnes handicapées (rampes d'accès) de ce fait le patient entre dans une nouvelle catégorie sociale, mais cela entraîne un risque de stigmatisation, ce qui explique que toutes les actions autour de l'individu ne suffisent pas en elles-mêmes, et que c'est au patient en travaillant sur lui-même et sur sa maladie que revient la possibilité d'accepter celle-ci.

III. Le travail du patient lui-même

Premier pas vers l'acceptation de la maladie : visite du patient estimant qu'il y a une rupture avec ses normes habituelles chez son médecin. Les représentations sociales de la maladie telles que la peur, l'exogénéité doivent laisser place à la volonté de devenir acteur de sa maladie (maladie métier). C'est en ce sens que le principe éthique d'autonomie selon Beauchamp et Childress prend toute sa valeur. La reconnaissance du statut de « Personne » malade par la loi Kouchner lui donne d'autant plus d'importance. Les patients acceptent plus facilement leur maladie en donnant leur avis concernant le système de soins lors de conférence comme celles de la CNSP et en devenant partie prenante d'associations de malades, car des fois, même guéris ils restent marqués par leur maladie : séquelles physiques et psychiques (ex : cancer). Limite : exacerbation de l'autonomie : au détriment du savoir du médecin (médias, internet, automédication...).

Il reste néanmoins le problème des inégalités sociales expliquant les différences inter et intra-catégorielles vis à vis de notre réceptivité concernant notre état de santé, et les informations auxquelles nous avons accès : Si l'on veut que tout un chacun puisse accepter sa maladie, le système se doit de donner de manière égale des clés d'éducation.

AXES :

- La relation médecin-malade
- gestion/représentation/autonomie vis à vis de la maladie chronique.
- la santé publique

SUJET 14 : Quelle place occupe l'autonomie d'un individu au cours de son parcours de santé ?

I) Avant la maladie :

- autonomie : car santé bien premier
- comportements individuels (alimentation, sport,...)
- restriction de son autonomie : promotion de la santé, prévention, norme de santé, éducation pour la santé culpabilisation, stigmatisation

II) Au cours de la maladie :

- MA : principe de bienfaisance prime sur le principe d'autonomie, relation paternaliste, autonomie quasi inexistante, déviance sociale = impossibilité d'effectuer ses rôles habituels = perte de son autonomie
- MC : principe d'autonomie prime sur le principe de bienfaisance (maladie métier) : relation MM commence par rupture des normes du malade, annonce de maladie adaptée à chaque individu, consentement du patient (loi Kouchner 2002), relation synallagmatique (arrêt Mercier)
- De nos jours : charte du patient hospitalisé 1995, émergence de patients « informés » par autres moyens que médecin (maladie métier) le malade prend de plus en plus d'autonomie de plus en plus critique envers les médecins et la médecine.
- Cependant l'autonomie n'est jamais absolu, elle est relative à partir du moment où le patient initie la relation de soin

III) Après la maladie :

- Guérison : l'individu redevient (+ ou -) autonome financièrement et physiquement, mais toujours maladie dans santé (dans le sens de déf de OMS) : séquelles morales/physiques/sociales restreignant nos capacités d'actions ou les étendant (maladie libératrice)
- Chronicisation : la santé dans la maladie : association de maladies, CNS, ETP mais toujours limité par ttt à prendre à vie Peut-on vraiment parler « d'après-maladie » pour les MC ? (handicap à vie)
- Fin de vie : tentative de préservation de l'autonomie avec directives anticipées, personne de confiance. Mais finalement la primauté du principe d'autonomie est remise en question avec la condamnation de l'obstination déraisonnable et le principe de justice où la décision de passage en soins palliatifs ou d'arrêt de certains soins (ex : nouvelle ligne de chimio) reste médicale.

Autonomie = se fixer ses propres règles, définir ses propres normes de santé (Canguilhem)

SUJET 15 : Différentes facettes de la médecine adaptées aux différentes facettes de l'insuffisance rénale.

