



TUTORAT UE7 2015-2016 – SHS

CORRECTION Séance n°8 – Semaine du 14/03/2016

*Histoire des risques émergents,
Maladie chronique et environnement social*
Professeurs Sotto et Weber

QCM n°1 : B

- A. Faux. Les termes sont équivalents.
- B. Vrai.**
- C. Faux. Inerte : le sol.
- D. Faux. On parle d'épidémie.
- E. Faux. Le phénomène de conjugaison correspond à l'échange de matériel génétique entre bactéries.

QCM n°2 : D, E

- A. Faux. Récemment 2011-2012
- B. Faux. Il peut y avoir plusieurs origines différentes.
- C. Faux. Il manque le phénomène de conjugaison.
- D. Vrai.**
- E. Vrai.**

QCM n°3 : A, C, E

- A. Vrai.**
- B. Faux. C'est au moment de la découverte de l'Amérique.
- C. Vrai.**
- D. Faux. Plus virulent.
- E. Vrai.**

QCM n°4 : C, D

- A. Faux, il peut aussi y avoir des modifications naturelles (ex : inondations).
- B. Faux, très menacé, car « le vide appelle le plein »
- C. Vrai.**
- D. **Vrai**, car il n'y a pas accès à des services sanitaires convenables.
- E. Faux, plurifactorielles.

QCM n°5 : D

- A. Faux, c'est une relation triangulaire (exemple : grippe H1N1 s'est développée dans le porc)
- B. Faux, les premiers patients ont été découverts en 81 et le virus a été découvert 2 ans plus tard.
- C. Faux, il faut informer la population avec un discours adapté.
- D. Vrai.**
- E. Faux, c'est l'inverse.

QCM n°6 : D, E

- A. Faux. Jamais entre les frères et sœurs.
- B. Faux. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.
- C. Faux. Dans le code de l'action sociale et des familles.
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai.**

QCM n°7 : D

- A. Faux, à partir de 60 ans, on parle de dépendance.
- B. Faux, on passe d'une politique d'éducation à une politique d'hébergement et d'emploi.
- C. Faux, il y a un accroissement absolu du nombre de personnes dépendantes même si l'espérance de vie sans incapacité augmente.
- D. **Vrai**
- E. Faux, famille = aidant naturel.

QCM n°8 : A, C

- A. **Vrai.**
- B. Faux, souvent un seul membre du couple est hébergé et c'est vécu pour l'autre comme un veuvage
- C. **Vrai**, depuis la loi de 2002.
- D. Faux, les aides à domicile (pas les aides soignantes).
- E. Faux, c'est sous le contrôle d'associations et d'entreprises privées.

QCM n°9 : A, C

- A. **Vrai**, exemple : l'obligation alimentaire : un personne peut être mener à quitter sa famille pour ne pas devenir un poids économique.
- B. Faux, elle est réciproque. Mais attention, elle ne concerne jamais les frères et les soeurs;.
- C. **Vrai**, depuis 1975 pour les personnes handicapées et 2002 pour les personnes dépendantes.
- D. Faux, doublement faux :c'est la CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) et les conseils généraux qui financent. Et, l'APA crée des emplois de mauvaise qualité.
- E. Faux, Elle n'en fait pas partie. Elle relève du social.

QCM n°10 : B, D, E

- A. Faux, pas dans les handicaps cognitif ou psychique..
- B. **Vrai**, il n'existe pas de solution de retour au domicile, par contre pour les handicaps, les entrées et sorties sont beaucoup plus souples.
- C. Faux, et toutes les personnes dépendantes ne sont pas âgées.
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai.**

QCM n°11 : B, D

- A. Faux. 1945
- B. **Vrai.**
- C. Faux. Les ordres ont pour but de défendre les intérêts **moraux**.
- D. **Vrai.**
- E. Faux. Une exclusion du syndicat n'a pas de conséquence sur l'exercice de la profession.

Systeme de soin : Quelle place pour l'autonomie **Correction revue par révisée dans son intégralité par M. Moutot !**

L'autonomie se définit par la capacité d'un individu à agir selon sa propre volonté. Cette notion implique une certaine liberté individuelle mais également la capacité à accomplir ses choix. Seulement jusqu'où peut-on parler d'autonomie ? La pleine autonomie peut parfois mener à des situations délétères pour l'individu, lorsque celui-ci se met à l'écart des normes de la société.

En quoi, à l'ère de nos « sociétés du risque » (selon la formule d'Ulrich Beck), la place de l'autonomie se transforme-t-elle au sein du système de soin ? Nous verrons dans un premier temps comment le système de soin contribue à établir les conditions nécessaires à l'autonomie, et ensuite comment aujourd'hui, la notion de risque axé sur la santé oblige à interroger la tension entre *empowerment* et normalisation.

1) Système de soin et autonomie face au risque de la maladie :

La constitution française, dans son introduction, place l'égalité de l'accès aux soins comme une prérogative nécessaire à l'exercice des libertés fondamentales de chaque individu. Pour répondre à cet objectif de santé publique, il s'est mis en place, premièrement une solidarité horizontale, propre à chaque entreprise, chaque corps de métier, pour pallier les manquements dus à une maladie : c'est le début des arrêts de travail et des arrêts maladie, permis par la solidarité entre semblables.

