

## CORRECTION DEVOIR PACES 3 DU 20 MARS 2021

### QCS

#### 1 : D

La réponse A = fausse le Grand aumônier ne dirige plus les hôpitaux à partir de 1543. La gestion épiscopale est remplacée par celle d'officiers royaux.

La réponse B = les madrières ou léproseries sont les lieux de réclusion.

La réponse C = fausse. Le 15-20 est un hôpital créé par Saint Louis, Louis IX pour les aveugles.

#### 2 : E

La réponse A = fausse. Présocratique (avant Socrate 479-399), formule désignant la période antique. Hippocrate (460-377) : l'œuvre de puissances malfaisantes.

La réponse B = fausse. Le Serment d'Hippocrate se trouve dans le courant philosophie : base de l'éthique. Le courant de la pensée déductif faisant appel à l'expérience, exemple la réduction des fractures.

La réponse C = fausse. Dioscoride est le plus grand pharmacologue de l'antiquité. C'est Hérophile (env. 340-300 av. J.C.) qui a pratiqué les premières dissections.

La réponse D = fausse. L'étape expérimentale succède à l'étape pensée logique.

La réponse E = juste

#### 3 : C

La réponse A = fausse. La distinction entre les 2 grades est supprimée en 1895. Les premières années de formation peuvent se faire en école mais les dernières années doivent obligatoirement s'effectuer en faculté de médecine. C'est en 1958 que la formation de médecin sera exclusivement universitaire grâce à la réforme Debré.

La réponse B = Fausse. La mention de « médecin des dents » est faite par Hérodote (480-425 av. J.C.) c'est le père de l'Histoire. Par ailleurs, dans le courant philosophique on trouve les bases de l'éthique. Si mention de médecine des dents, elle aurait dû être dans le courant déductif.

La réponse C = juste.

La réponse D = fausse. A la Renaissance, elles sont rattachées à la confrérie de Saint Côme qui est le collège des chirurgiens.

La réponse E = fausse. C'est une profession qui naît dans l'antiquité c'est-à-dire dans la Grèce ancienne avec la gymnastique médicale et reconnue en 1946.

#### 4 : B

La réponse A = fausse. Encore aujourd'hui, malgré des connaissances importantes, il y a toujours un modèle paternaliste qui est recherché par certains patients comme les personnes âgées.

La réponse B = juste. « ... le traitement de toutes ces maladies doit toujours être exempt de fautes, non qu'il soit facile, mais parce qu'on a déterminé les moyens... »

La réponse C = fausse. Il décrit des contrats de droit privé.

La réponse D = fausse. C'est dans le code d'Hammourabi : article 223 : « si un médecin a guéri un membre brisé d'un homme libre et a fait revivre un viscère malade, le patient donnera au médecin cinq sicles d'argent. »

La réponse E = fausse. Il est composé de 282 articles et une douzaine concernent la médecine. C'est la collection hippocratique qui est composée d'une soixantaine de traités médicaux.

#### 5 : A

La réponse A = juste puisqu'en France les femmes meurent en moyenne à l'âge de 85,2 ans tandis que les hommes à l'âge de 79,2 ans (chiffres de 2020). C'est une des meilleures espérances de vie des principaux pays européens.

La réponse B = fausse voir les chiffres de la réponse A.

La réponse C = fausse puisque la majorité des décès a lieu dans les établissements de soins soit près de 80% des décès.

La réponse D = fausse puisque la majorité des décès a lieu après 80 ans dans les pays à protection sociale avancée.

La réponse E = fausse Nous consacrons 11% de nos dépenses de santé au cours de la dernière année de vie.

6 : B

Cette citation signifie que la douleur est ce qui dérange les grandes pensées, ce qui met dans l'inconfort celui qui cherche à penser l'existence et à lui donner du sens.

La pierre d'achoppement : expression française du milieu du XVII<sup>ème</sup> siècle qui se base sur la définition propre de la pierre en question. En effet, prise au sens premier du terme, la pierre d'achoppement est celle sur laquelle on trébuche, une sorte d'obstacle où l'on fait faux pas.