La médecine a du et su s'adapter aux différentes époques avec leurs maladies spécifiques. Si notre ère est souvent vue comme celle des maladies chronique, ça ne veut pas dire pour autant que les maladies aiguës ont disparu. C'est le cas de l'insuffisance rénale qui par exemple existe sous forme aiguë mais aussi chronique. Comment le système médical s'adapte t-il aux différents états de la maladie? Nous verrons tout d'abord qu'il reste une prise en charge pour l'insuffisance rénale aiguë (IRA), puis un accompagnement dans l'insuffisance rénale chronique (IRC), et les derniers recours de la médecine dans l'insuffisance rénale terminale (IRT).

I. Une prise en charge pour l'IRA

- Relation médecin-malade qui débute par la plainte, souffrance du patient.
- Le médecin accepte en rendant un diagnostic, tenu à un code de déontologie, secret professionnel, principes d'éthique contrat synallagmatique
- relation paternaliste
- Parsons : la maladie : déviance sociale médecin contrôleur social de la maladie / le patient doit accepter le rôle de malade et tout faire pour se soigner
- pour un égal accès aux soins : au niveau économique : remboursement par la sécurité sociale, CMU / au niveau territorial : HAS/ égalité : RMO

II. Un accompagnement dans l'IRC

- IRC : MC on va devoir apprendre à vivre avec , créer de nouvelles normes

- la relation médecin-malade singulière devient pluridisciplinaire pour un accompagnement complet
- co-construction d'un programme d'ETP (encadré législativement par l'ARS) pour favoriser l'autonomie du patient et une meilleure qualité de vie
- éthique impliquée : intersubjectivité et RCP pour le meilleur choix possible pour le patient en prenant compte des différents arguments et de sa qualité de vie
- mesure de SP pour aider l'accompagnement : une partie de la prévention tertiaire est accomplie par le médecin pour réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie.
- Mais si silencieuse et progressive pourquoi pas dépistage ? (lien avec le texte)

Transition : évolue vers stade terminal

III. Derniers recours face à l'IRT

- jusqu'à la fin le médecin doit conserver la dignité du patient : loi Leonetti et continuer à respecter les principes éthiques de Childress et Beauchamps...
- IRT fin de vie : continuer les soins actifs : suppléance vitale : dialyse problème : coût de santé, qualité de vie du patient, médecine ambulatoire (limite les coûts)
- une des solutions pour une meilleure qualité de vie : don d'organe (anonymat, non patrimonialité...) qui permet d'aboutir à une greffe
 - limite : pas assez de donneurs et listes d'attente on meurt encore IRT

SUJET 16 : Comment le droit et l'éthique s'articulent-ils dans le système de soin ?

I. Avant la maladie :

- Droit à la santé est un droit subjectif concrétisé par le droit objectif car la santé est considérée comme un bien premier, nécessaire à l'autonomie de chacun.
 - SP : la promotion de la santé a pour but de donner de l'autonomie aux personnes, ces actions de SP ont été concrétisées notamment grâce à la loi de SP de 2004.
- => Attention les messages ne sont pas reçus tous de la même façon selon les Classes Socio-Professionnelles, donc on peut accentuer des inégalités => la collectivité doit donc s'investir, au nom du principe de justice.
- Sida : safer sex : promouvoir l'utilisation des préservatifs sans aller à l'encontre de l'autonomie des personnes; Actions qui va au contraire des actions de culpabilisation (4H), et une stigmatisation de la société envers ces catégories de personnes (pratiques à risque et non groupe à risque) => on peut se poser le pb du refus de don de sang pour les personnes homosexuels qui pose des problèmes éthiques.
 - La loi Kouchner on peut se demander si cette loi en mettant au même niveau le préventif et le curatif, ne pose pas de problèmes éthiques : en effet ne perd on pas la centralité du patient en ne plaçant plus la clinique au centre ?
 - Code de déontologie : Les professionnels de santé sont érigés en ordres et ont mis en place un code de déontologie, qui obligent notamment par un principe de justice à traiter chacun de la même manière (principe de justice) => cependant problème éthique avec les médecins qui refusent les patients sous CMU => on tente de répondre à ce problème par des sanctions. Mais également, cette codification ne mènerait elle pas à une déresponsabilisation du médecin, qui peut se cacher derrière des injonctions « le médecin doit... » et donc être dans l'éthique appliquée (cas des médecins nazis).
 - Obligation de formation continue pour répondre à ce principe de justice (mais aussi de bienfaisance) + bonne pratiques destinées aux professionnels de santé mais c'est une obligation de moyens et non de résultats (principe éthique d'obligation d'exercer des soins conformes aux sciences)