Progressivement l'État français prend le relais sur les communautés de cotisations sociales, et au sortir de la Seconde Guerre mondiale crée la Sécurité sociale afin de transformer la solidarité établie en une solidarité verticale, qui serait à l'échelle de la population et non plus seulement au sein d'une même catégorie d'individus. Cette approche solidariste dans la société française vise à mutualiser et égaliser les moyens, afin que tout un chacun puisse jouir de son autonomie, sachant alors que tout individu sera couvert quelles que soient ses actions entreprises qui pourraient le mettre en danger : c'est ce qu'on appelle la solvabilisation du risque.

Au milieu du XIX^e siècle, Parsons théorise le paternalisme dans la relation médecin-malade où ce dernier perd son autonomie au profit de la dictée du médecin. Ce caractère particulièrement asymétrique a progressivement évolué vers une relation plus équilibrée où l'autonomie du malade prime. Cette évolution laisse place à la discussion, notamment théorisée par Beauchamp & Childress, où est décrit une nouvelle manière de considérer le patient en prenant en compte l'intégralité de l'individu, dans ses dimensions psychiques autant que somatiques. Par la suite, la loi Kouchner du 4 Mars 2002 prône, de fait, le droit à une information claire, loyale et appropriée afin d'arriver à un consentement du malade : ce consentement doit être libre et éclairé et c'est ainsi que s'exerce alors la nouvelle autonomie du patient. Aujourd'hui la personne malade prend de plus en plus son autonomie par rapport au corps médical en allant chercher de multiples sources d'informations (Internet, média et association de malades)

L'hôpital et les institutions pour les personnes âgées ou dépendantes sont souvent considérés comme des institutions totales qui génèrent un risque d'infantilisation et de réification du malade. Il y a en conséquence nécessité de penser ces structures pour préserver l'autonomie (ex : la charte du patient hospitalisé, de 1994) ou de développer d'autres possibilités, comme celle du maintien à domicile ou de l'hospitalisation à domicile encadrée par une équipe pluridisciplinaire (médecin, auxiliaire de vie...). La loi HPST de 2009 cadre et promeut le maintien à domicile de la personne malade.

La maladie chronique implique une "perte progressive d'autonomie fonctionnelle". Cependant elle n'est pas une parenthèse dans la vie du malade, mais une nouvelle manière de vivre sa maladie. Il devient donc fondamental de préserver la qualité de vie pour limiter le handicap et garantir l'autonomie du patient. L'éducation thérapeutique du patient apparaît ainsi comme un bon révélateur de cette dynamique et une mesure pour lutter contre la perte d'autonomie qu'entraînerait la non prise en charge de l'aspect social de la maladie chronique.

L'évolution de la démographie fait émerger de nouveaux risques liés à l'âge comme ceux de la dépendance. C'est ainsi que l'État a mis en place l'Aide personnalisée à l'autonomie. Ces aides financières ont une double mission, permettre aux personnes âgées de retrouver leur autonomie, et sont également mises en place pour lutter contre les inégalités de santé.

2) Place de l'autonomie dans une société de sanitarisaton

L'ensemble de ces évolutions concourt à déplacer la question du rapport entre autonomie et système de soin, de la préoccupation initiale de la protection contre les risques de la vie vers celle d'un recentrage en amont sur la quête de la santé (comprise comme « état de complet bien être », etc. – OMS). Tout cela passe par les nouvelles politiques de prévention et de promotion de la santé (Charte d'Ottawa, 1986), qu'accompagne un changement de signification de la notion de risque, de plus en plus pensé en termes de qualification des conduites et comportements individuels.

En plus du droit à la protection de la santé, les individus ont ainsi un devoir de santé, récemment reconnu par la jurisprudence. Nous sommes aujourd'hui dans une optique de promotion de la santé, vue comme un bien fondamental nécessaire à l'exercice de son autonomie. Tout ceci se fait passe par des actions de préventions ciblées dont leur compréhension et la réponse reviennent à l'autonomie de chacun (aléa moral). On peut citer en exemple l'idée de la vaccination où se mettent en conflit l'enjeu de la liberté individuelle (autonomie) et protection du collectif et de la société. Dans cette logique, la médecine, tant par la thérapeutique que par la relation de soin, aide les patients à être en capacité de se créer de nouvelles normes pour faire face à leur nouvelle situation de personne-malade. Mais, d'un autre côté, le patient étant informé des risques encourus, il doit adapter son comportement et se voit ainsi responsabilisé – au risque d'être culpabilisé. C'est dans cette tension entre visée de l'*empowerment* du malade et injonction socialement forte à l'autocontrôle que se redéfinissent aujourd'hui les enjeux de l'autonomie : créer des relations au sein desquelles chacun a sa part – « ne sont autonomes que ceux qui savent ou est leur place », comme l'écrit Corine Pelluchon.

Les professionnels de santé sont eux aussi concernés par cette situation nouvelle. La pratique médicale se voit en effet cadrée par des recommandations émanant d'autorités supérieures comme la HAS, lesquelles limitent l'autonomie de la profession en s'inspirant notamment du système Beveridgien. La liberté de prescription est par ailleurs restreinte par les recommandations médicales opposables dans l'optique de réduire les dépenses de la sécurité sociale. Aux fins de tenter de pallier les inégalités géographiques (déserts médicaux), des contrats destinés aux jeunes médecins pour les inciter à s'installer dans ces déserts médicaux ont été développés et proposés aux jeunes médecins (CESP, CPTMG). Ces contrats ne s'inscrivent pas dans une dynamique de liberté d'installation, mais ne la limitent pour autant pas totalement car sont mises à disposition sur la base d'un volontariat. L'autonomie de la profession médicale telle que le définissait Freidson se voit alors modifiée pour répondre à de nouveaux enjeux : économiques, politiques et sociaux...