L'origine est, selon certains dictionnaires, religieuse où l'on trouve au XVI<sup>ème</sup> siècle la pierre de choppement ou trébuchement censée être une occasion de péché.

7 : C

Dans sa fonction de veille, la DGS centralise l'ensemble des alertes sanitaires et sociales au niveau régional (venant des différentes ARS), national et international (cf le coronavirus).

*Cf. Cours de Santé publique 1, diapositive n°13 (2021).*

8 : D

En 1986, l'OMS élargit le concept de santé qui devient une ressource de la vie quotidienne mais qui conditionne toutes les autres : « Ressource de la vie quotidienne qui donne à la personne le « pouvoir :

- d'identifier et de réaliser ses ambitions
- satisfaire ses besoins fondamentaux
- évoluer avec son milieu et s'y adapter »

9 : B

La réponse A est fausse puisque la mortalité prématurée touche plus les hommes que les femmes en outre-mer comme en métropole.

La réponse B est juste voir diapositive 27

La réponse C est fausse puisque la part « évitable » de ces décès représente près du tiers des cas.

La réponse D est fausse car la mort prématurée ne peut être totalement évitable (voir le commentaire ci-dessus).

La réponse E est fausse car la réduction de la mortalité prématurée s'inscrit dans la réduction des comportements individuels.

*Cf. Cours Panorama de la santé en France, diapositive n°26-27-28-29*

10 : D

Il y a 3 types de préventions dans la classification de Gordon et San Marco.

La prévention ciblée = pour les malades atteints de pathologies chroniques. Leur apprendre à gérer le traitement pour éviter la survenue de complications. Il y a donc une éducation thérapeutique du patient.

**La prévention sélective = pour les personnes vulnérables c'est-à-dire les personnes exposées à des risques. On va donc faire de la prévention des maladies avec par exemple la vaccination (enfants, voyageurs ...). C'est aussi le port de la ceinture (prévenir du risque).**

**La prévention universelle = pour tous, quel que soit l'état de santé. C'est une éducation pour la santé et une promotion de la santé. Ce sont par exemple les grandes règles d'hygiène alimentaire. PNNS lancé en janvier 2001, le Programme national nutrition santé a pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition.**

**11. E.**

Il s'agit de la loi Kouchner du 4 mars 2002.

a : Le CDM n'est pas une loi mais un ensemble de norme.

b : Loi HPST du 21 juillet 2009.

c : Loi Leonetti du 25 avril 2005.

d : Loi de bioéthique du 29 juillet 1994.

**12. D.**

Il s'agit de l'arrêt Mercier du 20 mai 1936. Cette responsabilité s'établit sur une base contractuelle.

*Cf. Cours Pain 3, page 4.*

**13. D.**

Cet arrêt de la Cour de Cassation reconnaît pour la première fois la notion de droit du malade. La Cour affirme le principe du respect du consentement préalable du malade à des examens ou à la mise en place d'une thérapeutique.

*Cf. Cours Pain 3, page 4.*

**14. C.**

Par cet arrêt du 17 novembre 2000, la Cour de Cassation reconnaît le préjudice subi par Mme Perruche et son droit à faire une demande d'indemnisation. Cependant, cet arrêt ne fera pas jurisprudence dans la loi du 4 mars 2002.

Le titre 1 de la loi Kouchner est intitulé "Solidarité envers les personnes handicapées. L'article 1 dit : « Nul ne peut porter plainte du seul fait de son handicap ».

Cet article a été abrogé en 2005 à l'occasion de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

*Cf. Cours Pain 3, page 5.*

**15. E.**

Les ayants droit ont accès uniquement à des informations limitées permettant de connaître les causes du décès, d'honorer la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits suite à son décès. Le secret reste réel même après le décès.

*Cf. Cours Pain 3, page 11.*

**16. E.**

L'article L.1110-5 du CSP stipule que « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. » Le texte ajoute que « les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie, il doit en informer le malade, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches. »

L'article 37 du CDM indique qu'« en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement ».

