

Voici un panel de QR proposé par l'ensemble de vos tuteurs, ces sujets étaient initialement prévus pour la colle ou le CCB, mais n'ont pas été « sélectionné » (ce n'est pas pour autant qu'ils en sont moins bons). Ils constituent une base de donnée intéressante pour ne pas perdre la main pendant ces dernières semaines...

Bon courage à tous, et merci pour cette année !

Marion

Sujet 1 : Mathilde - Jeanne (ATP) :

Texte extrait de : ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2003 :

Sur fond de contrainte économique, la question des rapports entre le patient et le système sanitaire constitue une ligne de force majeure du mouvement de refonte de notre dispositif de santé. La dimension incantatoire de formules telles que "mettre l'usager au centre des soins", "faire du citoyen un acteur de sa propre santé", ne doit pas occulter les réalisations issues de telles aspirations. La plupart des réformes significatives de la dernière décennie ont en effet été nourries par une réflexion diffuse sur les modalités d'expression et de prise en compte de la volonté du patient, sur ce qu'il peut légitimement attendre en matière de qualité de vie... Autant de zones d'incertitudes qui conduisent à redéfinir la notion même de patient alors que le degré d'exigence vis-à-vis des soins et le désir d'autonomie n'ont jamais été aussi élevés.

Discutez de la centralité du patient dans la relation de soin.

SUJET 2 : Margaux - Anaëlle (ATP) :

Martine, 44 ans

Je n'avais même pas encore de seins, pas de règles, le médecin de maman a pointé son doigt vers moi et m'a dit : « *Vous, jeune fille, il faudra faire attention.* » Ma mère est morte du [cancer du sein](#) à 42 ans, ma grand-mère à 39 ans. Je m'étais dit : « *La foudre ne tombera pas trois fois au même endroit.* » Elle est tombée en avril 2009. Ce cancer est un « *alien* » qui voulait me bouffer, bouffer ma famille. Je suis partie en guerre. Je lui ai dit : « *Tu dégages.* » Je me souviens de mon premier choc physique, après le début de la chimio (...). Cela a été très violent (...). J'ai eu peur. J'avais beau penser que je n'étais pas malade, je l'étais. Les produits de la chimio agissaient. Le cancer s'attaquait à mon visage, et le visage, c'est notre identité. J'ai toujours fait extrêmement attention à moi, et là je ne pouvais plus rien faire. (...)

(...)Je faisais beaucoup d'efforts pour me préparer à redevenir comme avant. (...) Le futur, la guérison. J'avais des cheveux très longs, jusqu'en bas du dos. (...) Quand l'oncologue l'a vu, elle a regardé sa secrétaire et m'a immédiatement prescrit une perruque. (...)J'ai calculé au bout de combien de temps ils allaient repousser. J'étais toujours dans l'après.

(...)Ce qui a changé, c'est ma relation à ma famille (...) J'ai combattu l'ennemi, mais je sais que je ne l'ai pas terrassé.

<http://www.marieclaire.fr/,cancer-du-sein-reconstruction-psychologique,20161,424214.asp>

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

SUJET 3: Marie – Nicolas (ATM) :

Selon une enquête VICAN2 (pour « vie deux ans après un cancer ») de 2012, recueillant des données de 2010, 40 % des personnes malades du cancer en France estiment ne pas avoir été associés aux décisions concernant leurs traitements. Fort de ce constat, le 3^{ème} plan cancer de 2014 s'est construit dans le but de

répondre à plusieurs objectifs centrés sur l'autonomie du malade, avec notamment l'objectif 11 : DONNER À CHACUN LES MOYENS DE RÉDUIRE SON RISQUE DE CANCER et l'objectif 14 : FAIRE VIVRE LA DEMOCRATIE SANITAIRE.

De même, la hiérarchie au sein de la relation entre le médecin et le patient s'équilibre pour donner toujours plus d'importance à ce dernier.

