

UE3
SHS : Sciences Humaines & Sociales
PASS - 2025/26

TUTORAT RENNAIS

Pour les chapitres les concernant :

Ce livret des tuteurs de SHS de l'année 2024-2025 a été relu par le Pr.Migeot

Ce livret des tuteurs de SHS de l'année 2024-2025 a été relu par le Pr.Morel

Ce livret des tuteurs de SHS de l'année 2024-2025 a été relu par le Pr.Bastian

Selon ses mots : Ce livret des tuteurs de SHS de l'année 2024-2025 a été relu par le Pr.Caubet, à l'exception de quelques expressions un peu « djeuns »

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 SHS 5

METHODOLOGIE EN SHS 7

INTRODUCTION AU DROIT 9

DOSSIER MEDICAL 21

LE SECRET PROFESSIONNEL 28

RESPONSABILITE MEDICALE 31

PROFESSIONS DE SANTE 39

ED DE DROIT (2022) 46

UN MONDE SANS MEDECINE 47

LE MOYEN ÂGE 62

LES TEMPS MODERNES 75

EPOQUE CONTEMPORAINE 88

PARTIE 1 : COURS MAGISTRAL 88

PARTIE 2 : FICHE SUR LE POLY 96

TABLEAU RECAPITULATIF A COMPLETER 115

TABLEAU RECAPITULATIF A COMPLETER 118

STIGMATISATION ET SANTÉ MENTALE 121

INTRODUCTION A LA PSYCHOLOGIE MEDICALE 126

APPLICATION A LA RELATION MEDECIN MALADE 130

DIFFERENTS MODELES DE RELATION 132

PRATIQUE MEDICALE 134

LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE 138

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE 141

FIN DE VIE 144

BIOETHIQUE ET DEBUT DE VIE 150

ADDICTOLOGIE 158

CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES 164

EPIDEMIOLOGIE 173

SYSTEME DE SANTE 179

PROTECTION SOCIALE EN FRANCE 187

LA BIOETHIQUE 196

L'ETHIQUE CLINIQUE 202

PRINCIPALES LOIS EN SANTE 209

INTRODUCTION SHS

PRESENTATION DE LA MATIERE

La SHS, ou Sciences Humaines et Sociales est une matière divisée en plusieurs thématiques :

- **Histoire de la médecine**

Cette thématique traite de l'histoire des civilisations et du monde médical au fil des époques.

  - Un monde sans médecine
  - L'Antiquité
  - Le Moyen Âge
  - Les Temps Modernes
  - L'époque contemporaine

Point méthode : ces cours sont semblables à des histoires, avec de nombreuses anecdotes. Il ne faut pas chercher à apprendre bêtement par cœur : ce sont des cours qui se lisent et se relisent, des fiches récapitulatives sont présentes dans ce livret ! Et n'hésitez pas à en faire vous-même : parfois c'est encore plus aidant de synthétiser soi-même.

- **Droit de la santé**

Ces cours sont axés sur l'organisation et le fonctionnement judiciaire, appliqué aux professionnels de la santé.

Point méthode : Pour le droit, la compréhension prime. La tut'team d'SHS vous a concocté une playlist de vidéos concernant les notions essentielles !

- **Philosophie, éthique et psychologie**

Ces cours regroupent des notions de psychologie, d'addictologie, de fin de vie, et de philosophie appliquée au domaine du soin.

Point méthode : idem que pour le droit, bien comprendre les notions et les imager, les illustrer (surtout en philo), cela vous aidera grandement à l'apprentissage. Beaucoup de bon sens aussi dans ces matières.

- **Santé publique**

La santé publique développe l'organisation du système de soins, de la sécurité sociale, ect…

Point méthode : faire des schémas, et faire régulièrement des "check-point" pour voir si vous avez bien compris ce que vous apprenez jusque-là. Les exemples du cours sont très parlants ! Pour l'épidémiologie et les caractéristiques socio démographiques, vous pouvez faire des tableaux pour catégoriser les indicateurs de santé, les études épidémiologiques, etc… (des tableaux sont présents dans ce livret, pour votre apprentissage, ou pour que vous puissiez vous en inspirer !)

PROFESSEURS

Matière	Professeur	Tips
Droit	Pr Bouvet	Enregistrez le cours avec un dictaphone/portable/ordi si jamais il y a de petits changements. Attention aux infos susceptibles de changer (nom du président du Sénat, Assemblée, certaines lois…) Les numéros des articles de lois ou des codes ne sont normalement pas à apprendre, mais pensez à redemander au professeur.
Histoire de la médecine	Pr Caubet	Retapez le cours, il change d'une année à l'autre. Mais rassurez-vous, au fil du temps, des lectures et des QCMs, vous verrez que les notions fortes sont reprises tous les ans.
Philosophie	Pr Marcucci	Retapez le cours avec votre groupe de frappe et privilégiez la compréhension.
Santé publique	Pr Migeot	Professeure nouvelle de l'année dernière, elle transmet ses diapos qui sont très intéressants pour comprendre le cours car elle y insère beaucoup de schémas et passe des vidéos explicatives pendant le CM
	Pr Garlantezec	Bien comprendre les cours avant de les apprendre, s'aider des schémas des diapos pour assimiler les notions.
Addictologie	Pr Moirand	Il est important pour ce cours de bien différencier chaque substance et ses effets propres, et ne pas les confondre/les interchanger en QCM.
Fin de vie	Pr Morel	Les QCMs varient peu d'une année à l'autre.
Psychologie	Pr Drapier	Chapitres assez faciles si on les apprend bien, avec des QCMs accessibles à l'examen !
Bioéthique	Pr Ravel	Pr Ravel ne fait tomber que ses diapos à l'examen. Cours à bien comprendre !

EXAMEN

L'SHS représente 5 ECTS. L'épreuve terminale de 1 heure est composée de 40 QCMs.

L'épreuve est composée de : (d'après l'examen de 2024)

- 10 QCMs de Droit
- 11 QCMs d'Histoire de la Médecine
- 6 QCMs de Philosophie
- 2 QCMs d'Addictologie
- 6 QCMs de Santé Publique
- 2 QCMs de Fin de Vie
- 1 QCM sur l'AMP
- 2 QCMs de Psychologie

METHODOLOGIE EN SHS

Les fiches

Une **FICHE** toute **bête mais efficace** : elle doit **regrouper seulement l'essentiel** pour pouvoir être faite et relue rapidement.

Notre conseil : la faire seulement après une **lecture complète** du cours et avoir **identifier les points clés** (base toi sur les grands titres, les passages sur lesquels a insisté le prof en cours, ...).

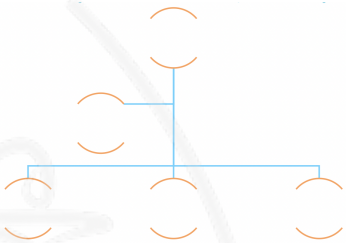
Les cours concernés : **tous** mais particulièrement les **cours "catalogues"**

Les organigrammes

Un **ORGANIGRAMME** est utile **pour les hiérarchies, les concepts liés**

Notre conseil : à la main ou à l'ordinateur (l'outil smartArt de Word est top pour le faire rapidement).

Les cours concernés : le **droit**, la **santé publique**, ...



Les tableaux

Un **TABLEAU** permet de **synthétiser** un cours.

Notre conseil : il ne faut pas hésiter à **prendre un peu de temps** pour le faire, ce n'est jamais perdu ! Réaliser un tableau (ou toute autre fiche) permet à la fois de **se remémorer, approfondir sa compréhension et gagner du temps pendant ses révisions**. Les **différentes entrées du tableau sont déclinables** à l'infini selon ce que tu veux faire ressortir (résumé, synthèse des points clés, ...)

Les cours concernés : les **cours longs avec des grandes étapes** comme **l'histoire de la médecine**, la **philosophie**

Vous pouvez ensuite très bien entrer vos tableaux dans **ANKI** pour les apprendre ! (mode Image Occlusion)

Les phrases mnémotechniques

Les **PHRASES MNEMOTECHNIQUES** permettent de faciliter la **mémorisation de liste.**

Notre conseil : cette technique est **très personnelle**, la phrase choisie ne doit pas forcément avoir un sens mais être **logique pour toi** et contenir **des mots qui te parlent** dont tu te souviendras facilement. Pour ne pas oublier de quoi elle parle **ajoute un mot pour le thème**

Les cours concernés : toute **liste complexe** présente dans un cours.

Les conseils en plus

N'hésite pas à noter ce que te semble important, une définition d'un mot sur lequel tu as buté, les chiffres d'un chapitre, ... sur un **POST-IT/BOUT DE PAPIER** au moment de ta lecture. Tu pourras **les réunir tous ensemble** pour les révisions **et ainsi te remémorer les points difficiles** facilement sans avoir à chercher dans chaque cours.

N'hésite pas à **IMPRIMER DES SCHEMAS CLES ET LES AFFICHER** au-dessus de ton **bureau**, dans les **toilettes**, ... afin de les **mémoriser sans efforts** (/!\ cela peut vite s'accumuler sur le mur, une sélection est parfois nécessaire : choisis en priorité les schémas visuels sans qu'il y a trop de lecture, tu peux aussi les afficher seulement pendant les révisions, à toi de voir).

Pour finir : playlist de vidéos explicatives sur des notions de cours : à regarder sans modération !

https://youtube.com/playlist?list=PLZOu6CIwGUuMBqh-HMC4X_KuNwNamm-wQ

INTRODUCTION AU DROIT

1. LA REGLE 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 :

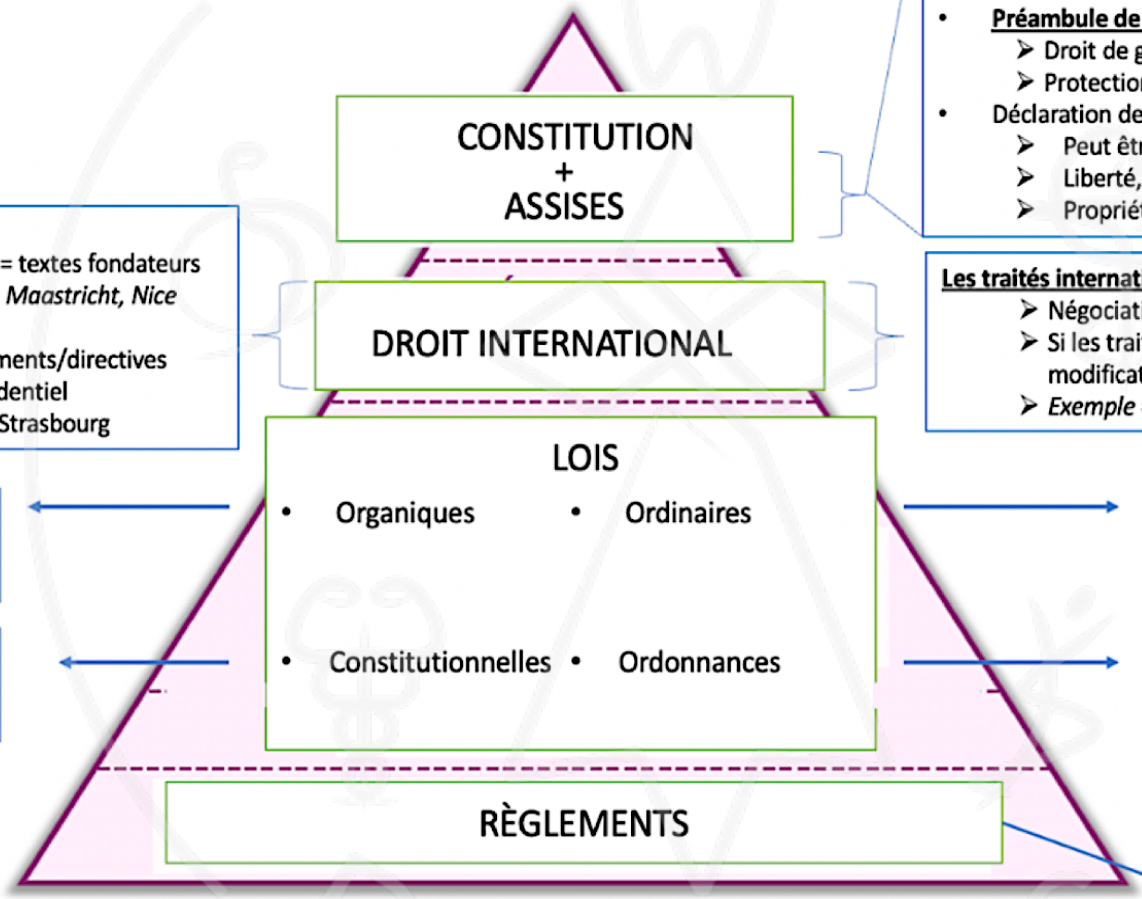
- Droit ≠ éthique en termes de finalité / sanction
- Droit ≠ Justice
- Droit ≠ religion en termes de finalité / fonction

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**

2. LES SOURCES DU DROIT

La hiérarchie des normes



- **Charte de l'environnement** (principe de précaution, 2004)
- **Principes fondamentaux** reconnus par les lois de la République
  - Érigés par le conseil constitutionnel au fil de sa jurisprudence
  - Droits de la défense
- **Préambule de la constitution** de 1946
  - Droit de grève
  - Protection de la santé
- Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen (1789)
  - Peut être invoqué par les contribuables devant le juge français
  - Liberté, Egalité, Fraternité
  - Propriété, non rétroactivité de la loi pénale