- ☐ Médecine prédictive : validée par le droit (lois de bioéthique) mais problème éthique soulevé

II. Pendant la maladie et en fin de vie :

- ☐ Annonce : Info claire loyale appropriée avec autonomie, dispositif d'annonce notamment encadré par la loi Kouchner (2002) qui concrétise un des principes éthiques qui est celui de l'éthique de la discussion, consentement éclairé, jurisprudence (Arrêt Teissier)

- ☐ Durant l'accompagnement :

- secret médical +++, confrontation secret médical et autonomie / respect du patient éthique impliquée,

- sanctions pour les professionnels ne respectant pas ce secret médical (sanctions déontologiques + sanction civiles) (vie privée droit subjectif consacré par le droit objectif)

- ou obligation de dénoncer des situations de violence sur des personnes vulnérables

- s'adapter à la singularité de chaque cas (ETP - programme SP) /\ au phénomène du choix du "bon patient" pour qu'il suive les programmes d'ETP.

- ☐ Clause de conscience : droit pour les médecins de refuser des actes. Peut aller en contradiction avec les droits à chaque personne à la santé : ex : refus d'IVG soulève des problèmes éthiques +++)

- ☐ Handicap : obligation morale et juridique d'aide aux personnes en situation de handicap => soulève des problèmes éthiques ++ (notion d'aidants "naturels" mais est-ce vraiment naturel? -> autonomie de l'entourage?)

- ☐ Transplantation : validé par le droit mais est-ce vraiment éthique ? Liste d'attente, choix des receveurs ☐ rejoint le système Beveridgien

- ☐ Hôpital : charte du patient hospitalisé (respect des droits, croyances des patients) on prend en compte l'autonomie des patients en les intégrant dans les CA des hôpitaux.

- ☐ Système de soins : limite des systèmes de soin

- ☐ En fin de vie : réflexion collégiale, mais la décision médicale (loi Léonetti - 2005) => soulève le problème de l'autonomie du patient, est ce qu'il devrait pouvoir déterminer lui-même le choix de sa fin de vie?

Basée sur le principe de non malfeasance (primum non nocere)

Droit à a continuité des soins (accompagnement vers la fin de vie, pas d'arrêt des soins)

SUJET 17 : Revendication du statut de malade auprès de la société.

I : Dans la relation de soins (oui car le médecin fait partie intégrante de la société : le mot « société » dans le sujet est à différencier de « collectivité, il faut nuancer)

II : Auprès de la collectivité

Axes clés :

- Relation de soins

- Rapport avec la société

- Rapport avec l'entourage (handicap +++)

- (Santé publique)

- SIDA

Notions indispensables :

Partie I :

- Paternalisme VS éducation thérapeutique comment le médecin nous voit-il ?
- Personnes couvertes par la CMU refusées par certains médecins du secteur 2
- Parsons : déviance sociale, l'étiquetage (Freidson) engendre une stigmatisation
- Rapport avec l'entourage : problème des personnes âgées dépendantes reniées par leur propre famille ? (cours sur le handicap) vieillesse = nouvelle forme de déviance ?

Partie II :

- Associations de malades SIDA +++
- Normes imposées par la société (prévention laïque, promotion de la santé) VS normes individuelles (Canguilhem) comment la société nous voit-elle ? Nouvelle forme de déviance sociale
- Epoque des grandes épidémies (stigmatisation forte) / tuberculose = apparition du statut de personne malade / maladie chronique n'est plus une déviance
- Ouverture : nous avons des normes quand on est en bonne santé notre statut de malade nous confère de nouvelles normes que l'on doit aussi revendiquer auprès de la collectivité

Plans que je déconseille (Thibaud) :

- Chronologique (ex : I/temps des maladies aiguës II/temps des maladies chroniques : on risquerait d'avoir un plan déséquilibré)
- Thèse/antithèse (ex : I/vision positive ; II/vision négative).