

NOM :

Prénom :

Date :



UE 7 : Sciences humaines et sociales - LCA

Durée de l'épreuve : 1 heure 30 minutes

Vérifier que le cahier comporte 20 QCS et 30 QCM

Questions à choix simple

1 : Concernant l'hôpital, qu'est-il possible d'affirmer ?

- A – C'est en 1643 que le Grand aumônier gère l'hôpital public
- B – Les maladières sont les premiers lieux de soins
- C – Le Quinze-Vingt est un hôpital pour les femmes
- D – La chapelle était le lieu d'entrée pour l'hôpital au Moyen Age
- E – Toutes ces propositions sont erronées

2 : Dans l'histoire des soins, qu'est-il juste de dire ?

- A – La conception de la maladie comme œuvre des puissances bienfaitrices date de la civilisation présocratique
- B – C'est dans le serment d'Hippocrate qu'on trouve les bases de la pensée déductive
- C – Dioscoride est le premier à avoir pratiqué des dissections
- D – L'étape expérimentale précède celle de la pensée logique
- E – Toutes ces réponses sont erronées

3 : Concernant l'histoire des professions, qu'est-il juste de dire ?

- A – La dichotomie entre officier de santé et docteur en médecine est supprimée en 1958
- B – Hippocrate mentionne le « médecins des dents » dans son courant philosophique
- C – Le collège de pharmacie est créé dès 1777
- D – A la Renaissance, les sages-femmes ont leur propre confrérie
- E – La profession de kinésithérapeute apparaît à la Renaissance avec l'impulsion des connaissances anatomiques

4 : Concernant les relations soignant/soigné, qu'est-il possible d'affirmer ?

- A – Le XXème siècle voit la disparition du modèle paternaliste
- B – L'obligation de moyen est mentionnée dans le corpus hippocratique
- C – Le code Hammourabi décrit des contrats de droit public
- D – La rémunération des médecins est inscrite dans le corpus hippocratique
- E – Le code Hammourabi est composé d'une soixantaine d'articles

5 : Concernant la sociologie de la mort, qu'est-il juste de dire ?

- A – Les Français meurent vieux
- B – Les Français meurent en moyenne plus vieux que les Françaises
- C – Les Français meurent majoritairement en maison de retraite
- D – La majorité des décès survient avant 65 ans
- E – Nous consacrons 11% de nos dépenses à la santé

6 : Pour qui la douleur est « La douleur sous sa forme radicale et dépouillée – celle qui fait l'essence du supplice – est la pierre d'achoppement et le tombeau de toutes les philosophies » ?

- A – Henri Estienne
- B – Raymond Queneau
- C – Hippocrate
- D – André Malraux
- E – René Descartes

7 : Quel organisme gère au niveau sanitaire la centralisation des alertes internationales ?

- A – La HAS (haute autorité de santé)
- B – Santé Publique France
- C – La DGS (direction générale de la Santé)
- D – Le HCSP (haut conseil de santé publique)
- E – L'ARS (agence régionale de santé)

8 : Selon l'OMS en 1986, la santé est une « ressource de la vie quotidienne qui donne à la personne « le pouvoir... » ». Parmi ces verbes d'action, lequel ne rentre pas en compte dans les prérogatives individuelles ?

- A - Satisfaire ses besoins fondamentaux
- B - Evoluer avec son milieu
- C - Identifier ses ambitions
- D - Développer ses capacités
- E - Réaliser ses ambitions

9 : Concernant la mortalité prématurée, il est juste de dire...

- A- Elle est plus importante chez les femmes vivant dans les territoires d'outre-mer
- B- Elle est deux fois plus importante chez les hommes que chez les femmes
- C- La moitié de ces décès prématurés sont évitables en changeant les comportements addictifs
- D- La mortalité prématurée est totalement évitable
- E- La réduction de la mortalité prématurée s'inscrit dans la modification des comportements collectifs

10 : Concernant la promotion de la santé, dans la classification de la prévention de Gordon et San Marco, quelle proposition ne rentre pas en compte ?

- A – la prévention ciblée
- B – il y a trois préventions
- C – la prévention sélective
- D – la prévention secondaire
- E – la prévention universelle

11 : Quelle loi établit que « le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit ».

- A- le code de déontologie médicale
- B- la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, relative à la modernisation des établissements de santé, l'accès de tous à des soins de qualité, la prévention et la santé publique, l'organisation territoriale du système de santé
- C- la loi relative aux droits des patients et à la fin de vie
- D- la loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal
- E- la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

12 : Quelle Cour fonde le 20 mai 1936, la responsabilité du médecin ?

- A- La Cour pénale
- B- La Cour civile
- C- La Cour de Justice
- D- La Cour de Cassation
- E- La Cour administrative

13 : Quelle notion reconnaît l'Arrêt Teyssier ?

- A- Le droit au don d'organes
- B- Le droit d'accès aux soins palliatifs
- C- Le droit à une indemnisation pour les victimes d'accidents médicaux
- D- Le droit des malades
- E- Le droit à une représentation par des associations de patients dans les instances médicales

14 : Trouvez la proposition exacte concernant l'arrêt Perruche.

