



TUTORAT UE 7 2015-2016 – SHS

CORRECTION Séance n°11 – Semaine du 11/04/2016

Le soin, Maladie chronique et travail du patient *Des maladies aiguës aux maladies chroniques,* M. Moutot, M. Leger et M. Visier

QCM n°1 : B, C, D, E

- A. Faux. Le geste de porter secours est immémorial et influencé par la culture.
- B. **Vrai.**
- C. **Vrai.**
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai.**

QCM n°2 : A, B, C, E

- A. **Vrai.**
- B. **Vrai.**
- C. **Vrai.**
- D. Faux. La relation de soin est doublement individualisante, elle fait émerger deux figures de subjectivité.
- E. **Vrai.**

QCM n°3 : C, E

- A. Faux. Les soins palliatifs cherchent à amoindrir la souffrance perçue, ainsi la visée étant positive, ils ne sont pas des soins par défaut.
- B. Faux. L'importance est portée sur l'intention et la décision du médecin, comme individualité.
- C. **Vrai.**
- D. Faux. Le compromis proposé reste instable, comme le prouve la définition variable de « phase terminale » selon les pathologies par exemple.
- E. **Vrai.**

QCM n°4 : A, B, D, E

- A. **Vrai.**
- B. **Vrai.** Les évolutions diverses de la maladie chronique sont sources d'incertitudes concernant l'avenir du patient.
- C. Faux. Il peut aussi s'attribuer cette responsabilité.
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai.**

QCM n°5 : A, C, E

- A. **Vrai.**
- B. Faux. Suite à l'annonce d'une maladie chronique, les rapports avec l'environnement deviennent différents. Les patients éprouvent donc le besoin de partager leurs émotions (par le biais des associations de malades par exemple).
- C. **Vrai.** Cette relation doit être prise en considération pour comprendre l'évolution de la maladie et adapter sa prise en charge.

- D. Faux. La recherche d'informations peut aussi s'effectuer dans la presse, sur internet, au sein des associations.
- E. **Vrai.** De nombreux arrêts de traitement ont été observés suite aux effets secondaires.

QCM n°6 : A, C

- A. **Vrai.**
- B. Faux. L'empowerment individuel consiste aussi à être en capacité de prendre des décisions.
- C. **Vrai.**
- D. Faux. Attention à ne pas confondre communauté empowered et organisation empowered.
- E. Faux. De manière globale, l'empowerment prend en compte soi et les autres, elle vise également à améliorer la qualité de vie de la communauté.

QCM n°7 : B, D

- A. Faux. C'est la peste qui figure le mal qui s'abat sur un lieu.
- B. **Vrai.**
- C. Faux. C'est avec la tuberculose qu'on passe d'une pensée collective de la maladie à une pensée individuelle.
- D. **Vrai.**
- E. Faux. La deuxième révolution médicale, qui correspond à la révolution pasteurienne.

QCM n°8 : A, B, D

- A. **Vrai.**
- B. **Vrai.**
- C. Faux. Les trois grandes idées sont : évolution des modes de vie et de savoir, l'élargissement de la définition de maladie et vieillissement de la population
- D. **Vrai.**
- E. Faux. Ils sont 15 millions en France.

QCM n°9 : B, C, E

- A. Faux. Il y a 7.5 millions de personnes bénéficiant des ALD, pour un coût de 84 milliards d'euros.
- B. **Vrai.**
- C. **Vrai.**
- D. Faux. C'est la notion d'accompagnement qui devient primordiale.
- E. **Vrai.** le malade est de plus en plus responsabilisé et il se responsabilise lui-même.

QCM n°10 : A

- A. Faux. Les droits sociaux sont ici rattachés à la citoyenneté.
- B. **Vrai.**
- C. Faux. Le bien-être est une notion sujette à interprétation.
- D. Faux. Ce système est créateur d'inégalités, comme le montre l'exemple de la médecine à deux vitesses.
- E. Faux. Le traitement des maladies orphelines n'a que très peu d'effet sur le bien-être collectif.

QCM n°11 : A, B, C

- A. **Vrai.**
- B. **Vrai.**
- C. **Vrai.**
- D. Faux. Depuis l'arrêt Teyssier (1942).
- E. Faux. Le patient peut à tout moment s'opposer à leur utilisation.

Comment les maladies chroniques ont-elles modifié notre rapport au soin ?

Avec l'évolution de la médecine et de ses pratiques apparaît la notion de maladies chroniques, et par la même occasion un nouveau mode de pensée de la maladie et de sa prise en charge. C'est pourquoi on peut se demander comment la société s'est-elle réorganisée à la suite de l'émergence sociale des maladies chroniques ? Dans un premier temps, nous verrons que les maladies chroniques ont été un déterminant majeur dans le développement de la prévention, puis que ces maladies ont permis aux malades d'acquérir de nouveaux rôles et nous terminerons sur les nouveaux enjeux qu'elles ont fait émerger chez les professionnels de santé.