Droit de l'UE
- Droit originel = textes fondateurs
  - *Rome, Maastricht, Nice*
- Droit dérivé
  - Règlements/directives
- Droit jurisprudentiel
  - CJUE, Strasbourg

Les traités internationaux
- Négociation et ratification par président de la République
- Si les traités ne sont pas en accord avec la Constitution = modification de la Constitution
- *Exemple = CEDH (Strasbourg)*

Application ou prolongement de la Constitution

Modifient, abrogent ou complètent la Constitution

Auteur = Parlement (AN + Sénat)
Bicamérisme inégalitaire = AN>Sénat
Projets de lois/Propositions de lois

Mesures d'urgence
Délégation du pouvoir législatif à l'exécutif
Procédure : loi d'autorisation → loi de ratification pour valeur législative (VS si Ø ratification : valeur réglementaire)



A. 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 réglementair ● 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 leyrs 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

B. Sources indirectes du droit

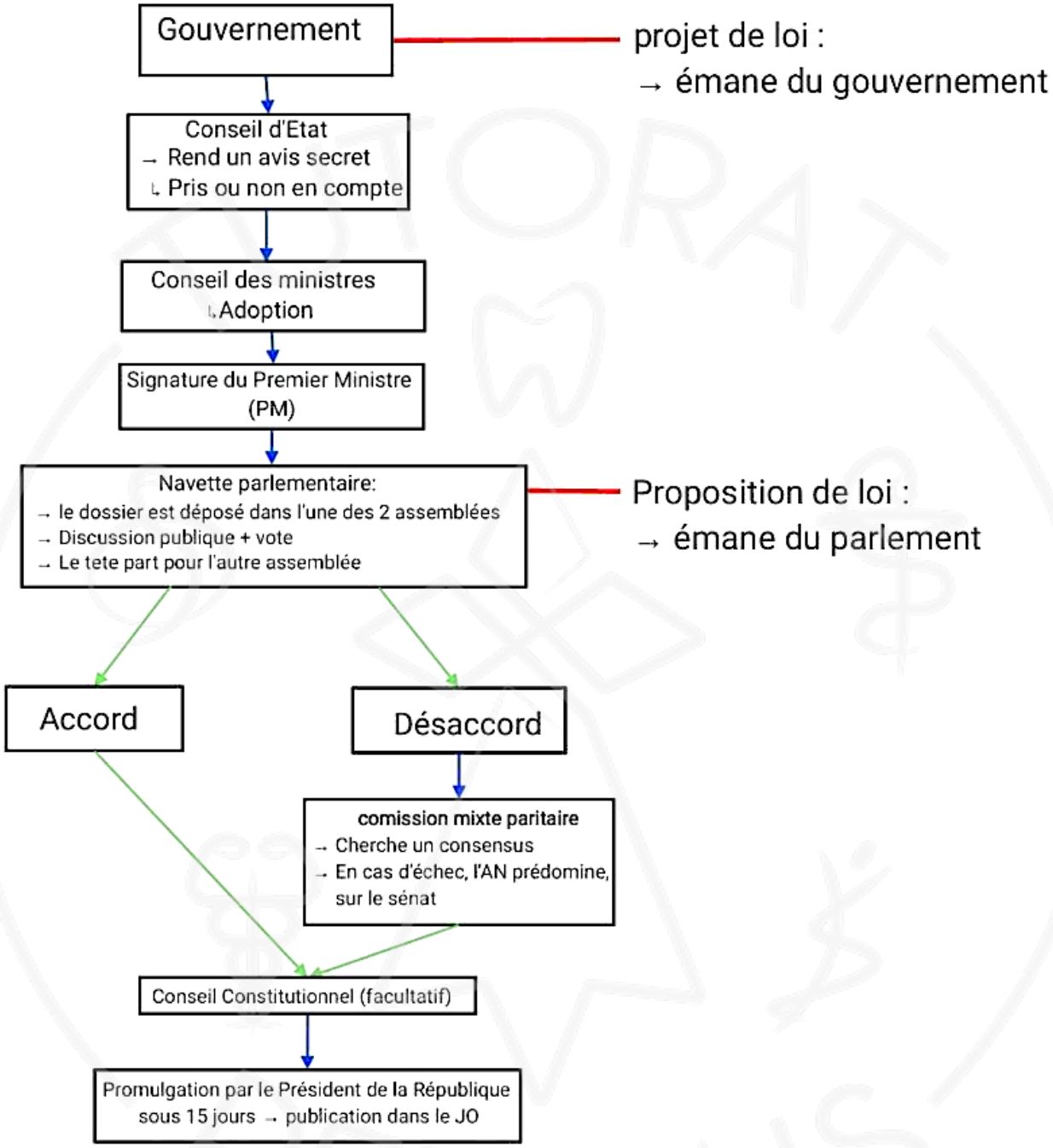
- **Jurisprudence** (principe de relativité de la chose jugée : en cas d'affaire similaire à une affaire précédente, le juge n'est pas obligé de rendre la même décision, (contrairement au *Common Law* au RU)
- **Doctrine**

C. Système bicaméral du Parlement Français

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 » et **Sélectif** : donc moins de sénateurs que de députés, et élus indirectement*

