

SHS : Sciences Humaines & Sociales

LAS - 2025/26

TUTORAT RENNAIS

Nous vous rappelons que pour chacune des UE PASS/L.AS, les évaluations portent uniquement sur les éléments produits par les enseignants lors de l'année universitaire en cours (diaporamas projetés pendant les cours, informations données oralement, supports déposés sur moodle, ...).

Ainsi, ces livrets, mêmes s'ils sont basés sur les cours des enseignants, sont réalisés par nos équipes de tuteurs et tutrices : les erreurs sont possibles. Ce livret élaboré par le tutorat n'est pas opposable en cas de litige.

SOMMAIRE

INTRODUCTION AUX SHS 4

METHODOLOGIE - SHS 5

DROIT 7

1 - INTRODUCTION AU DROIT DE LA SANTE 7

2 - ORGANISATION JURIDICTIONNELLE DE LA FRANCE 11

3 - LA RESPONSABILITE MEDICALE 14

ETHIQUE 16

1 - ETHIQUE, MORALE ET DEONTOLOGIE 16

2 - LA RELATION DE SOIN 19

SANTÉ PUBLIQUE 22

1 - EPIDEMIOLOGIE 22

2 - CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES 24

3 - PILOTAGE ET REGULATION 32

PSYCHOLOGIE 36

1 - INTRODUCTION 36

2 - LA PSYCHOLOGIE EN MEDECINE 37

3 - ÊTRE MALADE 38

4 - LE ROLE DE SOIGNANT 38

SYSTEME DE SANTE 40

1 - INTRODUCTION 40

2 - LES INDIVIDUS, 1ER ACTEURS DE SOINS 44

3 - DEPENSES ET FINANCEMENT 47

ADDICTOLOGIE 51

INTRODUCTION AUX SHS

Les SHS (Sciences Humaines et Sociales) sont une des matières sur laquelle les étudiant de LAS, ayant choisi la spécialité “MMR” et possédant une majeure scientifique, seront évalués au S2.

Ce livret vous permet d’avoir à disposition les conseils méthodologiques de vos tuteurs de SHS ainsi que de nombreux tableaux, organigrammes, fiches et astuces. Celui-ci a été réalisé afin de vous accompagner dans l’apprentissage et la compréhension de la matière mais sachez qu’il ne remplace en aucun cas les cours dispensés par les professeurs sous forme de capsules vidéos. Votre examen peut comprendre l’entièreté de ce qui y est dit. Les fiches ci-après sont à considérer comme non-exhaustives par rapport au contenu des cours.

De plus, si vous rencontrez des incohérences entre les capsules vidéos et les cours, QCM, fiches de révisions du Tutorat, c’est, encore une fois, la version du professeur qui compte pour votre examen (dans ce cas, merci de nous en informer)

EXAMEN

Vous serez évalué sur les SHS à hauteur de 20 QCM durant l’examen du S2 (qui lui en possède 50 et dure 1h). Celle-ci n’est donc à négliger en aucun cas.

Professeurs

	Enseignant	Informations supplémentaires
Droit	Pr. Bouvet	Cours très dense, long et compliqué à comprendre. Attention au niveau de détail en QCM.
Ethique	Pr. Zielinski	Cours très imagé, facile à comprendre mais dense.
Santé Publique	Pr. Viel	Cours très détaillé, illustré et dense.
Psychologie	Pr. Drapier	Un seul cours mais source de pièges, par cœur ++
Système de santé	Pr. Garlantezec	Cours dense mais facilement appréhendable
Addictologie	Pr. Moirand	Cours intéressant ++, peu dense mais TOUT est à connaître, beaucoup de chiffres

METHODOLOGIE - SHS

La SHS n'est pas une matière où il suffit d'apprendre par cœur. La compréhension de chaque cours est la clé pour réussir votre examen. Chaque cours comprend des explications de termes, de corps de métier, d'agences, d'instances… Il est nécessaire de connaître le fonctionnement, l'utilité et les limites de ceux-ci afin de ne pas se faire piéger dans les QCM.

Apprendre

Au vu de la quantité de nouveaux termes à apprendre, nous vous conseillons de réaliser :

- **Des tableaux**, pour catégoriser et regrouper des termes selon leurs points communs ou afin de les comparer
- **Des fiches**, permettant d'isoler les informations importantes dispersées dans les différents chapitres.
- **Des organigrammes**, qui vous seront plus qu'utiles afin de retenir les différentes hiérarchies.
- **Des cartes mentales**, pour les cours denses expliquant des procédés complexes.
- **Des phrases mnémotechniques**, afin de retenir des listes ou des définitions.

S'exercer

Comme dans toutes les autres matières, il est essentiel de vous entraîner à l'examen à l'aide des différents QCMs à votre disposition. Vous pouvez les retrouver sur le site du Tutorat Rennais.

- **Conférences** : sessions de révisions réalisées en amphi ou en distanciel avec les tuteurs de SHS.
- **Conférences classées** : archives des conférences des années précédentes avec leur correction
- **Examen Préparatoire** : Examen facultatif mais vivement recommandé, dans les mêmes conditions que le réel examen (organisé par le Tutorat Rennais). De plus, les archives des EP des années précédentes sont elles aussi présentes sur le site
- **Annales** : Archives des examens des années précédentes avec leur correction.

Nous vous conseillons aussi fortement de **répondre aux QCMs dédiés aux PASS**. Beaucoup de leurs cours sont semblables aux vôtres, ce qui vous permet d'avoir une banque de QCMs d'autant plus vaste.

En cas de doute

N'hésitez pas à venir **poser vos questions** aux tuteurs de SHS via le forum du site du Tutorat Rennais ou bien via la "BU virtuelle" sur discord. Ne restez pas dans l'incompréhension au sujet d'un cours, d'un QCM ou d'une correction. Nous sommes là pour répondre à vos questions.

L'examen

Les QCMs de SHS sont souvent complexes et piégeurs. Voici les conseils que nous vous donnons afin de le réussir au mieux :

- **Lire l'entièreté de l'item** : Certaines items peuvent comprendre plusieurs sources d'erreurs. Une fausse information peut être présente dans de nombreuses autres vraies
- **Relire plusieurs fois chaque item** : Les QCMs de SHS sont parfois particulièrement denses et peuvent comprendre une fausse information sous la forme d'un changement d'orthographe qui peut nécessiter plusieurs lectures afin d'être repéré.
- **Se fier à vos connaissances** : Après un semestre entier de révisions, il n'y a plus de place pour le doute. Sachez que la réponse à un QCM se cache toujours quelque part dans votre tête. Dans le cas d'une incertitude, nous vous conseillons de vous fier à votre intuition, qui découle de votre apprentissage.

Répartition des différents cours dans l'Examen 2024-2025

SHS = 20 QCMs	**Droit : 7 QCMs**
	Éthique : 3 QCMs
	Santé Publique : 3 QCMs
	Psychologie : 2 QCMs
	Addictologie : 3 QCMs
	Système de santé : 3 QCMs

*Cette répartition est donnée **à titre informatif**, celle-ci n'est pas fixe d'une année à l'autre. **

DROIT

1 - INTRODUCTION AU DROIT DE LA SANTE

A - La règle de droit

Définition

= ensemble des règles de conduites sociales élaborées par **l'Etat**, ayant pour finalité **l'Ordre social.**

/! Droit **Positif** (règle de droit actuellement applicable)

- ≠ Droit **objectif** (ensemble des règles de droit, ou source formelle du droit)
- ≠ Droit **subjectif** (prérogatives reconnues à un individu)

Distinctions :

- Droit ≠ éthique en termes de finalité / sanction
- Droit ≠ Justice
- Droit ≠ religion en termes de finalité / fonction

5 caractères de la règle de Droit :

- Générale dans l'espace
- Permanent dans le temps
- Impersonnelle
- Procède de la volonté de l'Etat
    - ≠ de la **Coutume** : règle de droit populaire qui tombe en **désuétude**
    - La **règle de droit** elle, est **abrogée.**
- A force contraignante

B - Les sources de droit

1 - Les sources directes du droit

CONSTITUTION ET ASSISES DE LA CONSTITUTION

CONSTITUTION DE 1958 :

Ensemble des règles de l'exercice et de la dévolution des pouvoirs

- **Œuvre** de Michel Debré, **voulue** par le Général de Gaulle, ayant pour **auteur** le Peuple Français.
- Texte court d'une 100aine d'articles qui énonce les principes généraux et délimite les domaines respectifs de la loi et du règlement

ASSISES DE LA CONSTITUTION : *(Mnémo :il y en a 4, parce qu'une assise à 4 pieds)*

- **DDHC de 1789** (devise, droit de propriété, égalité devant la loi et non rétroactivité de la loi pénale)
- **Préambule de la Constitution de la IV^{ème} Rpb – 1946** (droit de grève et protection de la santé)
- **Charte de l'Environnement de 2004** (principe de précaution)
- **Principes fondamentaux reconnus par les lois de la République,** érigé par le conseil constitutionnel au fil de sa jurisprudence (droit de défense)

DROIT SUPRANATIONAL

TRAITES INTERNATIONAUX

Accords entre Etats, s'appliquent après **ratification**

⇨ ***Cour Européenne des droits de l'Homme*** *(Strasbourg) : conclue sous l'égide du Conseil de l'Europe (≠ de l'UE ! Comprend notamment la Russie et la Turquie)*

DROITS DE L'UE :

Uniquement pour les pays de l'UE du coup

- Droit **originaire** (issus des traités à l'origine de l'UE)
- Droit **dérivé** (résulte de normes crées par les organes de l'UE)
- Droit **jurisprudentiel** (issu de la jurisprudence de la **Cour de Justice** de l'UE à Luxembourg)

LOIS CONSTITUTIONNELLES, ORGANIQUES, ORDINAIRES + ORDONNANCES RATIFIÉES

LOIS CONSTITUTIONNELLES :	LOIS ORGANIQUES :	LOIS ORDINAIRES :	ORDONNANCES :
Lois souveraines, instrument de la modification, abrogation, complément de la Constitution.	Lois d'application ou de prolongement de la Constitution	Essentiel des textes, ayant pour auteur le Parlement Français (/!\ ≠ des auteurs de la Constitution)	Délégation d'une partie du pouvoir législatif à l'exécutif • Loi d'autorisation : valeur réglementaire • Loi d'auto + ratification : valeur législative

RÈGLEMENT

RÈGLEMENTS : Ont leur hiérarchie propre :

1. Décrets du 1er ministre *(attaqués direct devant le conseil d'Etat)*
2. Arrêtés ministériels
3. Arrêtés préfectoraux
4. Arrêtés municipaux

Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales

- Conclue sous l'égide du **Conseil de l'Europe** (≠ de l'UE)
- Cour Européenne des droits de l'Homme = **CEDH** (=INSTANCE)
- Accueille les requêtes des citoyens estimant qu'un de leurs droits relatifs à la convention a été violé
    - Ces citoyens doivent impérativement avoir épuisé toutes les voies de recours dans leur pays
    - Elle peut condamner l'Etat à **indemniser le requérant** MAIS ne peut pas annuler les décisions judiciaires, actes ou lois en cause de la violation
    - La jurisprudence de la CEDH fait **oeuvre prétorienne** et donc s'impose aux Etats signataires

