



TUTORAT UE 7 2014-2015 – SHS

CORRECTION Séance n°8 – Semaine du 23/03/2015

Fin du cours d'histoire de la santé - Profession médicale – Soin – Démocratie sanitaire

Professeurs Visier et Moutot

QCM n°1 : A, C, E

- A. Vrai.** Le soin subjectif lui correspond au soutien, à la relation qui va s'établir entre deux ou plusieurs personnes complètes.
- B. Faux. Il existe toujours la part subjective du soin, on continue toujours à avoir des égards pour cette personne.
- C. Vrai.**
- D. Faux. Rousseau parle d'une ambivalence face à la souffrance qui provoquerait à la fois un sentiment de sollicitude et de répulsion. La souffrance suscite en nous un sentiment de répulsion, de rejet, qui fait que l'on se détourne aussi de l'être qui souffre. Donc nous ne sommes pas uniquement dans la sympathie.
- E. Vrai.** En effet, le soignant détient le savoir médical, c'est d'ailleurs pour cela que le malade s'y réfère, il se crée donc une relation asymétrique. L'autonomie du malade est donc une question centrale (Loi Kouchner).

QCM n°2 : A, E

- A. Vrai.** C'est à dire que l'on occulte soit la facette objective soit subjective du soin, or un soin pour être bienveillant doit être complet, non pas au sens où il serait parfait mais au sens où il accomplit quelque chose de positif pour celui à qui il s'adresse.
- B. Faux. C'est la définition de la sympathie. On fait un avec l'objet observé et partage ses pensées et sentiments la conscience est déplacée de soi vers l'autre. Il y a fusion.
Empathie : « ressentir en dedans ». On partage le point de vue d'autrui pour observer ses pensées et sentiments. La conscience de soi se place dans la situation d'un « autre » pour partager ses expériences dans le but de comprendre.
- C. Faux. « Je dirigerais le régime des malades à leur avantage, je ne commettrais ni mal ni injustice » Cet extrait du serment d'Hippocrate montre bien qu'il ne réduit pas la médecine à une science mais aussi à une relation à l'autre.
- D. Faux. Exemple du dépistage.
- E. Vrai.**

QCM n°3 : B, C, D, E

- A. Faux. Il n'y a pas de règles qu'il suffirait de suivre pour bien soigner, il faut à chaque fois inventer la manière de s'y prendre. L'art médical c'est adapter la généralité d'une règle à la singularité d'un cas.
- B. Vrai.**
- C. Vrai.**
- D. Vrai.** On peut sauver quelqu'un sans avoir eu l'impression de l'avoir soigné, car il n'y a pas eu de relation. De nombreux urgentistes souffrent de ce caractère ponctuel du soin et ce manque de suivi des patients.
- E. Vrai.**

QCM n°4 : B, D, E

- A. Faux. Elle n'est pas admise par tous puisque notamment en France, certaines personnes influencées par les Lumières s'y opposent, car cette inoculation constituerait une transmission populaire qui ne sauve pas, au contraire.
- B. Vrai.** Ce n'est plus seulement cette notion de fluides, mais une conception globale du corps
- C. Faux. Au contraire, l'air est associé à une idée positive, car c'est le souffle, la respiration qui peuvent remédier à la tuberculose.
- D. Vrai.** Avec le passage au début de la médecine des populations où l'espace serait producteur de santé, nécessitant donc des formes de contrôle venant du haut, l'État
- E. Vrai.**

QCM n°5 : B, C, D, E

- A. Faux. Justement, c'est un vecteur essentiel de l'hygiénisme, contre les mauvaises pratiques et la dégénérescence de certaines populations qui est en train de s'appauvrir biologiquement.
- B. Vrai.** C'est un élément collectif permettant d'aller vers le « bon air ».
- C. Vrai.** « Le microbe, voilà l'ennemi ».
- D. Vrai.**
- E. Vrai.** Quantification avec l'EBM, responsabilisation avec le rapport du collectif et de l'individu, éducation avec l'école publique obligatoire se continuant avec l'ETP, et l'anticipation avec le fait de réfléchir à ce qu'il pourrait se passer afin d'avoir une action effective.

