

# TUTORAT UE 7 2013-2014 – SHS

## CORRECTION Séance n°13 – Semaine du 21/04/14

### Dialogue avec les patients atteints du cancer – Education thérapeutique du patient *Pujol- Fabre*

#### QCM n°1 : A, B, C, E

- A. **Vrai**
- B. **Vrai.**
- C. **Vrai.**
- D. Faux. Le signifié correspond au concept de la chose et le signifiant correspond à l'emprunte psychique du son.
- E. **Vrai.**

#### QCM n°2 : F

- A. Faux. C'est l'empathie
- B. Faux. Le malade peut décider de ne pas recevoir l'information qu'a le médecin sur son état de santé
- C. Faux La compassion n'a rien à voir avec l'empathie. Justement il faut éviter la contamination émotionnelle.
- D. Faux. Il faut laisser libre la narration du patient afin de comprendre justement ses représentations.
- E. Faux. C'est une réalité évolutive et dynamique qui ne fige pas l'avenir du patient mais l'intègre dans un processus d'élaboration

#### QCM n°3 : B, C, E

- A. Faux. C'est justement l'inverse. Il y a ainsi une dispersion au moment de l'annonce
- B. **Vrai.**
- C. **Vrai.**
- D. Faux. Ca se déroule en 3 temps: voir, comprendre et agir.
- E. **Vrai.**

#### QCM n°4 : A, B, E

- A. **Vrai.**
- B. **Vrai.**
- C. Faux. La tuberculose n'est pas « un grand stigma » de nos jours, car elle n'a plus les représentations qu'elle avait autrefois. Les 3 stigmas contemporains que cite JL Pujols sont : le VIH, le cancer et l'homosexualité.
- D. Faux. La techné évolue plus rapidement. Mais il n'y a pas de techné sans praxis.
- E. **Vrai.**

QCM n°5 : A, D

- A. **Vrai.**
- B. Faux, seulement si le patient le souhaite. Elle a beaucoup insisté sur cette notion, une mamie diabétique n'a pas forcément envie de se passer de l'infirmière qui lui fait sa piqure d'insuline tous les jours, au contraire.
- C. Faux, le rôle du médecin n'est pas de les corriger, de plus les représentations profanes du patient sont difficiles à modifier, et elles échappent souvent à un raisonnement médical, d'où la difficulté de les faire évoluer.
- D. **Vrai.**
- E. Faux. Même si cela en fait partie, l'objectif principal est d'améliorer la qualité de vie du patient.

QCM n°6 : A, B, C, D

- A. **Vrai.** Voir conférence de Worms pour les doublants.
- B. **Vrai.**
- C. **Vrai.** Dans le cadre des MC, patient « expert » de sa maladie, maladie métier.
- D. **Vrai.**
- E. Faux, la formation est nécessairement préalable au programme.

QCM n°7 : B

- A. Faux. Le patient reste l'unique décisionnaire des activités du programme, ce qui n'empêche pas la famille de participer aux activités susnommées par la suite.
- B. **Vrai.**
- C. Faux. Activités individuelles et/OU collectives. C'est lui qui décidera.
- D. Faux. Au contraire, selon cette définition, c'est un processus permanent, intégré dans les soins.
- E. Faux. Non pas un soutien financier, mais un soutien social. Le reste est vrai.

QCM n°8 : A, B, E

- A. **Vrai.**
- B. **Vrai.** L'information est quelque chose d'objectif.
- C. Faux. Le conseil est centré sur celui qui le délivre, il dépend donc de la subjectivité, ou de l'expérience du soignant.
- D. Faux. L'éducation est centrée sur la personne malade, le dialogue doit être adapté en fonction de la personne à laquelle on s'adresse.
- E. **Vrai.**

QCM n°9 : B, C, E

- A. Faux. Le dépôt se fait auprès de l'ARS.
- B. **Vrai.**
- C. **Vrai.**
- D. Faux. Personnalisé signifie que le patient a le choix parmi un panel d'activités qui lui est proposé.
- E. **Vrai.**

QCM n°10 : A, B, C, D

- A. **Vrai.**
- B. **Vrai.**
- C. **Vrai.**
- D. **Vrai.**
- E. Faux. No comment.

### QCM n°11 : C, D, E

- A. Faux. Une dilatation des voies biliaires.
- B. Faux. Voir ci-dessus.
- C. **Vrai. Orex(o)-** = la faim, et **-manie** = passion, « tendance morbide à ». Pour être plus précis, c'est le fait de grignoter entre les repas de manière irrésistible. Ce terme est aussi connu sous le nom de phagomanie.
- D. **Vrai. A-** = absence, négation, privation ; **men(o)-** = mois ; **-rrhée** = écoulement.
- E. **Vrai. Poly-** = beaucoup ; **névr-** = nerf ; **-ite** = inflammation

### QCM n°12 : A, B, C, D, E

- A. **Vrai.**
- B. **Vrai.** Allo / cheil / esthésie → **allo-** = autre ; **cheil(o)-** = lèvre ; **-ésthésie** = sensation, perception.
- C. **Vrai. Mast-** = glande mammaire ; **-odynies** = douleur. NB : en effet, l'étymologiste connaît les sens des mots, mais ce n'est pas pour autant qu'il sait se taire quand il faut.
- D. **Vrai.** Sortez couvert (sauf dans le cas de l'item E).
- E. **Vrai.**

### **En quoi les enjeux de l'annonce préfigurent-ils ceux de l'accompagnement ?**

Axes : Relation de confiance. Autonomie. Annonce. Accompagnement.