2 - Les sources indirectes du droit

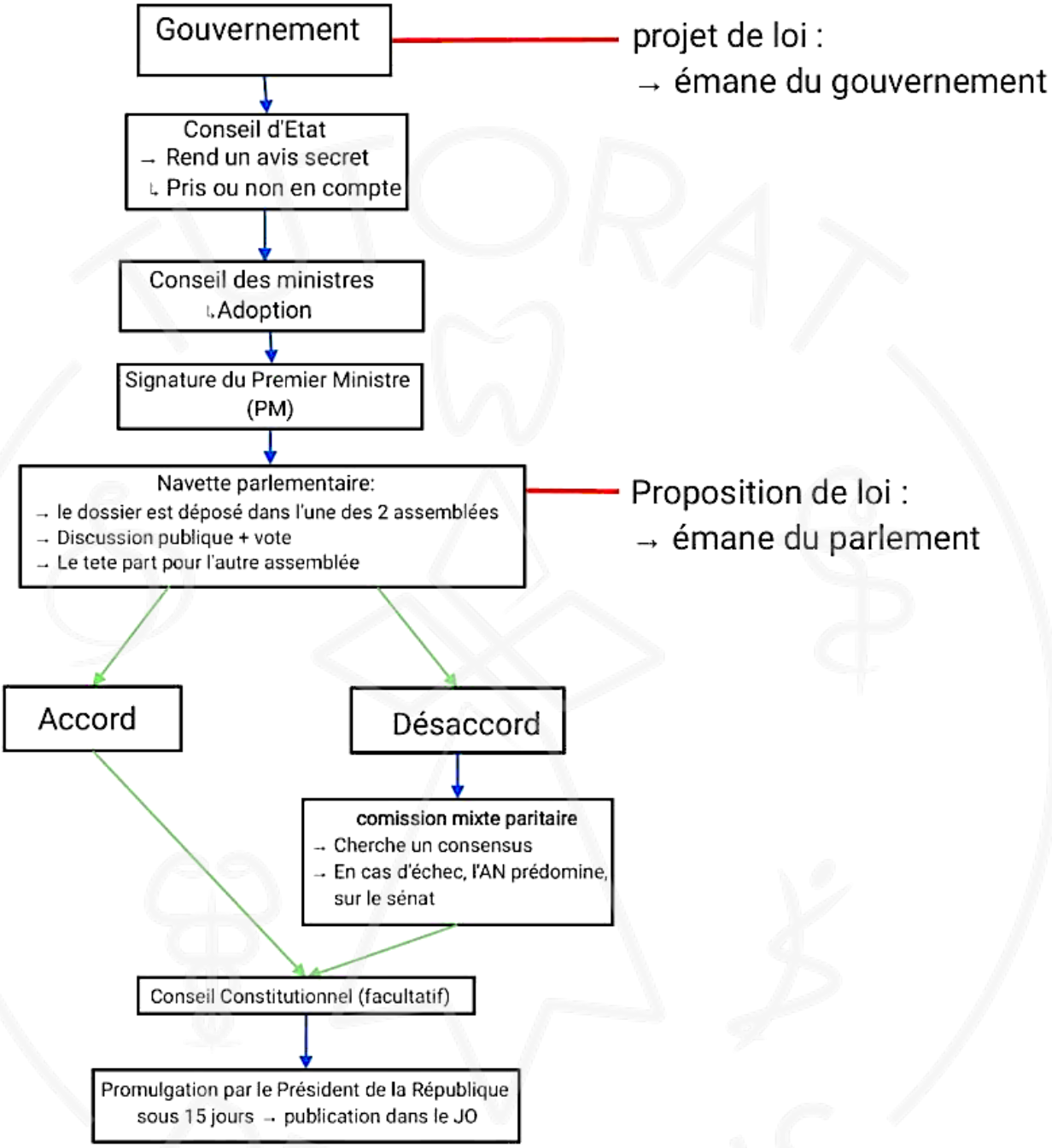
- **Jurisprudence** : (principe de relativité de la chose jugée : en cas d'affaire similaire à une affaire précédente, le juge n'est pas obligé de rendre la même décision.)
- **Doctrines** : Ce sont tous les écrits, émanant des juristes, qu'ils soient des universitaires, des théoriciens du droit ou des praticiens : avocats, magistrats etc. Ce travail scientifique de synthèse, d'interprétation du droit, des textes, des décisions de la jurisprudence assure le progrès du droit.

C - Assemblée Nationale (AN) / Sénat = Parlement

ASSEMBLEE NATIONALE	SÉNAT
Chambre Basse *Ses pouvoirs sont supérieurs à ceux du Sénat !*	Chambre Haute
577 députés	348 sénateurs
Élus au suffrage Universel **Direct** pour 5 ans	Élus au suffrage Universel **Indirect** pour 6 ans par les grands électeurs (avec renouvellement par ½ tous les 3 ans).
Siège au Palais Bourbon	Siège au Palais du Luxembourg
Présidente : Yael Braun Pivet	Président : Gérard Larcher

⇨ *Mnémotechnique pour le Sénat : « Le Sénat est luxueux et sélectif »*

- **Luxueux** pour « palais du **Luxe**mbourg »
- **Sélectif** : donc moins de sénateurs que de députés, et élus indirectement


Gouvernement
projet de loi :
→ émane du gouvernement
Conseil d'Etat
→ Rend un avis secret
↳ Pris ou non en compte
Conseil des ministres
↳Adoption
Signature du Premier Ministre (PM)
Navette parlementaire:
→ le dossier est déposé dans l'une des 2 assemblées
→ Discussion publique + vote
→ Le tete part pour l'autre assemblée
Proposition de loi :
→ émane du parlement
Accord
Désaccord
comission mixte paritaire
→ Cherche un consensus
→ En cas d'échec, l'AN prédomine, sur le sénat
Conseil Constitutionnel (facultatif)
Promulgation par le Président de la République sous 15 jours → publication dans le JO

2 - ORGANISATION JURIDICTIONNELLE DE LA FRANCE

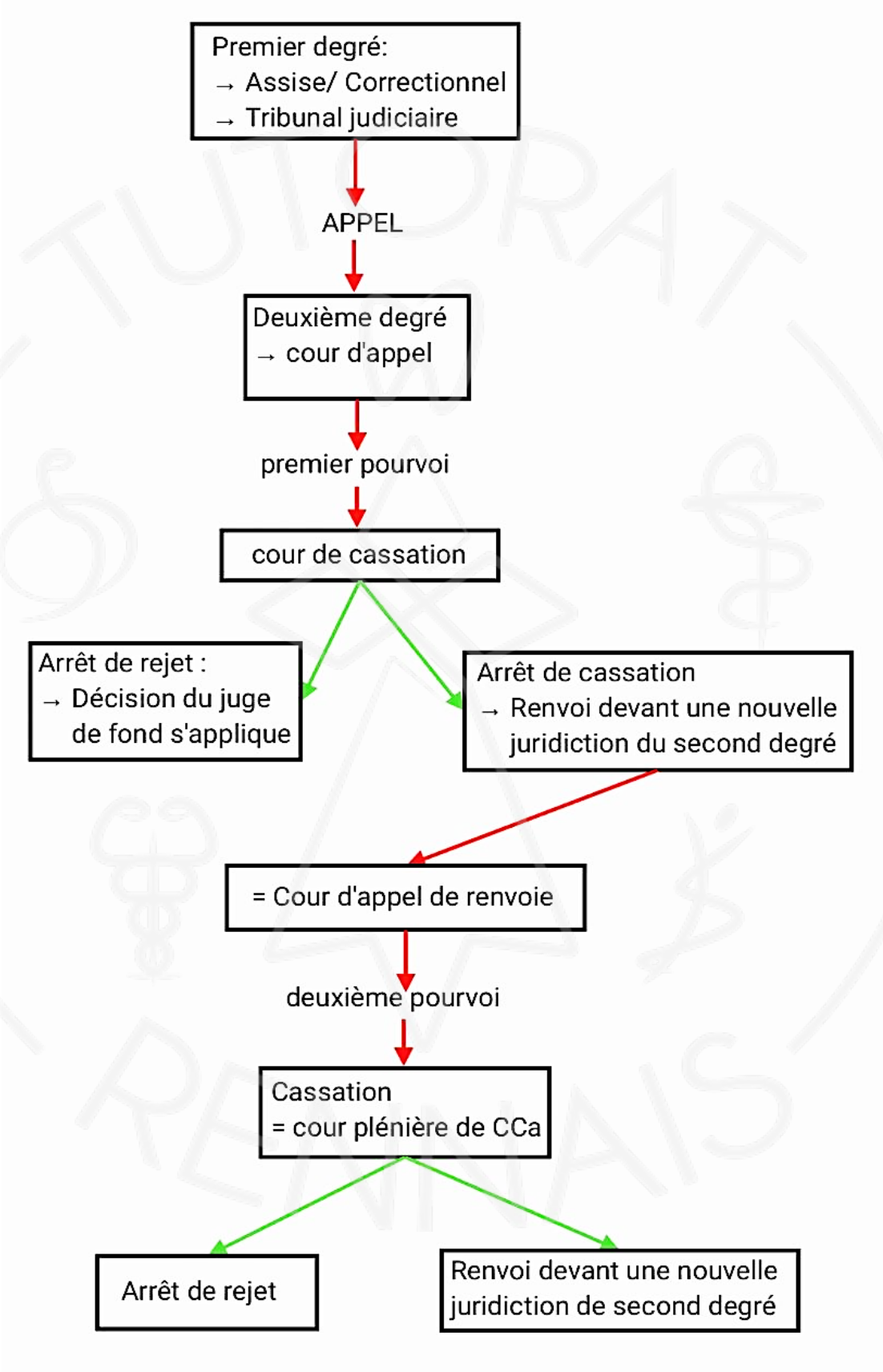
A - Principes généraux :

- L'Etat a le monopole de la Justice
- Principe de séparation des pouvoirs
- Double degré de juridiction
- Collégialité des juridictions
- Principe du contradictoire
- Gratuité de la Justice

B - Organisation judiciaire en France

<table>
<tr><td rowspan="2">ORDRE</td><td rowspan="2">Administratif
(-Administration toujours en défense
-Les juges administratifs sont des fonctionnaires n'appartenant pas au corps de la magistrature)</td><td colspan="5">Judiciaire
(En matière civile c'est la même juridiction qui instruit et juge, ce qui n'est pas le cas en matière pénale)</td></tr>
<tr><td colspan="3">PÉNAL</td><td colspan="2">CIVIL</td></tr>
<tr><td>Premier degré de juridiction</td><td>Tribunaux administratifs
• 42 en France (dont 11 en Outre-mer)
• Juge de droit commun
• Juge de fond</td><td>Tribunal de Police
Contraventions
Pas d'appel</td><td>Tribunal correctionnel
Délits</td><td>Cour d'assise
Crimes
Juridiction départementale
3 professionnels + 6 jurés populaires
Instruction obligatoire</td><td>Juridiction de droit commun
Compétence générale avec plénitude de juridiction</td><td>Juridiction d'exception
Tribunal de commerce, des Prud'homme, des baux ruraux...</td></tr>
<tr><td>Deuxième degré de juridiction</td><td>Cour administrative d'Appel
• Juge de fond
• 8 en France</td><td>/</td><td>Chambre des appels correctionnels</td><td>Cour d'assise
Différente de celle du 1er degré
3 professionnels + 9 jurés populaires</td><td>Cour d'Appel</td><td>Cour d'Appel
Délai de 1 mois
Appel suspensif</td></tr>
<tr><td>Juge de Cassation</td><td>Conseil d'Etat
• Unique (Paris)
• Conseiller juridique du Gvt
• Juge en Droit (non en fond)
• Peut juger en 1er et dernier ressort les décrets</td><td colspan="5">Cour de Cassation
1 chambre criminelle + 3 civiles + 1 sociale + 1 commerciale
• Juge en droit et non en fait
• Ne peut pas substituer sa décision à celle qui lui a été soumise</td></tr>
</table>