*Cf. Cours Pain 3, page 17.*

#### **17. A.**

Le patient a le droit à une information claire, loyale et appropriée selon le code de déontologie médicale (dispositif réglementaire de l'article 35 du CDM) mais cette information doit se faire lors d'un entretien individuel, sauf incapacité ou besoin. Le droit d'être accompagné existe mais ce n'est pas un droit fondamental à la différence du droit à l'information, au respect du consentement ...

La loi du 4 mars 2002 dite "loi Kouchner" établit les droits fondamentaux des malades.

« Art. L. 1111-2. - Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé."

b : « Art. L. 1110-3. - Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

c : Article 6 (article R.4127-6 du code de la santé publique) "Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit."

d : En cas d'aléa thérapeutique, c'est-à-dire d'un événement imprévu contre lequel le praticien ne peut rien, vous serez dédommagé par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam), mais seulement si votre préjudice est grave. « Art. L. 1142-1. - I. « Ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'incapacité permanente supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret ; ce pourcentage, au plus égal à 25 %, est déterminé par ledit décret.

e : Devoir avancer les frais peut conduire à renoncer aux soins. Depuis le 1er janvier 2016, la situation s'est améliorée grâce à la protection universelle maladie (PUMA) qui a succédé à la couverture maladie universelle de base (CMU). Toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé, sans autre condition.

*Cf. Cours Pain 3, pages 8 à 12.*

#### **18. D.**

a : Décidés en 1998 par le ministère de la santé (Martine Aubry)

b : Loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016 : LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

c : Toujours valable

d : Vrai : TITRE 2, article 3 à 44 après ceux sur la solidarité envers les personnes handicapées.

Titre 3 : qualité du système de santé (45 à 97)

Titre 4 : Réparation des conséquences des risques sanitaires (98 à 107)

Titre 5 : Dispositions pour l'Outre-mer (108 à 126)

*Cf. Cours Pain 3, page 3.*

#### **19. E.**

a : Il est créé par le patient à partir d'une plateforme publique : le site <http://www.dmp.gouv.fr>

En revanche le dossier médical est généré directement.

b : Pour cela, il faut le créer ; il faut aussi être bénéficiaire de l'assurance maladie.

c : Le dossier médical partagé est accessible à tout praticien de santé sur autorisation du patient sauf la médecine du travail. Le patient peut en interdire l'accès à des praticiens nommés en particulier.

d : Le dossier médical partagé est facultatif.

e : Le dossier médical partagé est accessible librement pour le patient via Internet.

A noter : Il est possible de créer un DMP pour un enfant.

Il est également possible de fermer son DMP à tout moment. À partir de sa fermeture, votre DMP est conservé 10 ans, puis supprimé. Pendant cette période, vous pouvez demander la réactivation de votre DMP. Vous pouvez aussi demander la suppression définitive de votre DMP.

*Cf. Code de la sécurité sociale : article L162-5-3*

Participation du médecin traitant à la mise en place et à la gestion du DMP  
Cf. Cours Pain 3, pages 11, 12.

## 20. A.

**Le tribunal des affaires de Sécurité sociale** est une juridiction civile de 1ère instance compétente pour tout le contentieux « général » de la sécurité sociale (assujettissement, droit aux prestations, cotisations).

### **Le tribunal du contentieux de l'incapacité**

- C'est une juridiction civile de 1ère instance compétente pour tout contentieux « technique » de la sécurité sociale : invalidité, incapacité de travail et inaptitude
- Juridiction collégiale avec 1 magistrat honoraire assisté de 2 assesseurs non professionnels (représentant de façon paritaire les employeurs/indépendants et les salariés)
- Doit être saisi dans les 2 mois suivant la décision de la commission de recours amiable de la SS
- Appel devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail. Il a donc **une chambre spécifique d'appel**.

Cf. Cours Boisson 1, pages 14, 15.

---

## QCM

### 21 : A – D – E

La réponse A = juste. Par la loi du 1796, le Directoire met en place une commission municipale qui depuis 1970 se nomme conseil d'administration. C'est la mise en place d'une gestion budgétaire.