QCM n°6 : C

- A. Faux. Un profane est un non-spécialiste, mais on ne peut pas dire qu'il n'a aucune connaissance, puisque l'école publique obligatoire, par exemple, permet d'acquérir un niveau de formation toujours plus élevé.
- B. Faux. Ces représentations ne disparaissent pas, même si notre savoir augmente.
- C. Vrai.** Dimension sociale : individu/société, dimension écologique : naturel/artificiel, et dimension moral : sain/malsain.
- D. Faux. Cette notion de fond de santé donne un niveau de santé individuel. Cela permet de faire des comparaisons entre les personnes.
- E. Faux. Son enquête se porte que sur les sociétés modernes.

QCM n°7 : C

- A. Faux. Ce n'est qu'à partir du XIXème siècle, les médecins possèdent le monopole de la maladie.
- B. Faux. Le pouvoir social des médecins arrive en même temps que leur monopole, donc au XIXème siècle. L'efficacité vient encore plus tard. Attention à ne pas confondre les deux !
- C. Vrai.**
- D. Faux. Exemple avec le DPC qui est obligatoire pour tous les professionnels de santé pour qu'ils puissent tenir à jour leurs connaissances et/ou leur pratique.
- E. Faux. Ce terme a déjà été décrit dans l'Antiquité et notamment à l'Antiquité avec la notion de « prudencia ».

QCM n°8 : C, D

- A. Faux. Il faut bien faire la distinction entre métier et profession. La caractéristique de la profession médicale est d'être au service de l'intérêt général, mais c'est aussi un métier, qui se caractérise par le fait d'être aussi au service de son propre intérêt (ex : on travaille pour gagner sa vie).
- B. Faux. Ce n'est pas un critère spécifique de la profession médicale mais commun à toute les professions.
- C. Vrai.**
- D. Vrai.**
- E. Faux. Ce concept peut être attribué à d'autres professions comme par exemple aux juges qui par leur décision peuvent désigner une personne comme un criminel : ils modifient l'identité sociale de cette personne par leur décision.

QCM n°9 : A, E

A. Vrai.

B. Faux. Le terme sage-femme signifie « qui possède le savoir sur les femmes » et ne s'appliquent pas aux professionnels.

C. Faux. Il a de tout temps existé des personnes qui accompagnaient les femmes lors de l'accouchement. Les mortalités étaient dues aux connaissances limitées sur le sujet et aux mauvaises conditions d'hygiène

D. Faux. Elles étaient plutôt considérées comme des sorcières et comme celles par qui le mal arrivait ; et donc pour régler ça on les brûlait.

E. Vrai. Les écoles de sages-femmes voient le jour à partir des années 1970.

QCM n°10: A, B, C

A. Vrai. En effet on commence à considérer la place de l'autonomie du patient et la relation Paternaliste n'est donc plus adaptée

B. Vrai.

C. Vrai.

D. Faux. Ce serait plutôt le cas du code de Nuremberg, et c'est un consentement qu'on doit obtenir aussi dans le cadre de la recherche. La déclaration d'Helsinki apporte l'idée que les volontaires doivent être informés des modalités de leur participation notamment aux projets de recherches.

E. Faux. On observe encore beaucoup de cas aujourd'hui notamment dans les pays du sud. Mr Visier cite néanmoins l'exemple du cas Tuskegee en Alabama.

QCM n°11 : A, B, C, D, E

A. Vrai.

B. Vrai.

C. Vrai. On ne dit pas d'eux qu'ils parlent mais qu'ils crient.

D. Vrai. C'est un duel entre une morale traditionnelle et une morale de Santé Publique, qui aboutit à la fin à l'autorisation de vente libre de seringues et de publicité pour les préservatifs

E. Vrai.

QCM n°12 : F

A. Faux. On retrouve les maisons de santé dans les zones enclavées, c'est une solution proposée par l'état face à l'augmentation des déserts médicaux.

