



TUTORAT UE 7 2014-2015 – SHS

CORRECTION Séance n°11 – Semaine du 20/04/2015

Histoire sociale du cancer, Cancer : maladie chronique, Violence et maltraitance

Professeurs Visier, Saint Aubert et Dorandeu

QCM n°1 : A, C, D

- A. **Vrai.**
- B. Faux. Les progrès de l'hygiène et de la médecine, en augmentant l'espérance de vie, ouvrent un champ d'expression nouveau au cancer. On peut donc dire que c'est la maladie du progrès. Le lien est social ici, pas biologique.
- C. **Vrai.**
- D. **Vrai.** Le cancer est vu comme une maladie exogène, que l'on espère arriver à éradiquer.
- E. Faux. C'est le crabe.

QCM n°2 : B, D

- A. Faux. Ceci est le changement social autour du cancer. Le changement clinique est fait autour de la distinction entre patient traitable et non traitable (avec des lieux spécifiques pour les "incurables").
- B. **Vrai.** On a la création de la ligue contre le cancer.
- C. Faux. On n'a pas assez de connaissance pour faire de la prophylaxie. Le but des campagnes est de faire exister socialement la maladie.
- D. **Vrai.** D'où la création d'instituts qui allient recherche, enseignement, et soin.
- E. Faux. Elles sont dirigées par des personnalités importantes, pas par des malades. En revanche elles dépendent bien des financements publics.

QCM n°3 : F

- A. Faux. On parle "d'ennemi de l'intérieur". On va au contraire vers une vision endogène de la maladie.
- B. Faux. Il y a une critique de l'épidémiologie et de sa valeur. De plus la santé publique n'est pas très développée au milieu du 20ème, en France.
- C. Faux. C'est effectivement le grand oublié de l'histoire du cancer, mais on lui donne un espace de parole dès les états généraux sur le cancer en 1998.
- D. Faux. Par le second en 2009.
- E. Faux. On s'est rendu compte de la présence d'inégalité, d'où l'insertion de la notion de lutte contre les inégalités dans les plans et programmes.

QCM n°4 : B, E

- A. Faux. La guérison est déclarée après 5 à 10 ans de rémission, la rémission étant une période sans aucun signe clinique et biologique du cancer.
- B. **Vrai.**
- C. Faux. Cela s'explique aussi par une meilleure utilisation des techniques thérapeutiques (rôle des RCP).

- D. Faux. Autonomie n'est pas autodétermination.
- E. **Vrai.**

QCM n°5 : A, D, E

- A. **Vrai.**
- B. Faux. Dès lors que le médecin est persuadé qu'un traitement sera inutile, le problème du coût ne peut être totalement éludé, au moins pour préserver l'égalité des patients devant la maladie.
- C. Faux. La question de la qualité de vie se pose à toutes les étapes de la maladie. C'est une question centrale des RCP.
- D. **Vrai.** Et le fonctionnings est la conséquence sur le bien être.
- E. **Vrai.** Notamment dans l'accès à un emploi ou à un prêt, ce qui fait l'objet de mesures dans le cadre des plans contre le cancer.

QCM n°6 : B, D

- A. Faux. Il y a toujours une composante psychologique dans chaque acte de violence
- B. **Vrai.**
- C. Faux. Le viol concerne tout acte de pénétration quel qu'il soit.
- D. **Vrai.**
- E. Faux. Les victimes sont souvent dépendantes et sans défense.

QCM n°7 : A, D

- A. **Vrai.**
- B. Faux. On peut donner une ITT à des enfants ou à des personnes âgées qui ne travaillent plus.
- C. Faux. Les critères médicaux sont physiques et psychologiques.
- D. **Vrai.**
- E. Faux. Cela sera jugée par le tribunal de police.

QCM n°8 : C

- A. Faux. En cas de circonstances aggravantes, l'agresseur passe directement devant un tribunal correctionnel.
- B. Faux. Mineur de moins de 15 ans.
- C. **Vrai.**
- D. Faux. Une violence involontaire ne peut faire objet de circonstances aggravantes.
- E. Faux. Dans ce cas les peines sont majorées.