La réponse B = fausse. A partir de 1543, les officiers royaux vont supplanter la gestion épiscopale. Dans un souci de surveillance des « exclus », Louis XIV crée les hôpitaux généraux afin d'en faire un lieu de surveillance de ceux qui pourraient troubler l'ordre public (enfermement des asociaux ; Bicêtre pour les hommes, Salpêtrière pour les femmes, sur 105 000 personnes hospitalisées à la veille de la Révolution, seules 5000 étaient malades).

La réponse C = fausse. Les sanatoriums sont à l'extérieur des centres villes, ils sont établis dans des climats propices aux soins.

La réponse D = juste. On attribua cette supériorité sanitaire au grand air et à la fragmentation de la population hospitalisée en un grand nombre d'unités de logement. C'est ainsi qu'on vit en France des expériences consistant à héberger dans de petits baraquements installés dans les cours intérieures des hôpitaux. Telle fut l'origine de l'architecture pavillonnaire du début du XXe siècle (un pavillon par catégorie d'affection).

La réponse E = juste. La loi du 21 décembre 1941 et son décret d'application du 17 avril 1943 consacrent juridiquement l'hôpital comme un établissement sanitaire et social et posent les bases de l'institution moderne. La loi marque la fin de l'hospice et crée la fonction de directeur. Un hospice est un établissement religieux qui accueille les vieillards démunis ou atteints de maladies chroniques = asile.

### 22 : C - D

La réponse A = fausse. Il y a 4 étapes qui sont dans l'ordre :

- L'étape empirique
- L'étape de la pensée logique
- L'étape expérimentale
- L'étape d'organisation collective de la recherche

La réponse B = fausse. Le secret médical était déjà présent dans le Serment d'Hippocrate : « Tout ce que je verrai ou entendrai au cours du traitement, ou même en dehors du traitement,

concernant la vie des gens, si cela ne doit jamais être répété au-dehors, je le tairai, considérant que de telles choses sont secrètes. »

La réponse C = juste. Dans l'Occident, le Moyen Âge qui dure près de 1000 ans est une période de guerre, d'instabilités politiques et de famine, peu propices à l'évolution de la science.

La réponse D = juste. Il met en place le réseau de surveillance de l'état sanitaire de la population : ancêtre du réseau sentinelle.

La réponse E = fausse. C'est en 1928 la découverte de la Pénicilline par Fleming.

23 : A – C - D

La réponse A = juste. L'ancêtre du pharmacien, l'apothicaire est daté de – 2600 ans avant J.C. avec la découverte d'une tablette sumérienne.

La réponse B = fausse. C'est à l'eutocie qu'il limite leur rôle.

La réponse C = juste. Chirurgien-dentiste arabe à l'origine de la cautérisation ou encore du gargarisme.

La réponse D = juste. La formation passe de 3 mois à 3 ans et se généralise à l'ensemble de territoire grâce à Angélique Le Boursier du Coudray et son mannequin grandeur nature.

La réponse E = fausse. C'est après 1945

24 : A - D

La réponse A = juste. « ... et je vais d'abord définir ce que j'entends par la médecine : c'est délivrer complètement les malades de leurs souffrances, mitiger les maladies très intenses, et ne rien entreprendre pour ceux que l'excès du mal a vaincu : sachant bien que la médecine ne peut pas tout ».

La réponse B = fausse. Le pendant = qui concorde avec quelque chose ou comparable avec quelqu'un ou lui est semblable. Le modèle consumériste ne concorde pas avec le modèle paternaliste puisque dans le premier c'est la dérive du modèle autonomiste. C'est une surconsommation du soin.

La réponse C = fausse. C'est un texte babylonien et non romain babylonien.

La réponse D = juste. C'est la conception du modèle paternaliste. Ce paternalisme protecteur et bienveillant à l'égard du profane affaibli et vulnérable a dominé la relation soignant/soigné pendant des siècles.

La réponse E = fausse. Voir les propositions A et D.

25 : C – D

La réponse A = fausse car c'est aujourd'hui qu'il y a un désir de mourir dans son sommeil : ne pas s'en apercevoir. Il y a une inversion de la conception de la mort. Dans la seconde moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle, avec les prémices de la révolution médicale, la mort devient insupportable.

