

TUTORAT UE 7 2013-2014 – SHS

CORRECTION Séance n°12 – Semaine du 14/04/14

Hôpital – Médecine prédictive – Histoire des maladies chroniques Visier – Pujol – Lavabre

QCM n°1 : A, B, E.

- A. **Vrai.** L'hôpital est organisé selon une double ligne « autorité » : côté administratif avec un directeur général et une autre ligne d'autorité de type médical.
- B. **Vrai.**
- C. Faux. Aujourd'hui l'hôpital est un lieu démocratique. C'est l'hôpital traditionnel qui était le lieu des pauvres.
- D. Faux. Il s'agit de l'hôpital contemporain avec la réforme Debré de 1958. C'est l'idée que les médecins vont désormais effectuer leurs activités à l'hôpital.
- E. **Vrai.**

QCM n°2 : C, E.

- A. Faux. L'hôpital est non seulement un lieu de soin mais également un lieu de vie, de communication, d'accueil, de travail...
- B. Faux. A l'époque de l'hôpital traditionnel, il y avait peu de médecins. L'idée d'un hôpital médicalisé est récente (un peu avant le XIXème siècle).
- C. **Vrai.**
- D. Faux. C'est à la toute fin du XIXème siècle que la médecine commence à avoir une véritable efficacité thérapeutique. Ce n'est plus seulement le soin (care) qui est pensé mais principalement le traitement (cure).
- E. **Vrai.**

QCM n°3 : B, D, E.

- A. Faux. L'hôpital contemporain.
- B. **Vrai.**
- C. Faux. Elle a une triple mission : soin, enseignement, recherche.
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai.** En effet, on voit augmenter le budget des thérapeutiques et surtout augmenter le budget lié au personnel spécialisé qui y travaille.

QCM n°4 : A, C, D, E.

- A. **Vrai.**
- B. Faux. A l'heure des maladies chroniques, le modèle de l'urgence est remis en cause. En effet, ce modèle est celui qui s'applique davantage aux maladies aiguës.
- C. **Vrai.**
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai.**

QCM n°5 : C, D, E.

- A. Faux. Elle identifie des marqueurs afin principalement de **prévenir** le développement de maladies

graves.

- B. **Faux.** C'est une « médecine préventive personnalisée ».
- C. **Vrai.** Les textes de loi sont vagues concernant les décisions à prendre en médecine prédictive et laissent au médecin la décision. Cette décision est prise à la suite d'une réflexion éthique et collégiale.
- D. **Vrai.** C'est une branche récente de la médecine prédictive.
- E. **Vrai.**

QCM n°6 : F

- A. **Faux.** Il autorise à réfléchir à une interruption MEDICALE de grossesse : bien différencier IVG et IMG.
- B. **Faux.** La réflexion pluridisciplinaire est toujours utile, d'ailleurs le CPDPN (centre pluridisciplinaire de DPN) est là pour ça.
- C. **Faux.** L'amniocentèse est proposée si la femme a plus de 38 ans, en cas d'antécédents dans la fratrie, en cas de signes d'appel échographiques, en cas d'anomalie chromosomique connue chez l'un des parents, si les marqueurs sériques sont anormalement élevés.
- D. **Faux.** On peut aussi réaliser une biopsie du trophoblaste (choriocentèse) ou une ponction de sang fœtal (cordocentèse).
- E. **Faux.** C'est l'inverse.

QCM n°7 : A, B, D.

- A. **Vrai.**
- B. **Vrai.**
- C. **Faux.** Le séquençage humain coûte de moins en moins cher, grâce au développement de techniques plus rapides.
- D. **Vrai.**
- E. **Faux.** Il y a 3 inconnues : quantité de risque, gravité du risque et moyens de prise en charge. On peut aussi parler de 2 inconnues : valeur prédictive regroupant quantité et gravité du risque + moyens.

QCM n°8 : A, B, C, D, E.

- A. **Vrai.**
- B. **Vrai.**
- C. **Vrai.**
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai.**

QCM n°9 : B, C, E.

- A. **Faux.** C'est depuis longtemps et jusqu'au XXème siècle.
- B. **Vrai.** Exemple : urines sucrées, soif et faim.
- C. **Vrai.**
- D. **Faux.** C'est Lancereaux puis Minkowski et Von Mering. Claude Bernard a mis en évidence la fonction glycogénique du foie.
- E. **Vrai.**

QCM n°10 : B, D, E.

- A. **Faux.** Par Hippocrate.
- B. **Vrai.**
- C. **Faux.** Les découvertes concernant les traitements se font de manière progressive.
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai.**

QCM n°11 : D, E.

- A. **Faux.** Par Galien.
- B. **Faux.** Dès Hippocrate, on essaie d'avoir une action chirurgicale ou de cautérisation sur les tumeurs.
- C. **Faux.** Les trois ont été et peuvent encore être considérées comme vraies.
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai.**

QCM n°12 : A, B, C.

- A. **Vrai.**
- B. **Vrai.**
- C. **Vrai.**
- D. Faux. Dès la fin de la 2^{ème} guerre mondiale, en 1945.
- E. Faux. Pasteur l'a combattu et en a démontré les erreurs.

QCM n°13 : A, B, C, E.

- A. **Vrai**
- B. **Vrai.** Cela permet de lui donner son aspect réglementaire, dans le code de santé publique.
- C. **Vrai.**
- D. Faux. C'est le conseil départemental qui a ce rôle.
- E. **Vrai.**

QCM n°14 : A.

- A. **Vrai.**
- B. Faux. Le découpage est juste mais le mésentère est une membrane péritonéale entourant l'intestin grêle.
- C. Faux. Attention, le découpage ici ne donne aucune information à ce sujet mais une pancytopénie est une diminution de l'ensemble des cellules DU SANG.
- D. Faux. « -Tomie » signifie « ouverture chirurgicale », attention aux faux amis.
- E. Faux. « Apo- » est un préfixe.