- A- Cet arrêt date de 2001.
- B- Cet arrêt reconnaît le droit à un enfant de demander réparation suite à une faute médicale.
- C- Cet arrêt sera contredit par l'article 1 de la loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner.
- D- La Cour de Cassation octroi une indemnité aux parents.
- E- Cet arrêt donnera son titre à la loi sur le handicap du 11 février 2005.

15 : Concernant le dossier médical, trouvez la proposition incorrecte.

- A- Les titulaires de l'autorité parentale pour les mineurs ont un droit d'accès.
- B- L'accès n'est possible qu'après un délai de 48h.
- C- Tenir un dossier complet et à jour des informations du patient est une obligation du médecin.
- D- Les majeurs sous tutelle ont un droit d'accès à leur dossier médical.
- E- Les ayants droits d'une personne décédée ont un accès complet au dossier du défunt.

16 : Concernant le droit au soulagement de la douleur, quelle est la réponse erronée ?

- A- Le patient doit être soulagé de sa douleur même si cela doit abrégé la vie.
- B- Ce droit est un point essentiel de la prise en charge palliative.
- C- Il est inscrit à l'article 37 du Code de déontologie médicale.
- D- La philosophie du dolorisme n'est plus de mise aujourd'hui.
- E- Aucune réponse n'est juste.

17 : Parmi les droits fondamentaux du patient, on ne trouve pas ...

- A- le droit à une information claire, loyale et appropriée accompagné de sa personne de confiance
- B- le droit à recevoir des soins de qualité sans discrimination
- C- le droit de choisir son médecin et son établissement de santé
- D- le droit d'obtenir réparation en cas d'incident médical
- E- le droit de voir ses frais de santé pris en charge si l'on est dans l'indigence

18 : Concernant la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, il est vrai de dire ...

- A- Elle dispose que des États généraux de la santé doivent être mis en place.
- B- Elle reconnaît le droit à une sédation profonde et continue en fin de vie.
- C- Cette loi a été abrogée suite à la mise en place des lois successives.
- D- Elle traite de la démocratie sanitaire.
- E- Elle affirme l'existence d'une limite de 20 ans après prise en charge au droit des patients à l'information.

19 : Concernant le dossier médical partagé, il est vrai de dire ...

A- Il s'agit d'un dossier créé automatiquement par l'Assurance maladie.

B- N'importe quelle personne sur le territoire français peut obtenir son dossier médical partagé, sans conditions.

C- Le dossier médical partagé est accessible à tout praticien de santé.

D- Le dossier médical partagé est obligatoire.

E- Le dossier médical partagé est accessible librement pour le patient.

20 : Si une personne en situation de handicap souhaite contester le taux d'invalidité ou d'incapacité de travail qui a été défini pour elle, elle doit avoir recours ...

A- au tribunal du contentieux de l'incapacité

B- à la Cour d'Appel

C- au conseil des Prud'hommes

D- au tribunal des affaires de Sécurité sociale

E- au tribunal judiciaire



TOURNEZ LA PAGE

Questions à choix multiples

21 : Concernant l'hôpital, qu'est-il possible d'affirmer ?

- A – L'administration hospitalière par une commission municipale apparaît pendant le Directoire
- B – L'hôpital général de Louis XIV est un lieu de soin pour tous
- C – Les sanatoriums accueillent dans les centres villes les tuberculeux
- D – L'architecture pavillonnaire apparaît au début du XXème siècle
- E – La loi du 21 décembre 1941 marque la fin de l'hospice

22 : Concernant l'histoire des soins, qu'est-il possible d'affirmer ?

- A – La racine « Homme de science » se divise en 5 étapes
- B – Le secret médical est une conception déontologie moderne
- C – Le processus évolutif de l'étape expérimental est stoppé durant le Moyen Age en Occident
- D – Félix Vicq d'Azyr symbolise les prémices des politiques de santé publique
- E – La découverte des antibiotiques date de 1828

23 : Concernant l'histoire des professions, qu'est-il possible d'affirmer ?

- A – La profession d'apothicaire date de 2000 ans avant J.-C.
- B – Hippocrate limite le rôle des sages-femmes à la dystocie
- C – Abulcasis développe l'art dentaire dans le monde arabe au Moyen Age
- D – Angélique Le Boursier du Coudray participe à la généralisation de la formation de sage-femme
- E – C'est avant la Première Guerre mondiale que les spécialités médicales connues aujourd'hui font leur apparition

24 : Concernant l'histoire des relations soignant/soigné, qu'est-il possible d'affirmer ?

- A – Dans le corpus hippocratique est fait mention de l'interdiction du déraisonnable
- B – Le modèle consumériste est le pendant du modèle paternaliste
- C – Le code d'Hammourabi est un texte juridique romain babylonien
- D – Les médecins ont longtemps bénéficié de la faiblesse des connaissances pour imposer aux malades, sans explication ce qu'ils jugeaient bon pour eux
- E – Toutes ces propositions sont erronées

25 : Concernant la mort, qu'est-il juste de dire ?

- A – Longtemps la « bonne mort » a été une mort inaperçue
- B – Dans le cérémonial funèbre, on trouvait principalement la veillée funèbre
- C – Au cours du XXème siècle, la société a expulsé la mort
- D – Longtemps l'agonie était une « bonne mort »
- E – C'est à partir de 1945 que la déontologie médicale préconise que la mort imminente peut être dissimulée au patient

26 : Concernant la douleur, qu'est-il possible d'affirmer ?