La réponse B = fausse car le cérémonial funèbre est constitué de la veillée funèbre, du convoi funèbre, de l'office funèbre et de l'inhumation. Ce cérémonial était très suivi jusque dans les années 70. Mais depuis que la majorité des décès a lieu dans les établissements de soins ce cérémonial tend à disparaître.

La réponse C = juste, plus rien n'avertit d'un deuil. Tout le décorum a disparu. On est dans la mort inversée : elle est devenue clandestine car c'est un échec. On est aujourd'hui loin de l'agonie publique synonyme de bonne mort.

La réponse E = fausse car c'est en 1955 que le mensonge de la mort est légitimé par le code de déontologie médicale : « qu'un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade ».

26 : B -C - D

La réponse A = fausse. Si c'était le cas il serait plus aisée de la traitée. Elle est la composant de la physiologie, de la culture et du vécu du patient.

La réponse B = juste. Dans la mythologie grecque, tous les phénomènes naturels avaient pour origine l'intervention divine. La douleur n'était qu'un châtement d'un dieu irrité qu'il faut implorer pour espérer guérir. D'ailleurs pour Hippocrate : « Soulager la douleur est une chose divine. »

La réponse C = juste. Souffrir pour guérir. Pas de guérison sans souffrance. On traite la cause de la douleur et pas la douleur : conception du XXème siècle remise en cause à la fin du siècle.

La réponse D = juste. L'influence de Galien est si grande qu'elle se prolonge jusqu'au XVIIème siècle malgré l'amélioration des connaissances anatomiques apportées par Vésale (1514-1564).

La réponse E = fausse. La première narcose au protoxyde d'azote date de 1844 et pratiquée par Wells.

### 27 : A-B-C-E

La réponse D relève des fonctions de l'ANSES (agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail).

*Cf. Cours de Santé publique 1, diapositive n°17.*

### 28 : E

Les agences sanitaires dotées d'un pouvoir de police autonome sont l'ANSM (agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) et l'ASN (autorité de sûreté nucléaire).

*Cf. Cours de Santé publique 1, diapositive n°14 et 15 (2021).*

### 29 : A-B-C-E

Les maladies respiratoires représentent 6,6% de la mortalité en France en 2019 et les morts violentes elles sont de 6,5%.

La mortalité due aux cancers se chiffre à 27,6% et celle liée aux maladies cardiovasculaires à 25,1%, à eux deux ils représentent plus de la moitié des décès annuels.

Les autres causes représentent 34,2%.

La réponse D = fausse. En 2020, les chiffres donnés par Mme Migeot = 613 500 décès.

*Cf. Cours Panorama de la santé en France, diapositive n°18-19 et cours audio*

### 30 : C-D-E

Pour la réponse E :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000001650512&cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>

## Article 79

« Politique de prévention

« Art. L. 1417-1. - La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé.

« La politique de prévention tend notamment :

« 1° A réduire les risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer, tels l'environnement, le travail, les transports, l'alimentation ou la consommation de produits et de services, y compris de santé ;

« 2° A améliorer les conditions de vie et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;

« 3° A entreprendre des actions de prophylaxie et d'identification des facteurs de risque ainsi que des programmes de vaccination et de dépistage des maladies ;

« 4° A promouvoir le recours à des examens biomédicaux et des traitements à visée préventive ;

- « 5° A développer des actions d'information et d'éducation pour la santé ;
- « 6° A développer également des actions d'éducation thérapeutique.

*Cf Promotion de la santé, diapositive 10 et cours vidéo.*

### **31. A, C.**

Les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) ont été mises en place par la loi du 4 mars 2002 (articles L.1142-4 à L.1142-8 du CSP). Elles sont chargées de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes ou aux infections nosocomiales.

Toute personne s'estimant victime d'un acte médical (de prévention, de diagnostic ou de soins), son représentant légal, ou ses ayants droit en cas de décès, peut saisir la CRCI. La CRCI est présidée par un magistrat et composée de représentants des usagers, des professionnels de santé et des responsables d'établissements de soins. En parallèle, la victime peut aussi choisir de porter plainte par la voie judiciaire ou administrative.