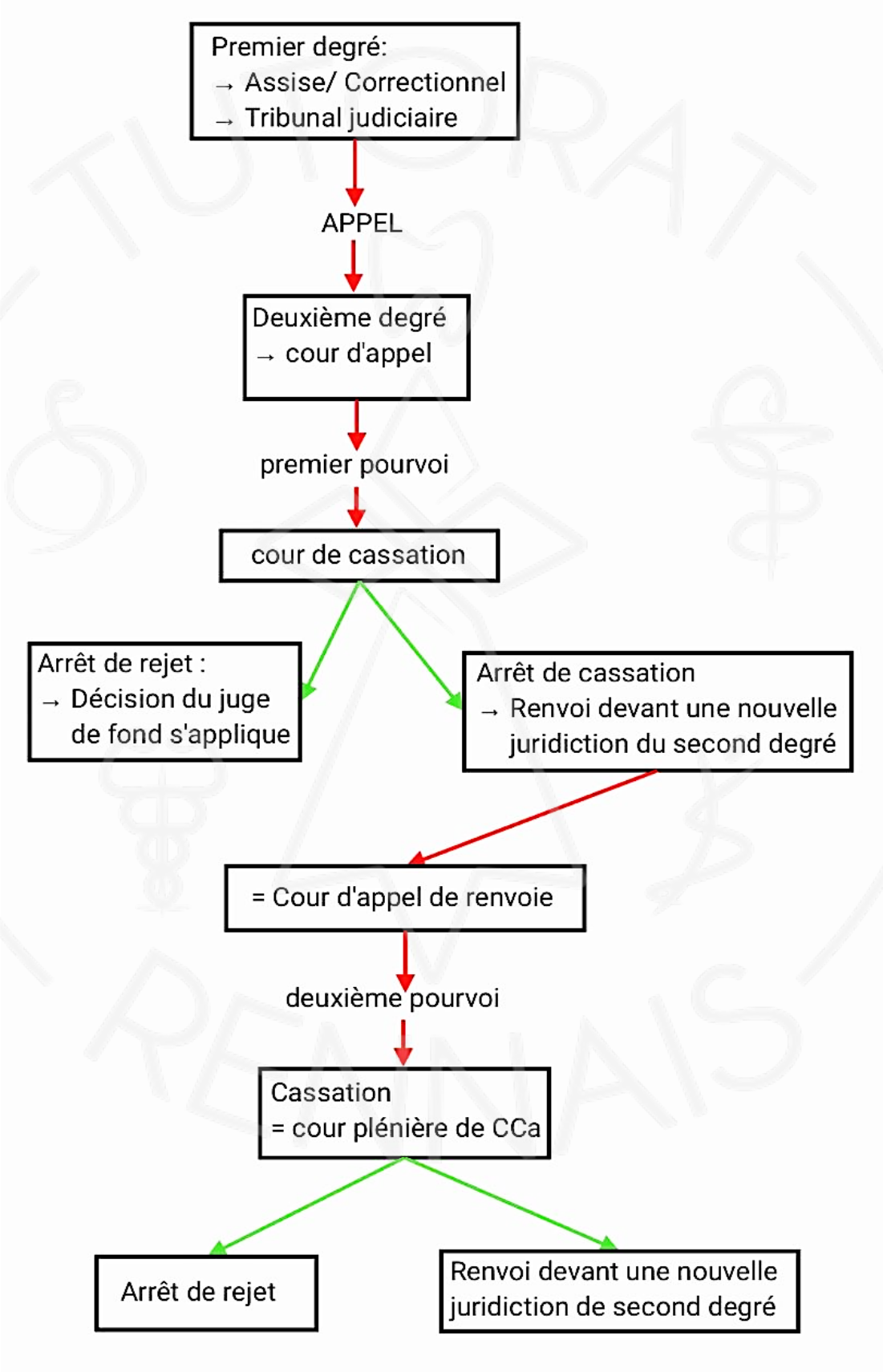
3. ORGANISATION JUDICIAIRE FRANÇAISE

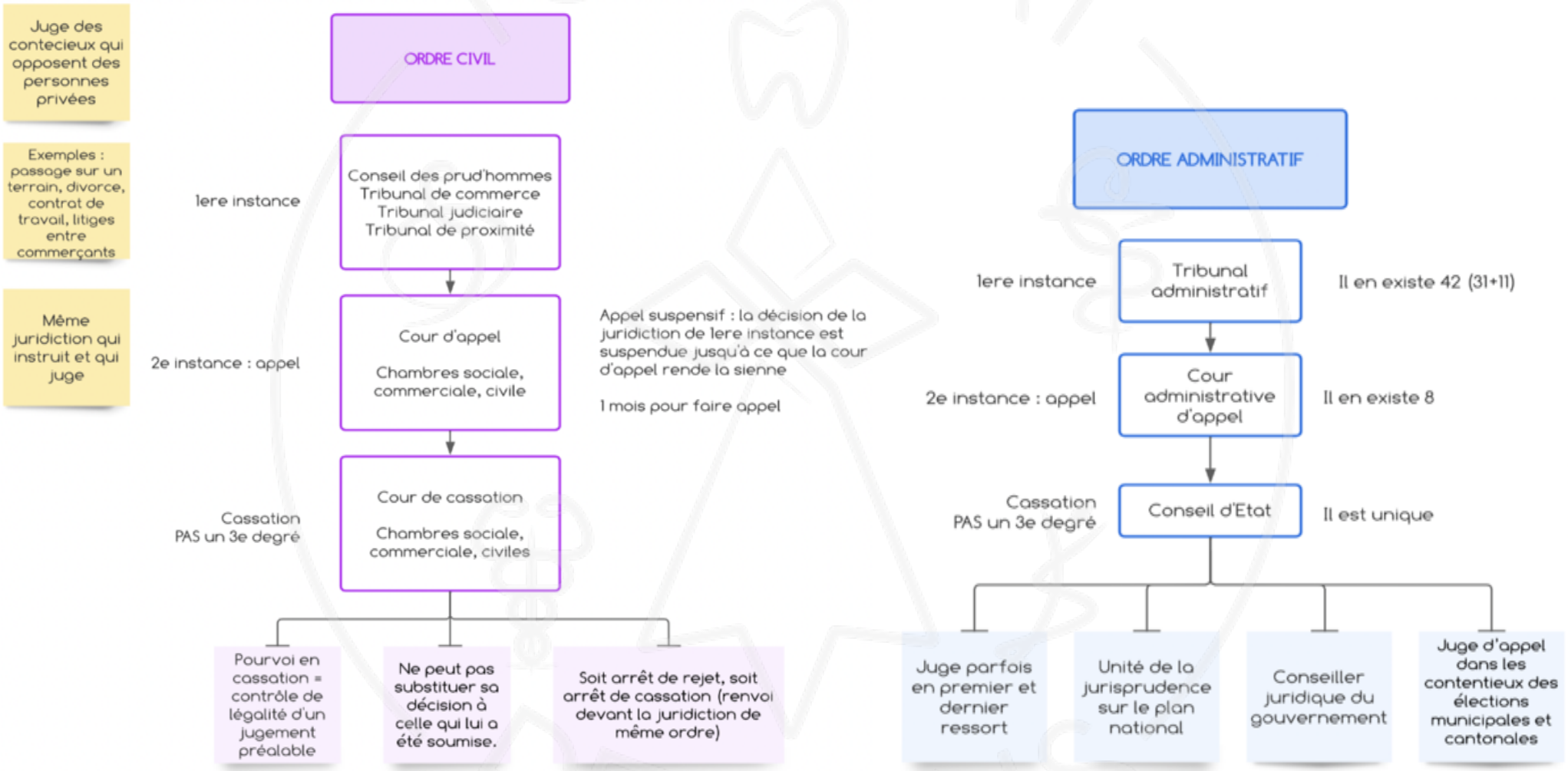


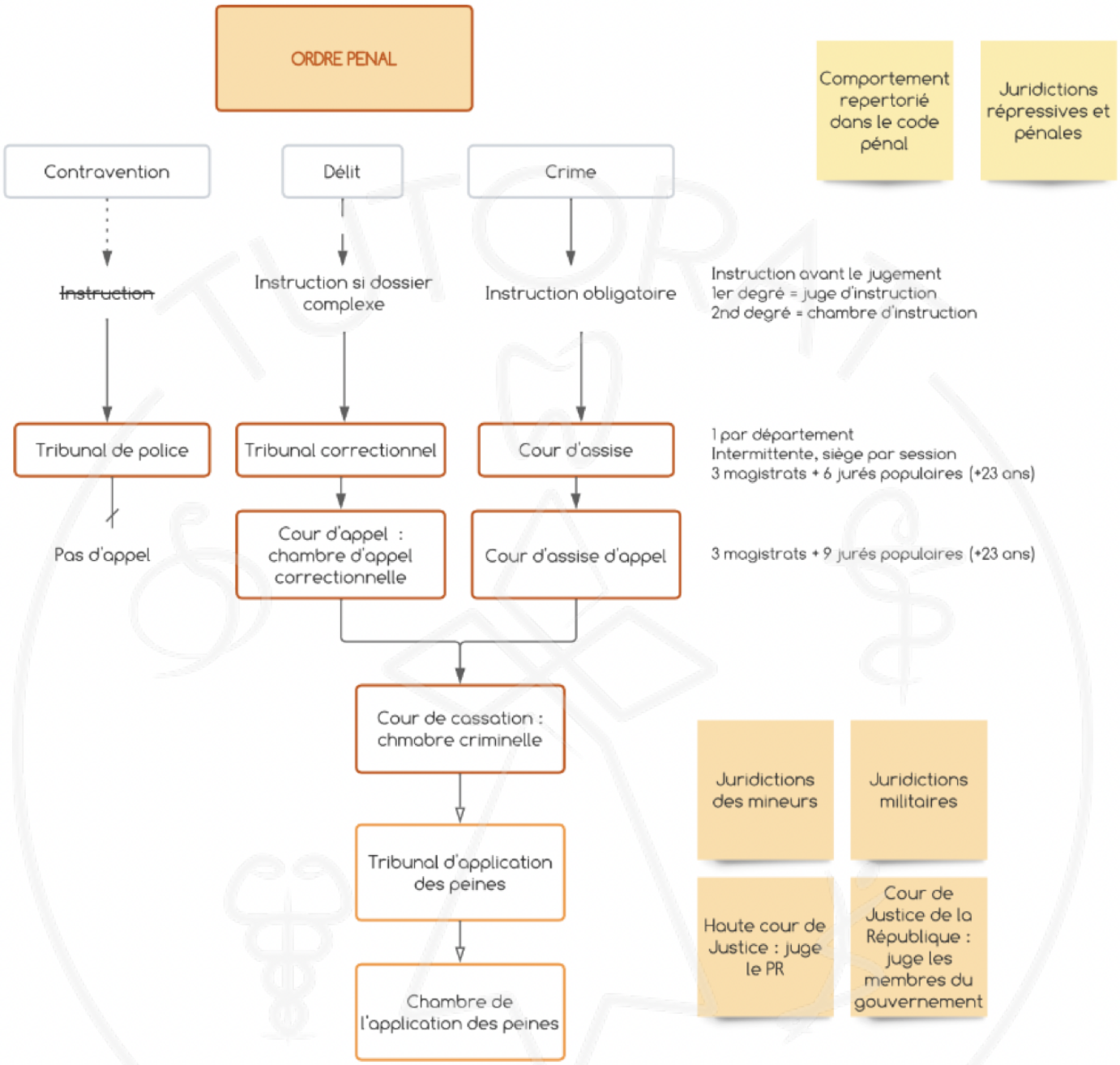
Principes généraux :

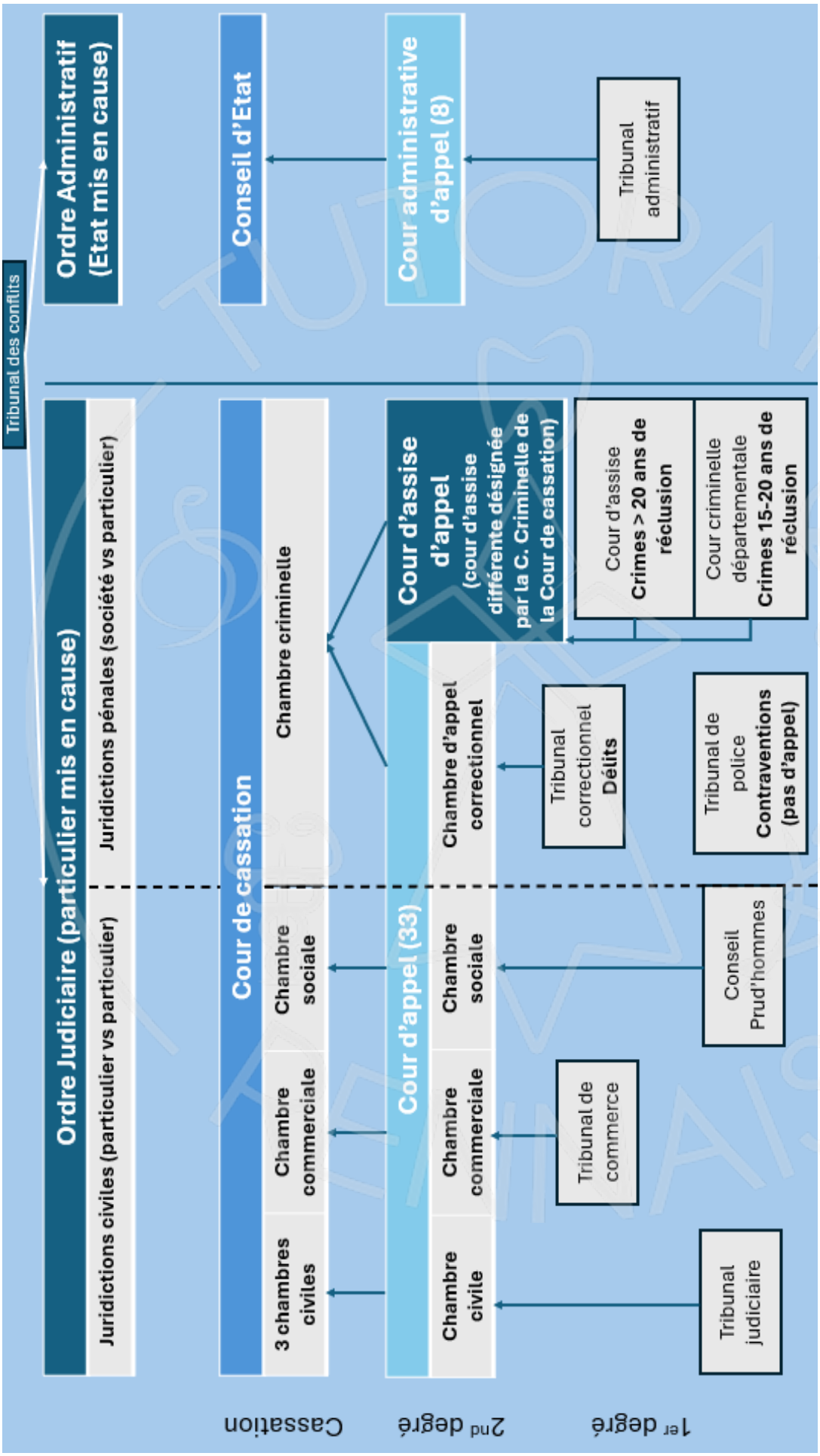
- **L'Etat a le monopole de la Justice**
- Principe de **séparation** des pouvoirs
- **Double degré** de juridiction
- **Collégialité** des juridictions
- Principe du **contradictoire**
- **Gratuité** de la Justice

Principe de la cassation




Juge des contecieux qui opposent des personnes privées
Exemples : passage sur un terrain, divorce, contrat de travail, litiges entre commerçants
Même juridiction qui instruit et qui juge
ORDRE CIVIL
1ere instance
Conseil des prud'hommes
Tribunal de commerce
Tribunal judiciaire
Tribunal de proximité
2e instance : appel
Cour d'appel
Chambres sociale, commerciale, civile
Appel suspensif : la décision de la juridiction de 1ere instance est suspendue jusqu'à ce que la cour d'appel rende la sienne
1 mois pour faire appel
Cassation
PAS un 3e degré
Cour de cassation
Chambres sociale, commerciale, civiles
Pourvoi en cassation = contrôle de légalité d'un jugement préalable
Ne peut pas substituer sa décision à celle qui lui a été soumise.
Soit arrêt de rejet, soit arrêt de cassation (renvoi devant la juridiction de même ordre)
ORDRE ADMINISTRATIF
1ere instance
Tribunal administratif
Il en existe 42 (31+11)
2e instance : appel
Cour administrative d'appel
Il en existe 8
Cassation
PAS un 3e degré
Conseil d'Etat
Il est unique
Juge parfois en premier et dernier ressort
Unité de la jurisprudence sur le plan national
Conseiller juridique du gouvernement
Juge d'appel dans les contentieux des élections municipales et cantonales

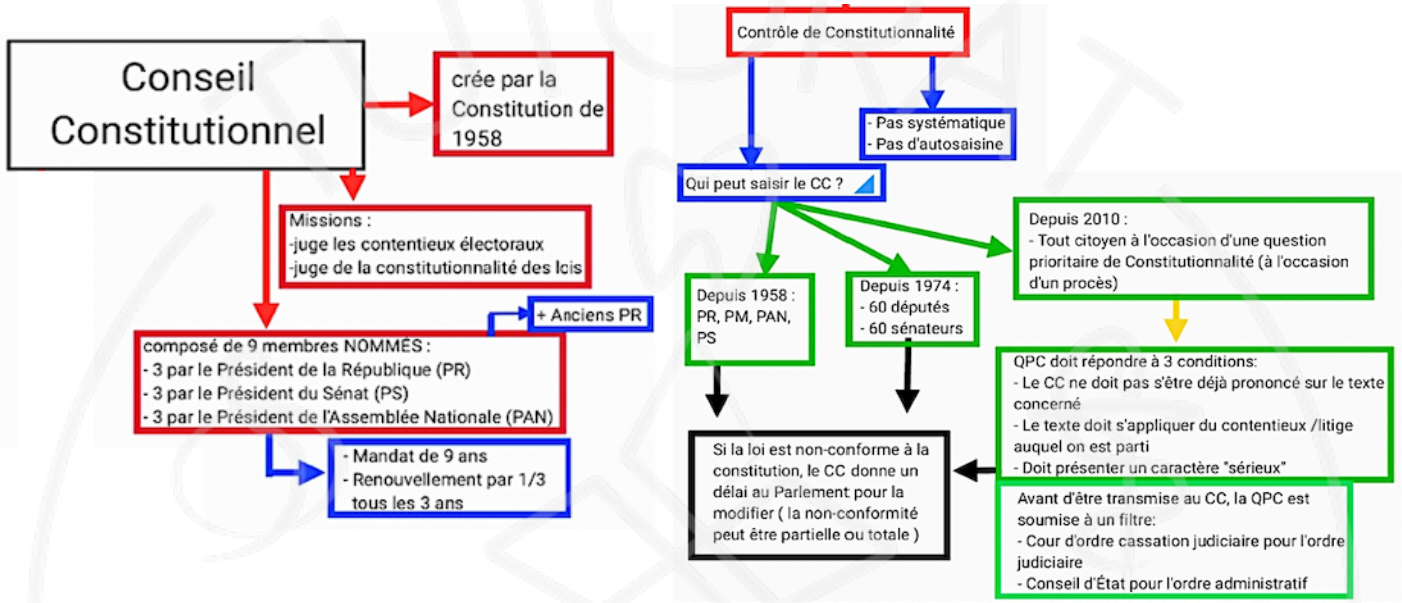

ORDRE PENAL
Comportement repertorié dans le code pénal
Juridictions répressives et pénales
Contravention
Délit
Crime
Instruction
Instruction si dossier complexe
Instruction obligatoire
Instruction avant le jugement
1er degré = juge d'instruction
2nd degré = chambre d'instruction
Tribunal de police
Tribunal correctionnel
Cour d'assise
1 par département
Intermittente, siège par session
3 magistrats + 6 jurés populaires (+23 ans)
Pas d'appel
Cour d'appel : chambre d'appel correctionnelle
Cour d'assise d'appel
3 magistrats + 9 jurés populaires (+23 ans)
Cour de cassation : chmabre criminelle
Tribunal d'application des peines
Chambre de l'application des peines
Juridictions des mineurs
Juridictions militaires
Haute cour de Justice : juge le PR
Cour de Justice de la République : juge les membres du gouvernement


Tribunal des conflits
Ordre Judiciaire (particulier mis en cause)
Juridictions civiles (particulier vs particulier)
Juridictions pénales (société vs particulier)
Ordre Administratif (Etat mis en cause)
Conseil d'Etat
Cour administrative d'appel (8)
Tribunal administratif
Cour de cassation
3 chambres civiles
Chambre commerciale
Chambre sociale
Chambre criminelle
Cour d'appel (33)
Chambre civile
Chambre commerciale
Chambre sociale
Chambre d'appel correctionnel
Cour d'assise d'appel (cour d'assise différente désignée par la C. Criminelle de la Cour de cassation)
Cour d'assise Crimes > 20 ans de réclusion
Cour criminelle départementale Crimes 15-20 ans de réclusion
Tribunal judiciaire
Tribunal de commerce
Conseil Prud'hommes
Tribunal correctionnel Délits
Tribunal de police Contraventions (pas d'appel)
Cassation
2nd degré
1er degré

4. PIEGES COURANTS

Les pièges suivants sont vraiment super faciles à faire tomber en QCM, et peuvent vous faire douter. Il est donc important d'être au clair sur ces notions

Inverser le Conseil Constitutionnel / Conseil d'Etat / Cour de Cassation



	Conseil constitutonnel	**Conseil d'Etat**
Siège	Palais Royal	
Constitution	9 membres + membres de droit (anciens PR)	300 membres
Missions	Juge de la **constitutionnalité** des lois	Juge de cassation (juge en droit) ➔ Juridiction suprême de l'OA élaborant ainsi au fil de ces décisions la jurisprudence sur le plan national
	Rôle dans les **contentieux électoraux**	
		Conseiller juridique du gouvernement VS avis indépendant

Mélanger les ordres administratifs et judiciaires : toujours bien vérifier ça en QCM !