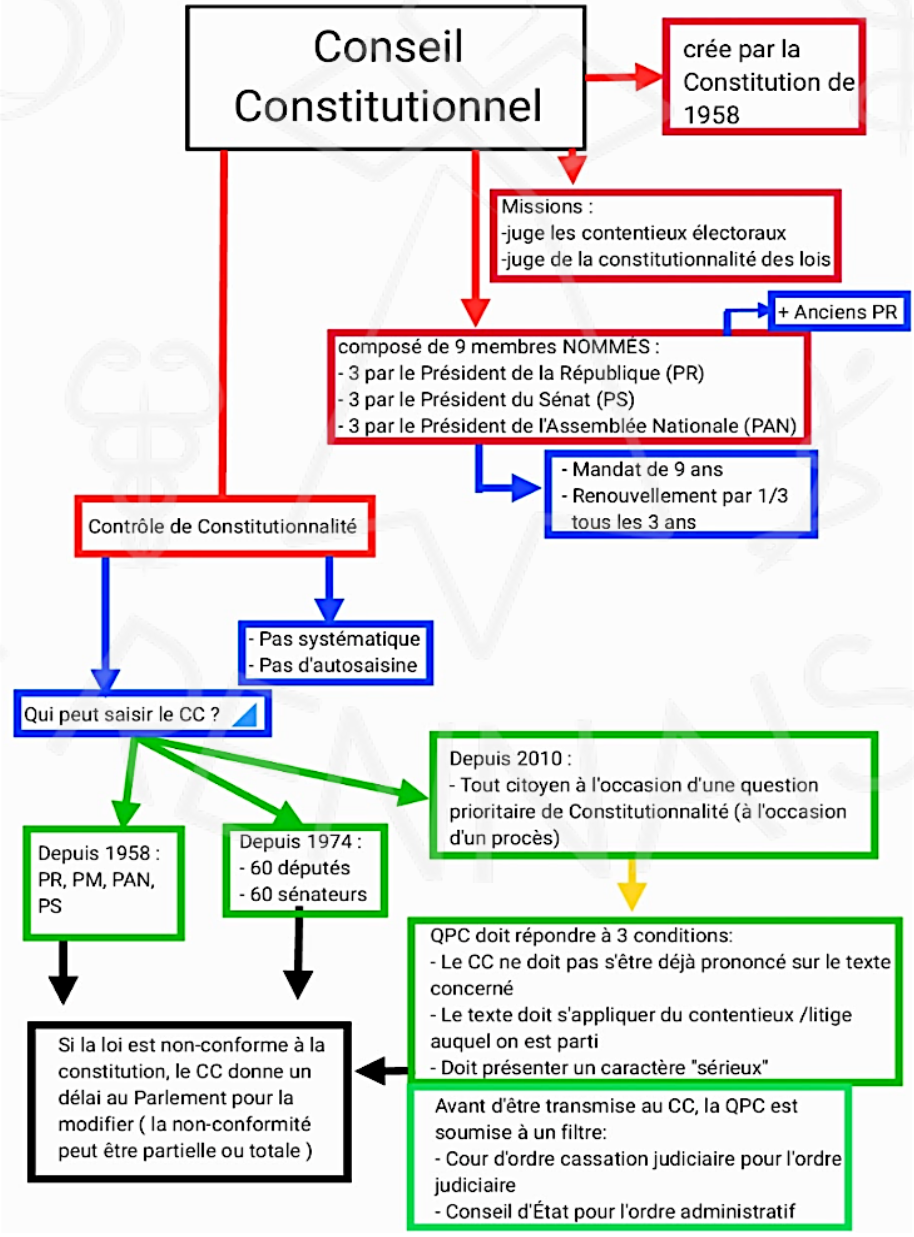
Principe de la cassation



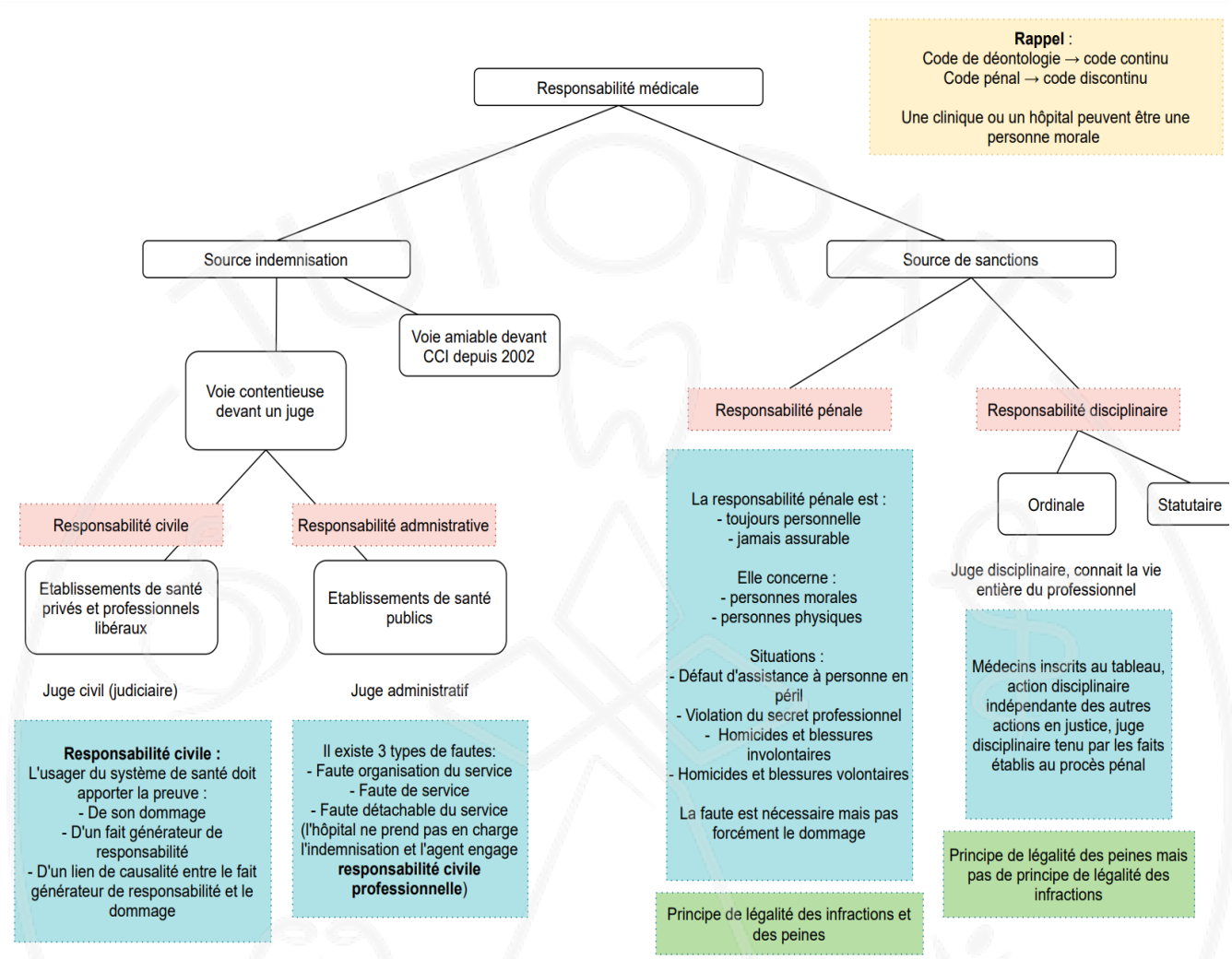
C - Différence Conseil d'Etat / Conseil Constitutionnel

	Conseil Constitutionnel	Conseil d'Etat
Siège	Palais Royal	
Constitution	9 membres + membres de droit (anciens Présidents)	300 membres
Missions	Juge de la **constitutionnalité** des droits → Vérifie la conformité de la loi avec la constitution	Juge de **cassation** (juge en droit) → Juridication suprême de l'ordre administratif élaborant ainsi au fil de ses décisions, la jurisprudence sur le plan national
	Rôle dans les **contentieux électoraux**	
		Conseillé juridique du gouvernement → Préparation des projets de loi, d'ordonnance et de certains décrets

D - Conseil Constitutionnel



3 - LA RESPONSABILITE MEDICALE



Dommage :

- Certain
- Actuel ou futur
- Atteinte de l'intégrité physique ou psychique du patient
- Perte de chance de survie/de guérison
- Perte de chance d'avoir échappé à un risque qui s'est réalisé
- Préjudice d'impréparation

Fait générateur de responsabilité : (= atteinte à un droit du patient)

- Faute technique
- Violation d'un devoir d'humanisme
- Faute "banale"

Lien de causalité :

Difficile à prouver car il faut distinguer les conséquences de la faute et de l'évolution de la pathologie. Ce lien doit être certain (présent ou futur), ni direct, ni exclusif

La responsabilité médicale ne peut être engagée que du fait d'un acte médical de diagnostic, prévention, soin... par un usager du système de santé ou ses ayants-droits

NOTES PERSONNELLES

ETHIQUE

1 - ETHIQUE, MORALE ET DEONTOLOGIE

A - Éthique, définition

- Du Grec, Ethos (habitat naturel) proche de etnos, le peuple et ecos (lieu de vie) Ethos = comportement, disposition à agir.
- L'éthique est distincte de la morale et de la déontologie sans s'y opposer pour autant.
- Un regard, « comment » plutôt que « pourquoi ».

La réflexion éthique surgit quand :

- Un cas de conscience (dilemme) se pose
- Des valeurs semblent non respectées (conflit intérieur)
- Pas de consensus sur ce qui est bon

La réflexion éthique est le chemin entre :

- Incertitude et décision
- Question et action

La réflexion éthique

- Prise de recul, mise en réflexion
- Questionnement des évidences premières
- Exercer la pensée critique avec discernement
- Expliciter et évaluer critères de décision
- Questionnement des pratiques
- Pas de réponse prête à l'emploi
- Doute fécond
- Entre raison et émotions

B - Morale, définition

La morale est une affirmation, elle correspond à ce que l'on DOIT faire.

- Elle possède une dimension binaire avec le "bien" VS le "mal"
- *« Là où la morale commande l'éthique recommande » (André Comte Sponville)*

C - Déontologie, définition

- Déôn = devoir en grec
- Code de déontologie = code de bonnes conduites d'une profession
- CODE DE DÉONTOLOGIE EST D'ABORD UN CODE MORAL
- Restreintes à un corps professionnel

D - Bioéthique et éthique clinique

La bioéthique a précédé l'éthique clinique. L'éveil de la conscience éthique est lié aux faits historiques.

1 - Ethique clinique

= Éthique pratique, appliquée :

- Aux soins
- A la relation patient/soignant
- Management et organisation

Vise à concilier :

- Vivre ensemble
- Progrès médical et scientifique
- Management et organisation

2 - Bioéthique

= Éthique des sciences et de la vie et de la recherche médicale (Van Potter, 1971)

Objectifs :

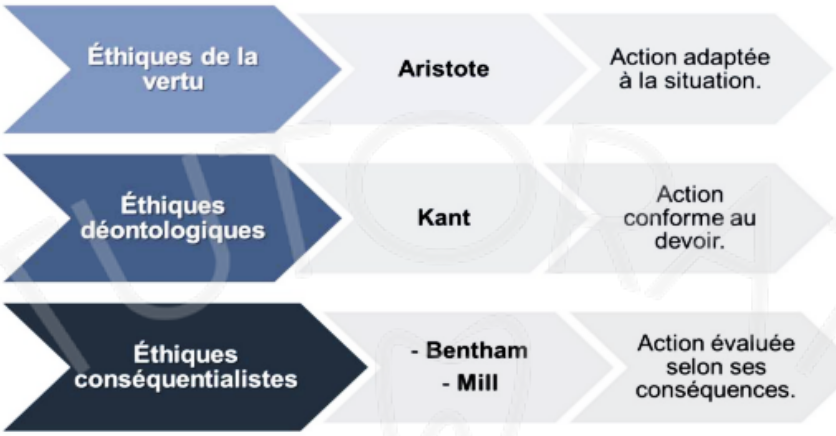
- Réflexion sur principes éthiques en recherche
- Créées des normes juridiques partagées

E - Ethique en santé

4 GRANDS PRINCIPES :

- Autonomie
  - Contre le paternalisme médical
  - Loi Kouchner (2002) : autonomie
  - « Je veux (**Kant**) et je préfère (**Mill**) »
  - Info claire et loyale
  - Correction de l'asymétrie au nv du savoir médical
  - Recherche du consentement éclairé
- Bienfaisance
  - Très liée à autonomie
  - Faire le bien si on respecte les choix du patient
  - Entente du refus de soin
  - Actions du CARE (soins pallia : Ø CURE mais CARE ++++)
- Non malfaisance
  - Avec Hippocrate : 1ère prescription : « d'abord ne pas nuire »
  - MAIS un peu différent tout de même
  - Balance bénéfice risque
  - Acharnement thérapeutique/obstination déraisonnable
  - **Thomas Daquin,** 13ème siècle : logique du db effet
  - Sédation profonde : Déontologie = c'est intention qui compte VS utilitarisme : effet des actions
    - Morale de l'intention repose sur la confiance
  - Conséquentialisme = évaluation A PRIORI des effets que l'on valorisera
- Justice pour répartition
  - Equité
  - Choix médical
  - Point de vue déontologique : éthique des devoirs = démocratie sanitaire (plutôt pt de vue de la Fr)
  - Point de vue utilitariste : maximisation du bien être pour le + grand nombre (= Ø d'argent pour maladies orphelines)