La victime saisit la CRCI grâce à un formulaire type. La commission étudie alors la recevabilité de la plainte, en fonction de sa nature, de la gravité des dommages (atteinte à l'intégrité physique et psychique supérieure à 24 % ou arrêt temporaire des activités professionnelles d'au moins 6 mois, inaptitude professionnelle, déficit fonctionnel temporaire au moins égal à 50 % sur une durée de six mois consécutifs ou non consécutifs sur une période d'un an). De plus, l'acte médical ayant entraîné l'accident médical doit s'être déroulé après le 4 septembre 2001.

*Cf. Cours Pain 3, pages 13, 14 et Boisson.*

### **32. D.**

L'article L.1111-3 du CSP précise que : "Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais. Cette information est gratuite."

S'il n'a pas respecté ses obligations d'affichage et d'information ou bien s'il n'a pas fixé ses honoraires avec tact et mesure, il est notifié au professionnel de santé un rappel de réglementation. Le praticien qui persisterait dans ces manquements encourrait une amende administrative de 3 000 euros. Dans ces deux cas, le médecin encourt des sanctions disciplinaires ordinaires (par l'Ordre des Médecins).

*Cf. Cours Pain 3, page 16.*

### **33. C, D, E.**

A : Ethique : CCNE, avis 121 du 13 juin 2013.

B : Loi : Article 221-5-1 du code pénal français.

C : Code de déontologie médicale, article 2.

D : Code de déontologie médicale, article 7.

E : Code de déontologie médicale, article 34.

Un code de déontologie a une valeur de règle sectorisée mais n'indique pas de sanctions, alors que la loi le fait ou le sous-entend presque toujours, mais dans un domaine non sectorisé.

Un avis éthique est une analyse et un conseil ; il n'a aucune valeur impérative et repose sur des principes philosophiques généraux et non sectorisés.

*Cf. Cours Pain 2, page 10.*

### **34. A.**

Les autres affirmations sont vraies.

L'article L.1110-5 du CSP stipule que « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et



traitée. » Il fait pleinement entrer la médecine dans une pratique *dédiabolisée* du recours aux opiacés, après la loi de 1916 qui condamnait l'usage des médicaments dits stupéfiants.

Les 3 plans sont :

- 1998-2001 : "la douleur n'est pas une fatalité" (mis en place par Kouchner)
- 2002-2005 : prise en charge des douleurs chroniques rebelles (mis en place par Jean-François Mattei)
- 2006-2010 : prise en charge des enfants, polyhandicapés, personnes âgées et fin de vie.

Ensuite ces plans seront associés aux stratégies nationales de santé (2018-2022).

*Cf. Cours Pain 3, page 17.*

### 35. A, C, E.

- 4 ordres des professions médicales :
  - ✓ Ordre des Médecins
  - ✓ Ordre des Chirurgiens-Dentistes
  - ✓ Ordre des Pharmaciens
  - ✓ Ordre des Sages Femmes
- 2 ordres des professions paramédicales :
  - ✓ Ordre des Masseurs Kinésithérapeute
  - ✓ Ordre des Infirmières

Ces ordres sont privés et non publics. Ils ont une mission de service public (qualité du service), de représentation, d'administration et de discipline de la profession.

*Cf. Cours Boisson 1, page 26.*

## Questions de réflexion

### 36. B, C, E.

A- FAUX : La notion de révélation dans le cadre d'une procédure judiciaire ne vaut que pour la notion de non divulgation.

Article L.226-14 du code pénal :

[L'article 226-13](#) n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

[2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article [L. 226-3](#) du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;]

3° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République ;

4° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.

B- VRAI : Le médecin ne doit pas s'immiscer dans les affaires personnelles, familiales, intimes du patient (article 51 du CDM et article L.1110-4 du CSP). Pendant les soins, il doit respecter l'intimité physique du patient. Ainsi, un examen ou un soin ne peut être pratiqué en présence d'étudiants sans le consentement préalable du patient.