Entre prévention et relation de soin, quelle place pour le patient/personne malade

SUJET 4 : Thibaud (ATP)

En matière de santé publique, il y a eu au moins trois révolutions (Breslow, 1999). La 1^{ère} révolution consistait à contrôler les maladies qui sont contagieuses. Il s'agissait par exemple de prévenir les maladies et leur propagation par l'intervention sanitaire sur les conditions d'hygiène des populations. John Snow est devenu célèbre en retirant le manche d'une pompe à eau dont il soupçonnait qu'elle soit la source de l'épidémie de choléra qui sévissait alors à Londres. Pour trouver la source de l'épidémie de 1854 il a utilisé une carte avec la densité des cas sur plusieurs périodes. Le début de la 2^{nde} révolution de la santé publique se situe aux alentours des années 1950. Il s'agissait cette fois-ci de s'attaquer aux maladies chroniques, acquises souvent à travers certaines habitudes néfastes à la santé. Il s'agissait de faire prendre conscience aux individus des risques qu'ils encouraient. Ces avertissements étaient cependant parfois culpabilisants, laissant plus ou moins inconsciemment sous-entendre que les personnes sont alors responsables de leur condition. La 3^{ème} révolution de la santé publique consiste quant à elle à faire la promotion de la santé et du bien-être, et non seulement à guérir ou prévenir des maladies. Les collectivités et les individus pourraient ainsi apprendre à exercer leur propre contrôle sur leur santé (empowerment), et ce dans une optique positive plutôt que simplement axée sur la prévention des maladies ou le changement de comportements dangereux.

Jean-François Pelletier *Le rétablissement en santé publique*

http://www.aqrp-sm.org/bulletin/publications/a01n02/a01n02_sante-publique-revolution.pdf

Santé publique et relation de soin

SUJET 5 : Nadir-Menel (ATM) :

Tout d'abord, au Moyen Âge, la notion de handicap est assimilée dans la catégorie des indigents (voleurs, vagabonds, pauvres). Si l'époque moderne apparaît dans une certaine continuité avec l'époque précédente, on constate cependant une nette rupture vers la fin de l'époque moderne dans un grand nombre de domaines (médecine, biologie) des sociétés européennes. C'est ainsi que les premières interventions politiques autour du sujet du handicap remontent en France au XVII^e siècle, avec la création en 1670 de l'hôtel des Invalides par Louis XIV. Le handicap et les personnes handicapées commencent à exister comme un objet.

L'une des ruptures les plus importantes est sans doute celle signalée par l'apparition du mot « handicap ». En effet, les termes « handicap » et « personnes handicapées » sont d'apparition relativement récente. Ils ont progressivement supplanté « infirme », « invalide », « inadapté », « paralysé », « mutilé » ou encore « débile », aussi bien dans le discours quotidien que dans une grande partie du langage médical, social et juridique. Cette évolution, dans laquelle les milieux associatifs et des milieux professionnels spécialisés ont joué un rôle déterminant, a pour motif premier la volonté d'éviter les mots aux caractères péjoratifs et dévalorisants. Ces considérations sont importantes car elles vont guider les politiques sociales face au handicap.

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

SUJET 6 : LAUGEL Marine - KREBS Charlotte (ATP) :

« Décortiquer les étiquettes des aliments, pister leur origine sur internet, bannir les restaurants... Le souci du « diététiquement correct » peut virer au cauchemar. Selon un sondage [...], 45% des Français affirment que manger sainement est très important pour eux au quotidien, 35% jugent que cette préoccupation peut devenir un problème et 6% admettent même que c'est une « obsession ».

Une vigilance qui selon 8% d'entre eux vient perturber leur vie sociale et familiale. Dans les cas les plus extrêmes, les spécialistes parlent même de d'orthorexie. Un trouble du comportement alimentaire encore peu connu, mais qui est très pris au sérieux.