F - Ethique et philosophie



Ethique de la vertu	Aristote	Ethique de l'excellence Perfectionnement moral Recherche d'une voie royale, d'une voie moyenne *Métaphore de la navigation* chez **Aristote**
Ethique déontologique	Kant	De l'intention Juge de la moralité indépendamment des conséquences *(la fin ne justifie pas les moyens)* Action par devoir Interdit FORMEL du mensonge **Kant** : « Fondement de la métaphysique des mœurs », « critiques de la raison pratique »
Ethique conséquentialiste	Bentham et Stuart Mill	Evaluation de l'action par les effets Utilitarisme : forme de l'éthique conséquentialiste But : maximisation du bien pour le + grand nombre **Bentham, Stuart Mill** • Ø « De la liberté », « L'utilitarisme »
Ethique et relation de soins	(La plus récente)	Soin des vulnérabilités Ethique du care (années 60-70 : correction des appauvris de l'utilitarisme) Responsabilité pour autrui (autrui = allié) et sollicitude **Levinas, Paul Ricoeur** Rencontre du visage de l'Autre =son humanité • Ø **Levinas** : accès au visage d'emblée éthique • Ø **« ce qui est spécifiquement visage, c'est ce qui ne s'y réduit pas » Ø apparences** • Ø Autrui objet VS autrui sujet

2 - LA RELATION DE SOIN

A - Une relation asymétrique

Le « patient ». Du **latin** patior :

- Souffrir
- Subir : à la fois la maladie, mais également l'action de la médecine, de l'institution hospitalière, d'un agent autre que lui = subit 2 fois.

Le risque de réifier le patient est présent, c'est à dire de le réduire à un "objet de soin", à sa maladie

LE SOIGNANT	LE PATIENT
• Debout • Blouse blanche = symbole d'une fonction. Celui qui a une fonction est identifié par un savoir et un pouvoir • Instrument : pouvoir d'agir sur quelque chose d'autre, menaçant lorsque l'on ne sait pas ce que c'est • Savoir • Savoir faire Pouvoir : le sens neutre désigne le pouvoir d'agir mais il peut aussi prendre la connotation de « pouvoir sur quelqu'un » et donc des conséquences d'humiliation	• Couché • En pyjama ou dénudé • Les mains nues • Demande : être aider • Se laisse faire Vulnérabilité : face au pouvoir du médecin

B - Réduire l'asymétrie

La notion de **consentement** : L'obligation de recueillir le consentement du patient avant tout acte médical ou dans le cadre de la recherche

- Loi Huriet (1988) encadrant les essais cliniques
- Code de déontologie médicale (1995)
- Loi relative au droit des malades (2002)
- Lois de bioéthique (1994 révisées en 2004)

Consentement libre et éclairé :

- Suppose la capacité de compréhension et de jugement.
- Libre = détaché de toute pression médicale, familiale, sociale.

C - Les différentes visions de la relation Soignant / Patient

Tradition hippocratique :

- **Lutte commune** du médecin et du malade contre la maladie
- Médecin au service du malade
- Médecin et patient à égalité, pas de notion de supériorité

Louis Porte (paternalisme) :

- Rencontre d'une confiance (= abandon du patient entre les mains du médecin) et d'une conscience (= savoir et responsabilité du médecin)
- **Relation unilatérale**
- Le malade remet sa santé entre les mains du médecin et se soumet à ses décisions

Gebsattel, penser la relation médicale avec 3 aspects :

- Sympathie (empathie)
- Stade objectif (démarche proprement professionnelle où le médecin fait appel à toutes ses connaissances)
- Partenariat (s'adresser à l'autonomie du patient)

Ricoeur, alliance thérapeutique :

- Un **pacte de soin** est basé sur la confiance réciproque
- Une promesse réciproque (responsabilité à la fois du médecin et du malade)
- Alliance contre « l'ennemi commun, la maladie »

NOTES PERSONNELLES

SANTÉ PUBLIQUE

1 - EPIDEMIOLOGIE

Épidémiologie = science de ce qui affecte la population. Étude de la fréquence et de la répartition dans le temps et l'espace des évènements de santé et facteurs les déterminant.

Objectifs :

- Mesurer l'état de santé = **épidémio descriptive**
- Identifier les causes = **épidémio étiologique, analytique**
- Evaluer les soins = **épidémio évaluative**

A - Épidémiologie observationnelle

Fréquente, pas d'intervention de l'observateur, pas de recours au tirage au sort

<table>
<tr><th colspan="2">DESCRIPTIVE</th></tr>
<tr><td colspan="2">- <u>Vise à déterminer</u> : fréquence + répartition + exposition
- <u>Triade épidémio</u> : où, quand, qui ?
- <u>Résultats</u> = taux → indicateurs de santé
- <u>But</u> : contrôle sanitaire, estimation des besoins, formulation d'hypothèse
- <u>Sources</u> : Certif de décès = mortalité, Registre = incidence, Enquête & sondage = prévalence, Hospitalisation = fréquence
- <u>Classement</u> : durée = transversale/longitudinale ou population = Exhaustive / échantillons
- <u>4 étapes</u> : Choix du type ; Groupes ; Mesure de l'indicateur ; Interprétation des résultats.</td></tr>
<tr><th><u>TRANSVERSALE</u></th><th><u>ÉCOLO / GÉO</u></th></tr>
<tr><td>- Instantanée → <u>prévalence</u>
- <u>Mesure</u> : état de santé + facteur de risque/exposition + perception
- Sondage ++
- Questions (multiple possible)
- Pls groupes possibles

⊕ : Rapide & peu couteux
⊖ : Ø séquence temporelle = Ø lien maladie / exposition + biais survie sélective</td><td>- Description des <u>variations expo/maladie</u>
- Au niveau spatial ou temporelle
- Population VS pas l'individu
- Etude d'expo non-mesurable en individuel
- Supposée = à tout individu de la pop°

⊕ : Risque faible, données faciles & dispo++ → couts modérés, + grand contraste des expos
⊖ : Erreur écolo = relation ≠ du groupe → individu</td></tr>
<tr><th><u>SEMI-LONGITUDINALE</u></th><th><u>COHORTE</u></th></tr>
<tr><td>- Répétition = pls transversal sur une pop°
- <u>Dynamique temporelle</u>
- Population = VS individu ≠</td><td>- Suivit prospectif d'un même groupe au cours du tps
- <u>Incidence</u>
- Extrapolation à la France entière possible</td></tr>
</table>

ANALYTIQUE

- Etude des causes des maladies → ↑ des connaissances sur l'étiologie
- **Etiologique = Analytique = Explicative**
- **1 ou pls groupes comparatifs**
- **Objectif** : tester l'asso entre évènements & facteurs de risques
- **Déterminants** : intrinsèque = marqueurs / extrinsèque = facteurs
- **Facteurs de confusion** : Facteurs de risque lié simultanément à la maladie & à l'expo
  → Nbeux potentiellement : il faut les ajuster
- **4 étapes** : Choix du type ; Groupe ; Mesure de l'association ; interprétation résultats

CAS / TÉMOINS

+ utilisé / **Rétrospectifs**

- 2 Groupes :
  - **Cas**
  - **Témoins**

→ Cas & témoins doivent être issus de la même population
→ pls témoin pour 1 cas = ↑ la puissance statistique

- Cote d'expo : Expo / Non-expo
- Odds ratio = rapports des côtes

⊕ : Rapide, peu couteux (500 000€), ++ longue période de latence & maladie rare, étude de pls facteurs de risque
⊖ : 1 maladie à la fois, **biais : sélection, mémorisation**

COHORTE / LONGITUDINALE

Prospectif

→ attente de l'apparition = expo recueillie avant l'apparition
- 2 Groupes : **expo & non-expo**
- Comparaison d'incidence

- Risque / incidence : Nvx cas / effectif
- Risque relatif = incidence expo / non-expo

⊕ : convaincante ++ en termes de causalité, 1 ou pls maladies, maladies fréquentes, compare l'incidence

⊖ : Longue & couteux, grand nombre de sujets, **biais du perdu de vue**

B - Epidémiologie expérimentale

EXPÉRIMENTALE

→ + Rare, exposition à un facteur via l'expérimentateur, recours au tirage au sort
→ Facteurs de confusion : tirage au sort répartie les facteurs de risques → F pas lié à E

- **Individus** : Stratégie médicale, épidémio clinique = ↑ **état de santé de l'individu**
- **Pop°** : impacte d'une intervention, efficacité d'une structure ou organisation sanitaire = ↑ **de l'état de santé de la population**

C - Epidémiologie quasi-expérimentale

QUASI-EXPÉRIMENTALE

→ Rare +++ : trop descriptive

- **Avant-après** : fréquence de la maladie, même individus au cours du temps
- **Ici-ailleurs** : répartition spatiale quand législation ≠ (EX : cannabis)

A savoir

♂ : cancer Prostate > Poumons > Côlon/rectum

♀ : cancer Sein > Côlon/rectum > Poumons

→ Quand incidence = mortalité → durée de survie = 1 an

- Survie sélective = surreprésentation des cas les + longs
- Erreur écologique= relation santé/ exposition ≠ entre idv et population
- 5% des patients hospitalisés ont une infection nosocomiale = urinaire, pneumonie, site opératoire = 60 %
- **Etude de cohorte = Longitudinal = Prospective = Exposés/ Non-Exposés**
- **Biais = erreur systématique**
- Échantillon représentatif= tirage sort
- Tjs interpréter avec prudence les résultats d'une enquête épidémiologique
- Un facteur de risque est un facteur de confusion s'il est lié simultanément à la maladie et à l'exposition

2 - CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

A - Démographie

= on fait une étude **quantitative** et **qualitative** des populations et de leur dynamiques :

- **Statique** : état de la population
- **Dynamique** : mouvements de la population

⚠indispensable pour épidémio, prise de décision, planification sanitaire
La population est vieillissante !

Source de données

Recensement	Etats civils
Vision statique	Vision dynamique
• Age, sexe • Profession, famille • Moyens de transport • Conditions de logement	• Certificat naissance et décès • Déclaration mariage et divorce

Ces données sont générées par l'INSEE

B - Indicateurs démographiques

1 - Indicateurs d'état

Pyramide des âges = donne info sur état de santé des populations, permet des prédictions et des hypothèses

2 types :

- Losange = pays développés *(natalité faible)*
- Pyramide = pays en développement *(natalité et mortalité forte)*

On peut mettre en évidence, par les déformations de la pyramide, les stigmates des faits historiques passés *(baby boom, guerre...)*

Rapport de dépendance démographique = ratio des -15ans et + 65 ans sur le nombre d'adulte entre 15 et 64 ans *(dépendance des inactifs sur les actifs)*

En 2010, ratio de 0,4 ; en ↗ mène à des problèmes d'économie

Indice de vieillissement : nombre de personne de +65ans pour 100 de -20ans

Indicateur socio-économique : selon niveau de revenu, taux d'activité, taux de chômage, CSP *(discriminant pour le niveau de santé)*

2 - Indicateurs de mouvement

Natalité :

- ➔ Nombre de naissance
  - Exprime la fécondité
  - En baisse
  - Lié à l'effectif de femme en âge de procréer
- ➔ Taux brut de natalité
  - Nombre de naissance/ pop moyenne de la zone
  - Ramené à 1000 hab
- ➔ Taux brut de fécondité
  - Nombre naissances vivantes/ nbr de femme en âge de procréer
  - + élévé d'Europe

NB : pour qu'il y ait renouvellement de génération il faudrait qu'une femme donne naissance à deux enfants

Mortalité :

Décès = les plus anciennes données sanitaires disponibles

Trois éléments pour établir un décès :

- Le certificat de décès
- Le bulletin de décès
- L'avis de décès

Certificat de décès fait par le médecin :

Partie supérieure	Partie inférieure
• Pour déclaration à l'état civil • Nom / prénom • Adresse • Date / heure du décès • Diverses opérations funéraires	• Anonyme • Renseignements médicaux • Nom commune • Date du décès