La relation médecin-patient commence avec la plainte du patient (Canguilhem). Il se crée donc un déséquilibre initial que le médecin devra gérer afin de rééquilibrer la relation et d'y instaurer la confiance, ce dès l'annonce et tout au long de l'accompagnement. Comment l'instauration d'une relation de confiance permet le développement de l'autonomie du patient, dès l'annonce et tout au long de l'accompagnement ? D'abord, nous verrons que la confiance doit être installée dès l'annonce pour ensuite perdurer, puis nous étudierons comment l'autonomie prend sa place tout au long du parcours de soin.

#### **I. Relation de confiance**

Par l'annonce, le médecin crée socialement la maladie (Freidson et théorie de l'étiquetage). Il pose sur la personne malade un stigma, une étiquette, qui peut entraîner une perte d'identité. La prise de conscience de la caducité du corps atteindra profondément le patient, et accentuera ce choc psychologique : on parle de maladie destructrice (Herzlich). Pour préserver la santé psychique du patient en évitant de la heurter davantage, un cadre légal a été instauré le 4 mars 2002 : la loi Kouchner impose la délivrance d'une information claire, loyale et appropriée :

- Claire car adaptée et comprise par le patient quel que soit son niveau socio-professionnel. Ceci permet de faire tomber la barrière de l'autorité institutionnelle du médecin, ainsi les deux protagonistes parlent quasiment le même langage, en toute confiance.
- Loyale car faite de vérité, elle doit être sincère et neutre en essayant de ne rien imposer au patient pour respecter son autonomie.
- Appropriée car chaque personne vit un parcours de soin unique. Ceci justifie parfois l'utilisation du concept du «mi-dire», même si parfois le soignant se retrouve parfois confronté aux limites du langage pour s'exprimer sans heurter.

Par la suite, lors de l'accompagnement, le médecin devra aussi veiller à préserver la confiance installée, en remettant par exemple en question la qualité de son écoute. Cette démarche d'éthique de la discussion rappelle que le professionnel de santé doit être en permanence impliqué dans la relation de soin, et éviter d'appliquer à la lettre les principes déontologiques retrouvés dans les codes. Cependant, l'implication ne doit pas faire basculer

le soignant de l'empathie à la compassion. En effet, la profession médicale se donne le devoir de neutralité affective vis-à-vis du patient. En outre, avec les maladies chroniques, l'accompagnement est de plus en plus souvent pluridisciplinaire. Or avec la perte du colloque singulier, on peut se demander si un patient peut donner sa confiance à de multiples interlocuteurs. Enfin, la personne malade doit être vue comme sujet et non objet de soin. Mais le but reste de le soigner, il faut donc lui transmettre cette idée. On a là une tension entre le principe d'autonomie d'une part, de décision, et de bienfaisance d'autre part, car le patient en refusant les soins risque d'aggraver sa pathologie. Avec les maladies chroniques, le rôle du patient évolue encore: plus que sujet de soin, il devient acteur de soin, autonome.

## **II. Autonomie**

L'expression « plus rien ne sera jamais comme avant » montre que l'annonce marque une rupture de l'ancienne norme de santé, et d'autant plus avec la maladie chronique, car elle touche tous les domaines de la vie, on ne peut pas y échapper; La personne malade va donc chercher à construire une nouvelle norme de santé, sa propre norme, dans la maladie, que l'on peut assimiler à un nouvel équilibre (Canguilhem). Respecter l'autonomie du patient, c'est encore respecter ses représentations profanes liées à sa maladie, et en tenir compte pour adapter son discours à la personne.

En ce qui concerne l'accompagnement, la prévention tertiaire agit aujourd'hui en faveur de plus d'autonomie du patient. La loi HPST de 2009 met par exemple en place l'éducation thérapeutique : « un processus permanent, centré sur le patient, adapté au cours du temps, intégré aux soins, qui implique l'entourage ». Celle-ci, dans le cadre d'une alliance thérapeutique, permet de co-construire un programme personnalisé de soin décidé par le patient. Ce dernier est ainsi auteur de sa vie et acteur de ses soins, à l'image du diabétique qui incarne le concept profane de maladie métier (C.Herzlich). Mais certains patients préfèrent un encadrement solide que trop d'autonomie. Le disease management peut être lui vécu de manière différentes, car derrière une volonté d'auto-médication se dissimule un fonctionnement pouvant être ressenti comme très autoritaire. De même, si l'idée de responsabilisation du patient a pour but de renforcer son autonomie, son excès peut entraîner la culpabilisation : par exemple, en appelant le cancer du poumon «smoking cancer» on stigmatise les personnes atteintes de cette pathologie, qui culpabilisent en ressentant leur maladie comme auto-infligée. Pour finir, dans le cadre des maladies neuro-dégénératives comme la maladie d'Alzheimer, on élabore avec les patients à l'autonomie mentale limitée des projets d'avenir, avec une véritable volonté d'accompagnement pour pallier la dépendance de ces individus.