« La focalisation de l'orthorexique sur l'action de se nourrir va très loin : il peut passer une dizaine d'heures par semaine à se renseigner sur les aliments, soustraire de son alimentation de plus en plus de produits jusqu'à ne manger que des graines, mâcher cinquante fois avant d'avaler ou refuser de manger un fruit cueilli depuis plus de vingt minutes », explique Patrick Denoux, professeur de psychologie interculturelle et auteur de *Pourquoi cette peur au ventre.* »

L'Obsession de manger sain, Journal 20 minutes Montpellier 4 mars 2014

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

SUJET 7 : Joanna, Cédric, Nadia (ATM) :

La télémédecine au service des soins à domicile débute dans le Gard

Munies de tablettes, des infirmières libérales testent la consultation à distance d'experts des plaies complexes : escarres, ulcères de jambe, plaies diabétiques, chirurgicales ou traumatiques... La prise en charge des plaies complexes des patients chez eux rejoint les enjeux majeurs de l'hospitalisation à domicile : leur suivi hors des établissements assure un plus grand confort au malade et de sérieuses économies de dépenses de santé.

Depuis une dizaine d'années, le réseau CicatHYPERLINK "<http://www.cicat-lr.org/>"-LR, financé par l'agence régionale de santé (ARS), promeut ce modèle. Il regroupe à Montpellier une équipe d'infirmiers et de médecins experts des plaies complexes et de la cicatrisation. Un soignant peut ainsi faire déplacer l'un de ces experts pour recueillir son avis et ses conseils sur une situation de soins. Son expertise peut être désormais requise en direct, grâce à la télémédecine. Ce qui multiplie ses capacités et la rapidité d'intervention.

Dans le Gard : Depuis octobre dernier, 65 tablettes ont été distribuées dans la région. Auxquelles il faut ajouter celles de l'Association pour l'assistance et la réhabilitation à domicile (Apard), premier réseau d'hospitalisation à domicile de la région. D'après le médecin : « Le recours à la télémédecine, à cette consultation d'un expert à distance, améliore la prise en charge. Le soignant est orienté, accompagné dans les soins. »

<http://www.midilibre.fr/2014/03/07/la-telemedecine-au-service-des-soins-a-domicile.831584.php>

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

SUJET 8 : Anne-Pauline (ATM)

« Le consentement libre :

Pour être libre, le consentement devrait être détaché de toute pression médicale, familiale ou sociale, ce qui est loin d'être simple. En effet, si le consentement est libre, le patient peut aussi librement refuser de

consentir. Or, le refus de soin est souvent vécu comme un échec par les soignants. Ils peuvent alors être tentés de faire pression sur le malade, directement ou par le biais de sa famille, pour le pousser à accepter la proposition thérapeutique ou à poursuivre les traitements.

De plus, pour protéger la collectivité, la société impose parfois des soins. Par exemple, un sujet atteint de troubles psychiatriques qui porte atteinte à l'ordre public peut être hospitalisé d'office. Certains toxicomanes ou délinquants sexuels sont fortement incités, par injonction judiciaire, à se plier à un suivi médical, avec à la clé une réduction de leur peine. Enfin, nombre de vaccinations sont obligatoires. En cas de refus, les personnes exposent leurs enfants à des mesures d'évictions scolaires et à l'impossibilité d'exercer certaines professions. »

Manuel Médecine, santé et sciences humaines

Le conflit actuel entre l'individuel et le collectif ?

SUJET 9 : July (ATM)

L'information, indispensable fondement du consentement qui constitue l'articulation de la relation médecin-malade, concerne en psychiatrie le sujet dans sa globalité, puisque le psychisme est à la fois l'objet du soin et le support du consentement à ce dernier. La clinique psychiatrique peut donc apparaître, dans le contexte actuel d'information de l'utilisateur, comme une pratique délicate, du fait des pathologies qui perturbent gravement le système relationnel des patients, notamment ceux souffrant de schizophrénie. Parallèlement, la relation médecin-malade s'éloigne d'un modèle plus ou moins paternaliste pour se rapprocher d'un modèle de partenariat (...). Cette translation s'accompagne d'un bouleversement de la logique de soin : le respect des libertés de l'individu prioritaire face à la nécessité d'assistance du malade.