Bulletin de décès : fait par l'officier d'état civil à la mairie

→ dupliqué en **bulletin 7** (anonyme) et **avis 7 bis** (nominatif)

Les différents taux de mortalité :

Brut	Spécifique	Prématurée	Evitable
Nbr pers. décédées /effectif exposé	Tenant compte d'un autre paramètre	Sur 1 an nombre de pers. décédées de -65ans / nbr de personne de -65ans	Causes dont la maîtrise ne nécessite ni connaissance médicale ni équipement
9,1 pour mille		H : 2,43 pour mille F : 1,26 pour mille	32 000

Principales causes de décès :

- Tumeurs
- Maladie de l'appareil circulatoire
- Maladie de l'appareil respiratoire
- Morts violentes

Mortalité dans l'enfance :

→ reflète le dvp d'un pays et de son système de santé

Mortinalité	Mort foetales après 22 SA ou poids >500g	9,3
Mortalité néonatale précoce	De la naissance à 6j révolus	1,85
Mortalité néonatale tardive	Après 6j et avant le 28ème j	0,8
Mortalité néonatal	Précoce + tardive ; liée à des facteurs endogènes	2,65
Mortalité périnatale	Mortinalité + Mortalité néonatale précoce ; rapport avec offre de soin	
Mortalité postnéonatal	Liée à des facteurs exogènes	
Mortalité infantile	Avant l'âge de 1 an	3,8

⚠ *Toujours rapporté sur 1 000 naissances*

Transition démographique (pays en cours de dvp → pays dvp)

- Etape 1 : stabilité ; très forte natalité et mortalité
- Etape 2 : chute taux de mortalité et taux de natalité identique
- Etape 3 : baisse de la natalité
- Etape 4 : stabilité ; faible natalité et mortalité

Etape 2+3 = accroissement naturel

3 - Espérance de vie

Espérance de vie à la naissance : Durée de vie moyenne d'une population fictive qui vivrait toute son existence dans les conditions de mortalité de l'année

→ C'est un indicateur synthétique virtuel

- En France (2019) : espérance de vie à la naissance, élevée :
  - Hommes = 79,7 ans
  - Femmes = 85,6 ans
- En France (2019) : espérance de vie à 60 ans, relativement stable :
  - Hommes = 23,4 ans
  - Femmes = 27,8 ans

Espérance de vie sans incapacité : « espérance de vie en bonne santé »

- Nombre d'années qu'une personne peut compter vivre sans souffrir d'incapacité dans les gestes de la vie quotidienne
- Planification des besoins en matière de soins et d'assistance

C - Indicateurs de santé

= mesure élémentaire de l'état de santé, donc **partielle et limitée**

Permet de :

- Quantifier
- Comparer
- Suivre l'évolution d'un problème de santé (surveillance sanitaire)

1 - Exposition

<table>
<tr><td colspan="3">**Risque** = probabilité de survenue d'un événement à un moment ou pendant un intervalle de temps donné</td></tr>
<tr><td rowspan="4">**Facteur** ou **marqueur** de risque : fait varier le risque</td><td rowspan="2">Marqueurs de risque = facteurs **intrinsèques**

→ peu ou pas accessibles à des actions de prévention</td><td>Caractéristiques démographiques</td></tr>
<tr><td>Caractéristiques génétiques</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Facteurs de risque = facteurs **extrinsèques**

→ accessible à des actions de prévention</td><td>Comportements individuels</td></tr>
<tr><td>Environnement</td></tr>
</table>

2 - Morbidité

= nombre personnes souffrant d'une maladie donnée pendant un temps donné, en général une année, dans une population

Difficultés :

- Différents points de vue possibles
- Nécessité d'une classification précise des maladies, reposant sur la classification médicale des maladies
- Sources d'informations nombreuses mais disparates
- Vision réductrice : conséquences sur la vie quotidienne non prises en compte
- Mesure peu sensible

Types de morbidité :

- **Objective** *(réelle, mesurée)* : évaluation via une enquête selon des critères standardisés et objectifs, indépendamment de la perception qu'ont les personnes de ce problème.
- **Ressentie** *(déclarée)* : perception *(subjective)* de son état de santé d'une personne à travers son propre prisme psycho-socio-culturel.
- **Exprimée** : recours au système de soin pour un problème de santé, adapté ou non à ce problème *(pertinence)*
- **Diagnostiquée** : correspond aux affections diagnostiquées et traitées par le corps médical chez un individu ayant eu recours aux soins *(⟷ vision du médecin)*

⚠ *énorme décalage entre la déclaration et la mesure*

Classification internationale des maladies (CIM 10) : Rédigée par l'OMS, et s'applique dans le monde entier

3 - Morbidité étendue

Prise en compte des conséquences des problèmes de santé (handicap) :

- **Déficience** = perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique.
- **Incapacité** = Réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon, ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain
- **Désavantage** = Préjudice qui résulte d'une déficience ou d'une incapacité, et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio-culturels

D - Qualité de vie

Qualité de vie (OMS 1994) : "perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes, et ses inquiétudes".

→ L'amélioration ou le maintien de la qualité de vie est un objectif essentiel des soins.

Instruments de mesure : Questionnaire SF-36

- 1992
- Très utilisé en cancérologie
- Apporte une dimension supplémentaire sur comment se sent le patient

E - Inégalités sociales de santé

1 - Paradoxe français

➔ Espérance de vie = la meilleure d'Europe
➔ Taux brut de mortalité = un des plus faible d'Europe
➔ Taux de mortalité infantile = un des plus faible d'Europe
➔ Le meilleur système de soin au monde (OMS)

POURTANT : en termes de mortalité prématurée, la France est loin derrière ses voisins européens de taille et de niveau de vie comparables

10 000 par an : C'est le nombre de décès prématurés que l'on pourrait éviter, si les ouvriers et employés avaient en France la mortalité des cadres supérieurs et des professions libérales.

Définition : Les inégalités de santé (géographiques, sociales, etc.) sont les causes inéquitables et évitables de problèmes de santé face auxquelles les populations, à l'intérieur d'un pays ou de différents pays, ne sont pas sur un pied d'égalité.

Déterminants sociaux de santé :

- Circonstances dans lesquelles un individu naît, grandit, vieillit et travaille
- Système mis en place face à la maladie
- Déterminées par forces économiques, politiques, et sociales

➔ Les inégalités en matière d'accès à la santé en France se sont aggravées.

Mortalité selon la catégorie socioprofessionnelle :

- Le fait d'être actif est associé à une moindre mortalité
- Plus on va vers les ouvriers, plus la mortalité est importante
- Les cadres ont toujours une espérance de vie sans incapacité plus important hommes comme femme que chez les ouvriers

2 - Inégalités sociales face aux maladies

Chez l'enfant :

- Période périnatale : hypotrophie, prématurité
- Plus tard : surcharge pondérale, obésité, accidents

Selon les maladies :

Les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires sont plus fréquentes chez les moins aisés.

Pour les cancers, il y a une inégalité en fonction de la localisation :

- Fréquents : œsophage, voies aéro-digestives supérieures, col de l'utérus
- Moins fréquents : sein et colon

3 - Recours au soin

Renoncement aux soins : certaines CSP s'auto-censurent sur certains soins bien que l'offre soit quasi gratuite et universelle en France.

Ce renoncement diffère selon les CSP :

- Ouvriers :
  - Soins hospitaliers (+ 13 % par rapport aux cadres)
  - Médecin généraliste plutôt que spécialiste
  - Recours aux soins plus tardif
- Cadre :
  - Soins ambulatoires (+ 15 % par rapport aux ouvriers)
  - Médecin spécialiste
  - Recours plus précoce

Les cadres se préoccupent davantage de leur santé. Ils vont plus rapidement vers les spécialistes et les soins hospitaliers.

Expositions :

➔ Facteurs de risques plus fréquents dans les CSP défavorisées (alcool, tabac, surpoids...)

➔ Comportements à risques plus nombreux chez les ouvriers (moins de sport, tabac, obésité…)

Selon les chercheurs du **CREDOC** les risques se cumulent chez les plus défavorisées et leur 1er recours aux soins gravement insuffisant, donc l'incidence de maladies dans tous les chapitres augmentent.

F - Conclusion

L'état de santé des Français est globalement bon, mais marqué par les inégalités sociales de santé, qui sont d'autant plus importantes en France comparé à nos voisins européens. La principale mission des professionnels de santé est de réduire cette inégalité.

3 - PILOTAGE ET REGULATION

A - Instances

<table>
<tr><td>Etat</td><td colspan="2">

Garant de l'intérêt public
Garant de la protection de la santé des populations
Définit les politiques de santé
Formation des professionnels de santé (+ définition des conditions d'exercice)
Veille au respect de qualité et de sécurité des établissements de santé, des produits de santé et des pratiques professionnelles.
Veille à l'adéquation des structures de soins et de prévention et régule l'offre de soins
Exerce la tutelle de la protection sociale et intervient sur les modalités de son financement, sur les règles de couverture de la population, sur la prise en charge financière des soins

</td></tr>
<tr><td>Parlement</td><td colspan="2">

Vote les lois relatives au système de santé

</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Ministère en charge de la santé</td><td colspan="2">

Elabore et met en œuvre les politiques de santé

2 directions techniques :
</td></tr>
<tr><td>Direction Générale de la Santé (DGS) : chargée de concevoir la politique de santé publique après analyse des besoins de la population</td><td>Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) : chargée d'organiser l'offre de soins hospitalière et ambulatoire et est garante de l'efficience et de la qualité des établissements de santé</td></tr>
<tr><td>Agences sanitaires</td><td colspan="2">Créés afin d'avoir une dissociation entre évaluation des risques et décisions (suite à l'affaire du sang contaminé)</td></tr>
<tr><td>Agences régionales de santé (ARS)</td><td colspan="2">

Instance de pilotage du système de santé au niveau régional
Ont une autorité unique au niveau de chaque région qui comprend des éléments de l'Etat et de l'assurance maladie
Indépendantes des élus locaux et municipaux
Mise en place en 2010 suite à la loi HPST.

Missions :
Pilotage de la politique de santé publique en région

Veille et sécurité sanitaire
Prévention et promotion de la santé
Gestion de la crise sanitaire en lien avec le préfet

Répartition et organisation de toute l'offre de soins

Définir des Projets Régionaux de Santé PRS* en lien avec la SNS*. Il s'étale sur 5 ans à partir d'une évaluation des besoins régionaux et sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

</td></tr>
</table>

Stratégie Nationale de Santé (SNS)* :

- Prévue dans la loi de modernisation du système de santé
- Durée de **5 ans**

PRS : 3 missions :

- Définir un cadre d'orientation stratégique COS , fixant pour **10 ans** les objectifs de l'agence
- Définir un schéma régional de santé SRS, unique, d'une durée de 5 ans, déclinant les orientations fixées par le COS, s'appuyant sur un diagnostic régional
- Définir un programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies PRAPS

B - Qui influence les décisions ?

Groupes de pression	Structures nationales d'expertise
• Partenaires sociaux (gestionnaires de l'assurance maladie) • Groupes d'intérêt économique : industriels, assureurs… Groupes professionnels : syndicats, ordres professionnels (ex : des médecins), fédérations hospitalières	• Agences de sécurité sanitaire • Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) Instituts : de la recherche médicale, de la veille sanitaire, du cancer.

C - Surveillance sanitaire

Surveillance sanitaire =

- « Protection contre les **risques** liés au fonctionnement du système de santé » (D. Tabuteau)
- « La collecte continue et systématique, l'analyse et l'interprétation de données de santé essentielles pour la planification, la mise en place et l'évaluation des actions de santé publique, étroitement associée à la diffusion en temps opportun de ces données à ceux qui en ont besoin. L'étape finale du cycle de la surveillance est l'application de ces données au contrôle et à la prévention des maladies et accidents. » (Thacker)

/!\ Le terme "sanitaire" ne comprend pas seulement la notion de santé (alimentation, environnement…)

Maladie à déclaration obligatoire (MDO) =

Transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire par les médecins et les responsables de services et laboratoires d'analyses de biologie médicale publics et privés

- Les maladies qui nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale
- Les maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique

D - Événement indésirable lié aux soins

1 - Définition

Événement indésirable lié aux soins =

Événement **clinique** défavorable pour le patient, plutôt consécutif aux stratégies et actes de diagnostic, de traitement de prévention ou de réhabilitation qu'à l'évolution naturelle de la maladie.