**CDM : ARTICLE R.4127-51 du CSP : Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients.**

C- VRAI : L'article L.1142-4 du CSP ajoute que « toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage. » Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou la demande expresse du patient, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

D- FAUX ; Article L1110-4 du CSP:

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure **où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.** Toutefois, en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions définies aux articles [L. 1111-5](#) et [L. 1111-5-1](#).

E- VRAI : La personne malade a la liberté de choisir son praticien (article L.1110-8 du CSP), son établissement, son service de prise en charge, à l'hôpital ou en libéral. En miroir, l'article 6 du code de déontologie médicale précise 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 ». Cette liberté est toutefois limitée par les capacités techniques des établissements, les situations d'urgence, l'organisation des soins, la laïcité (un patient ne peut refuser les soins d'un professionnel de santé au titre de la religion connue ou supposée de ce dernier).

*Cf. Cours Pain 3, page 8-10 et Boisson.*

### **37. B, E.**

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

L'information se fera de façon privilégiée par un entretien individuel. Toutefois, le patient peut se faire assister s'il en ressent le besoin.

*Cf. Cours Pain 3, page 9.*

### **38. D.**

Définie par la loi Leonetti du 22 avril 2005, ces directives ne sont jamais obligatoires. Elles avaient une durée de validité de 3 ans selon la loi Leonetti, mais depuis la loi Claeys-Leonetti elles ont une durée de validité illimitée sauf révocation par le patient. Le médecin peut être amené à ne pas les appliquer en cas d'urgence (parce qu'il n'a pas le temps d'en prendre connaissance) ou si elles ont manifestement inappropriées à la situation de santé du patient. Il doit alors prendre la décision en procédure collégiale. La personne de confiance n'a pas à être consultée à propos des directives anticipées.

*« Art. L. 1111-11 du code de santé publique : Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux. « À tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige. « Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. »*

*Cf. Cours Pain 4, page 17 et Boisson.*

**39. A, D, E.**

La personne de confiance accompagne le patient. Elle assiste aux entretiens médicaux. Elle peut aider le patient à prendre des décisions (mais pas le médecin !). Toutefois, la personne de confiance ne peut que s'exprimer au nom du patient et non en son nom mais parfois, alors que le patient n'ose pas ou est sous le choc d'une annonce, elle peut poser des questions que le patient aurait souhaité poser et recevoir du médecin des explications qu'elle pourra répéter au patient. L'article L.1111-4 du CSP précise que : « Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. » L'article 37 du code de déontologie médicale rappelle que, dans ce cas, la personne de confiance peut demander la mise en œuvre de la procédure collégiale (prévue dans le cadre de la loi sur la fin de vie). Elle est consultée sur les souhaits qu'aurait exprimés le patient, à défaut d'avoir rédigé des directives anticipées (sans quoi, ces directives sont prioritaires), et son avis doit être pris en compte dans la décision de limitation ou d'arrêt de traitement. La nature et les motifs de la décision lui sont communiqués.

*Cf. Cours Pain 3, page 13 et Boisson.*

**40. B, D, E.**

Les droits fondamentaux des patients sont présents implicitement dans la DUDH et non la DDHC.

Ils sont présents explicitement dans :

- le code de déontologie médicale
- le code de la santé publique
- la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne

Dans le code de déontologie médicale, ils concernent les articles 32 à 55 (partie 2 intitulée « devoirs envers les patients » après la partie 1 sur « les devoirs généraux des médecins ».

*Cf. Cours Pain 3, page 8.*

**LCA**

**41. A, B, D, E.**

[Prévalence et incidence du diabète \(santepubliquefrance.fr\)](http://santepubliquefrance.fr)

A- FAUX : Une enquête longitudinale suppose un suivi dans le temps et est davantage adaptée à la recherche d'une incidence qu'à celle d'une prévalence.

B- FAUX : A la fin de l'article, il est questions des DOM.

C- VRAI : Il n'est pas ici question de recherche de facteur de risques.

D- FAUX : Puisque ce n'est pas de l'épidémiologie analytique mais descriptive

E- FAUX : Elle est effectuée sur la totalité de la population française et non sur une cohorte. De plus, une étude de cohorte est longitudinale et prospective, ce qui n'est pas le cas ici.