B. Faux. Le DPC est obligatoire pour tous les professionnels de santé.

C. Faux. Cette exception rentre dans le cadre de l'inviolabilité du corps humain.

D. Faux. Il peut en changer quand il le souhaite.

E. Faux. L'information écrite ne se substitue pas à l'information orale.

QCM n°13 : D

A. Faux. Tumeur glandulaire.

B. Faux. Tumeur généralement bénigne par prolifération anormale d'adipocytes.

C. Faux. Tumeur cartilagineuse.

D. Vrai.

E. Faux. Nouvelle formation → tumeur → cancer.

QCM n°14 : F

A. Faux. Lésion organique persistant après l'évolution CLINIQUE d'une maladie (aigüe ou chronique).

B. Faux. Augmentation du taux de CO2 dans le SANG.

C. Faux. Douleur provoquée par une lésion située dans une autre région.

D. Faux. Tendance à exécuter Involontairement et simultanément un mouvement similaire et symétrique lors de l'exécution d'un mouvement volontaire d'un côté du corps.

E. Faux. Douleur d'origine nerveuse affectant le membre inférieur.

QUESTION REDACTIONNELLE : AUTONOMIE ET RELATION DE SOIN

Intro : De par le serment qu'il propose, Hippocrate a posé les bases des premières règles de déontologie, cette figure emblématique a donc initié, codifié une relation médecin-malade particulière, .Au fil du temps, ce lien s'est instauré et a évolué en fonction de ses protagonistes et du contexte, remettant toujours en cause la place de l'autonomie.

De quelle manière le soin met-il en exergue une relation nécessaire et évolutive (entre demande et réponse) centrée sur la question d'autonomie ?

Nous verrons dans un premier temps comment l'autonomie du médecin s'est imposée de par l'idée de son savoir universel, au détriment parfois de l'individu souffrant. Pour ensuite développer le retournement de situation progressif autour de l'apogée des maladies chroniques.

I une relation à point de départ binaire.

Selon Canguilhem, le soin peut apparaître comme réponse à une demande d'aide, un appel au secours, métaphore d'une fragilité, vulnérabilité, impliquant la relation à l'autre, quel qu'il soit et représente. On parle alors de sollicitude répondant à une souffrance, dans le contexte asymétrique de domination du médecin décrit comme nécessaire par Parsons dans le modèle des maladies infectieuses.

En ce sens, Freidson évoque un médecin comme créateur social de la maladie. Le patient a initié la relation par sa demande, le médecin concrétise cette idée comme un fait social par le biais du diagnostic de la maladie.

Le risque de cette relation dominant-dominée décrite par Parsons reposant sur la toute puissance du médecin, se traduit par le fait que le patient puisse être utilisé comme une « marionnette » et voir son autonomie « bafouée » par le prestige de l'autorité médicale au de la d'une réelle efficacité. Ce modèle paternaliste est donc étayé par une médecine qui se rêve omnipotente (éradication de la variole), mais néanmoins nécessaire pour le patient, afin de retrouver son rôle social et réintégrer une société fonctionnelle.

Cependant si nous revenons aux prémices mêmes de cette relation primaire archaïque du soin comme intention de soin vital, le médecin, ne se retrouve—t-il pas comme « otage » de son patient en demande, en attente : si jamais il refuse de soigner, un lourd sentiment culpabilisateur vient alors s'emparer de l'autorité médicale (emprise du soigné sur le soignant), qui de plus doit jongler entre sentiments de sollicitude et de répulsion à la base du soin.

Cette relation se doit alors d'être encadrée par le droit, relevant plus que de la simple jurisprudence, pour concilier un maximum autonomie du médecin comme du patient, sans les freiner. Cette volonté se traduit notamment par l'arrêt Teyssier (1942) qui instaure l'obligation du consentement du patient avant tout acte entrant dans le cadre de sa prise en charge. L'arrêt Mercier (1936) est également une preuve de ce désir de tendre vers un équilibre entre les deux partis en faisant de cette relation une relation contractuelle synallagmatique,

A l'ère d'une médecine qui se disait toute puissante et inébranlable (santé pour tous d'ici 2000, conférence d'Alma Alta)l'avènement du virus du VIH fût à l'origine de la remise en

question de l'autonomie du malade, qui devient alors plus que nécessaire à l'aube de la montée en puissance des maladies chroniques,

II Une relation évolutive pluridisciplinaire autour de la Maladie :

Les associations de malades n'ont pas eu un rôle sans importance dans la reconnaissance de ce besoin d'autonomie par le système de santé. Leur nombreux combats ont permis par exemple à la communauté homosexuelle de faire entendre sa voix, et de retrouver grâce à un mouvement solidaire collectif, le sentiment de soi, l'envie d'avancer, la confiance pour regagner en autonomie. Cette idée se développe avec la CNS : les usagers revendiquent leur place de même en prenant parties des décisions sur la santé : le collectif s'impose pour un bien être individuel.