Avec l'apparition des maladies chroniques, le coût du curatif a augmenté de manière exponentielle, c'est pourquoi l'Etat, à travers ses politiques de santé publique, s'est tourné davantage vers la prévention. Permettant alors de revaloriser la préservation de la santé, qui est un bien fondamental nécessaire à l'exercice des libertés de chacun. C'est en agissant en amont de la maladie que l'on tente de maîtriser les risques et d'endiguer les comportements jugés "déviant". Pour se faire, on observe le développement des campagnes de prévention (programme national nutrition santé) mais aussi de mesures coercitives, comme l'interdiction de fumer dans les lieux publics

Avec les nombreuses avancées scientifiques, il est désormais possible d'anticiper la maladie et de prévenir les risques. De par le développement de la promotion de la santé, l'individu en est informé et possède donc les moyens, voir le devoir, de gérer lui-même sa santé. Cependant cette autonomie grandissante remet en question la non-responsabilisation de son état, énoncée auparavant par Parsons, amenant de nouveaux débats dans la société actuelle, notamment autour de la notion de cotisation pour tous. Cette nouvelle politique instaure également un ensemble de normes collectives, auxquels chacun de répond pas de la même façon. Ces messages ne vont pas être perçus de la même manière et accroissent alors les inégalités sociales de santé et la stigmatisation de certaines classes de la population. De plus, l'individu est libre de créer ses propres normes, même si elles vont à l'encontre des objectifs collectifs des politiques. On peut ainsi citer l'exemple des groupes de personnes s'opposant à la vaccination et, qui, malgré la revendication de leur droit à la liberté, vont être considérés comme déviants car mettant en danger la santé de la population. Pour anticiper la prise en charge des maladies, la place du dépistage s'intensifie dans la politique de santé publique, conférant ainsi aux patients atteints la possibilité d'agir et les moyens d'apprendre à gérer leur maladie le plus tôt possible.

Contrairement à la maladie aiguë, les maladies chroniques engendrent de nouveaux enjeux pour les patients car il ne s'agit plus d'une parenthèse dans la vie mais bien d'une gestion quotidienne de la maladie. Ils vont devoir ainsi apprendre à vivre avec en se créant de nouvelles normes (normativité). Pour les accompagner et les guider dans ce parcours, l'état a notamment mis en place l'éducation thérapeutique (HPST 2009). Fondée plutôt sur la notion d'alliance thérapeutique, elle permet, de par une prise en charge pluridisciplinaire, de considérer l'individu dans sa globalité et sa subjectivité, dans l'optique de lui conférer les moyens nécessaires pour équilibrer la gestion de sa vie avec sa maladie. On parle de médecine de l'empowerment.

Pour permettre aux individus de continuer à exercer leurs rôles sociaux habituels, comme le travail, la santé publique, via la prévention tertiaire, a développé la réinsertion sociale et la rééducation fonctionnelle. L'objectif étant que le malade ne se sente pas exclu et puisse continuer à vivre malgré sa maladie (adaptabilité). Les maladies chroniques prenant une place très importante dans la vie de l'individu avec une prise en charge considérable, le système de santé s'est vu dans l'obligation de développer de nouvelles possibilités d'accès aux soins. Le patient n'est plus toujours obligé de se rendre à l'hôpital mais peut bénéficier de soin à domicile, comme par exemple une dialyse. C'est une nouvelle approche du soin qui implique également de nouveaux rôles à jouer pour les professionnels de santé.

A l'ère de la société du risque, la prévention a donc pris une place considérable. Les professionnels de santé ont aussi un rôle capital. Ils peuvent informer la population des conduites à risques, que ce soit en consultation individuelle ou par exemple à l'école avec les infirmières scolaire. Ils doivent également rappeler et proposer le dépistage de certaines maladies : exemple des frottis pour les femmes de plus de 25ans. L'enjeu est aussi de toucher le plus grand monde, en développant une approche populationnelle. Dans cette optique, on peut citer l'instauration de la mamobile, facilitant les conditions du dépistage. Néanmoins, l'approche populationnelle de la prévention se heurte à l'inégale répartition des professionnels de santé. A ce titre, des contrats de praticien territorial de médecine générale sont proposés aux jeunes diplômés afin de faciliter l'accès aux soins.

Avec le développement des droits des patients (Kouchner, 2002), permis notamment par les revendications des associations de malades, la relation médecin-malade a totalement évolué. Le médecin n'est plus le tout-puissant et son pouvoir autoritaire laisse place à un devoir d'accompagnement. Les patients ont la possibilité de s'informer, notamment avec l'émergence de forums sur internet. Ces nouveaux rôles s'inscrivant dans l'ère de Démocratie Sanitaire, rendent le patient acteur de leur santé et de la gestion de leur maladie. Le médecin doit donc prendre en compte le sujet dans sa globalité. Il reste cependant le sachant (savoir universel), il doit donc jongler entre les deux aspects dans la relation de soin qui relève alors d'un art. La relation émergente apparaît alors comme une co-construction entre le patient et le médecin, les deux figures subjectives s'apportent en réciprocité, comme le montre D. Winnicott « à mes patients qui ont payé pour m'instruire. » De plus, avec le coût du curatif engendré par le développement des maladies chroniques, il apparaît primordial de limiter les dépenses ou alors de les justifier, exemple des Références Médicales Opposables, pouvant remettre en cause l'autonomie du médecin. Pour finir, les débats autour de la fin de vie tendent à vouloir banaliser la prescription de sédation profonde, conférant alors un pouvoir particulier au médecin qui peut entrer en opposition avec les principes déontologiques de la profession. La fin de vie suscite donc des enjeux éthiques sur les droits et devoirs des professionnels de santé.