QCMS

1. À propos de l'introduction au droit, quelles propositions sont exactes ?

A. La règle de droit a pour finalité l'ordre social.
B. Le bloc de la constitution comprend la Constitution et les Assises.
C. Les Assises de la Constitution sont au nombre de 5.
D. Les lois constitutionnelles sont des lois d'application et de prolongement de la Constitution.
E. Les règlements n'ont pas de hiérarchie propre.
F. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

2 . À propos de l'introduction au droit, quelles propositions sont exactes ?

A. Un projet de loi émane du gouvernement, tandis qu'une proposition de loi émane du parlement.
B. L'organisation judiciaire française comprend 5 principes généraux.
C. L'appel est suspensif.
D. La Cour de Cassation est une Cour de l'ordre civil et de 3ème degré.
E. Il y a 52 Tribunaux Adminsitratifs.
F. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

Annales

22- 23 :

3. Concernant les Assises de la Constitutions, elles comprennent :

A. La Constitution du 4 Octobre 1958.
B. Le préambule de la Constitution de la IVème République.
C. La convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.
D. Les principes généraux du droit dégagés par le Conseil d'État.
E. Toutes les réponses sont fausses.

21- 22 :

4. Concernant la Constitution du 4 octobre 1958 :

A. Elle est au sommet de la hiérarchie des normes juridiques de la République française.
B. Elle est le texte fondateur de la IVe République.
C. Elle crée le Conseil constitutionnel.
D. Elle délimite les domaines respectifs de la loi et du règlement.
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

CORRECTIONS

1. Réponses AB

A. VRAI
B. VRAI
C. FAUX : Il y a 4 Assises : la DDHC de 1789, le Préambule de la Constitution, la Charte de l'environnement ainsi que les Principes fondamentaux reconnus par les lois de la République.
D. FAUX : Attention à ne pas confondre avec les lois organiques ! Les lois constitutionnelles elles, sont des instruments de modification, abrogation et complément de la Constitution. Ce sont des lois souveraines !
E. FAUX : C'est l'inverse.
F. FAUX

2. Réponse : C

A. FAUX : c'est l'inverse ! Attention à ne pas confondre.
B. FAUX : Il y en a 6 !!
C. VRAI : et il y a un délai d'1 mois pour faire appel.
D. FAUX : Attention : la Cour de Cassation ET le Conseil d'État ne sont pas des juridictions de 3ème degré !!!
E. FAUX : il y en a 42.
F. FAUX

3. Réponse : B

A. FAUX
B. VRAI : les Assises de la Constitution sont : la DDHC, le préambule de la constitution de 1946 (IVe république), les principes fondamentaux reconnus par les lois de la République, et la Charte de l'environnement (2004)
C. FAUX : c'est un traité international
D. FAUX
E. FAUX

4. Réponse : ACD

A. VRAI : avec les Assises de la Constitution
B. FAUX : elle est le texte fondateur de la Ve République
C. VRAI
D. VRAI
E. FAUX

DOSSIER MEDICAL

Def : Ensemble de documents réunis sur la santé d'une personne

CARACTERISTIQUES COMMUNES

Constitution du dossier	Obligatoire pour tout professionnel ou établissement de santé Accessible sans motif par le patient
Contenu	Informations formalisées = contribuant au diagnostic/prévention/traitement Informations informelles : ➔ Notes personnelles du soignant ➔ Infos autres concernant tiers/recueillies auprès des tiers (ne concernent pas le patient, ne sont pas les dires du patient, n'interviennent pas dans la prise en charge) NON ACCESSIBLES AUX PATIENTS ET AUX TIERS

DOSSIER MEDICAL PARTAGE

- A compter de 2021, non obligatoire, pour les assurés sociaux
- Contenu : antécédents, compte-rendu d'explorations ou hospitalisation, traitement
  - Information pouvant être supprimées ou masquées par le patient
- Accessible par le patient et par les professionnels autorisés par le patient
- Accès possible en cas d'urgence

➔ **NON CONFINE A UN ETABLISSEMENT OU UN PROFESSIONNEL (« PARTAGE »)**

DOSSIER HOSPITALIER/DOSSIER LIBERAL

Réglementé	Non réglementé
Dossier hospitalier (CSP) ➔établissement public ou privé Contient au moins (CSP) ▪ Infos d'accueil ▪ Infos au cours du séjour ▪ Infos de fin de séjour Contient également (hors CSP) ▪ Infos tierces ◆ Classées à part ◆ Non accessibles au partage/patient ▪ Refus transmission infos ◆ À des professionnels ◆ À des proches ◆ À des ayants-droits si décès ◆ Possible pour un mineur s'il est « mature » et accomagné d'un majeur	Dossier libéral (recommandations HAS) ➔Fait par tout professionnel libéral : médecin, kiné, IDE ● Par le généraliste ▪ Identité ▪ ATCD ▪ Synthèses de consultations, prescriptions ▪ Doubles des courriers émis et reçus des confrères ● Par le spécialiste : ▪ Idem ▪ Infos plus spécifiques

<u>Conservation DH :</u>

<u>Archives</u> ou hébergeur

CSP donne la durée : **20 ans à compter du dernier séjour**

- Mineurs ⟶ minimum jusqu'à leurs 28 ans
- 10 ans après le décès s'il survient moins de 10 ans après le dernier passage
- Actes transfu : 30 ans

Destruction : décision du directeur général après avis du médecin DIM

MAIS ! possibilité de conservation indéfinie

Avis de l'administration des archives

<u>Conservation DL :</u>

<u>Pas d'obligation légale</u> du CSP mais on conseille au moins 10 ans

➔ Servent à :

- Prouver qualité PEC
- Responsabilité
- Informations sur le patient
- Suivi, prévention, diagnostic

En résumé, le DM :

- **Constitution obligatoire** : par les professionnels ou établissement de santé
- Accessible par le patient sans restriction (loi Kouchner)
- Protégé par le secret professionnel
- Possiblement partagé
- Seule la loi autorise ou oblige certaines personnes à avoir accès au contenu du dossier

La loi en dispose

CONSULTATION DU DOSSIER

Par le patient	Autorisés par le patient	Autorisés par la loi = Ø consentement du patient
Demande habituelle • Accès direct • Orale au médecin traitant • Non motivée • Gratuite • Informations FORMALISÉES • Respect dignité/secret **Cas particulier** • Patient hospitalisé en psychiatrie sans son consentement ▪ Subordonné à la présence du médecin ▪ Refus = commission départementale des soins psy • Mineurs : titulaires de l'autorité parentale ▪ Pas accès ▪ Pas opposition non plus	**Professionnels de la PEC** ▪ Suivi/continuité des soins ▪ Transfert à d'autres services/établissements avec consentement préalable du patient **Professionnels hors PEC** → subordonné à l'accord du patient • Médecin à l'origine de l'admission • Médecin désigné par le patient • Médecin Conseil des compagnies d'assurance : pas accès • Médecin de la SS : opposition possible du patient • Médecin expert de justice : pas accès • Médecin du travail : pas accès	**Par une instance pénale** • Recherche de vérité ▪ Juge : demande saisie et perquisition du dossier ▪ Scellé et confié au médecin expert ▪ Seulement infos relatives à sa mission **Par la santé publique** • Contrôle du système de santé • Dommage de masse

▪ Peut demander que l'accès ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin ● Majeurs protégés ▪ Tutelle : tuteur demande accès ▪ Curatelle : accès direct ▪ Sauvegarde de justice : accès direct PERSONNE DE CONFIANCE N'A PAS ACCÈS ! → Il a un droit de rectification des données	**Non professionnels de santé** ● Mandataire (personne désignée par le patient pour consulter le DM) ● Ayants droits ▪ Accès au DM du patient décédé (sauf si refus du patient de son vivant) pour : ♦ Connaitre les causes du décès ♦ Défendre l'honneur du défunt ♦ Faire valoir des droits	

QCMS

1. À propos du dossier médical, quelles propositions sont exactes ?

A. La constitution d'un dossier médical est obligatoire.
B. Le dossier médical contient l'ensemble des documents réunis sur la santé d'une personne.
C. Le contenu du dossier hospitalier n'est pas réglementé, contrairement au contenu du dossier libéral.
D. Le dossier médical est protégé par le secret professionnel.
E. Le dossier médical n'est pas accessible par le patient.
F. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

2. À propos du dossier médical, quelles propositions sont exactes ?

A. La consultation du dossier par le patient est payante.
B. La personne de confiance a accès au dossier médical.
C. Le patient ne peut pas autoriser l'accès à son dossier à d'autres professionnels de santé hors prise en charge.
D. La consultation du dossier peut être autorisée par la loi, et donc ne nécessitera pas le consentement du patient.
E. La consultation du dossier médicale peut être autorisée par une instance pénale par exemple.
F. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

3. A propos du dossier médical, quelles propositions sont exactes ?

A. Le dossier médical hospitalier d'un enfant ne pourra être conservé au-delà de ses 28 ans
B. Le patient a accès à son dossier médical dans son intégralité
C. Le patient a le droit de modifier son dossier médical partagé, y compris pour en enlever des informations cruciales
D. Le patient a accès à son dossier sans restriction depuis 2002 et la loi HPST
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

Corrections

1. Réponses ABD

A. VRAI
B. VRAI
C. FAUX : C'est l'inverse : le contenu du dossier hospitalier est strictement réglementé par les CSP tandis que le dossier libéral n'est qu'une recommandation de la HAS.
D. VRAI
E. FAUX : il est bien accessible par le patient
F. FAUX

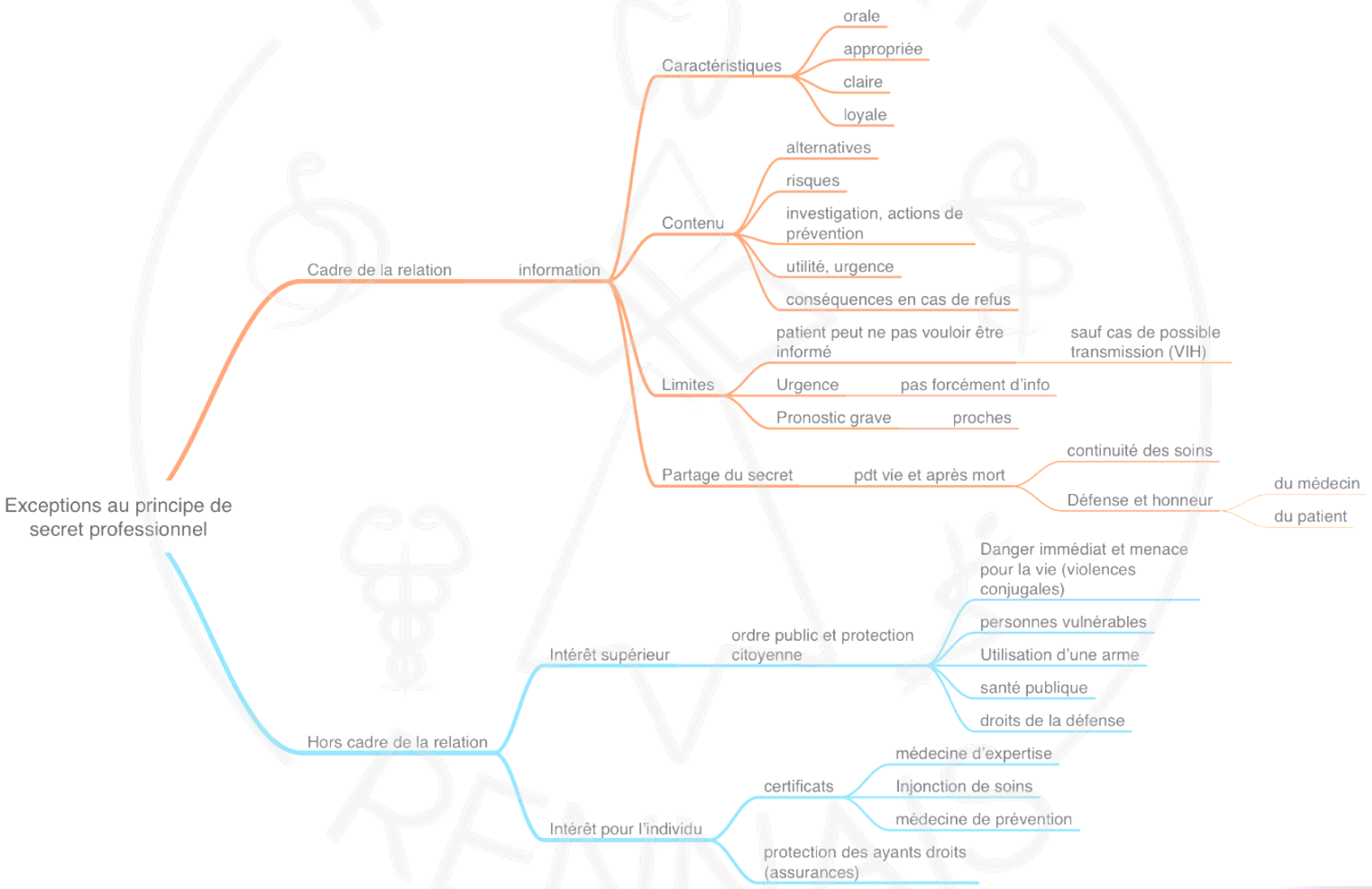
2. Réponses DE

A. FAUX : L'accès est gratuit !
B. FAUX : **La personne de confiance n'y a pas accès !** Exception faite si elle est également désignée personne mandataire
C. FAUX : Le patient peut autoriser des professionnels hors PEC à accéder à son dossier, tels que le médecin à l'origine de son admission, ou un médecin désigné par le patient…
D. VRAI
E. VRAI : pour effectuer une recherche de vérité par exemple.
F. FAUX