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

SUJET 10 : Antoine (ATM)

Interdiction de fumer partout, même à la maison. C'est la mesure la plus radicale : pour inciter les fumeurs à abandonner la cigarette, il faut envisager une interdiction générale et absolue. À l'extérieur comme à l'intérieur, partout, tout le temps. Une perspective extrême, évidemment, mais qui est sérieusement défendue par cette équipe de l'université de Californie (San Diego). Si l'interdiction de fumer dans les lieux publics repose d'abord sur le principe de protection des non-fumeurs contre le tabagisme passif, ces chercheurs abordent un autre axe : la motivation au sevrage. Que disent-ils ? Après avoir interrogé quelque deux mille fumeurs et ex-fumeurs, ils constatent : • que l'interdiction (auto-imposée ou décidée sous la pression familiale) de fumer à la maison est « *significativement* » associée à une réduction de la consommation de cigarettes, à des tentatives d'arrêt plus appuyées et à un taux de réussite doublé • que le fait d'habiter là où l'interdiction de fumer est élargie à tous les espaces accessibles au public (intérieurs et extérieurs) constitue un élément important de motivation pour moins fumer ou pour arrêter. La conclusion : pour soutenir les fumeurs dans le difficile effort de sevrage, une interdiction générale est la solution la plus efficace. Tout cela est très théorique et se heurte à des écueils énormes (respect des libertés individuelles en tête pour ce qui concerne le tabagisme à la maison, sans même parler des contrôles).

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

SUJET 11 : Aurore – Sarah (ATM)

L'AFP signale que la Cour d'appel de Montpellier a mis en délibéré au 22 mars son jugement dans l'affaire du décès en 1996 d'une fumeuse de 35 ans, préjudice dont la famille demande réparation à l'ex Seita (Altadis). L'agence qui rappelle que le TGI de Béziers avait débouté la famille au motif de l'ex Seita « n'avait pas d'obligation d'information sur les dangers du tabac », précise que devant la Cour d'appel, Me Caballero a plaidé « le défaut de sécurité » du produit et « le défaut d'information » de la part du fabricant qui « doit offrir aux fumeurs les moyens de s'arrêter (de fumer) avec notice dans le paquet, dépistage gratuit, aide à la désintoxication et numéro vert gratuit ». Selon lui la mention « Fumer tue » n'est qu'un « avertissement obligatoire et réglementaire » mais pas de l'information. Me Dauzier, avocat de l'ex Seita, a affirmé pour sa part, Mme Berger « a connu les différents messages sur les paquets » et estimé que « l'on ne peut pas attendre de la part d'un fabricant un message de sécurité légal » et « qu'il garantisse un produit sûr » car ce

serait « un argument contradictoire ».

<http://dnf.asso.fr/Proces-contre-la-Seita.html>

La responsabilité du radiologue peut-elle être engagée lors d'un dépistage organisé ? En cas d'incident, tout dépendra des circonstances de son intervention et de la qualité de chaque participant.

- La formation : Le radiologue premier lecteur doit réaliser au moins cinq cents mammographies annuelles, conformément à l'ACBUS. Le non-respect de ce critère de qualité jouera en sa défaveur en cas de litige. [...]

-L'interprétation des clichés : Le radiologue n'est tenu qu'à une obligation de moyens. Sa responsabilité ne sera donc pas ipso facto engagée du seul fait d'une erreur ou d'un défaut de diagnostic, notamment lorsque ce diagnostic est difficile à établir. Elle ne le sera que si l'erreur relève d'une négligence ou d'une ignorance des données acquises de la science, ou s'il est établi que le radiologue n'a pas mis en oeuvre tous les moyens à sa disposition pour aboutir à une interprétation correcte.

<https://www.macsf.fr/vous-informer/archives/depistage-organise-et-responsabilite-du-radiologue.html>

La responsabilité : un enjeu pour tous

SUJET 12 : Clara (ATP)

Le combat contre la pollution ne peut plus attendre (...)

La question de la pollution atmosphérique vient illustrer une nouvelle fois la faiblesse de la politique de santé environnementale en France. Un épisode marquant de la difficulté à se doter d'une politique en ce domaine a été l'exclusion du champ santé environnement lors de la dernière conférence environnementale qui s'est déroulée en septembre 2013. (...)