- A – La douleur correspond uniquement à des données objectives
- B – Dans l'Antiquité, la douleur est l'œuvre d'un châtement divin
- C – Jusqu'au XXème siècle, la douleur était vue comme le prix de la guérison
- D – Selon Galien, la douleur est un symptôme du tact, conséquence d'un déséquilibre des 4 humeurs
- E – L'utilisation du protoxyde d'azote comme anesthésiant date du XXème siècle

27 : Parmi les propositions suivantes, lesquelles relèvent des missions de Santé Publique France ?

- A- Les infections nosocomiales
- B- Le lancement des alertes sanitaires
- C- L'infectiovigilance
- D- La nutrivigilance
- E- Préparation et réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires

28 : Parmi les agences suivantes, laquelle détient un pouvoir de police autonome ?

- A – ARS (agence régionale de santé)
- B – Santé Publique France
- C – IRSN (Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire)
- D – EFS (établissement français du sang)
- E – aucune de ces propositions

29 : En 2019 en France, que peut-on affirmer concernant la mortalité ?

- A- Les maladies respiratoires tuent presque autant que les morts violentes
- B- Les maladies cardiovasculaires représentent un peu plus du quart de la mortalité générale
- C- Les cancers et les maladies cardiovasculaires représentent la majorité des décès en 2019
- D- Moins de 600 000 décès sont survenus en 2020
- E- Plus du tiers du taux de mortalité est dû aux autres causes que les cancers et les maladies cardiovasculaires

30 : Concernant la stratégie nationale de santé, qu'est-il possible d'affirmer à partir de 2013 ?

- A- l'accent est mis sur la promotion de la santé
- B- la politique de santé opte sur le tout curatif
- C- agir tôt et fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé est l'objectif de la stratégie
- D- la stratégie nationale de santé s'oriente vers la prévention
- E- c'est dans la loi de mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins que la politique de prévention est mise en avant

31 : Pour quel(s) motif(s) la CRCI peut-elle être saisie ?

- A- Atteinte à l'intégrité physique et psychique supérieure à 24 %.
- B- Atteinte à l'intégrité physique et psychique supérieure à 49 %.
- C- Déficit fonctionnel temporaire au moins égal à 50% sur une durée de 6 mois consécutifs.
- D- Déficit fonctionnel temporaire au moins égal à 60% sur une durée de 6 mois consécutifs.
- E- Arrêt temporaire des activités professionnelles d'au moins 1 mois.

32 : Quelle(s) est/sont la/les réponse(s) erronée(s) concernant l'information sur la tarification des actes médicaux ?

- A- Les honoraires doivent être déterminés avec "tact et mesure".
- B- Une information écrite préalable est nécessaire si les honoraires dépassent le seuil fixé par la Sécurité sociale.
- C- Les informations sur les tarifs doivent être affichées de façon visible et lisible.
- D- S'il y a un non-respect de la loi en la matière, le médecin encourt une amende administrative de 9000 €.
- E- Aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux malades.

33 : Relevez parmi ces propositions celle(s) qui apparten(n)ent ou peu(ven)t appartenir à un code de déontologie. Vous ne relèverez pas celle(s) qui relève(nt) de la loi, de l'éthique, des bonnes pratiques.

- A- Il n'est recommandé ni d'autoriser ni d'interdire l'euthanasie ou l'assistance au suicide, parce qu'elles posent globalement les mêmes problèmes éthiques en raison des risques qui en découlent au regard de l'exigence de solidarité et de fraternité qui est garante du vivre-ensemble.
- B- Le fait de faire à une personne des offres ou des promesses ou de lui proposer des dons, présents ou avantages quelconques afin qu'elle commette, y compris hors du territoire national, un assassinat ou un empoisonnement est puni, lorsque ce crime n'a été ni commis ni tenté, de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende.
- C- Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.
- D- Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.
- E- Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution.

34 : Quelle(s) affirmation(s) est/sont incorrecte(s) concernant les plans triennaux du gouvernement en matière de soulagement de la douleur ?

A- Le premier plan triennal date de 2000 à 2003.

B- Le slogan du premier plan antidouleur est "la douleur ne doit pas être une fatalité".

C- Le deuxième plan antidouleur cherche spécifiquement à lutter contre les douleurs chroniques rebelles.

D- Le troisième plan antidouleur traite de la question de la douleur chez les personnes polyhandicapées.

E- Ces plans successifs sont en accord avec l'article L.1110-5 du code de la santé publique.

35 : Parmi ces professions du secteur de la santé, laquelle/lesquelles a/ont un ordre professionnel spécifique ?

A- les chirurgiens-dentistes

B- les orthophonistes

C- les sages-femmes

D- les ergothérapeutes

E- les infirmiers

TOURNEZ LA PAGE

Sujet réflexif de QCM 36 à QCM 40 à propos du cas clinique suivant.

M. X a 65 ans. Ce jeune retraité est divorcé depuis dix ans. Il vit seul. Il a deux filles et un fils, tous en couple, ainsi que cinq petits-enfants. Ils habitent tous à moins de 20 km de M. X et le voient régulièrement.