QCM n°9 : D, E

- A. Faux. 80% des maltraitances se passent dans le cadre familial.
- B. Faux. Il reste une part de sous-estimation dans le cadre familial de la part des parents et des enfants qui hésitent à parler.
- C. Faux. Dans le cas d'un enfant en danger, la justice est saisie immédiatement.
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai.**

QCM n°10 : B, C, D, E

- A. Faux. C'est la définition de l'hématome.
- B. **Vrai.**
- C. **Vrai.**
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai.**

QCM n°11 : A, B, D

- A. **Vrai.**
- B. **Vrai.**

- C. Faux. C'est une dérogation obligatoire.
- D. Vrai.**
- E. Faux. Uniquement dans le cas où la personne ne peut pas se protéger elle-même (mineure ou personne dépendante)

QCM n°12 : C, E

- A. Faux. Inflammation, infection.
- B. Faux. Andromorphe veut dire : qui présente un aspect masculin.
- C. Vrai.**
- D. Faux. Qui touche la moitié du corps inférieur.
- E. Vrai.**

QCM n°13 : B, D, E

- A. Faux. L'OMS définit la santé comme un état de complet bien être physique, psychique et social, et non pas seulement comme une absence de maladie ou d'infirmité.
- B. Vrai.**
- C. Faux. Ne pas confondre droit de la santé qui est objectif et droit de la santé.
- D. Vrai.**
- E. Vrai.**

VIOLENCE ET SOIN

Le soin est un concept qui peut être vu sous deux prismes différents ; le care ou le cure. Ces deux visions doivent toujours s'articuler dans leur concrétisation pour ne pas créer un soin partiel et violent, ni pour le soigné, ni pour le soignant. On retrouve ceci avec la coordination des principes éthiques du soin, et on peut ainsi se demander comment les différentes composantes éthiques peuvent être pensées comme des objets de violence dans le soin ? On s'intéressera d'abord aux notions de bienfaisance et de non malfaisance, avant de s'attarder sur les principes d'autonomie et de justice.

I - Bienfaisance et non malfaisance

On rattache à Hippocrate une maxime célèbre « primum non nocere », d'abord ne pas nuire. C'est l'idée qu'un soin doit être avant tout non malfaisant. Cela montre que la violence est liée au soin depuis que le soin est. C'est son pendant. Ici la vision de la violence se rattacherait au cure. En effet les soins délivrés durant l'antiquité grecque pouvaient se révéler néfastes pour les soignés car les notions d'asepsie (ect) étaient très limitées. Cette idée de violence dans le soin se retrouve dans l'hôpital traditionnel, où l'on enfermait les malades pauvres. Il y avait stigmatisation car ils étaient dans des lieux qui leurs étaient propres, avec très peu de chance d'en sortir ; on parlait de mouroirs. On peut également faire le lien entre la violence dans le care et les maladies nosocomiales, fléaux des hôpitaux professionnels et contemporains. La violence est indissociable du soin comme elle l'est des maladies. En effet, si l'on prend un modèle de maladies épidémiques, on aura un fléau collectif, apportant la mort et semant la terreur. La violence engrangée de ces conséquences fera de l'action sur la maladie un invariant culturel. On peut ainsi dire la violence donne naissance au soin, et que le soin donne naissance à de la violence. Mais qu'est ce que la violence ? On pourrait en donner une vision substantielle et dire que c'est ce qui peut faire mal, touche à l'intégrité du corps, ce qui rejoint la notion d'inviolabilité du corps humain,