Événement indésirable grave EIG =

C'est un événement indésirable dont les conséquences sont :

- Le décès, la mise en jeu du pronostic vital
- La survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent

Événement indésirable "évitable" =

Évènement indésirable qui ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de l'événement

2 - Données en France (2009)

EIG pendant l'hospitalisation :

6.2 pour 1 000 jours d'hospitalisation et 2,6 pour mille évitables. Représente plus de 300 000 EIG par an dont 100 000 auraient pu être évitables

Admissions causées par un EIG :

4.5% des admissions et 2,6% évitables ; 400 000 par an dont 200 000 évitables

Causes :

- Absences de protocoles
- Insuffisance d'échanges d'informations entre professionnels et patient
- Charge de travail trop importante
- Planification des tâches inadaptée
- Défauts de communication interne

E - Efficience de l'offre de soin

Efficience = Il s'agit de la relation, du rapport, entre le coût et le résultat d'un soin ou système de soins.

Problèmes :

- Inégalités sociales ou géographiques *
- La place insuffisante de la prévention
- Fraude ?
- Gaspillage ?

Sources de "solutions" : (Apprendre en détail les détails des critères ci-dessous grâce à votre cours)

- Niveau de protection sociale
- Prix et budgets
- Offre de soins
- Prévention
- Mode de recours aux soins
- Qualité des pratiques et des organisations

NOTES PERSONNELLES

PSYCHOLOGIE

1 - INTRODUCTION

= science des faits psychiques, des phénomènes de pensée et éprouvés à la base des comportements et des conduites

- ❖ Comportement : façon d'être vu par un observateur
- ❖ Conduite : notion de pensées, d'intentions

Différentes déclinaisons :

- Psychogénétique
- Psychosociologie
- Psychologie expérimentale
- Psychopharmacologie
- Neuropsychologie
- Psychothérapie

Définitions

Psychogénétique : étudie la genèse du développement psychique (dépend de l'environnement) ; définition plutôt philosophique. Celle-ci nous renvoie à des notions de personnalité, de caractère et de tempérament.

- ❖ Tempérament : déterminé par la génétique, en partie héritable
- ❖ Caractère : reçu au cours de l'éducation, de l'environnement
- ❖ **Personnalité = tempérament + caractère**

Psychosociologie : étude de l'intérêt de la relation entre le fonctionnement psychique d'un individu et de l'individu vis à vis des autres. Cela peut être plus globalement par rapport à l'ensemble de la société, dans un groupe donné…

Psychologie expérimentale : Etude des comportements en réactions à un stimuli ; mesurer les fonctions psychiques en créant des conditions particulières (ex : photos)

Psychopharmacologie : 1954 -> découverte des médicaments agissant sur des fonctions psychiques

Neuropsychologie : méthode de mesure des fonctions psychiques cognitives (mémoire, fluence..) ; domaine des neuropsychologues

2 - LA PSYCHOLOGIE EN MEDECINE

- Science observable et mesurable
- Une partie quantifiable et une autre non (relationnelle) = complémentarité des deux
- Adaptation au patient ++ (vécu, maladie, histoire..)

⚠La psychologie médicale n'est pas :

- La médecine psychosomatique
- Psychiatrie
- Psychothérapie (pas que)
- Psychanalyse
- Psychologie clinique

⚠**La psychologie médicale n'est en aucun cas le domaine réservé des psychiatres et des psychologues ! On ne peut pas faire de médecin sans psychologie médicale.**

Définitions

Médecine psychosomatique : troubles physiques accompagné de troubles psychologiques

Psychiatrie : Complètement à part de la psychologie ; Diagnostic et traitement des pathologies mentales

⚠Bien différencier la psychiatrie de la psychologie médicale, lorsque l'on parle de psychiatrie on s'adresse vraiment à la prise en charge de la maladie mentale.

Psychothérapie : traitement d'un psychisme souffrant par un psychisme soignant

Psychanalyse : Ce n'est pas une science exacte ; étude des traumatismes du passé pour expliquer les symptômes actuels

Psychologie clinique : Travail du psychologue ; étude des processus psychologiques qui accompagnent les maladies mentales

3 - ÊTRE MALADE

Les conséquences psychiques	• Protection • Régression • Réduction des intérêts • Egocentrisme • Dépendance à l'entourage • Pensées illogiques et magiques
Les réactions du malade	• Adaptation • Déni (pseudo-rationalisation, refus de traitement, peur...) Réaction persécutive
La signification de la maladie dans la vie du sujet	Réaménagements : • Des liens entre l'individu et son entourage • De l'image de son propre corps • Image de soi auprès des autres • Relations affectives Retentissement socio-professionnel

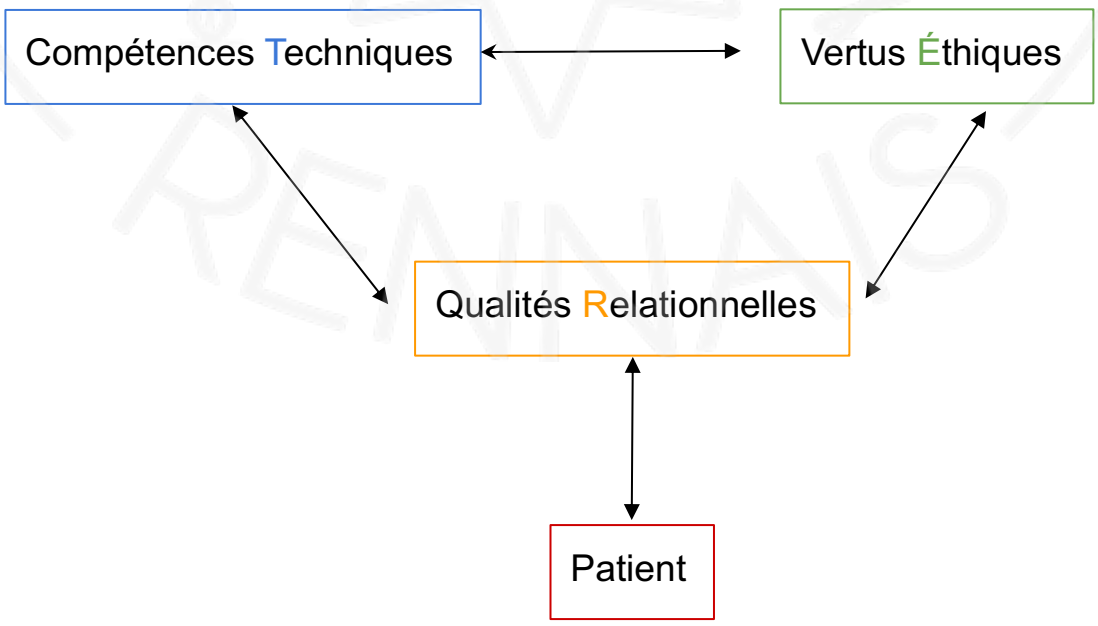
4 - LE ROLE DE SOIGNANT

⚠ Attention à la banalisation de la maladie

Il faut être :

- Apaisant
- Réorganisant
- Adapter
- Progressif et respectueux

Les 3 composantes de l'exercice médical (TER) 💡



NOTES PERSONNELLES

SYSTEME DE SANTE

1 - INTRODUCTION

A - Définitions de la santé

Il en existe plusieurs, elles sont différentes selon le contexte historique, géographique, social …

Basée sur	Définition	Caractériques	Limites
Modèle bio-médical	Absence de maladie diagnostiquée	• Objective	• Critères uniquement médicaux • Méconnaît états latents • Les démarches de prévention
OMS (1946)	Etat complet de bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie	• Nouvelles dimensions de la santé (bien être mental et social) • Approche positive et plus globale	• "État" = impression de statique • Def utopique
Charte d'Ottawa (1986)	La santé est une ressource de la vie quotidienne - et non un but en soi - qui donne à la personne le pouvoir d'identifier et de réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter	• Approche positive et globale • Moins idéale + fonctionnelle • Tenir ses rôles fondamentaux • Epanouissement personnel	

B - Définition des déterminants de santé

Déterminant de santé = facteur qui influence l'état de santé d'une population soit de façon isolée soit en association avec d'autres facteurs

L'évolution des modèles suit l'évolution des définitions de santé (et non l'inverse !)

Il existe différents types de déterminants :

- Individuels (âge, sexe...)
- Socio-économiques (emploi, logement...)
- Environnementaux (qualité de l'air, sol, eau ...)
- Politiques
- Et bien d'autres !

Modèle de Whitehead et Dahlgren (1991) :

- Distance croissante des déterminants vis à vis de l'individu
- Met l'accent sur les intéractions
- Intéressant pour prendre en compte les facteurs qui influencent la santé de façon plus globale

En conclusion, une définition de la santé publique doit comporter au moins deux caractéristiques :

- Elle n'est pas centrée uniquement sur l'individu
- Elle n'est pas centrée uniquement sur le soin

C - Définition du soin

Soin = tous les actes réalisés pour prendre en charge une maladie perçue

Les différents types de soins :

Curatifs	De supports	Palliatifs
• Vise à guérir	• Soulager les symptômes • Sans impact direct sur la maladie	• Soulager souffrance du malade dans toutes ses composantes • Malade en phase terminale et leurs proches

Hiérarchisation des soins :

- Primaires : infrastructures légères (cabinet privé)
- Secondaires : centre hospitalier
- Tertiaires : centre hospitalier universitaire
- Quaternaires : interventions et traitements expérimentaux

D - Définition de la télémédecine

= pratique médicale à distance exercées par des professions réglementées

Téléconsultation	Télé assistance médicale	Télé expertise	Télésurveillance
Donner une consultation à distance	Permet d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours d'un acte	Solliciter à distance l'avis d'un professionnel médical Transmission de données cliniques,..	Interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical ⚠ A ne pas confondre avec télé-assistance sociale

Intérêts :

- Pour le patient (meilleur suivi, accès facilité, respect des droits ...)
- Pour les professionnels de santé (meilleure coopération, organisations nouvelles…)
- Pour le système de santé (démographie médical, accès ++, maîtrise des dépenses...)

Limites :

- Adaptation des pratiques médicales
- Juridiques
- Économiques
- Techniques/ Ergonomique

E - Définition de la prévention des maladies

L'OMS en définit 3 !

Niveaux	Vise à	Exemple
Primaire	Diminuer l'incidence	Vaccination Education et information de la population Réglementation pour protection et promotion de la santé
Secondaire	Déceler les maladies avant l'apparition des symptômes	Dépistage cancers Dépistage maladies infectieuses
Tertiaire	Limiter les conséquences et éviter les rechutes	Rééducation - Réadaptation Réinsertion pro et sociale

⚠ Ne pas confondre hiérarchisation des soins avec niveaux de prévention !