Dernièrement, un examen urologique a révélé la présence d'un polype de vessie. M. X est un assez gros fumeur, ce qui peut expliquer l'apparition de cette tumeur bénigne. M. X est informé de la situation et de la nécessité d'une intervention rapide. Il est silencieux face aux explications du médecin et semble très affecté. Sa fille aînée, présente et choisie comme personne de confiance, essaie de le rassurer.

L'intervention chirurgicale a lieu quelques jours plus tard. Elle se fait par les voies naturelles (canal de l'urètre) à l'aide d'un résecteur endoscopique. Lors de l'opération, le chirurgien constate que les organes de M. X sont envahis de métastases (réalisation d'un bilan d'extension). Il est atteint d'un cancer en phase terminale et son pronostic vital est engagé avec un risque de décès rapide (quelques semaines). L'opération est tout de même effectuée et le chirurgien informe toute l'équipe de la situation.

Le patient est maintenu en pôle chirurgie et la famille est informée le jour même de la situation. Sa fille aînée demande à l'équipe de ne rien révéler à M. X pour le préserver, indiquant que c'est la volonté qu'il avait exprimée auprès d'elle après l'annonce de sa tumeur. M. X n'a cependant rédigé aucune directive anticipée car il n'a pas souhaité le faire.

Le lendemain, l'infirmière référente constate que le bassin urinaire est rempli d'un sang rouge (il ne peut s'agir d'une hématurie). Le médecin en est informé. Il prescrit d'abord une artériothérapie en urgence pour identifier l'origine du saignement ; celle-ci n'est pas concluante. Puis il souhaite effectuer une fibroscopie, mais sa famille, présente alors, s'oppose à ce soin qu'elle juge trop invasif. Suivant cette volonté, seuls un traitement antalgique important et une réhydratation par voie intraveineuse sont conservés.

Mais deux jours plus tard, la fille aînée du patient souhaite rencontrer l'équipe et demande que l'on stoppe le traitement antalgique, selon elle, excessif. Elle déclare : "Je ne reconnais plus mon père ... Il ne me parle plus, il ne fait que dormir, il est absent ..."

Dans cette situation où l'information au patient a fait défaut et où la personne de confiance a pris plus d'importance que ne le permet la loi, il faut revenir au respect de la loi selon le Code de santé publique.

36 : Concernant les droits des malades définis par la loi n° 2002-303 du 04/03/2002, il est vrai de dire...

A- Un patient peut décider de ne pas être informé mais ce droit ne peut être respecté que si le patient n'est pas dans le cadre d'une procédure judiciaire ou si sa maladie n'expose pas un tiers à un risque de contamination ou de transmission.

B- Un malade peut refuser la présence d'étudiants lors d'un de ses soins au nom du respect de son intimité, même s'il est pris en charge dans un Centre hospitalier universitaire.

C- Toute personne ou ses ayants droit doit recevoir une information par un professionnel de santé même si cette information indique que le professionnel de santé, lui-même, a fait subir un dommage au patient.

D- Le secret médical fait obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit.

E- Le droit qu'a tout patient de choisir librement son praticien de santé doit lui être facilité.

37 : Concernant le droit des patients d'être informés, quelle(s) est/sont la/les proposition(s) erronée(s) ?

A- Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé ; ce droit ne peut se voir opposé un empêchement de retrouver la personne.

B- L'information est limitée dans le temps.

C- Le praticien a un devoir d'information tout au long de la maladie.

D- Le patient doit être informé même en cas de dommage.

E- L'information ne peut se faire que par un entretien individuel sans assistance.

38 : Concernant les directives anticipées, il est vrai de dire ...

A- Elles ont été définies et créées par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 dite "loi Kouchner"

B- Elles sont obligatoires en cas d'hospitalisation.

C- Elles ont une durée de validité de 3 ans.

D- Elles s'imposent au médecin mais il peut être amené à ne pas les appliquer si elles sont inadaptées à la situation du patient.

E- Elles sont appliquées en accord avec la personne de confiance du patient.

39 : Parmi ces rôles, lequel/lesquels une personne de confiance ne peut-elle jouer ?

A- Elle aide le médecin à prendre des décisions.

B- Elle assiste aux entretiens médicaux du patient.

C- Elle peut poser des questions au médecin au nom du patient, si celui-ci n'ose pas le faire.

D- Elle donne son avis sur l'utilisation des directives anticipées du patient.

E- Elle s'exprime en son nom et en celui du patient sur les décisions à prendre pour le patient.

40 : Les droits fondamentaux des patients sont présents dans différents textes selon des formulations qui peuvent varier. Ils sont explicitement présents dans ...

A- la Déclaration des Droits de l'homme

B- le Code de Déontologie médicale

C- le Code civil

D- le Code de la santé publique

E- la Charte des Droits fondamentaux de l'Union européenne

TOURNEZ LA PAGE

LCA

41. "Selon une étude menée par Santé publique France à partir de la totalité des personnes identifiées selon des données du Sniiram (Système national inter-régimes de l'Assurance maladie), tous régimes d'Assurance maladie confondus, ayant eu une délivrance d'insuline à au moins 3 dates différentes au cours de l'année 2012, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement en France est estimée à 4,6 % en 2012, et a été actualisée à 5,2% en 2019, soit plus de 3,5 millions de personnes traitées pour un diabète. Cette augmentation de la prévalence du diabète est observée depuis les premières estimations établies par l'Assurance maladie en 2000.