3. Réponse C

A. FAUX : Il doit être conservé 20 ans après le dernier passage à l'hôpital ; toutefois, si le terme survient avant les 28 ans de l'enfant, il sera conservé jusqu'à cette date. C'est donc 28 ans minimum.
B. FAUX : Il a seulement accès aux informations formalisées
C. VRAI
D. FAUX : Il s'agit de la loi Kouchner de 2002 ou « loi relative aux droits des malades »
E. FAUX

LE SECRET PROFESSIONNEL



QCMS

1. À propos des exceptions au principe du secret professionnel (dans le cadre de la relation), quelles propositions sont exactes ?

A. La forme de l'information doit être orale, appropriée, claire et loyale.
B. Les risques des traitements prescrits sont un exemple de contenu de l'information.
C. Le fait que le patient ne veuille pas être informé constitue une limite à la divulgation du secret.
D. Le médecin est alors toujours obligé de respecter ce refus.
E. Le fait d'être dans un cas d'extrême urgence constitue aussi une limite à la divulgation du secret.
F. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

2.À propos des exceptions au principe du secret professionnel (hors cadre de la relation), quelles propositions sont exactes ?

A. Il n'est pas possible de divulguer le secret professionnel si la personne subit des violences conjugales par exemple.
B. Si un médecin est accusé en justice, il n'est pas autorisé à divulguer des informations pour se défendre et prouver son innocence.
C. Dans le cadre de la santé publique, pour déclarer certaines maladies, le secret professionnel peut être enfreint.
D. La rédaction de certificats médicaux est une des exceptions au principe de secret professionnel.
E. Si le patient dit à son médecin qu'il prévoit d'utiliser une arme, le médecin est autorisé à en parler.
F. Toutes les propsoitions précédentes sont inexactes

Annales

21- 22 :

3. Concernant la personne de confiance :

A. Elle est désignée par le médecin traitant
B. Elle a un accès direct au dossier du malade
C. Elle peut refuser les soins proposés au malade
D. Elle est désignée pour deux ans
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

CORRECTIONS

1. Réponses ABCE

A. VRAI
B. VRAI
C. VRAI
D. FAUX : s'il y a un risque de transmission/contamination comme le VIH, le médecin n'est pas obligé de respecter ce refus
E. VRAI
F. FAUX

2. Réponses CDE

A. FAUX : il est possible de divulguer le secret dans ce cas-là.
B. FAUX : il est aussi possible de divulguer le secret dans ce cas-là.
C. VRAI
D. VRAI
E. VRAI
F. FAUX

3. Réponse E

A. FAUX : elle est désignée par une personne majeure (par écrit)
B. FAUX: il faut que la personne de confiance soit mandatée expressément par le patient pour avoir accès à son dossier médical
C. FAUX : la personne de confiance ne prend pas de décision. On la consulte pour qu'elle exprime les volontés du malade
D. FAUX : elle est désignée pour une durée indéterminée, et est révocable à tout moment
E. VRAI

RESPONSABILITE MEDICALE

La responsabilité médicale ne peut être engagée que du fait d'un acte médical de diagnostic, prévention, ou traitement... par un usager du système de santé ou ses ayants-droits. Depuis le 4 mars 2002 (Loi Kouchner), tous les professionnels de santé (praticiens libéraux, salariés) et les établissements (publics ou privés) ont obligation de contracter une assurance de **responsabilité civile professionnelle**, afin de garantir à chaque patient la possibilité d'être indemnisé (à l'exception de l'APHP - Assistance Publique Hôpitaux de Paris- qui est son propre assureur).

RESPONSABILITE DE SANCTION

Responsabilité pénale

- Répressive et personnelle
- Concerne personnes morales (clinique, hôpital) et personnes physiques
- Principe de **légalité des infractions** : comportement reproché doit être décrit par le code pénal et comporter 3 éléments pour être une infraction :
    - Légal (inscrit dans le code pénal)
    - Matériel (la faute doit être prouvée)
    - Moral : « point de crime ou de délit sans avoir l'intention de le commettre »
- Infractions fréquemement reprochées :
    - Violation du secret professionnel
    - Défaut d'assistance à personne en péril
        - Situation créant l'obligation d'assistance :
            - Péril
            - Assistance possible : personelle ou via un tiers (les secours)
            - Absence de risque pour l'intervenant ou les tiers
    - Homicides et blessures involontaires
        - Résultent d'une faute (maladresse, imprudence, négligence)
        - Supposent un lien de causalité entre faute et dommage
            - Lien direct : une faute simple suffit
            - Lien indirect : exigence d'une faute qualifiée
                - Faute délibérée, violation volontaire d'une règle
                - Faute caractérisée qui exposait à un risque qui ne pouvait pas être ignoré
    - Homicides et blessures volontaires

(il y a peu d'infractions pénales spécifiques de la pratique médicale: cela concerne des actes médicaux qui ne proviennent pas de l'acte médical de diagnostic, de prévention ou de soins)

- Poursuite à l'initiative du Proc' de la République
- Instruction facultative
- Jugement par la juridiction compétente : Tribunal de police – Tribunal correctionnel - Cour d'Assise
- Principe de légalité des peines : amende-emprisonnement - réclusion criminelle

Responsabilité disciplinaire ordinale

- Elle concerne les professionels inscrits au **tableau de l'Ordre** (donc pas les externes et les internes), uniquement les personnes physiques et elle est **personelle**.
- **Faute disciplinaire = manquement aux règles déontologiques (principes énoncés dans le code de déontologie)**

➔ Pas de principe de légalité des fautes mais principe de légalité des peines

- Elle est indépendante de la responsabilité pénale VS le juge est tenu par les faits établis lors du procès pénal
- Jugement : cf déontologie
- Conseil départemental (Conciliation) -> Conseil régional (1er degré) -> Conseil national (2nd degré) -> Conseil d'Etat (Cassation)
- **Seule configuration où un citoyen est jugé devant l'ordre administratif**

Responsabilité disciplinaire statutaire

Concerne les professionnels de santé salariés ou agents de service public qui peuvent faire l'objet de sanctions disciplinaires de la part de l'employeur *(peu mis en œuvre, surtout pour les professionnels de santé non médicaux)*

RESPONSABILITE INDEMNITAIRE

La juridiction compétente sera en fonction du statut juridique du médecin ou de l'établissement

L'usager du système de santé lésé doit absolument apporter la preuve :

- De son **dommage** (certain, actuel/futur) :
  - Atteinte de l'intégrité physique ou psychique du patient (AIPP)
  - Perte de chance de survie/de guérison,
  - Perte de chance d'avoir échappé à un risque qui s'est réalisé,
  - Préjudice d'impréparation

→ indemnisation proportionnelle à la probabilité de survie ou de guérison perdue du fait de la faute

- D'un fait générateur de responsabilité (toujours une faute, sauf régimes spéciaux) : atteinte à un droit de l'usager du système de santé :
    - Faute technique
    - Violation d'un devoir d'humanisme (ex : secret professionnel ou défaut d'information)

Si plainte pour défaut d'information, ce n'est pas au patient de prouver qu'il n'a pas été informé (preuve diabolique) c'est au praticien d'apporter la preuve qu'il y a eu information du patient

- D'un **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),** mais il n'a pas à être **direct ou exclusif**

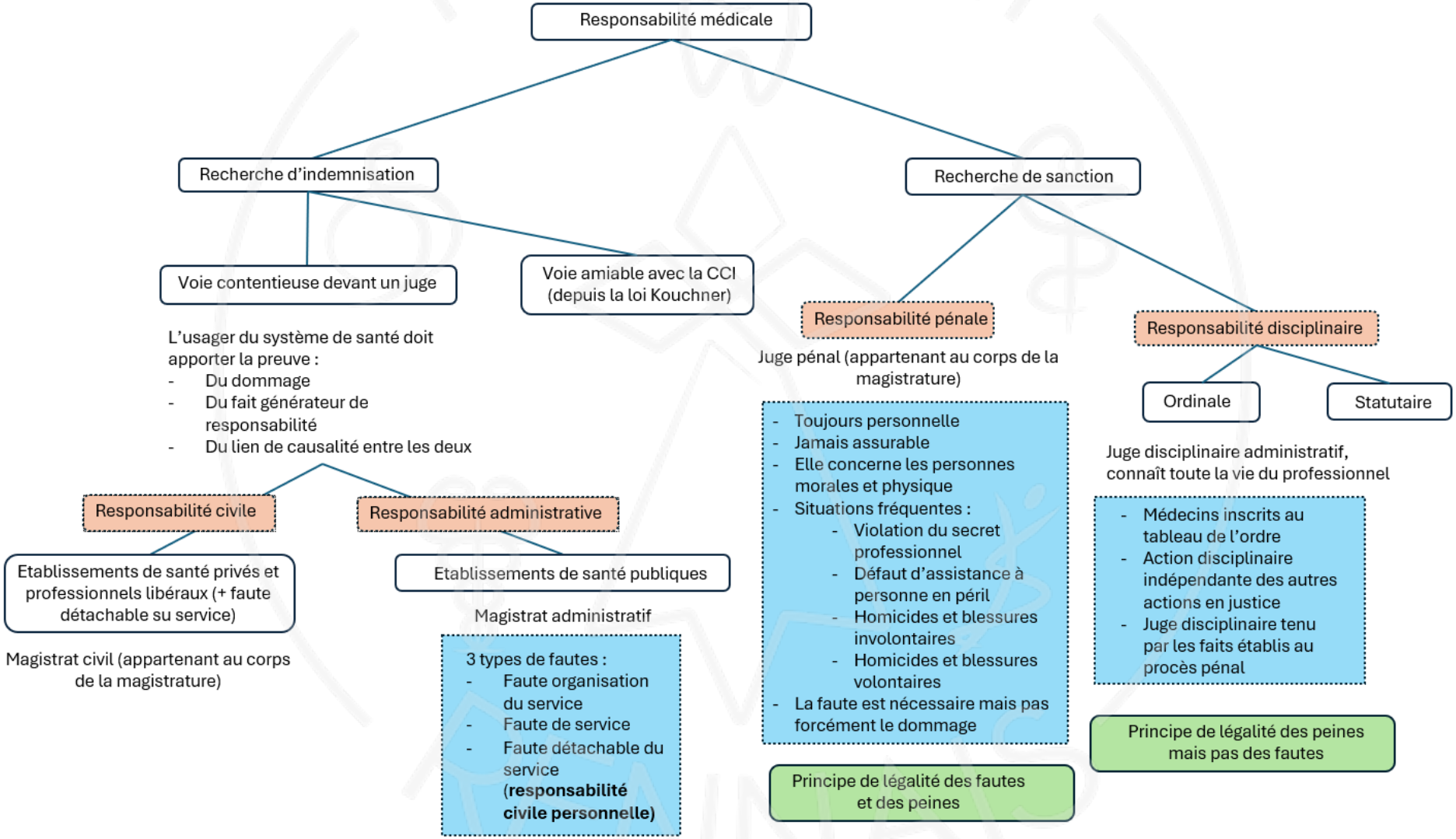
Il existe deux voies :

- Une **voie non contentieuse**/amiable par saisie de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation *(50 % des cas)*
- Une **voie contentieuse** qui se divise en **responsabilité civile** et **administrative** selon le statut du médecin ou de l'établissement