F - Système de santé et de soins

Système de santé = ensemble des moyens et des activités afin de promouvoir la santé dans un but :

- Educatif
- Préventif
- Curatif
- De support
- Palliatif

Les **composantes** sont :

- La population
- L'offre de soins
- Les financeurs
- Les pilotes et régulateurs

G - Les différents modèles d'organisation

Nom	Lieu	Rôle central	Caractéristiques
Non socialisé "libéral"	Etats-Unis	Assurances privées	• Libre choix • Paiement à l'acte • Remboursés selon le contrat • Rôle mineur de l'état (régulation)
Socialisé, "étatique" Beveridgien	Royaume-Uni	Etat	• Financer par impôts collectés • Les 3 U (unité, uniformité, universalité) • Secteur public ++
Socialisé "assurantiel" Bismarckien	Allemagne France	Etat + assurance sociale (obligatoire)	• Collecte de cotisations sociales • Assurances complémentaires • Offres publiques et privées • Libre choix

2 - LES INDIVIDUS, 1ER ACTEURS DE SOINS

A - Recours aux soins

En France, le système est très **hospitalo-centré** avec près de 50% des dépenses à l'hôpital

Il n'y a pas une adéquation parfaite entre le **besoin** des usagers et le **recours !**

Expliqué par :

- L'accès aux soins
- Représentation de la santé et des maladies
- Influencé par la culture, l'âge, le sexe, l'instruction

B - Variation du recours selon la catégorie socio-professionnelle

Excès aux soins **spécialistes** : professions intermédiaires, intellectuelles, cadres ++

Inférieur aux soins **spécialistes :** ouvriers qualifiés, non qualifiés, agriculteurs ++

Inférieur aux soins **généralistes** : artisans commerçants

C - Variation selon la protection sociale

⚠️ Bien distinguer protection de base (assurance maladie) de la protection complémentaire (par une mutuelle ou assurance privée)

Renoncement aux soins :

🧡 Score de précarité = difficulté passée + difficulté présente + difficulté future

⚠️ Plus ce score est haut, plus le taux de renoncement aux soins est important

Soins de médecin : 5 % jusqu'à 15 % si pas de PCS

Soins dentaires : 18 % jusqu'à 41 % si pas de PCS

D - L'information des usagers

Usagers et infos des usagers :

➢ Démocratie sanitaire = démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration de la politique de santé (avec ARS)

Source d'infos sur la santé :

➢ Médecin et pharmaciens (1er relais)
➢ Revus scientifiques
➢ Magazines, emissions
➢ Sites internet

Infos des usagers de la santé :

- ➢ Rapport patient internaute de la HAS
- ➢ Certification Honcode

Source d'infos sur les hôpitaux :

- ➢ Emissions TV radio
- ➢ Magazines
- ➢ Internet :
  - Fonctionnement, droits du patient : Fédérations hospitalières ; France Asso Santé
  - Qualité et sécurité des soins : Scope Santé

E - Offre de soin

En France, 1.9 million de personnes exercent une profession de santé = 7% de la population en emploi.

Les différents professionnels de santé :

Médicales	Pharmaceutiques	Du soin
➔ Médecin (222 000) ➔ Chirurgien-dentiste (42 000) ➔ Sage-femme (22 000)	➔ Pharmacien (74 000) ➔ Préparateur en pharmacie (71 000)	➔ Infirmier (638 000) ➔ Aide-soignant (416 000) ➔ Auxiliaire de puériculture (85 000) ➔ Assistant dentaire

⚠ Il faut connaître l'ordre de grandeur des chiffres

Répartition des médecins :

- ➢ 337 médecins pour 100 000 habitants avec 50% de généralistes
- ➢ 59% ont une activité libérale
- ➢ Age moyen = 52 ans
- ➢ 43% de femmes médecins

- ➢ Dans les établissements de santé :
  - 68% hôpitaux publics
  - 21% privés à but lucratif
  - 11% privés à but non lucratif

- ↗ des regroupements de pro de santé = maison de santé pluripro ++
- \+ en + dans le secteur des soins de ville

Nouvelle organisation : **CPTS** (Communauté professionnelles Territoriales de Santé

- = structures rassemblant des pro de santé des secteurs sanitaires, social et médico-social
- Contrat **tripartie** de 5 ans avec **l'ARS** et l'**assurance maladie**

F - Le secteur hospitalier

Les différents types :

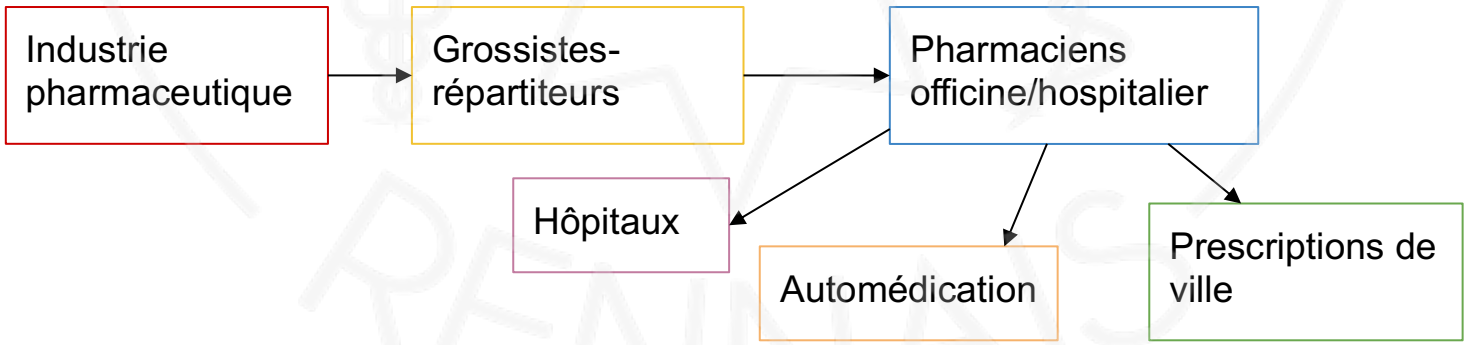
	Public	**Privé non lucratif**	**Privé lucratif**	Total
Capacité accueil	⅔ des lits	14% des lits	¼ des lits	3 000 établissements 480 000 lits
Caractéristiques			Répartition inhomogène (Sud et Paris ++)	
Secteur exercé en majorité	• Médecine obstétrique • Chirurgie • SLD • SSR	• SLD (financé par famille + aide sociale, allocation à l'autonomie assurance maladie) • SSR	• Chirurgie • SSR (financé par l'assurance maladie)	

GHT = Groupement Hospitaliers de Territoires

- Issu de la loi de modernisation
- Nouveau mode de coopération entre les établissements de santé publics
- Objectif : meilleur accès aux soins grâce à la meilleure coopération

G - Médicaments

Circuit de distribution :



Industrie :

- ➔ Dépense de recherche et dvp ++, mais souvent autofinancées
- ➔ 1er enjeu industriel = biotechnologies
- ➔ Poids croissant des génériques

Les autres technologies :

- ➔ Equipement médico-chirurgicale = PME très spécialisées
- ➔ Imagerie et électronique médicale
- ➔ Les "consommables"

3 - DEPENSES ET FINANCEMENT

Deux grands indicateurs pour les comptes de la santé :

- **CMT =** valeur des biens et services utilisés sur le territoire pour la satisfaction des besoins individuels en santé de la population
- **DCS =** concerne l'effort consacré au cours d'une année au titre de la fonction santé, mesurée du point de vue des financeurs

Soins et biens médicaux (98%)
195 milliards € = 2930 €/hab

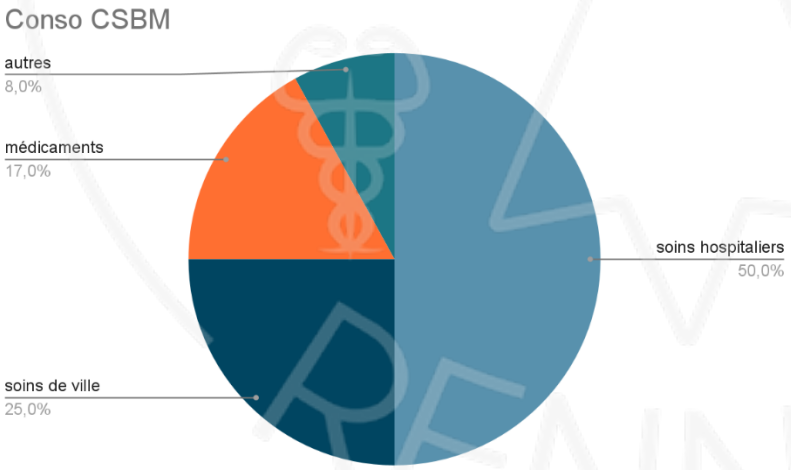
Médecine préventive individuel (2%)

Prévention collective
Formation, gestion, recherche
Indemnités journalières

→ consommation médicale totale

→ Dépense courante de santé
262 milliards € = 12 % PIB

A - La CSBM en 2015



↗ globale du PIB dédié à la CSBM entre 1950 et 2015, ++ pour le poste hospitalier.

Financement :

- Sécurité sociale (à hauteur de 76,8%)
- État et CMU complémentaire
- Organisations complémentaires
- Les ménages

B - La protection sociale

= ensemble des mécanismes de protection accordé par une société à ses membres

Le système français :

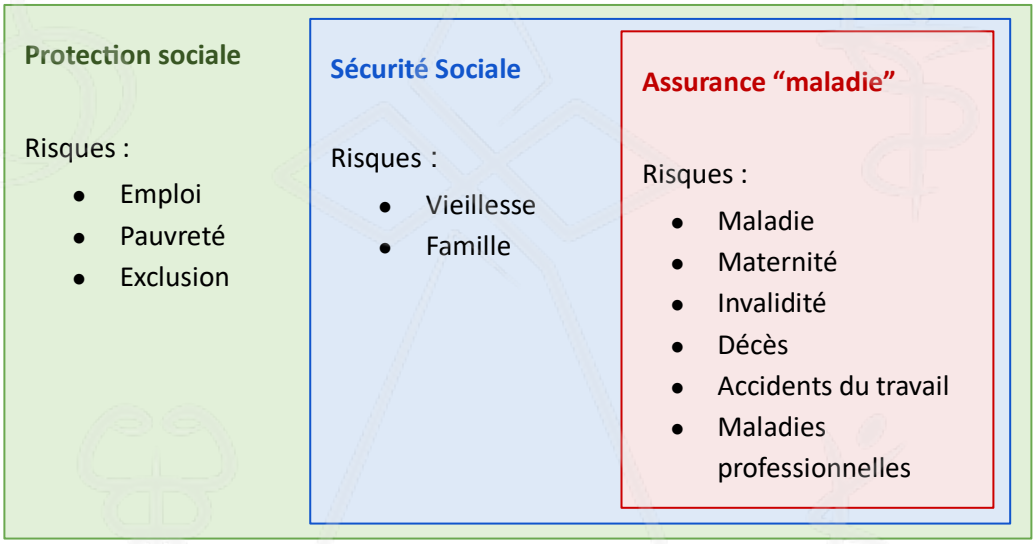
Associe 4 types de mécanismes :

- Assurance sociale obligatoire
- Assistance sociale
- Protection universelle
- Prévoyance individuelle ou collective

Inspiré de deux modèles : Bismarckien (Allemand) et Beveridgien (Royaume-uni)

La protection sociale en France représente 30% du PIB

C - Sécurité sociale



La sécurité sociale est sous tutelle de l'État et est financée par des cotisations et complétée par des impôts.

Les régimes principaux :

Nom	Général	Social des indépendants (RSI)	Agricole	Spéciaux
Pour qui ?	> 80% des français	Artisans Commerçants Industriels Pro libérales	Exploitants Salariés agricoles	SNCF RATP Assemblée nationale EDF-GDF

⚠ RSI intégré au régime général en janvier 2020

Différentes branches du régime général de la Sécurité :

Branche	Niveau national	Niveaux infra-nationaux
Maladie	CNAMTS	CPAM
Vieillesse	CNAV	CARSAT
Famille	CNAF	CAF
Recouvrement	ACOSS	URSSAF

Chaque branche est gérée par des caisses :

- Une caisse nationale
- Des caisses "territoriales"

D - Les différentes protection maladie

PUMA (2016) = protection universelle maladie/ simplification de l'Assurance maladie

- Accessible à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable (+3 mois) et en situation régulière
- Cotise toute personne ayant une activité pro, ou si revenus du capital supérieurs à un seuil fixé

Les complémentaires :

- CMUc : résidence stable et régulière ; pour 1 an si revenus inf à un seuil (6%)
- Mutuelle : selon le contrat ; facultative sauf salariés (89%)
- ACS : si revenus sup au seuil de la CMUc mais inf à un certain seuil ; pour 1 an

5% de la population n'est pas couverte par une complémentaire

E - Qui paie quoi ?