notamment repris par la loi de bioéthique de 1994. L'intégrité du corps peut être atteinte par des soins médicaux; comme avec les actes chirurgicaux, mais peut aussi être lésée par le biais des soins non médicaux. On pourrait ainsi parler des maltraitances familiales (enfants battus...), où la famille est censée être un soutien, être vecteur de soins, mais fait faute à son propre rôle, en portant physiquement atteinte à un de ses membres. On comprend que la violence prend l'aspect d'un défaut de « cure » mais aussi de « care » dans cette configuration. On trouve cette préoccupation du « care » dans le rôle du médecin. En effet, par sa position au sein de la relation de soin, dont la confiance est le pilier, le médecin se doit d'être un accompagnant du malade, lorsque la maladie touche à son intégrité psychologique. La maladie, pouvant être vue comme destructrice ou libératrice, touche à l'identité du sujet, donc à son intégrité morale. Enfin, on pourrait dire que dans certains cas le médecin peut souhaiter la perte d'intégrité, qu'elle soit physique ou psychique, ou profit d'un gain supérieur pour l'individu. On en a l'exemple avec les RCP, où via une éthique de la discussion on essaye de faire, de façon collective et pluridisciplinaire, un consensus entre la balance malfaisance et bienveillance du soin envisagé. On pourrait également prendre l'exemple du don d'organe, violent à plusieurs niveaux, mais qui sert un intérêt supérieur. En effet, on va porter atteinte à l'intégrité d'un individu en lui prélevant un organe, on est donc violent. De par ailleurs les receveurs figurent sur une liste d'attente, et la violence de l'attente est psychologique. Enfin, on pourrait s'interroger sur les critères de répartition des organes. La violence est ici corrélée à la notion de justice.

II - Justice et autonomie

Il est cohérent de parler de justice quand on parle de violence dans le soin. Le soin a pour but d'améliorer la santé, qui constitue un bien premier. Le soin est un droit constitutionnel à la charge de l'état, qui va organiser des systèmes de santé selon des critères de répartitions. On peut considérer que ce qui est violent est ce qui est mal réparti. Dans nos civilisations actuelles on compte trois grands types de système de soin, qui chacun réfère à une violence en particulier. Par exemple le système beveridgien, qui place la santé collective comme objectif, est un système sacrificiel. Dans le modèle libéral, qui place l'égalité devant la loi avant tout, la violence est essentiellement contenu dans la répartition des moyens financiers ; pour que le soin soit présent il faut pouvoir y avoir accès. Des moyens sont mis en place pour tenter de réduire l'impact de ces violences, comme la CMU en France. Mais la création de seuil de sélections vont par ailleurs rendre la présence des inégalités deux fois plus violentes. C'est pourquoi on tente désormais d'agir en amont du soin, avec la santé publique. Son application consiste souvent en des mesures imposées, comme la primo vaccination obligatoire posant le problème de la liberté individuelle et de l'autonomie de l'individu.

L'autonomie du malade est en effet un point important. Un soin qui ne permettrait pas de la développer serait partiel et violent. Elle est en lien avec la relation que le médecin entretient avec son patient. Le médecin se devant par exemple d'informer de façon claire loyale et approprié son patient afin qu'il puisse consentir à un acte. L'autonomie est permise par l'action d'informer du médecin. Si le patient est mal informé, il peut faire appel en justice et être indemnisé au nom d'un préjudice moral, même si l'acte réalisé s'est bien déroulé. La déontologie encadre de façon stricte ces points, pour réduire la violence possible d'un soin. L'autonomie est d'autant plus nécessaire avec l'augmentation de la fréquence des maladies chroniques. Elle est un vrai vecteur pour le patient, qui lui permet de s'adapter et de garder une place dans la société. Car la maladie a tendance à désocialiser, ce qui psychologiquement parlant est très violent. Le soin, via l'empowerment, va permettre

d'acquérir l'autonomie. Le soin devient un moyen de lutte contre la violence de la maladie. On comprend que le modèle paternaliste où l'autonomie est réduite n'est plus vraiment de mise, même si dans certains cas il peut encore faire cas de figure. Par exemple un patient peut avoir besoin d'être pris en charge, l'autonomie l'angoissant. Il faut s'adapter à son patient quand on est soignant. Le soin délivré n'est pas stéréotypé, on prend en compte la norme de chaque individu. Enfin, on pourrait parler du cas où l'autonomie dans le soin devient une violence. Par exemple, lors du suicide assisté qu'est ce qui est le plus violent ? Obliger un soignant à tuer ? Ou renier le droit à vouloir mourir du sujet ? La violence dépend de celui qui la définit, aussi elle revêt une part de subjectif, même si on peut en définir des stigmates objectifs. Son encadrement législatif dans le cadre du soin reste très donc très complexe.