La fréquence du diabète augmente avec l'âge. Un pic de prévalence est observé entre 70 et 85 ans chez les hommes : 1 homme sur 5 est concerné et entre 75 et 85 ans chez les femmes : 1 femmes sur 7 est concernée. La prévalence du diabète traité est la plus élevée dans les départements d'Outre-mer, près de deux fois plus élevée que la moyenne nationale. Elle est plus élevée dans certaines régions de métropole, en particulier dans le Nord et le Nord-est et dans certains départements d'Ile de France, mais elle est moins élevée en Bretagne."

Après lecture de ce compte-rendu d'enquête, que peut-on infirmer ?

A- Il s'agit d'une enquête longitudinale.

B- Cette étude concerne uniquement la France métropolitaine.

C- Cette étude relève de l'épidémiologie descriptive.

D- Il s'agit d'une étude cas-témoins.

E- Il s'agit d'une enquête de cohorte.

42. Suivant la même étude que précédemment, laquelle dresse un tableau des données par département, voici les données propres au département de la Vienne (86).

Prévalence du diabète traité pharmacologiquement par sexe et classe d'âge dans le département de la Vienne, en 2012.

| Âge atteint dans l'année | Nombre de personnes diabétiques (a) | | | Population de référence (b) | | | Prévalence | | |
|--------------------------|-------------------------------------|-------------|--------------|-----------------------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| | Hommes | Femmes | Total | Hommes | Femmes | Total | Hommes | Femmes | Total |
| 0-4 ans | 3 | 1 | 4 | 11180 | 10597 | 21777 | 0,03% | 0,01% | 0,02% |
| 5-9 ans | 15 | 6 | 21 | 12850 | 12139,5 | 24989,5 | 0,12% | 0,05% | 0,08% |
| 10-14 ans | 15 | 19 | 34 | 12771 | 12312,5 | 25083,5 | 0,12% | 0,15% | 0,14% |
| 15-19 ans | 27 | 20 | 47 | 13304,5 | 13275 | 26579,5 | 0,20% | 0,15% | 0,18% |
| 20-24 ans | 40 | 24 | 64 | 14800,5 | 15131,5 | 29932 | 0,27% | 0,16% | 0,21% |
| 25-29ans | 44 | 36 | 80 | 12112 | 12679,5 | 24791,5 | 0,36% | 0,28% | 0,32% |
| 30-34 ans | 55 | 46 | 101 | 12224 | 12791 | 25015 | 0,45% | 0,36% | 0,40% |
| 35-39 ans | 113 | 109 | 222 | 12631 | 12810 | 25441 | 0,89% | 0,85% | 0,87% |
| 40-44 ans | 203 | 189 | 392 | 13838,5 | 14341,5 | 28180 | 1,47% | 1,32% | 1,39% |
| 45-49 ans | 395 | 289 | 684 | 13770 | 14192,5 | 27962,5 | 2,87% | 2,04% | 2,45% |
| 50-54 ans | 688 | 471 | 1159 | 14007,5 | 14236,5 | 28244 | 4,91% | 3,31% | 4,10% |
| 55-59 ans | 1154 | 808 | 1962 | 14179,5 | 15065 | 29244,5 | 8,14% | 5,36% | 6,71% |
| 60-64 ans | 1617 | 1097 | 2714 | 13853,5 | 14515 | 28368,5 | 11,67% | 7,56% | 9,57% |
| 65-69 ans | 1580 | 1079 | 2659 | 10538,5 | 11273,5 | 21812 | 14,99% | 9,57% | 12,19% |
| 70-74 ans | 1311 | 996 | 2307 | 7681,5 | 8746 | 16427,5 | 17,07% | 11,39% | 14,04% |
| 75-79 ans | 1269 | 1164 | 2433 | 7173,5 | 9206,5 | 16380 | 17,69% | 12,64% | 14,85% |
| 80 et plus | 1721 | 2081 | 3802 | 10876 | 19062 | 29938 | 15,82% | 10,92% | 12,70% |
| Total | 10250 | 8435 | 18685 | 207791,5 | 222374,5 | 430166 | 4,93% | 3,79% | 4,34% |

(a) personnes identifiées à partir des données du Sniiram (Système national inter-régimes de l'Assurance maladie), tous régimes d'Assurance maladie confondus, ayant eu une délivrance d'insuline à au moins 3 dates différentes au cours de l'année 2012.

(b) population moyenne des années 2012 et 2013 en âge atteint dans l'année, calculée à partir des estimations de population de l'Insee (Source: Insee - Estimations de population. Données actualisées au 14/01/2014).

À la lecture de ce tableau, que peut-on affirmer ?

A- Cette étude porte sur l'apparition de nouveaux cas de diabète au cours de l'année 2012 en Vienne.

B- Cette étude porte sur le nombre de cas à un moment donné (année 2012).

C- Selon cette étude, il est possible de conclure que la prévalence est, à tout âge, plus élevée chez les hommes.

D- La notion de "population de référence" correspond à la part de la population prise en compte dans cette étude.