Selon cette même logique, la démocratie sanitaire permet au patient de siéger au conseil d'administration et ainsi faire valoir ses droits dans un contexte d'empowerment pour maintenir/restaurer ses propres capacités productrices.

La maladie chronique parfois perçue comme une maladie métier explique que l'on cède de l'autonomie au patient car il doit apprendre à vivre avec et à trouver ses propres normes (pouvoir normatif de Canguilhem). L'ETP s'énonce alors comme une véritable alliance thérapeutique qui doit se bâtir car l'adhésion du patient n'est plus considérée comme automatiquement acquise. Il faut alors soulever les limites d'une responsabilisation sous entendue par cette relation pluridisciplinaire, pouvant mener à une certaine culpabilisation. En effet selon Canguilhem chacun est en capacité de créer ses propres normes : chacun est autonome de la manière dont il l'entend. De ce fait, les enjeux d'approche populationnelle de la santé ne risquent-ils pas de s'imposer au détriment du ressenti subjectif individuel ? De plus, la réceptivité aux messages, de SP mais aussi du médecin lors de la relation en elle-même, sont conditionnés par notre classe sociale, notre statut intellectuel et leur application en découle donc.

Au-delà de la maladie chronique, on peut soulever ces questions d'autonomie jusqu'à la fin de vie (Loi Léonetti) où l'ensemble des professionnels de santé se doit de respecter la dignité ontologique de l'homme. En ce sens, jusqu'où va l'accompagnement du médecin ? Le médecin doit-il laisser partir son patient s'il fait part de sa volonté ? Si une relation de soin est fondée sur des principes de consentement partagé, d'information claire loyale et approprié, il serait logique que la législation de la fin de vie y soit appropriée ? Le pluralisme réflexif est alors absolument nécessaire pour construire une relation pérenne qui ne s'inscrive pas dans la violence d'autant plus dans le cadre d'une médecine hyper technicisée où le patient peut se retrouver « oublié », au milieu des machines. D'autre part, la relation de soin s'élargit d'autant plus via le choix d'une personne de confiance, et l'existence de directives anticipées qui permettent de répondre ou du moins de prendre en compte les demandes /souhaits de l'individu souffrant n'étant plus en capacité s'exprimer. Les "profanes" (aidant naturel) s'engagent aussi dans cette relation de soin, de plus en plus extensive obligeant néanmoins un morcellement de l'autonomie.

Tous ces changements au niveau de la relation interindividuelle primaire médecin-malade se traduisent à l'échelle macroscopique via l'hôpital, théâtre de la transition d'une institution totale (réification) à un ordre qui commence à se négocier. La charte du patient hospitalisé

(1995) permet alors au patient d'accéder directement aux informations de santé le concernant, de refuser des traitements ou d'en demander l'interruption... une autonomie de plus en plus affirmée engage néanmoins certaines limites : danger de l'automédication, moins de suivi : déconsidération de la profession médicale.

Ouverture, conclusion au choix :

1) serment d'Hippocrate : soigner le gueux, l'indigent... limite close de conscience ? → Liberté de CHOIX +++ important ! Ne pas avoir l'impression de perdre son libre arbitre (son autonomie?) : libre choix du patient de choisir son praticien (loi marisol toulonnaise ++...), tout comme libre choix du médecin de « choisir » son patient ? (IVG, close de conscience) → éthique ++.

2) Places respectives du médecin et du malade : trouver l'équilibre ? Est-ce possible de concilier autonomie du médecin, et autonomie du patient dans une même relation, enrayée par le poids des enjeux de la collectivité ? Autonomie et relation de soin : deux termes antinomiques ?