Responsabilité civile	**Praticien libéral, établissement privé** : ➔ Depuis la loi du 4 mars 2002, on reconnaît au patient un panel de droits déterminés par le Code de la Santé Publique. Le patient peut se prévaloir de ses droits et demander une réparation du préjudice au responsable. **Mise en cause de la responsabilité civile du praticien ou de l'établissement privé** : Tribunal judiciaire - Cour d'Appel - Cour de Cassation NB : les professionnels salariés n'engagent pas leur propre responsabilité civile s'ils n'outrepassent pas la mission confiée par leur employeur **Praticien public en cas de faute détachable du service (cf. ci-dessous)**
Responsbilité administrative	Établissements publics : ▪ Contrat entre l'EPS et le médecin ▪ Contrat entre l'EPS et le patient ▪ Pas de contrat direct entre le praticien et le patient • Faute de service • Faute dans l'organisation du service ➔ **Mise en cause de la responsabilité administrative de l'EPS : Tribunal Administratif - Cour d'Appel Administratif - Conseil d'État** • Fautes personnelles ou détachables du service : ▪ dans le cadre d'une activité libérale exercée à l'hôpital ▪ dans le cadre privé et personnel alors que le praticien n'est pas en service ▪ faute intentionnelle (rare) ▪ violation d'un droit reconnu par la loi : faute technique ou faute humaniste ➔ **Mise en cause de la responsabilité civile personnelle du praticien**
Régimes spéciaux	Accidents médicaux Conditions : Fait générateur **postérieur au 4/09/2001**, et imputable à un **acte de prévention, diagnostic ou soin** (sauf accouchement voie basse et chirurgie esthétique), quel que soit le statut du professionnel ou de l'établissement, selon des critères de gravité *Le patient doit prouver le lien entre l'acte médical et le dommage* **En cas de faute** : CCI émet un avis à l'assureur qui doit faire une offre d'indemnisation sous 4 mois. Sinon indemnisation par ONIAM (recours possible de l'ONIAM contre l'assureur) **Si pas de faute (aléa thérapeutique) :** indemnisation par la Solidarité Nationale depuis la loi du 4 mars 2002 (Kouchner) Infections nosocomiales • **Professionnel de santé libéral** : responsabilité du professionnel, besoin d'une faute prouvée (par le patient) • **Établissement public ou privé** : présomption de faute de l'établissement o l'assureur de l'établissement paie

	○ ou indemnisation par la solidarité nationale (ONIAM) : si faits postérieurs au 1/01/2013 et si atteinte de l'intégrité physique et psychique > 24 %, ou décès *Si une faute est finalement prouvée, l'ONIAM peut demander à l'établissement un remboursement de ce qui à été versé par l'ONIAM au patient*

SCHEMA RECAP'



QCMS

1 . À propos de la responsabilité médicale, quelles propositions sont exactes ?

A. La responsabilité pénale est répressive et impersonnelle.
B. La responsabilité pénale concerne aussi bien les personnes morales que physiques.
C. La responsabilité pénale et la responsabilité disciplinaire ordinale sont des responsabilités indemnitaires.
D. La responsabilité pénale et la responsabilité disciplinaire ordinale sont des responsabilités de sanction.
E. La responsabilité disciplinaire ordinale peut concerner les externes et les internes.
F. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

2.À propos de la responsabilité médicale, quelles propositions sont exactes ?

A. Dans le cas d'une responsabilité indemnitaire, l'usager de la santé victime ne doit prouver que son dommage et le fait générateur de responsabilité.
B. Si l'usager victime ne peut pas prouver le dommage qui lui a été fait, son indemnisation ne sera que partielle.
C. La responsabilité civile et la responsabilité administrative sont des responsabilités indemnitaires.
D. Le mot "responsabilité" a été utilisé de trop nombreuses fois dans ce QCM.
E. La responsabilité civile concerne par exemple les établissements publics.
F. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

3. A propos de la responsabilité médicale :

A. La responsabilité d'un médecin agent de service public peut-être recherchée par la voie contentieuse de 6 façons différentes
B. Dans le cas du défaut d'information, le patient n'a pas à fournir la preuve qu'il n'a pas été informé
C. Les chambres disciplinaires de 1ère et de 2nde instance sont présidées par un magistrat administratif
D. Le conseil national de l'ordre est présidé par un conseiller d'état
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

Annales

22- 23 :

4. Concernant la responsabilité médicale pénale :

A. Elle ne peut pas être recherchée contre un interne en médecine.
B. Elle est toujours personnelle.
C. Elle peut être engagée par un patient qui souhaite obtenir l'indemnisation de son préjudice.
D. Elle ne peut pas être engagée si le juge disciplinaire ordinal est déjà saisi.
E. Toutes les réponses sont fausses.

21- 22 :

5. Concernant la responsabilité indemnitaire des professionnels et des établissements de santé :

A. Sauf régimes particuliers, elle n'est engagée qu'en cas de faute.
B. Elle suppose la preuve d'un lien de causalité certain, direct et exclusif entre le fait générateur et le dommage.
C. Elle peut être recherchée devant une commission de conciliation et d'indemnisation.
D. Elle peut être recherchée devant la Haute Autorité de Santé (HAS).
E. Toutes les propositions précédentes sont fausses.

CORRECTIONS

1. Réponses BD

A. FAUX : elle est répressive et personnelle
B. VRAI
C. FAUX : cf D.
D. VRAI
E. FAUX : La responsabilité disciplinaire ordinale concerne les médecins inscrits au tableau de l'Ordre (donc pas les externes et internes)
F. FAUX

2. Réponses CD

A. FAUX : L'usager victime doit apporter la preuve du fait générateur, du dommage et du lien de causalité entre les deux !
B. FAUX : son indemnisation n'aura pas du tout lieu si un élément (parmi les trois) manque.
C. VRAI
D. VRAI : et je m' excuse sincèrement :/ courage pour la suite du livret <3
E. FAUX : La responsabilité administrative concerne les établissements publics VS la responsabilité civile concerne les praticiens libéraux et les établissements privés.
F. FAUX

3. Réponses BC

A. FAUX : de 5 façons seulement. 3 en sanctions : pénale, disciplinaire ordinale, disciplinaire statutaire ; et 2 en indemnisation : administratif et civil. La conciliation est une voie amiable, non contentieuse.
B. VRAI : c'est au professionnel de prouver qu'il a bien informé
C. VRAI : attention, le conseiller d'état est bien un magistrat de l'ordre administratif
D. FAUX : la chambre disciplinaire est présidée par un conseiller d'état, le conseil national en lui-même est présidé par un professionnel de santé
E. FAUX

4. Réponse B

A. FAUX : C'est la responsabilité médicale ordinale qui ne peut qu'attaquer des personnes inscrites au Tableau del'Ordre (donc pas les internes)
B. VRAI : texto du cours
C. FAUX : La responsabilité pénale fait partie de la responsabilité de sanction et non d'indemnisation.
D. FAUX : → Indépendance de la procédure disciplinaire : On peut choisir de les mettre en œuvre l'une ou l'autre, ou les 2 : une sanction pénale et une sanction disciplinaire
E. FAUX

5.Réponses AC

A. VRAI
B. FAUX
C. VRAI : le lien de causalité doit être certain, mais il n'a pas à être direct ou exclusif.
D. FAUX
E. FAUX

PROFESSIONS DE SANTE

Professions de santé d'après CSP :

- Professions médicales (capacité de prescription) : médecins, sages-femmes et chirurgiens dentistes
- Professions de la pharmacie : pharmacien, préparateur en pharmacie, préparateur en pharmacie hospitalière
- Aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers **: pas auxiliaires médicaux**
- Auxiliaires médicaux : autres (ex : infirmier, maseur kinésithérapeute etc…)

! Psychologues, ostéopathes et chiropracteurs : pas professionnels de santé

Les professions médicales sont réglementées par

- **Accès :**
  - **Diplôme**
  - **Nationalité**
  - **Ordre**
- **Organisation**
- **Exercice**

ORDRE DES MEDECINS, SAGE-FEMMES ET CHIRURGIENS-DENTISTES

Les missions de l'Ordre des médecins, sage-femmes et chirurgiens dentistes					
Conseil National		Conseil régional (ou interrégional des sage-femmes)		Conseil départemental	
Attributions administratives	Attributions juridictionnelles	Attributions administratives	Attributions juridictionnelles	Attributions administratives	Attributions juridictionnelles
Rédaction du code de	**Chambre disciplinaire**	**Représentation des**	**Chambre disciplinaire de 1ère**	**Établit et tient le tableau de l'Ordre**	

déontologie *Actualisation des articles du code de déontologie* **Consultant des pouvoirs publics** *Coopère avec les services de l'Etat sur les dossiers concernant la veille sanitaire, l'éducation à la santé, la prévention* **Censeur en matière d'inscription** *Examen de la qualification, formation des médecins, valident ou pas les inscriptions* **Recours en matière d'infirmité** *Appel des décisions des conseils régionaux*	**nationale (2nd degré) présidée par un conseiller d'Etat (magistrat administratif) et composée de conseillers ordinaux nationaux**	**professions** *Représenter les intérêts et préoccupations auprès des instances décisionnelles* **Coordination des Conseils départementaux** *Assurer le bon fonctionnement des Conseils sur la région* **Conseil en santé dans la région** *Etudie les projets et propositions qui lui sont soumis par les instances régionales de santé (ARS par exemple)* **Suspension pour infirmité** *Prend les décisions de suspension temporaire du droit d'exercer*	**instance présidée par un magistrat administratif** et **composée de conseillers ordinaux régionaux** *A une compétence générale = juridiction de droit commun* **Comporte une section d'assurances sociales** *Faute, fraude, abus* *Soins dispensés aux assurés sociaux*	*Tout médecin exerçant une activité de soins en France doit être inscrit* **Qualifie, Autorise l'exercice :** enregistre les diplômes **Perçoit les cotisations** *Soutenir les confrères et leur famille en cas de difficutés* **Examine les contrats** Vérifie que les closes ne contredisent pas la condition d'indépendance **Contrôle les plaques et ordonnances** **Délivre les licences de remplacement** **Reçoit les plaintes** ➔ transmises à la chambre disciplinaire de 1ere instance **Mène la conciliation**	

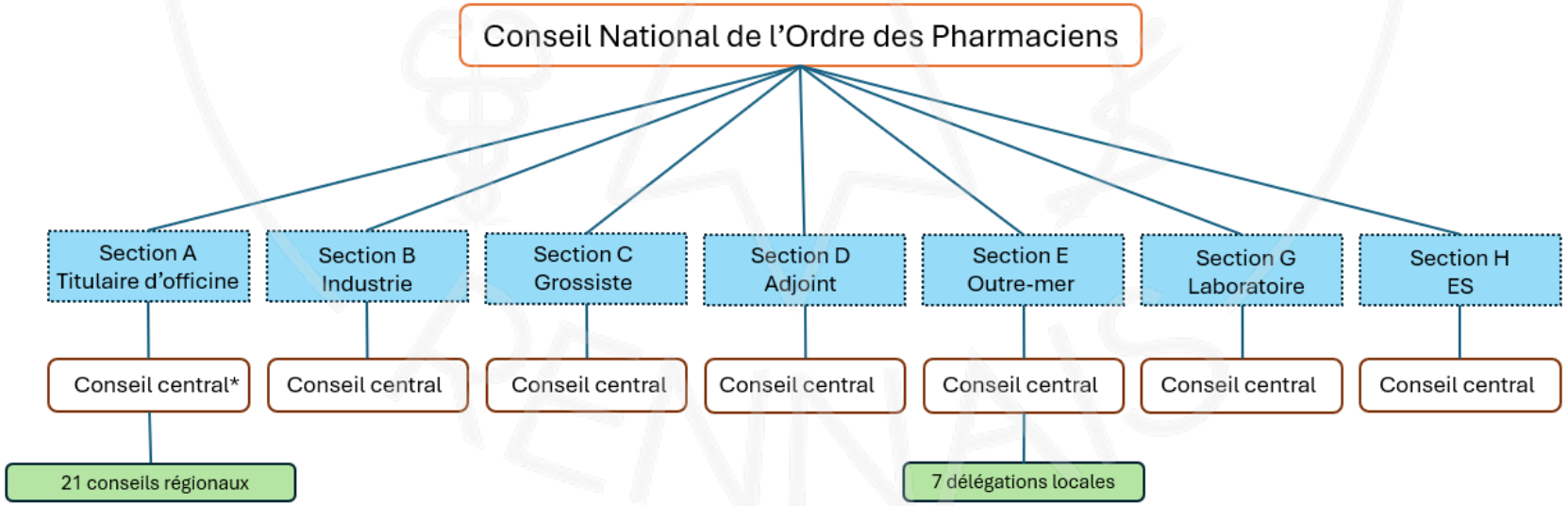
<u>Conditions d'inscription au tableau de l'Ordre :</u>

- Diplôme + nationalité + maîtrise du français si étranger

- Indépendance, moralité, compétence
- Pas d'infirmité ou de pathologie incompatible (ex : alcoolisme)

ORDRE DES PHARMACIENS

Conseil National		Conseil central et Conseils régionaux de la section A	
Attributions administratives	Attributions juridictionnelles	Attributions administratives	Attributions juridictionnelles
Rédaction du code de déontologie *Actualisation des articles du code de déontologie*	**Chambre disciplinaire nationale (2nd degré)**	**Inscriptions au tableau de leur section** **Avis et vœux formulés au Conseil national** **Informations pour les praticiens**	**Chambre disciplinaire de 1ère instance**



*Le conseil central de la section A permet la coordination des conseils régionaux

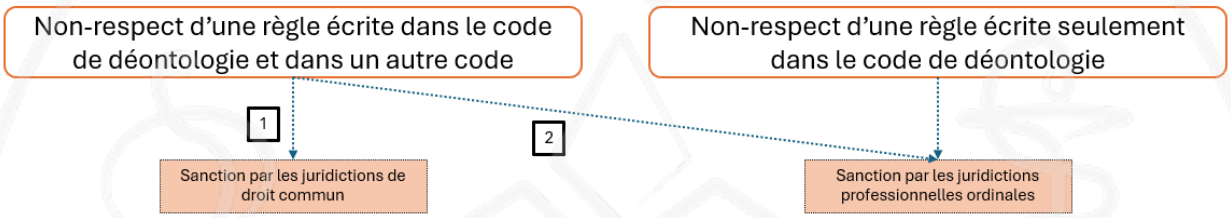
CODE DE DEONTOLOGIE

- Rédigé par le Conseil National
- Contrôle par le Conseil d'Etat (en tant que conseiller juridique du gouvernement)
- Décret par le premier ministre puis JO
- Codifié aux articles réglementaires du CSP (R 4127-1)
- Valeur **réglementaire**

2 types de régles :

- Règles **d'exercice professionnel** (contenues dans aucun autre code, parfois supportées par des lois)
- Règles **d'humanisme** (parfois contenues dans d'autres codes)

Sanction d'une faute déontologique



DROIT DISCIPLINAIRE

Finalité : sanction de l'auteur de la faute (pas d'indemnisation, qui relève de la responsabilité civile du médecin libéral ou de la responsabilité administrative de l'hôpital pour un médecin salarié)

Code pénal : liste d'infractions = **droit discontinu**

→ Juge soumis au **principe de légalité des fautes** (ne juge que des infractions explicitement décrites par le code)

Code de déontologie : liste de principes et de règles = **droit continu**.