E- Chaque valeur de prévalence totale indiquée dans la dernière colonne de ce tableau est obtenue en divisant le total du nombre de personnes diabétiques pour une classe d'âge par le total de la population de référence pour la même classe d'âge multiplié par 100.

43. En reprenant les données du tableau précédent, que peut-on affirmer ?

A- Les femmes sont globalement moins touchées par le diabète que les hommes.

B- La part des diabétiques par classe d'âge a tendance à diminuer sauf à partir de 80 ans.

C- Pour certaines classes d'âge, les femmes sont deux fois moins touchées que les hommes.

D- Pour les 30-34 ans, on peut établir un sex-ratio arrondi à 1,2.

E- L'enquête est biaisée du fait de la disparité du nombre de personnes dans la population de référence par classe d'âge.

44. Voici la suite et fin de l'étude présentée précédemment :

"Entre 2012 et 2017, parmi les personnes âgées de 45 ans et plus, l'incidence brute du diabète de type 2 traité pharmacologiquement a diminué de 10,7 à 9,6 cas par 1000 personnes-années pour les hommes et de 7,1 à 6,1 cas par 1000 personnes-années chez les femmes. Ces résultats sont observés dans toutes les tranches d'âges et toutes les régions quel que soit le sexe.

Entre 2013 et 2015, 6 424 enfants ont été identifiés comme nouvellement atteints de diabète de type 1. Le taux d'incidence sur cette période était de 18,0 pour 100 000 personnes-années. On observait des variations régionales avec des taux d'incidence les plus élevés dans les régions Corse (21,7 pour 100 000 personnes-années), Provence-Alpes-Côte d'Azur (21,1) et Hauts-de-France (19,7). Les taux d'incidence régionaux les plus bas étaient mis en évidence en Guyane (3,6 pour 100 000 personnes-années), en Guadeloupe (12,2) et à La Réunion (14,2) – et en France métropolitaine dans les régions Pays de la Loire (15,8), Nouvelle-Aquitaine (16,8) et Normandie (16,9).

À partir de modèles multivariés ajustés sur l'âge et la région, nous observons un taux d'évolution annuel croissant de la prévalence sur la période 2010-2017 de +0,9% [IC95% +0,7 ; +1,0%] chez les hommes et de +0,4% [IC95% +0,2 ; +0,6%] chez les femmes. Le taux d'évolution annuel de l'incidence est décroissant : -2,6% [IC95% -3,1 ; -2,0%] chez les hommes et -3,9% [IC95% -4,5 ; -3,4%] chez les femmes sur la période 2012-2017. Ces taux annuels d'évolution décroissant de l'incidence sont plus marqués dans les régions dans lesquelles la prévalence est la plus élevée, en particulier les régions d'Outre-mer."

Qu'est-il vrai de dire concernant cette étude dans sa globalité ?

A- Elle permet d'étudier pour la France métropolitaine et l'Outre-mer les taux d'incidence et de prévalence du diabète.

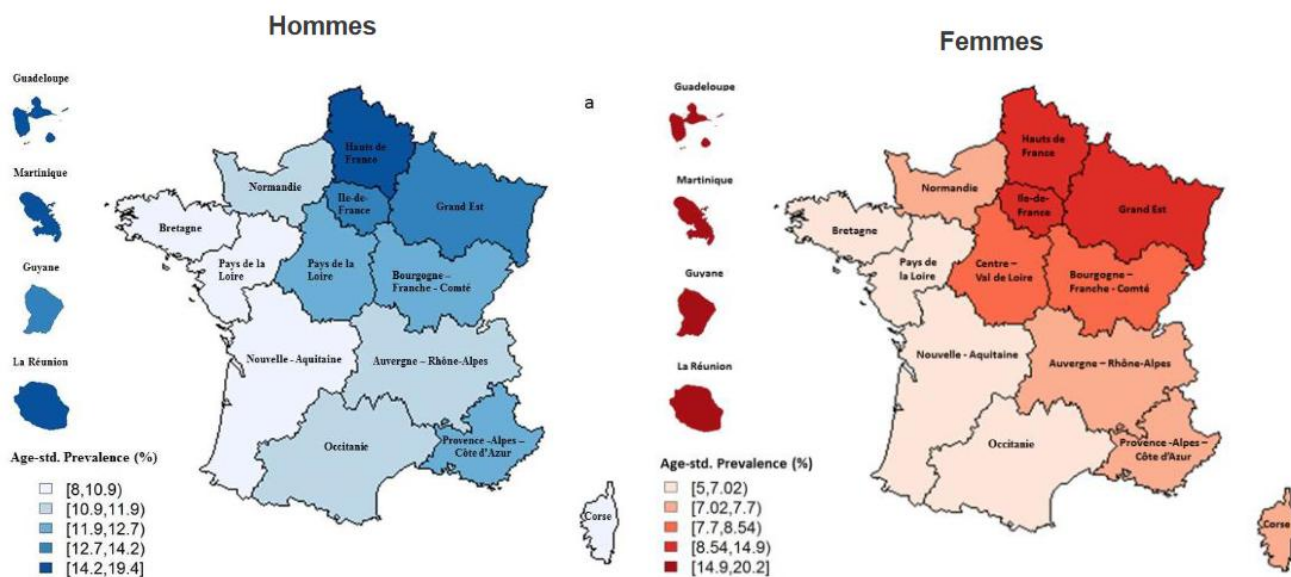
B- Elle permet de dire qu'entre 2010 et 2017 la prévalence du diabète a continué d'augmenter légèrement en France et qu'entre 2012 et 2017 l'incidence a diminué.