Sécurité sociale :

- 100% soins et mdts pour ALD, maladies et accidents du travail
- Presque tous les frais d'hospitalisation
- 70% des soins courants

Ticket modérateur :

- Peut être payé par : couverture complémentaire ou par le patient
- Reste la franchise que le patient doit payer sauf dispenses

Tiers payant :

= système qui évite d'avancer des sommes d'argent, qui paie directement le pro ou la structure de soin

⚠ce n'est pas une fraction mais un organisme

NOTES PERSONNELLES

ADDICTOLOGIE

A - Définitions

Addiction = comportement qui vise soit :

- A produire du plaisir
- A écarter ou atténuer une sensation de malaise interne

Caractérisé par :

- Impossibilité répétée de contrôler ce comportement
- Poursuite malgré la connaissance des conséquences négatives

Définie par Goodman comme un comportement pathologique de consommation de **substances psychoactives** (licites, illicites, médicaments détournés).

Parfois comportement non lié à la consommation de substances psychoactives = **addictions comportementales** :

Validé	En discussion
• Jeu pathologique ++ • Argent (poker...) • Jeu de rôle sur internet	• Achats compulsifs • Sexe compulsif • Sport compulsif • Travail • Troubles de conduites alimentaires

Eléments en faveur de ce concept global :

- ❖ Comportement identique ; phénomène d'envie intense (craving)
- ❖ Polyconsommation et association de comportements addictifs sont la règle
- ❖ Effets cérébraux sont les mêmes, les voies de neurotransmissions sont communes

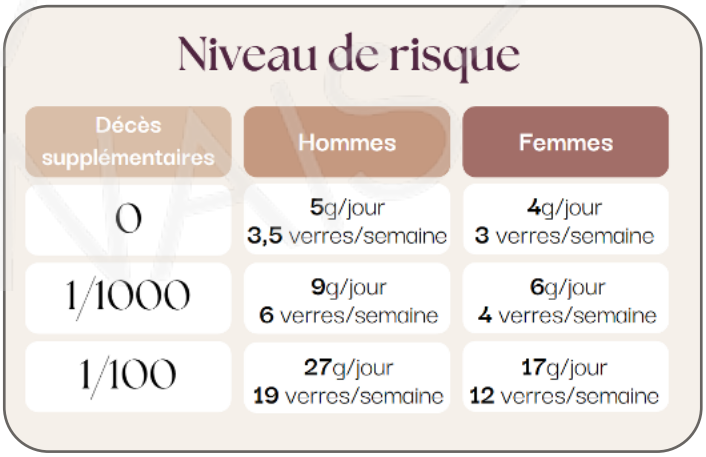
⚠ Toute consommation n'est pas une addiction

B - Les différentes conduites de consommation de substances psychoactives

Usage à faible risque	Non consommation Consommation sans dommage induit
Usage à risque	Apparition de facteurs de risques Peut apparaitre en prise aiguë ou chronique → Education et prévention
Usage nocif	Considéré comme une maladie (selon la CIM 10) Entraîne dommages et souffrance Dégradations physique, psychique, sociale, financière etc.. Pas conscience du lien entre dommage et consommation → Dépistage
Dépendance	Perte de contrôle et prise de conscience Centration, état affectif négatif lié au manque <u>Dépendance psychique :</u> • Craving • Perte de contrôle • Continue la conso malgré les csq négatives • Centration Dépendance physique : • Sd desevrage • Tolérance • /!\ Dépendance physique n'est pas obligatoire ! → Abstinence et PEC pluridisciplinaire

C - Données sur l'alcool

Usage à faible risque :



⚠Toute consommation d'alcool est à risque pour la santé

Les repères :



Sens croissant du degré d'alcoolémie + unité d'alcool

MM : **B**ébé **V**iens à **Porto** **W**allah **Pa**ris c'est **R**incé



⚠Attention aux bières fortes
⚠unités = nombres de verres standards

Nouveaux repères :

Pour chaque occasion de consommation, il est recommandé de :

- Réduire la quantité totale
- Boire lentement, en mangeant
- Eviter les lieux et les activités à risque
- Connaître des personnes autour de vous et s'assurer de pouvoir rentrer chez soi en toute sécurité

Les risques en aiguë :

- Les accidents (0,49 g/l = accident mortel X3)
- Décès par inhalation
- Le sexe non prévu, non protégé (MST, regrets, grossesse non voulues)
- La violence
- Gueule de bois (retentissement scolaire, étude, travail)
- Dépendance

Les signes d'alertes :

- L'âge de début précoce
- Recherche systématique de défonce
- Consommation solitaire
- La fréquence
- Les mélanges (cannabis, médicaments…)
- Les remarques des pairs

Conséquences négatives de l'usage nocif :

Psychologiques :

- Dépression
- Anxiété
- Suicide

49 000 décès en 2009 (3X + chez les hommes)

Physique :

- Cancer
- Maladies cardiovasculaires
- Cirrhose
- Accidents, meurtres et suicides
- Mortalité prématurée

⚠Le produit psychoactif le plus consommé en France

D - Tableau des données sur les différentes drogues :

	ALCOOL 	TABAC 	CANABIS 	OPIACÉS 	COCAÏNE 
Généralités	- **Licite** - Très valorisé culturellement en FR - **Règlementé** (conduite + lieu public) - « **Lobby** » ++ → Budegt de la pub - Pub réglementée par loi Evin - Contournement loi / CA +++ - Annulation du « défi de Janvier » - **Coût sociale majeur > Tabac**	- **Licite** VS valorisation inégale ○ **↓ chez les adolescents** - **Règlementé** - Monopole de la distribution - Pub interdite en F VS détournements ○ Centrée sur les jeunes++ - CA ++ → Lobby ++ - **Coût social majeur**	- **Illicite** : Conso = 1an de prison max + retrait de permis Trafic - **Test dépistage** = restent + lgt (sem) - **Tendance à la banalisation** - Débat sur la dépénalisation - Valorisé dans certaines sous cultures	- **Héroïne** : injectée, sniffée, fumée - Opium - illicite - Morphine - Codéine - Buprénorphine - Méthadone - Oxycodone - Fentanyl	- **Illicite** - Sniffée (++) - Fumée = crack → **Dpdance** ++ - Injectée Rechute : anxiété + dépression → Drogue de boîte de nuit ou de traders ++ (performances)
Faible risque	- Classification de la SFA Nouvelles recommandations : - ≤ 10 verres / semaine - ≤ 2 verres / J - Au - 1 jour sans conso / semaine → 1/100 < Risque < 1/1000	Toxicité dès la 1ère cigarette - Risque dose-dépendant - Proportionnelle à la quantité fumée - Dose inhalée dpd de la façon de fumer - Temps dpd ++ : prop durée² - ↓ du nb ≈ Ø ↓ du risque	Toxicité ≈ tabac (VS étude) - **1 joint/pétard = 4-5 cigarettes** - Irritant, cancérigène, CO - Weed thérapeutique = Ø fumée - **Effets** : **détente, bien être + ivresse canabique** (modif senso)	- Risque d'**overdose** ++ - Addictogène ++ → **Effets recherchés** : - **Flash** = euphorie, extase, plaisir intense - **Planète** = bien-être, anxiolyse, somnolence	- **Effet toxique en aiguë** - Passage à la dépendance ++ **Effets** : Euphorie immédiate - Puissance physique + intellectuelle - Indifférence douleur/ fatigue
Usage à risque	Chronique : - **4** verres / J = cirrhose **x3** - **6** verres / J = cirrhose **x6** - > **14** verres / J = cirrhose **x650** - **1** verres / J = ↑ **10%** cancer du sein Aiguë : > 6 verres / occasion	→ **Tout fumeur quotidien** Essentiellement **somatiques** ++ - Cardio-vasculaire - Cancers - Respiratoires → ½ fumeurs décède de la clope **Social** : - Financière et tabagisme passif **Psychologique** : - Intox tabagisme chronique = dépression ++	Chronique - Complications **somatiques** - Symptômes **psychiatriques** : dépression, anxiété - Troubles cognitifs : ↓ des perfs - Isolement social - Syndrome amotivationnel - Association à la schizophrénie - Passage à la dpd Aiguë : - Conduite = accident ↑ **1,8x** - Bad trip : attaque de panique - Psychose : hallucination, délire - Risques légaux (judiciaire)	**Somatiques** : - DC par overdose = arrêt respiratoire - Lié à l'injection : ○ Destruction des veines ○ Abcès, endocardite ○ Infection : Hépatite / VIH **Social** : - Lié au caractère illicite - Lié aux troubles du comportement ○ Manque = agressivité, délit ○ Intox aiguë : ↓ des perfs, somnolence	**Somatiques** : - Vasoconstricteur - Trouble du rythme cardiaque - Transmission hépatite/VIH **Social** : - Lié au caractère illicite - Liée excitation (violence)
Nocif	**Somatiques et traumatique :** - Toxicité individuelle **Sociales** : - Famille/ amis/ travail/ judiciaire **Psychologique** : - Dépression + anxiété + suicide				**Psychologique** : - Sauts-humeurs, parano, panique, insomnie, amnésie - Alternance abattement / excitation
Dépendance	**Physique** : **30 %** des dépendants **Sevrage** : - Tremblement, sueur - Anxiété, vomissements **Accident de sevrage** = Arrêt brutal - Convulsion / délirium tremens → **Seule** où **sevrage brutal = mortel**	→ Addictogène ++ : **100 cigarettes** → **Majorité des conso = dépendants** VS par forcément pb de santé **Physique : Sevrage mattinal** - Irritabilité + anxiété + insomnie **Psycho** : - Comportement : gestes associés	→ **5-10 % des conso** **Physique** : - Sevrage = tabac + anorexie - Retardé et prolongé **Psycho** : - + faible que les autres → Asso ++ à une dpd au tabac	→ **Fréquente** ++ et **rapide** ++ (qq sem) **Physique** : - **Fréquente** : 85 % - **Sevrage** : au bout de qq H : algies diffuse, crampes, rhinorrhées, mydriase, diarrhée, anxiété **Psycho** : Forte ++ rechute ++ après sevrage	Addictogène ++ : 2-3 prises pour crack **Physique** = **rare ++** → Conso = Ø soulagement Sevrage = 0 **Psycho** : Forte ++ - Envie obsédante de conso - Sentiment de besoin ++
Chiffres	Europe = le + de pb avec l'alcool **20 % des emprisonnés / J** = à cause de l'alcool au volant - **+ consommé** en France / bretagne ++ - Mésusage = **3,8 M** ○ ½ = Usage à risque/ nocif ○ ½ = Dpd - **1 ♀ / 5 ♂**	- **77 000 décès / an** - **30 % de population adulte** ○ + de 15-25% ↑ qu'ailleurs ○ **↓ récente** - **80 % des alcoolo-dpds** - Cigarette élect = ↓ nocivité		**→ 45 % des usagers de drogues IV ont fait de la prison**	

NOTES PERSONNELLES

Page de Fin.

Ceci est la page de fin du livret de SHS LAS. On espère que celui-ci vous aura été utile afin de surmonter cette année qui requiert un niveau de motivation et de sacrifice immense. Sachez que nous sommes déjà passés par là et savons à quel point l'année de LAS est compliquée ; on est là pour vous ! Tout le Tutorat Rennais est derrière vous et est prêt à vous aider afin de la surmonter.

Nous sommes fiers de ce nouveau contenu, qu'on aurait aimé avoir l'année dernière et remercions tout particulièrement Antoine, Pierre, Emma et Noa, les pilotes ainsi que Lola, VP site. Merci à l'équipe du Tutorat de nous avoir accompagnés et aider dans la création de ce livret.

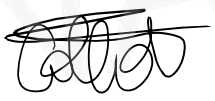
Bon courage !!!

Servane LE BORGNE — *Tutrice 2023/24*

Yoann CELTON — *Tuteur 2023/24*

C'est, de nouveau, avec le plus grand des plaisirs que la team SHS se tient auprès de vous, étudiants en LAS, afin de vous apportez autant d'aide et de soutient que possible. D'année en année, le tutorat fait de son mieux pour la réussite des étudiants en première année d'étude de santé. Ces filières sollicitent une énorme charge de travail mais avec comme résultat des connaissances et découvertes plus que passionnantes. On vous le dit avec le plus de sincérité possible, ça vaut le coup ! Croyez-en vous-même autant que l'on croit en vous.

Marie COLLOT-PIERRE — *Tutrice 2025/26*



Ellen LE CROM — *Tutrice 2025/26*



Création : 2023
Mis à jour en 2025