Beaucoup de responsables politiques continuent de nier l'urgence d'une politique ambitieuse en santé environnementale en se raccrochant à l'idée que « l'état de santé des Français n'a jamais été aussi bon au motif que l'espérance de vie progresse » et que le tabagisme est le seul facteur de risque majeur. Ce discours dominant repose sur la négation de la crise sanitaire.

Loin d'être à un niveau d'excellence jamais atteint, l'état de santé des Français se caractérise au contraire par un niveau jamais atteint de maladies chroniques. Aujourd'hui 9,5 millions de personnes sont reconnues en affections de longue durée (ALD) par le régime général d'assurance-maladie. (...)

Il est temps de se rappeler que ces maladies ne sont pas des fatalités et qu'elles ont des causes sur lesquelles il est possible d'agir. C'est en ce sens que la Stratégie nationale de santé devrait être orientée. La crise de ces derniers jours vient de rappeler l'urgence de changer de stratégie.

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

SUJET 13 : Sarah et Jade (TSN)

« Un patient informé et actif est un patient mieux soigné. À l'échelle individuelle, la loi de 2002 a donné une valeur législative au droit à l'information du malade, ou encore à celui de choisir librement son établissement de santé. Elle lui a ainsi donné les moyens de jouer un rôle plus actif dans sa prise en charge, un élément essentiel en cas de maladie chronique. L'éducation thérapeutique du patient (ETP), qui lui permet d'acquérir les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie avec sa maladie, a ainsi démontré son intérêt dans l'asthme ou le diabète de type 1. À terme, tout patient atteint d'une maladie chronique devrait bénéficier d'une offre d'ETP. »

Lettre de la HAS. Lettre numéro 24, novembre-décembre 2010.

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

SUJET 14 : Antoine et Carole (TSN)

« Dans ses principes, l'autonomie est liée au concept d'indépendance, d'autodétermination. [...]. L'autonomie est un acte social et personnel, une liberté de décision conforme aux souhaits du patient dans le cadre du respect des lois que se fixe la société. [...]

La loi guide nos actes car elle est censée être juste pour le patient. Rechercher ce qui est bon pour lui constitue-t-il une obligation ? Il faut aujourd'hui respecter les préférences du patient tout en recherchant son avis, ses désirs, son assentiment, à tout prix, ce qui représente une contrainte. Selon M. Stirner l'autonomie est un « idéal d'émancipation ». Or celui-ci tend à disparaître progressivement dans la maladie, restant un idéal inaccessible. »

Extrait d'une réflexion de Sylvie Herson, interne en santé publique sur le site de l'Espace national de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer

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

SUJET 15 : Clotilde et Estelle (TSN)

« Qu'est-ce que l'insuffisance rénale ?

Il existe différentes sortes de maladies et de troubles des reins. La plupart des maladies rénales attaquent les filtres du rein -- les néphrons -- détériorant leur capacité à éliminer les déchets et l'excès de liquides.

Il y a insuffisance rénale chronique (IRC) lorsqu'il y a endommagement des reins ou une diminution de fonction rénale pendant trois mois ou plus. Généralement, cette maladie s'installe lentement et silencieusement mais elle progresse au fil des ans. On distingue cinq stades d'évolution d'une IRC selon la gravité de l'atteinte rénale ou selon le degré de détérioration de son fonctionnement. Le stade 5 de la maladie est connu sous le nom d'insuffisance rénale terminale (IRT) ou insuffisance rénale au stade final ou ultime. Il est important de savoir que l'expression stade terminal, final ou ultime signifie la fin de toute fonction des reins (vos reins travaillant à moins de 15 % de leur capacité normale) et non pas la fin de votre vie. Pour rester en vie à ce stade de la maladie, il est nécessaire de recourir à la dialyse ou à une greffe de rein. La dialyse et la greffe sont connues sous le nom de thérapies rénales de suppléance (TRS). Cela veut dire que la dialyse ou le rein greffé vont «suppléer» ou «se substituer» aux reins malades et faire leur travail.