C- Sur la période 2012-2017, le taux d'évolution annuel de l'incidence est de -2,6% [IC95% -3,1 ; -2,0%] chez les hommes, ce qui signifie que la survenue de nouveaux cas diminue sur cette période et que l'intervalle de confiance à 95% indique une amplitude de cette diminution allant de 2% à 3,1%.

D- L'évaluation concernant l'incidence brute du diabète de type 2 traité pharmacologiquement a dû être évaluée à partir des données issues d'une population instable.

E- À la lecture de ces données, il semble justifié de dire que le diabète risque d'être de plus en plus présent dans la population française à l'avenir.

45. Toujours d'après cette même étude de Santé publique France, voici une représentation de la situation par région en France pour l'année 2017.



Que peut-on dire après analyse de ce document ?

- A- Pour les hommes comme pour les femmes, on observe une disparité importante par région.
- B- Les deux cartes font apparaître que l'incidence est plus forte dans les régions du Nord et de l'Est.
- C- L'indication [5, 7.02] concernant la carte des femmes signifie qu'une région représentée par la couleur la plus claire est une région où le taux de personnes atteintes de diabète est situé entre 5‰ et 7,02‰.
- D- La représentation de ces cartes permet de faire une comparaison entre les populations diabétiques masculines et féminines.
- E- Il apparaît que toutes les régions d'Outre-mer présentées ici sont exposées à une prévalence forte voire très forte.

46. Voici un tableau proposant une étude concernant la mortalité par suicide dans l'ancienne région Aquitaine pour la période 2007-2009.

| Mortalité par suicide (2007-2009) | Aquitaine | | | | | | | France métro. |
|---|-----------|---------|--------|----------------|---------------------|-------------|-----------|---------------|
| | Dordogne | Gironde | Landes | Lot-et-Garonne | Navarre-Côte basque | Béarn-Soule | Aquitaine | |
| TSM Hommes | 33,3 | 24,4 | 31,9 | 29,4 | 23,2 | 21,3 | 26,5 | 26,6 |
| TSM Femmes | 9,6 | 7,8 | 7,5 | 6,1 | 9,7 | 7,9 | 8,1 | 8,2 |
| % évolution du TSM Hommes (2007-2009 / 1997-1999) | -11,0 | -14,7 | +18,1 | -0,3 | -24,2 | -11,6 | -10,2 | -11,6 |
| % évolution du TSM Femmes (2007-2009 / 1997-1999) | -20,0 | -3,7 | 0,0 | -41,3 | +11,5 | 0,0 | -9,0 | -14,6 |

Sources : Inserm (CépiDc), Insee - Exploitation : ORS Aquitaine

*Territoires définis par l'Agence régionale de santé en 2012

TSM : taux standardisé de mortalité (pour 100 000 habitants)

Qu'est-il correct de dire d'après les informations contenues dans ce tableau ?

- A- Il y a plus de décès par suicide en Dordogne qu'en Lot-et-Garonne.
- B- Cette enquête indique que le taux de mortalité par suicide a baissé de façon plus importante en France métropolitaine qu'en Aquitaine pour la période entre 1997-1999 et 2007-2009.
- C- La notion de taux standardisé de mortalité indique que les taux de mortalité concernant les zones géographiques choisies sont obtenus en calculant ce que l'on observerait dans chaque territoire s'il avait la même structure par âge que la population de référence.
- D- La méthode employée pour comparer les populations est celle de la standardisation directe.
- E- À partir des données de ce tableau, il n'est pas possible de dire quel territoire entre la Dordogne, la Gironde, les Landes et le Lot-et-Garonne a le plus grand nombre de décès par suicide.

47. Dans deux populations distinctes, les indicateurs de décès par classe d'âge sont les suivants :

| Âge | Région A | | | Région B | | |
|-------------|----------|-----------------------|----------------------|----------|-----------------------|----------------------|
| | Décès | Population (milliers) | Taux spécifiques (‰) | Décès | Population (milliers) | Taux spécifiques (‰) |
| 0 - 20 ans | 100 | 100 | 1,00 | 50 | 17 | 2,94 |
| 21 - 45 ans | 600 | 180 | 3,33 | 145 | 22 | 6,59 |
| 46 - 65 ans | 1 500 | 170 | 8,82 | 490 | 36 | 13,61 |
| 66 ans et + | 2 800 | 150 | 18,67 | 550 | 55 | 10,00 |
| Total | 5 000 | 600 | 8,33 | 1 235 | 130 | 9,5 |

Pour les étudier, voici les valeurs proposées d'une population de référence :

| Âge | Population C Taux spécifiques (‰) |
|-------------|--------------------------------------|
| 0 - 20 ans | 0,8 |
| 21 - 45 ans | 2,5 |
| 46 - 65 ans | 7,0 |
| 66 ans et + | 30,0 |
| Total | 8,4 |

Relevez l'/les affirmation(s) correcte(s) :

A- À partir des données de ces tableaux, il est possible de calculer un indice comparatif de mortalité entre les populations des régions A et B.

