



TUTORAT UE 72015-2016 – SHS

CORRECTION Séance n°12 – Semaine du 18/04/2016

Soigner et éduquer – Histoire du cancer – Éthique – Administrer le soin (suite)

Mme. FABRE, M. VISIER, M. MOUTOT

Séance préparée par Marie FRANCIS (ATM²), Victoria ALLAL (ATM²), Alexis RAPP (ATM²),
Laëtitia LEFEVRE (ATM²).

QCM n°1 : A, B, D

- A. **Vrai.**
- B. **Vrai.**
- C. Faux. Le soin objectif ne suffit pas à guérir la lésion d'identité produite par la maladie.
- D. **Vrai.**
- E. Faux. Le patient ne manque pas de savoirs et de compétences.

QCM n°2 : C, E

- A. Faux. Il doit traiter et accompagner dans les 2 cas. Il n'y a pas d'opposition simple entre l'aigu et le chronique.
- B. Faux.
- C. **Vrai.**
- D. Faux. C'est un effet pervers de l'ETP qu'il faut éviter.
- E. **Vrai.**

QCM n°3 : B, E

- A. Faux. Ils sont remboursés.
- B. **Vrai.**
- C. Faux. L'ETP doit impliquer l'entourage (critères de qualité).
- D. Faux. L'évaluation est faite avec les patients.
- E. **Vrai.**

QCM n°4 : D

- A. Faux. Elles cadrent la réponse mais il n'y a pas de réponse absolue à la question « que dois-je faire ? »
- B. Faux. La moralité est une production humaine dynamique et plurielle, qui ne s'impose pas naturellement et univoquement.
- C. Faux. Elle est au contraire peu réflexive, elle se pose comme une évidence à valeur de légitimation globale.
- D. **Vrai.**
- E. Faux. Ce ne sont pas des sanctions mais des désapprobations, des condamnations morales

QCM n°5 : C, D, E

- A. Faux. C'est ce qui définit le Droit mais pas l'Éthique, cette dernière n'élabore pas de règles mais des réflexions sur les règles elles mêmes.
- B. Faux. Cela suscite plutôt un aléa d'obéissance passive.

- C. **Vrai.**
- D. **Vrai.** « Le Bien est plutôt ce qui manque à tous les biens », Ricoeur.
- E. **Vrai.**

QCM n°6 : B

- A. Faux. Des cas de cancer ont été observés dès la préhistoire. C'est l'émergence sociale du cancer: on passe de maladie « invisibles à la maladie de la modernité »
- B. **Vrai.** Le cancer est présenté par le crabe, il ronge les personnes : il est vraiment considéré comme une attaque extérieure et devient une question nationale.
- C. Faux. A cette époque le malade est très peu considéré. Dans les années 80, avec la lutte contre le SIDA, le statut du malade comme acteur de sa santé apparaît.
- D. Faux. Au début du XXème siècle, les premières causes de mortalité sont la tuberculose et la syphilis.
- E. Faux. En premier lieu le cancer a été traité par la chirurgie. La physique, grâce à l'aide des rayons X, a été utilisée par la suite dans le cadre du diagnostique et du traitement.

QCM n°7 : A, B, C, D

- A. **Vrai.** Alors que les maladies infectieuses touchent plutôt les catégories défavorisées, le cancer touche, à première vue, sans distinction sociale
- B. **Vrai.** Ce lien se fait autour de l'EBM
- C. **Vrai.** Les centres de luttés contre le cancer remplacent progressivement l'hôpital en devenant un lieu d'accueil démocratique, de recherche, et d'activité clinique
- D. **Vrai.** L'on passe d'association pour les malades à association de malade. Cependant cette transition se fait un peu plus tard que pour le SIDA.
- E. Faux. Maladie du progrès au sens où il apparaît socialement dans une société du progrès.

QCM n°8 : A, D, E

- A. **Vrai.** Pour lutter contre le cancer, la santé publique organise des Plans et Programmes.
- B. Faux. Il y a des exceptions, certains cancers touchent une partie de la population particulière. Cela en lien avec les facteurs de risques.
- C. Faux. Publique et libéral rentrent en conflit. On est avant la solidarité nationale (Sécurité sociale, De-bré). L'hôpital est le « lieu des pauvres », l'indigent n'est pas solvable.
- D. **Vrai.** A l'heure où la prévention n'est pas possible.
- E. **Vrai.** L'image du cancer change notamment au cours de la guerre froide. Il devient alors un ennemi intrinsèque. Il est associé à la trahison, en lien avec la maccarthysme de l'époque.

QCM n°9 : A, B, C, D, E

- A. Faux. On peut mourir de l'absence de soin subjectif (Ex : enfants dans un orphelinat)
- B. **Vrai.** Entre sollicitude et répulsion.
- C. **Vrai.** Pas de condamnation à l'échec, mais plutôt un soin insatisfaisant constamment.
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai.** Le soignant peut être considéré comme au service du soigné.

QCM n°10 : A, B, C

- A. **Vrai.** Comme peut le montrer la démarche de l'ETP.
- B. **Vrai.**
- C. **Vrai.**
- D. Faux. Collectif également → associations de malades.
- E. Faux. L'homme peut aussi éprouver de la répulsion.

Nouveaux enjeux éthiques du soin et responsabilités.