Question rédactionnelle :

Progrès techniques et autonomie, de réelles avancées pour l'utilisateur du système de soin ?

C'est notamment grâce aux progrès techniques que les maladies infectieuses ont été banalisées, menant à l'émergence sociale des maladies chroniques. Aujourd'hui, ces maladies au long court ont abouti à une redéfinition de la place du malade, qui gagne en autonomie, dans un monde où les techniques médicales sont de plus en plus perfectionnées. On peut se demander jusqu'où ces avancées, techniques et autonomisation du patient, peuvent-elles aller s'accorder ? Nous verrons d'abord cela dans le contexte de la maladie, puis dans un contexte préventif, avant même que l'individu ne soit malade.

1. Autonomie et techniques, dans la maladie :

Avec l'avènement des maladies chroniques, le patient a pris une place centrale dans la relation de soins. La Loi Kouchner du 2/03/04 légitime son autonomie, et le médecin travaille en co-construction avec lui, dans une démarche d'accompagnement. Cependant, les techniques médicales, développées dans l'intérêt du patient, sont parfois un écran qui se dresse entre le médecin et lui. L'hyper-technicité qui en résulte peut entraîner un oubli du patient (risque de réification). Dans le même registre, la télé-médecine, créée dans le but de lutter contre les déserts médicaux, afin de répartir au mieux l'accès aux soins, n'entraîne-t-elle pas une réduction considérable de la relation médecin-malade ?

Dans ce cadre de maladie chronique, cette relation doit être basée sur une confiance réciproque, afin que le patient puisse gagner en autonomie, par le développement de l'éducation thérapeutique par exemple. L'amélioration des techniques de communication va permettre au

patient d'être en contact permanent avec le milieu médical. Cependant, ce gain d'autonomie pourra parfois être bafoué par un disease management trop intrusif, qui pourrait entraîner une déresponsabilisation du malade.

La médecine personnalisée pourrait répondre à cette demande, menant à une adaptation des thérapies en fonction de la réponse attendue du patient (grâce à l'étude de son génome), mais cette médecine est très coûteuse et resterait accessible seulement à une élite de la société (médecine de niche), entraînant ainsi une rupture de l'égalité des moyens. D'ailleurs, les techniques toujours plus chères, en partie à l'origine du déficit de la Sécurité Sociale, amènent nos sociétés à une volonté de réduction des coûts (les bénéfices des nouvelles techniques étant de plus en plus minces par rapport à leur prix). Pour lutter contre ce système inflationniste, se développe entre autres, la médecine ambulatoire, toujours dans un objectif d'autonomisation du patient. Cependant, de même que les techniques, cette autonomie toujours plus poussée, a elle aussi ses limites, notamment en fin de vie.

Aujourd'hui, grâce aux techniques médicales toujours plus invasives, il est possible de maintenir un patient en vie très longtemps. Se pose alors la question, non plus de l'autonomie, mais de la dignité de l'homme. La loi Leonetti (2005) qui traite de la fin de vie (et non de l'euthanasie) reste floue sur cette question. De cette façon, elle laisse au médecin la liberté de prendre une décision éclairée par une réflexion adaptée à la situation, dans le cadre d'une éthique de la discussion.

2. Et même avant :

Afin de ne pas arriver à ces situations extrêmes et délicates, et face aux limites du curatif dans la maladie chronique, on va de plus en plus chercher à prévenir les maladies.

Dans un contexte de promotion globale de la santé et grâce aux progrès de l'épidémiologie, une publicité massive est mise en place, par tous les moyens techniques disponibles (panneaux, télévision, internet). Elle nous pousse à « faire 30 min de sport par jour », dans un but d'améliorer la santé de tous. Cependant, le risque de stigmatisation des personnes ne pouvant ou ne voulant pas suivre ces conseils (notamment à cause de problèmes économiques) est important. On peut aussi se demander quelle est réellement l'autonomie de l'homme, si ces actions lui sont dictées par la société : Canguilhem définit la santé comme la capacité de créer ses propres normes.

Dans un cadre de prévention primaire, les techniques ont permis la création de vaccins, qui sont pour certains obligatoires. Les techniques de dépistages (dans un cadre de prévention secondaire), elles aussi, sont de plus en plus poussées et se généralisent (dépistage du cancer du sein fortement conseillé), tout comme les tests de dépistage rapide du SIDA (TRODs). Dans ce contexte, les maladies sont prises en charge de plus en plus tôt, offrant au patient une meilleure qualité de vie, et de meilleures chances de guérison.

La médecine prédictive permet elle aussi une prise en charge précoce et une prévention adaptée aux risques, notamment en cas de cancers familiaux, par la détection de gènes de prédisposition (exemple de BRCA1 et du cancer du sein). Cependant, ici encore se pose

le problème du coût de ces techniques, qui aboutirait à une médecine sélective, une perte de chances en fonction des conditions économiques des populations.

Pour une prise en charge toujours plus en amont, la médecine prédictive permet aussi l'accès à l'IMG en cas de risque important pour le fœtus de développer une maladie grave, qui pose la question éthique du statut de l'embryon. Encore plus loin, le DPI permet une « sélection des embryons non malades ». Dans ce contexte, il existe alors un réel risque de retour à l'eugénisme, avec une dérive possible vers la sélection d'embryons selon des caractéristiques non médicaux. Même si le séquençage va permettre de grandes avancées médicales, ne risque-t-il pas, à terme, d'engendrer de nouvelles inégalités sociales, quand, par exemple, les patrons recruteront leurs employés non plus selon leur CV mais selon leurs gènes.