→Le juge qualifie le non-respect des principes = non tenu au **principe de légalité des fautes**

→Le juge ne peut pas infliger une autre sanction que celle prévue par la loi = **principe de légalité des peines**

Le juge disciplinaire :

- Connait la vie entière du professionnel (peut sanctionner une faute non-professionnelle)
- N'est pas tenu au **principe de prescription** ni aux autres décisions
- Ne donne pas d'amnistie dans le cas d'atteinte à l'honneur et à la probité
- Est tenu par les faits établis lors du procès pénal

PLAINTE CONTRE UN PROFESSIONNEL LIBERAL

Patient → Conseil départemental

Confrère, syndicat, Ordre, Ministre de la santé, Procureur de la République, Préfet, directeur de l'ARS → Conseil départemental ou Chambre disciplinaire de 1ère instance

➔ Dans tous les cas la tentative de conciliation est **obligatoire**

PLAINTE CONTRE UN PROFESSIONNEL HOSPITALIER

Le patient doit transmettre sa plainte à l'un des acteurs suivants pour que la plainte soit déposée **:**

Conseil départemental, Conseil National, Procureur de la République, Préfet, directeur de l'ARS → Chambre disciplinaire de 1ère instance

➔ La tentative de conciliaton n'a lieu que si la plainte transite par le Conseil Départemental ; elle est **facultative**

PROCEDURE DISCIPLINAIRE

1.Plainte auprès du Conseil départemental de l'Ordre, tentative de conciliation

si réussite : procès verbal de conciliation, contentieux évité
si échec : transmission de la plainte au Conseil régional

2.Saisie de la chambre disciplinaire de 1ere instance = Conseil régional

Le professionnel est averti, il prépare sa défense seul ou avec un avocat/un confrère
Le président de la Chambre désigne un rapporteur qui mène l'enquête en entendant l'accusé, le plaignant et les témoins

3.Audience de jugement publique

Le rapport est lu et les deux parties entendues. Le professionnel en défense parle en dernier

4.Délibération secrète

Avertissement, blâme : inéligibilité pendant 3 ans
Interdiction temporaire d'exercer des activités rémunérées par l'Etat, interdiction temporaire d'exercer (3 ans max), radiation du tableau de l'Ordre : inéligibilité définitive
➔ il existe un sursis pour les interdictions temporaires d'exercer : 1 an d'interdiction d'exercice avec sursis, qui peut être révoqué si une nouvelle faute est commise

5. Opposition ou appel

Devant la chambre disciplinaire nationale (= de 2nd degré), suspensif sauf en cas de pathologie personnelle

6.Cassation devant le Conseil d'Etat

QCMS

1. À propos des professions médicales, quelles propositions sont exactes ?

A. Les chirurgiens-dentistes sont considérés comme des professionnels médicaux.
B. Les pharmaciens sont considérés comme des professionnels médicaux.
C. Les ostéopathes sont considérés comme des professionnels de santé.
D. Le Conseil National de l'Ordre de médecins est chargé de la rédaction du code de déontologie.
E. Les Conseils régionaux de l'Ordre des médecins sont des chambres de première instance.
F. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

2. À propos des missions de l'Ordre des médecins, quelles propositions sont exactes ?

A. Les conseils départementaux établissent et tiennent le tableau de l'Ordre.
B. Les conseils régionaux coordonnent les conseils départementaux.
C. Le conseil national est censeur en matière d'inscription.
D. Le conseil régional est chargé de la suspension pour infirmité.
E. Le conseil national est chargé du recours en matière d'infirmité.
F. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

3. Concernant la procédure disciplinaire :

A. La conciliation est toujours obligatoire
B. La chambre disciplinaire de 1ère instance est présidée par un conseiller d'état
C. La chambre disciplinaire de 1ère instance est constituée de conseillers régionaux ordinaux
D. Contrairement à l'audience de jugement qui est secrète, les délibérations sont publiques
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

Annales

22- 23 :

4. Concernant le code de déontologie médicale :

A. Il est rédigé par le Premier Ministre.
B. Il est publié sous forme de décret du Premier Ministre.
C. Il s'impose aux étudiants en médecine dès leur prise de fonctions hospitalières.
D. Son application est placée sous le contrôle du juge administratif.
E. Toutes les réponses sont fausses.

21- 22 :

5. Concernant l'Ordre des médecins :

A. Il regroupe des médecins sur la base du volontariat
B. Il peut sanctionner un interne en médecine s'il a manqué à ses devoirs déontologiques
C. Il organise l'entraide entre confrères
D. Il assure le respect de l'honneur et de l'indépendance de la profession
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

CORRECTIONS

1. Réponses ADE

A. VRAI !
B. FAUX : les pharmaciens font partie des professions de la pharmacie, et non des professions médicales !
C. FAUX : les ostéopathes, chiropracteurs et psychologues ne sont pas des professionnels de santé.
D. VRAI
E. VRAI : contrairement au Conseil National qui est une chambre disciplinaire de 2ème instance, présidée par un conseiller d'État.
F. FAUX

2. Réponses ABCDE

A. VRAI !
B. VRAI
C. VRAI
D. VRAI
E. VRAI
F. FAUX

3. Réponse C

A. FAUX : La conciliation n'est obligatoire qu'en cas de plainte contre un professionnel libéral !
B. FAUX : C'est la chambre disciplinaire de 2nde instance ; la chambre dizciplinaire de 1ère instance est présidée par un magistrat administratif (! les conseillers d'états sont aussi des magistrats administratifs)
C. VRAI
D. FAUX : C'est l'inverse
E. E. FAUX

4. Réponses BD

A. FAUX : L'auteur en est le Conseil national (chargé de rédiger les codes de la déontologie)
B. VRAI : Il fait l'objet d'un décret par le 1er ministre (publication acquérant la valeur réglementaire à ce stade) qui le codifie aux articles réglementaires du Code de la Santé publique
C. FAUX : Il faut être membre de l'Ordre des Médecins.
D. VRAI

Sanction d'une faute déontologie :

Par les juridictions professionnelles administratives ordinales : pour non-respect d'une règle écrite dans le code de la déontologie.

Par les juridictions de droit commun et les juridictions professionnelles : pour non-respect d'une règle écrite dans le code de déontologie et un autre code.

E. FAUX

5. Réponses CD

A. FAUX : un médecin doit être inscrit au tableau de l'Ordre s'il veut exercer
B. FAUX : un interne en médecine n'est pas inscrit au tableau de l'Ordre
C. VRAI
D. VRAI
E. FAUX

ED DE DROIT (2022)

Klervie et son cancer du poumon :

Klervie veut sanctionner le chirurgien qui l'a opérée de son cancer du poumon, car il a ôté le poumon sain et lui a laissé le poumon malade. Elle est très remontée et veut que son médecin soit interdit d'exercer. Néanmoins, elle ne veut pas risquer de l'envoyer en prison. Quelle responsabilité du médecin va-t-elle engager ? Où va-t-elle porter plainte ?

Elle engage la **responsabilité disciplinaire ordinale** du médecin car elle veut le sanctionner
Elle porte plainte devant le **Conseil départemental de l'Ordre**

Léane et son accouchement :

Léane est victime d'une hémorragie lors de son accouchement par césarienne au CHU de Rennes. On lui a administré des anti-coagulants, alors qu'elle n'était pas à risque d'embolie pulmonaire. La parturiente de la chambre voisine aurait, elle, dû recevoir ce traitement. Le médecin s'est donc trompé de patiente. Léane veut être indemnisée. Quelle responsabilité médicale doit-elle engager ? Comment qualifiée cette faute ?

Il s'agit **d'une faute de service** : faute commise par les agents de l'administration dans le cadre de leur fonction ; la faute est alors imputable au service et non à l'agent. Les agents ne sont donc pas personnellement responsables des fautes qu'ils commettent dans l'exercice de leur activité
Elle engage la **responsabilité administrative** du CHU.

Liz et son infection

Liz est victime d'une infection urinaire lors de son hospitalisation dans le service d'hématologie d'une clinique privée. On estime que son intégrité physique est altérée à 5%. Elle veut être indemnisée. Qui va indemniser Liz ? Comment s'appelle ce dont elle souffre ?

Il s'agit d'une **infection nosocomiale**, donc le régime d'indemnisation est un **régime spécial.**
Puisqu'elle a été contractée dans un établissement de santé (peu importe qu'il soit public ou privé), on présume une **faute de l'établissement**. Si l'infection avait été contractée chez un médecin libéral, la faute aurait eu besoin d'être prouvée, et c'est la responsabilité du libéral qui aurait été en cause.
Pour être indemnisée par l'ONIAM, il aurait fallu que les faits soient postérieurs au 1/01/2003 ET que l'atteinte de l'intégrité physique et psychique dépasse les 24% ou entraîne le décès. Ici l'intégrité est atteinte à 5%, c'est donc l'assurance de l'établissement qui indemnise Liz.

Claire et sa randonnée

Claire chute de plusieurs mètres lors d'une randonnée en montagne. Klervie, Léane et Liz, ses amies avec qui elle marchait, la rejoignent et constatent qu'elle est inconsciente, grièvement blessée et qu'elle ne respire plus. Elles reconnaissent un médecin de l'hôpital qui fait lui aussi de la randonnée. Elles lui demandent de l'aide. Celui-ci refuse d'agir. Lorsque Claire sera remise de ses blessures, qu'elle responsabilité doit-elle engager si elle veut que ce médecin aille en prison ? Comment s'appelle ce type de faute ?

Elle veut sanctionner le médecin, et particulièrement qu'il risque une peine de prison. Elle doit donc engager sa **responsabilité pénale**. Le médecin est ici fautif de **non-assistance à personne en péril**. C'est une **violation d'un devoir humaniste**.

UN MONDE SANS MEDECINE

Nous remercions chaleureusement le Professeur Alain Caubet pour la rédaction de ce chapitre

LA MULTIPLICATION DES HOMMES A ETE TRES LENTE.

L'homme daterait de **20 à 25 millions d'années**.

Neandertal (400 000 ? – 35 000) **ensevelissait aussi ses morts** ; Neandertal n'aurait pas excédé 70 000 individus répartis sur un tiers de l'Eurasie.

Il y a 400 000 ans l'homme a maîtrisé le feu ce qui a éloigné les animaux. L'homme a été plus rarement une proie. **Depuis 1919, il n'y aurait pas eu d'homme mangé par les loups en France.**

On estime à cent millions la population en l'an un de notre ère.

Le premier milliard date de 1830, le deuxième de 1930, pour en arriver à 8,2 milliards aujourd'hui.

LES TRACES DE SOINS REMONTENT A 20 000 ANS.

Elles peuvent être **directes ou indirectes**.

Les traces directes (traits de scie sur des ossements lors d'amputations, trous dans la voute crânienne [trépanation : -12 000]). Leurs bords peuvent être « mousses » (ou émoussés), ce qui signifie que le patient a survécu assez longtemps pour cette cicatrisation ou au contraire, traces nettes et abruptes, et donc le patient est mort avant que cette cicatrisation osseuse ait pu se produire.

On trouve aussi des prothèses dentaires ou gingivales, … Ou bien les traces de soins sont indirectes et nous informent par déduction : il faut bien que quelqu'un ait mâché pour un édenté, que l'on ait remis dans l'axe les fragments d'un bras cassé, dont le cal de consolidation est bien visible sur l'ossement retrouvé.

L'ESPERANCE DE VIE S'EST ALLONGEE,

De 31 ans dans « l'état de nature », 41 ans vers 1870, 80 ans maintenant. Sans médecine, un tiers des enfants meurent avant l'âge de quinze ans. En 1870, la mortalité avant un an était de 246 pour mille pendant la première année, elle est de quatre maintenant. Donc la structure des familles est différente. Les personnes âgées n'ont jamais été si nombreuses, d'où des défis sociaux inédits. Autrefois, beaucoup d'enfants étaient élevés par des couples de veufs remariés, par les oncles et tantes, les grands-parents, … C'est avant la révolution thérapeutique médicale du milieu du XX^{e} siècle qu'une partie de ces gains a été obtenue grâce à l'hygiène publique (eau, nourriture, logement, chauffage, amélioration des conditions de travail, moindre travail des enfants, assainissement des marais, etc.). La médecine a pris le relai après la guerre pour abréger les maladies et ôter beaucoup de leurs symptômes pénibles et séquelles.