Introduction :

La démocratie sanitaire, sous l'impulsion de l'émergence sociale des maladies chroniques, a permis aux différents acteurs de prendre part activement à leur santé. Néanmoins, dans la nouvelle approche du soin, et dans le contexte économique actuel le rôle et la responsabilité de chacun deviennent des enjeux fondamentaux. En quoi la responsabilité catalyse-t-elle les nouveaux enjeux éthiques du soin, impliquant tous les acteurs ? Nous verrons dans un premier temps en quoi, l'individu est rendu responsable en tant que citoyen dans une démocratie sanitaire. Puis dans un second temps, en quoi cette responsabilisation s'applique-t-elle aussi à l'Art médical.

I- Responsabilisation du citoyen dans la démocratie sanitaire

La santé est un bien premier, fondamental à l'exercice des autres biens. Elle est d'ailleurs garantie par la Constitution. En ce sens, l'État se porte garant, et donc responsable de la santé de ses citoyens. Ces derniers ont cependant des attentes personnelles variables qui s'inscrivent dans un pluralisme moral renforcé par la mondialisation. Le rôle de la démocratie sanitaire est donc de construire du commun à partir de nos singularités, dans le respect du pluralisme moral. Et cela à travers l'implication de chaque acteur la composant, que ce soit les professionnels de santé ou les usagers du systèmes de soin. Cependant, la démocratie sanitaire en elle même n'est pas seule garante de légitimité, cette responsabilité peut s'avérer inhérente à l'implication de chaque individu dans ses actions. Ainsi les militants anti-SIDA se sont responsabilisés eux-mêmes en véhiculant une morale de santé publique et en luttant pour la reconnaissance des droits du malade et de la place du patient au sein de la relation de soin. L'individu prend pleinement sa place au sein du système de soin, il devient responsable de sa santé, à travers notamment la Loi Kouchner. Il a des droits mais aussi des devoirs, qui englobent des enjeux économiques de plus en plus présents dans un contexte de maladie chronique : Les ALD représentent un coût non négligeable qui amène à repenser le système de soin dans un principe de Justice et d'égalité d'accès aux soins pour tous. D'où la place grandissante de la responsabilisation de la personne « saine » dans une société du risque. Il vaut mieux prévenir la maladie à travers des mesures de santé publique comme les campagnes anti-tabac qu'attendre qu'elles ne se déclarent (Loi Marisol Touraine). Cette promotion de la santé n'est pas en soi suffisante, les inégalités sociales et les déterminants sociaux rentrant également en jeu. L'État risque alors de se déresponsabiliser derrière l'individu. Alors que des inégalités d'accès aux soins persistent, et restent à sa charge mais aussi à la charge de la responsabilité du soignant envers le soigné. L'exemple des déserts médicaux illustre cela, des mesures incitatives pour les professionnels de santé (HPST) ont été mises en place (systèmes de bourse) pour responsabiliser le médecin face à la répartition du soin.

II- Art médical responsabilisé

L'Art médical nécessite d'être encadré, car toute relation de soin donne lieu à une certaine forme de pouvoir et d'incertitudes et risque donc d'amener à des dérives (Nuremberg). La mise en place de l'EBM s'avère être une réponse à ce besoin d'encadrer la pratique médicale. Mais la place des statistiques reste limitée dans la pratique du soin et ne doivent pas supplanter la subjectivité du patient et l'expérience du clinicien. Le professionnel de santé doit donc s'étendre plus loin et reconnaître avant tout l'intersubjectivité qui naît d'une relation de soin mais aussi des relations avec les autres professionnels de santé. Cette pluridisciplinarité permet d'impliquer un maximum d'acteurs responsables et qualifiés. Ce partage de connaissance ne doit pas pour autant déresponsabiliser les différents partis. On y voit la notion de préférence raisonnable et d'éthique impliquée. L'Art Médical doit à la fois être pragmatique mais aussi affectif, il doit agir avec la volonté de toujours tenir compte de la subjectivité du patient tout en ayant en tête les limites du système de soin qu'elles soient économiques ou sociales. Dans cette volonté de responsabiliser tous les acteurs, le médecin tient un rôle fondamental pour sensibiliser le patient sur ses actes, dans un contexte de Big Medecine sans pour autant le culpabiliser. Cette réflexion éthique se fait dans le cadre d'un

besoin de Justice et d'égalité de répartition des ressources en le sensibilisant à la surconsommation de soin, et à une réflexion éthique sur ses actes. Culpabiliser un individu se sentant comme un « poids » pour la société peut cependant avoir des effets pervers. La performativité des mots prend alors tout son sens, en prenant en compte la vulnérabilité socio-professionnel du patient mais aussi physique. L'annonce de la maladie est toujours vécue comme un événement à part entière, le poids des mots impliquent le devenir du patient dans son futur parcours de soin. Dans la continuité de ce principe de non malfaisance, l'autonomie peut parfois être pourvoyeuse de souffrance de l'entourage, à travers l'exemple des aidants naturels ou des personnes de confiance. Cette responsabilité portée sur l'autonomie d'autrui peut nuire à sa propre santé. L'implication de proches est ainsi aussi importante pour le proche que pour la personne malade. L'acteur de soin ne doit pas pour autant se déresponsabiliser d'un point de vue social sous le prétexte d'une autonomie reine.