B- Il est possible de calculer un ratio standardisé de mortalité en utilisant le taux spécifique de mortalité de la population de référence.

C- En appliquant le taux de la population des 0 - 20 ans (0,8 ‰) à la population de la région A de la même tranche d'âge (100 000), on obtient la mortalité attendue dans la région A si elle avait une mortalité par âge identique à celle de C.

D- Il est possible de comparer directement les taux de mortalité des régions A et B mais cette comparaison est peu significative en termes de santé publique si nous ne savons pas les facteurs de décès.

E- La comparaison entre la région B et la population de référence C montre une répartition très différente.

48. Concernant les indicateurs en épidémiologie, qu'est-il correct de dire ?

A- Un taux ne peut être exprimé qu'en pourcentage et c'est un indicateur statique.

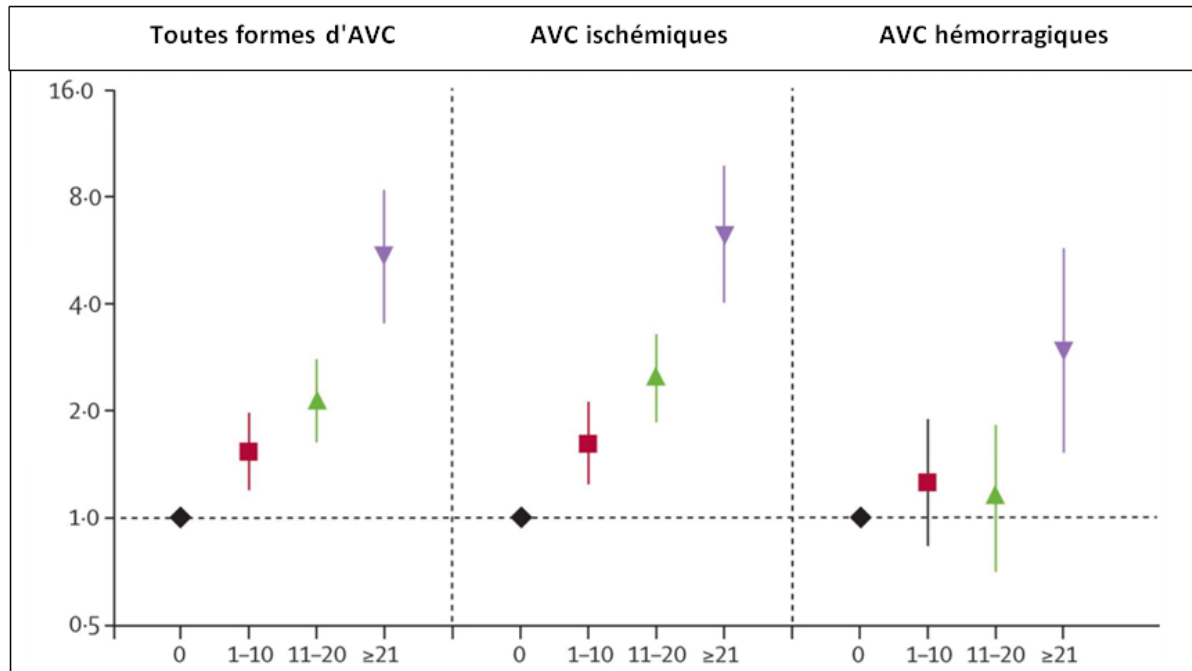
B- Un ratio est un indicateur statique.

C- Dans une proportion, numérateurs et dénominateurs sont homogènes, c'est-à-dire que le numérateur est inclus dans le dénominateur.

D- Un indice est un taux ou le résultat d'opérations effectuées sur des taux.

E- Une proportion est un indicateur dynamique.

49. Une enquête est effectuée concernant la survenue d'AVC en lien avec la consommation de cigarettes chaque jour.



Après étude de ce schéma, qu'est-il correct de conclure ?

- A- Cette enquête est une enquête expérimentale.
- B- Cette enquête prend comme valeur de référence une population qui ne fume pas de cigarettes et pour qui le risque relatif indiqué par l'odds ratio est situé à un coefficient de 1.
- C- Les barres verticales représentent l'écart-type du risque.
- D- Si une valeur se retrouvait en dessous de la ligne en pointillés correspondant à la valeur 1.0, cela signifierait que la consommation de cigarettes serait un facteur protecteur.
- E- La notion d'intervalle de confiance à 99% signifie que l'enquête est fiable et significative.

50. Concernant le schéma précédent, qu'est-il vrai de dire ?

- A- Le risque de survenue d'un AVC est globalement lié à la consommation de tabac.
- B- Pour les AVC hémorragiques, la consommation au-delà de 20 cigarettes par jour est un facteur causal.
- C- Pour les AVC ischémiques, le sur-risque apparaît dès une à dix cigarettes par jour.
- D- En cas de consommation de plus de 20 cigarettes par jour, le risque de toutes formes d'AVC est multiplié environ par 6.
- E- On constate les plus grands écarts de résultats concernant les AVC hémorragiques.

FIN DE L'ÉPREUVE