Parfois, l'insuffisance rénale se déclare subitement. Dans ce cas, on l'appelle insuffisance rénale aiguë (IRA). Une blessure, une infection ou autre peuvent en être la cause. L'insuffisance rénale aiguë est souvent traitée d'urgence par la dialyse pendant quelque temps. Souvent, la fonction rénale se rétablit d'elle-même. »

The Kidney Foundation of Canada - 2014

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

SUJET 16 : Farah et Gaëlle (TSN)

« Le secret médical est le premier secret professionnel individualisé. Il a été clairement énoncé par Hippocrate. La règle du secret fait partie des traditions médicales les plus anciennes et les plus universelles.

Aujourd'hui il est réglementé par le Code Pénal à l'article 226-13, faisant ainsi de sa violation un délit pénal. Il figure bien évidemment en bonne place dans le Code de la Santé Publique à l'article L 1110-4 ainsi qu'à l'article R 4127-4.

Le secret est une condition nécessaire à la confiance des malades. Il représente l'essence même de la relation qui doit exister entre un médecin et son patient lequel doit avoir la certitude que toutes les informations confiées à son médecin et dont il est le maître seront strictement protégées « sous le sceau du secret ».

Néanmoins, il apparaît dans la pratique que le respect de cette obligation est loin d'être chose aisée pour peu que le praticien se trouve confronté à un réel cas de conscience.

Le risque de contamination par le HIV que fait courir un patient à son conjoint est l'un de ces cas de conscience. »

<https://www.macsf.fr/vous-informer/organisation-des-soins/information-au-patient/secret-medical-et-hiv-antinomiques.html> Delphine ROUSSEL, Juriste

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

SUJET 17 : Thibaud et Teddy (TSN)

« La place du malade est un sujet qui nous concerne tous de près ou de loin, que nous soyons malades ou bien portants. La santé paraît une évidence quand on la possède et si la maladie fait brutalement irruption dans nos vies, elle nous trouve souvent désarmés devant la douleur ressentie, la fragilité de notre corps ou de notre esprit soudain révélé et la dépendance qu'elle nous impose. Nous sommes mortels, la maladie nous le rappelle. Il n'est pas toujours facile d'accepter cet état, et si la santé reprend vite le dessus, nous oublions cet épisode pour penser, à nouveau, que la maladie ne nous concerne pas. Si nous avons la chance de jouir d'une bonne santé et de ne pas nous en préoccuper, nous côtoyons parents, amis, voisins, collègues, etc. dont la maladie peut devenir un souci quotidien. Comment la vivent-ils ? Comment réagissons-nous face à eux ? Faut-il que nous passions par les mêmes épreuves pour les comprendre ? La frontière entre le malade et le bien portant varie selon les époques et les cultures, de même que la place du malade dans la société. Depuis l'Antiquité coexistent deux attitudes à l'égard du malade : ou bien il est considéré comme responsable de sa maladie (violation d'un tabou, non-respect de règles d'hygiène, prise de risques comme l'alcoolisme...), ou bien il est la victime innocente d'un hasard malheureux. La société française reconnaît l'accès aux soins pour tous comme une priorité, elle en accepte le coût mais elle attend du malade qu'il se batte contre la maladie. Les moyens matériels ne manquent pas mais le malade vient déranger l'ordre de la société. Le malade devient dépendant des autres, accepte plus ou moins bien cette perte d'autonomie, et il peut se percevoir comme une charge pour son entourage. Il attend de la société qu'elle lui donne les moyens de se soigner, ce qu'elle fait sans hésiter. Il peut accepter l'aide, la compassion, la pitié, et voir parfois même se créer autour de lui toute une chaîne d'amitié ; ou bien il préfère lutter seul, sans cette étiquette de « malade » qui l'enferme et transforme le regard des autres sur lui, surtout s'il s'agit d'une maladie mentale. »

Source : *Journal de la paroisse Saint-Gilles de Bourg-la-Reine*, « *Quelle place pour le malade dans la société ?* », http://www.catho92.bourglareine.cef.fr/IMG/pdf/273_malade_societe_extrait_web.pdf

Revendication du statut de malade auprès de la société.