**42. B, E.**

A- FAUX : Ce serait de l'incidence mais c'est de la prévalence.

B- VRAI : c'est une prévalence

C- FAUX : pas de 10 à 14 ans.

D- FAUX : Il s'agit de la totalité de la population estimée par l'INSEE.

E- VRAI

**43. A, D.**

A- VRAI

B- FAUX : c'est l'inverse.

C- FAUX : cela n'atteint même pas 1,5 fois.

D- VRAI (55/46)

E-FAUX : Il s'agit d'un taux donc cela joue peu.

**44. A, B, C, D.**

A- VRAI

B- VRAI : attention aux périodes !

C- VRAI

D- VRAI : d'où le recours à la notion de personnes-années.

E- FAUX : C'est plutôt le contraire puisque l'incidence baisse, même si le plateau n'est pas encore atteint (prévalence nulle).

**45. A, E.**

A- VRAI

B- FAUX : Il s'agit de la prévalence comme indiqué dans la légende.

C- FAUX : Ce sont des pourcentages et non des pour mille car cela est évalué sur population standardisée (âge moyen).

D- FAUX : C'est n'est pas le but et les couleurs sont volontairement distinctes pour éviter cette comparaison ici.

E- VRAI : Rappelons que la Corse fait partie de la métropole !

**46. B, C, D, E.**

A- FAUX : Il s'agit de taux standardisés et non de nombre.

B- VRAI : l'évolution est de -14,6 pour 100 000 en France métropolitaine et de -9,0 pour 100 000 en Aquitaine.

C- VRAI : cette population de référence est la France métropolitaine, mais cela n'est pas indiqué.

D- VRAI : On utilise directement une correction des données et supprimant les caractéristiques spécifiques aux populations.

E- VRAI : Ce ne sont que des taux.

**47. A, B, C, D, E.**

**48. B, C, D.**

A- FAUX : il peut également être pour 1000, 10 000... et il est dynamique puisqu'il évolue dans le temps.

B- VRAI : il se prend sur un instant ou une période donnée.

C- VRAI : à la différence du ratio qui a des valeurs hétérogènes.

D- VRAI : ex. : l'indice conjoncturel de fécondité est une somme de taux de fécondité

E- FAUX : Il se calcule à un moment donné donc il est statique.

Rappel concernant les outils de calcul

<b>Ratio</b>	<b>Proportion (%)</b>	<b>Taux (‰, ...)</b>	<b>Indice</b>
<b>Statique</b>	<b>Statique</b>	<b>Dynamique (varie selon le tps)</b>	<b>= Taux OU</b>
<b>Instant ou période donné(e)</b>	<b>Instant ou période donné(e)</b>	<b>Période donnée</b>	<b>= Résultat d'opérations effectuées sur les taux</b>
<b>Num. et dénom. <u>Disjoints</u></b>	<b>Num. <u>inclus</u> dans dénom.</b>	<b>Num. <u>inclus</u> dans dénom.</b>	
<i>Ex : sexe-ratio (H / F)</i>	<i>Ex : % de 65 ans et plus</i>	<i>Ex : taux de mortalité</i>	<i>Ex : indice (conjoncturel) de fécondité</i>

**49. B, D.**

A- FAUX : Les fumeurs n'ont pas été obligés à fumer pour le bien de l'étude mais choisis d'après les informations qu'ils ont fournies concernant leur consommation. La sélection s'est faite à partir de la présence de la maladie (enquête rétrospective) .

B- VRAI

C- FAUX : Elles correspondent à l'intervalle de confiance.

D- VRAI

E- FAUX : Cela signifie seulement que la valeur pour 99% des cas se situe dans l'amplitude indiquée et pas au-delà ou en deçà.

**50. A, C, D, E.**

A- VRAI : La valeur du risque relatif dans la première colonne du tableau est nettement supérieure à 1 et l'IC n'inclut pas 1.

B- FAUX : C'est un facteur de risque mais il peut y avoir corrélation sans causalité.

C- VRAI

D- VRAI

E- VRAI : L'IC est le plus grand visuellement.