Un bilan de l'état de santé des jeunes hommes de 18 à 20 ans a été obtenu par l'exploitation des registres de l'armée. L'examen était externe et somme toute assez rapide. Des cartes ont été établies pour diverses maladies ou situations. Ainsi, les porteurs de hernies inguinales étaient autour de 0,2 à 4,5 % selon les départements, les tuberculeux pulmonaires (0,2 à 3 %), les scrofuleux ou tuberculose des ganglions (0,1 à 3 %), les lépreux, déjà à 20 ans (0,2 à 0,4 %), les goitreux (hypertrophies de la thyroïde en avant du cou, surtout dans les régions sans iode, dans les montagnes loin de la mer) (0,2 à 3,8 %), les édentations (dans les zones proches des ports d'importation de sucre, au prix plus bas qu'ailleurs) (0,1 à 3 %). **La taille était plus petite qu'aujourd'hui** ; au centre de la Bretagne par exemple, 26 % des garçons de 20 ans avaient moins de 1,57 mètre et 60 % moins de 1,60 mètre, taille minimale pour entrer dans la gendarmerie d'alors. Mais beaucoup d'autres zones, plus de la moitié du pays, de façon éparse, avaient des particularités semblables.

Une faible minorité accédait au troisième âge et donc la presbytie et la presbyacousie (physiologiques, c'est-à-dire par une évolution naturelle) existaient. Les hommes avaient des problèmes de prostate. La cataracte (opacification du cristallin), faisait perdre progressivement la vue. Le vieillard devenait dépendant pour sa nourriture et le moindre besoin.

LA SECURITE ET LA QUALITE DE VIE DOIVENT PRESQUE TOUT A LA MEDECINE

Les statues grecques étaient idéalisées : il reste de nombreux témoignages de difformités et maladies : bossus, obèses, amputés, aveugles, mal de Pott (tuberculose des vertèbres), nains thyroïdiens (difformes), ou nains hypophysaires (dits harmonieux). Les **ex-voto, propitiatoires ou bien de remerciement, montrent une grande diversité de maladies** (souvent des **yeux**, des mains, des seins, des utérus, etc.

Tous les textes anciens signalent ou décrivent des maux inhérents à notre condition, à notre vieillissement. Les déformations squelettiques étaient multiples et fréquentes. L'hypertrophie de la prostate ou les calculs (cailloux) de vessie donnaient de fréquentes rétentions urinaires de l'homme. L'incontinence urinaire des femmes suivait les nombreux accouchements. Une personne sur dix était gravement handicapée visuelle : cataracte, glaucome, trachome et autres infections, hypertension, etc. Pas de verre optique pour le plus grand nombre avant le XIX^{e} siècle. La surdité n'était pas appareillable d'où un intense isolement social.

On suppose une **mortalité d'un pour cent à chaque accouchement** : dix grossesses étaient fréquentes, donc autour de 10 à 12 % des femmes mouraient en couche ou dans les suites rapprochées. En 1900, la mortalité en couches était passée à 0,1 %. Le premier accouchement était le plus redouté. Toutes les classes sociales étaient égales pour ces types de lésions.

Les conseils de révision du XIX^{e} refusaient l'incorporation dans l'armée parfois jusqu'à deux tiers des garçons de 18 à 20 ans. **Jusqu'aux années 1950, tout le monde, à tout âge, paraissait plus vieux que l'âge qu'on leur donnerait maintenant en regardant leurs photos.**

L'énumération des causes de mort à Rennes en 1880 comporte des rubriques dont l'intitulé même a disparu (des maladies infectieuses alors banales et aujourd'hui rarement mortelles).

Les maladies infectieuses étaient quasi les nôtres (grippe, angines, abcès, furoncles, etc. Les épisodes diarrhéiques étaient autrefois quasi hebdomadaires (mauvaise conservation des aliments, eaux sales, mains moins lavées que nécessaire, **…). La variole tuait en grand nombre pendant le printemps. Cette maladie est éradiquée depuis 1977** : le seul réservoir de germe est l'homme et la vaccination nous en a préservés.

Pour la poliomyélite, on avait un espoir identique d'éradication pour l'an 2000 mais les guerres et les peurs de populations lointaines retardent un même succès.

Le bilan médical est en constant mouvement. Il y a plusieurs milliers de maladies. Un médecin apprend et connait une sélection de ce qu'il peut rencontrer, même assez rarement, sachant qu'il doit orienter vers un spécialiste quand il doute. **Il est des maladies qui déclinent** (poliomyélite, tétanos, diphtérie, cancer de l'estomac, tuberculose), d'autres qui changent de forme ou d'expression cliniques, (déclin cognitif des personnes âgées, accidents de la voie publique), voire disparaissent (variole).

D'autres maladies apparaissent ou croissent (obésité morbide, SIDA, addictions autres que l'alcool, cancers du poumon des femmes, maladies du tabagisme). Dans chaque catégorie, la liste serait bien longue mais à cette étape, autant n'expliquer que succinctement les maladies, afin de ne pas perturber par l'anecdote votre apprentissage futur. Certaines maladies du passé peuvent venir nous hanter à nouveau. Ainsi, la rage, maladie virale était typiquement transmise par les morsures de chiens eux-mêmes enragés et très agressifs, quelques heures avant de mourir de convulsions. La nouvelle que Pasteur avait mis au point un vaccin efficace a traversé le monde entier en quelques semaines, tant cette horrible maladie terrorisait les foules. Il existe des formes et paramètres que vous apprendrez plus tard et qu'il est justifié de connaître car les cas importés sont encore possibles en France. Des morsures d'animaux dans des pays de l'Est ou d'Afrique sont responsables de plusieurs cas chaque année. Un retour dans l'est du pays a duré plusieurs années et a obligé à tuer de nombreux animaux par mesure préventive.

La situation actuelle de plusieurs pays est identique à la nôtre, il y a deux siècles.

QCMS

1. Concernant un monde sans médecine :

A. Environ 1/3 des enfants mouraient à partir de 5ans.
B. L'obésité est apparue à partir du 18ème siècle.
C. La poliomémyélite peut causer une paralysie des muscles respiratoires, ce qui peut entraîner le décès du malade.
D. La poliomyélite est une maladie éradiquée.
E. Toutes les réponses précédentes sont fausses.

2. Concernant un monde sans médecine :

A. Les nains thyroïdiens sont dits « harmonieux ».
B. Si on retrouve un squelette avec une trapanation à bord tranchant, cela signifie qu'il n'a pas survécu à la procédure.
C. Le cancer du poumon est aujourd'hui en augmentation alors que le cancer de l'estomac est en baisse.
D. L'espérance de vie s'est allongée avant même l'apparition des premiers médicaments efficaces.
E. Toutes les réponses précédentes sont fausses.

CORRECTIONS

1. Réponse C

A. FAUX : 15ans
B. FAUX : Elle a toujours existé
C. VRAI
D. FAUX
E. FAUX

2. Réponses BCD

A. FAUX : Ils sont « difformes »
B. VRAI
C. VRAI
D. VRAI
E. FAUX

L'ANTIQUITE

Nb pour les chapitres d'HDM : les petits (+++) signifient que ce sont des notions que le Pr répète tous les ans et qu'il fait tomber en QCM !

ELEMENTS DE L'HISTOIRE GENERALE

L'histoire débute avec l'écriture (++)

Civilisations

Les échanges sont déjà **planétaires** (++)

- Abondants à proximité
- Rares au loin

Les ≠ civilisations se **rencontrent**

Ex : Les soldats romains voient de la soie (uniquement produite en Chine à cette époque) pour la première fois lors de la bataille de Carrhes. Puis, on en trouve à Rome, qui a suivi la « route de la soie » au travers des déserts et quelques ports.

La civilisation est déjà en partie **urbaine** : C'est-à-dire qu'on avait déjà l'existence de villes, même si la population était surtout **rurale**. À la fin de l'Empire, avec les invasions, on a clos les villes dans des remparts beaucoup moins vastes ➔ Entassement humain dans ces villes, qui durera 1500 ans. Donc promiscuité, contagion, crises alimenatires, etc.

Les villes

Les villes étaient **ouvertes** (càd sans remparts)

On prendra l'exemple de Rome : La plus grande ville (800 000 à 1 million d'habitants) : les maisons pouvaient compter quatre ou cinq étages dont il ne nous reste quasi rien. Là, dans ces « *insula* », régnait

La promiscuité ++

Dans quelques grandes villes persistent des vestiges grandioses d'une « architechture de l'eau ».

- Aqueducs et nombreuses fontaines dont on a encore la trace
- Tuyaux métalliques : très peu de traces car le métal résiste mal avec le temps
- Latrines publiques et commune (!) mais aussi des seaux en bois, donc peu de traces
- Mais quasi partout, l'eau n'entre dans la maison que par de cruche et des pots, portés par les habitants *Hydrophoroi* = porteur d'eau en grec ou *aquarius* en latin

Problèmes liés à **l'approvisionnement** :

Les routes sont pavées et ne permettent pas d'être rapide ; selon les époques, on craint les brigands, donc on préfère les transports **maritimes** +++ même si la piraterie dure jusqu'à Pompée et reprit au bas empire. Ce qui explique que les pénuries sont plus fréquentes et durables dans les villes loin du littoral. *Même si les villes côtières comme Rome pouvait manquer aussi de temps à autres.*

Strigile : outil servant à se laver en frottant : petite lame, on mettait huile + sable sur la peau et on raclait

→ Pas indigne de représenter ça sur des vases/objets d'arts

SOURCES DE L'HISTOIRE

Les momies

/!\ Les momies égyptiennes ne sont **PAS** la seule source de momies : (++)

Les glaciers permettent une conservation des corps aussi : Ötzi (Italie) ou Tollund (Pays nordiques) qui se sont retrouvés gelés dans la glace par **hasard**.

On peut étudier bcp de choses sur ces momies : fracture du col fémoral, radiographie, malformations, calculs de vésicule, maladies viscérales.

Au 18e siècle, on leur a cru des vertus curatives ; on broie les ossements pour en faire de la poudre de momie : commerce des apothicaires.

Prothèses

Retrouvées sur les momies, faites de bois principalement.

Pouvaient servir pour les pieds, jambes, dents etc.

Ex-votos et autres objets

Statuettes : pouvaient représenter des maladies comme le Mal de Pott (tuberculose des vertèbres = bossus)

Ex-Voto : (+++)

Signification ≠ en fonction des peuples :

Romains = *propitiatoires* : ils offraient une statuette pour **demander** une guérison aux dieux

Grecs : ils offraient une statuette pour **remercier** les dieux d'une guérison

Représentaient une partie du corps en lien avec la maladie (bouche, œil, pied etc.) → *permettent donc de deviner la fréquence des maladies.*

Vendues à l'étalage à proximité des temples

Pouvaient être en pierre (surtout), en bois, voir en or autres métaux précieux (ont disparu btw)

Traces écrites

Papyrus : Egypte

Très peu de sources de médecine (12 textes) : laisse entendre que l'enseignement était plutôt **pratique** et se faisait par **compagnonnage.**

Un livre à l'époque = ensemble de textes de papyrus roulés

Recopiés ++ par des scribes et revendus → donc interprétation difficile parce qu'erreurs, contre sens, abréviations etc. (Galien)

/!\ Le papier n'existe PAS à l'Antiquité !

Marcellus Burdigalensis (= de Bordeaux) (++) est le seul auteur médical de Gaule : préfet qui a rédigé une petite compil' des meilleures recettes de médicaments d'où le titre « De Medicamentis » → beaucoup recopié

Epigraphie

C'est l'écriture sur la pierre/stèles/matériaux lourds

Elle permet **beaucoup plus de certitudes** (sur les dates/ localisations) mais **beaucoup moins de détails**.

Ex : dates d'épidémie ou de tout événement marquant

Outils

Fioles de parfums, petit métériel médical sauvé par miracle car metallique. Beaucoup viennet des Pompéi et Herculanum.

ETAT DE SANTE DES POPULATIONS

Les peuples sont peu nombreux

Et certaines communautés ont **disparu**

L'hygiène est inégale

Possible dans les villes riches, dotés de rivières, de conduites d'eau, de fontaines ; inconnue et moindre dans les campagnes, même si l'accès à l'eau est une **préoccupation** majeure de la société.

La malnutrition est relative

<u>En quantité</u>

Aléas climatiques (on a repéré de grandes variations de température, des mini **glaciations, d'où des récoltes insuffisantes**)
Difficultés à déplacer les stocks par la route : donc moins de malnutrition sur les littoraux, bcp + dans les terres
Environ 10 famines par siècle à l'état de nature (++)
Attention : ce n'était pas une famine tous les 10 ans, elles pouvaient être rapprochées !
La soudure (++) : manque de nourriture au Printemps lorsqu'on a fini les provisions de l'année passée mais que celles de l'année en cours ne sont pas arrivées.
Entraine souvent un pic de mortalité
<u>En qualité :</u>

Problème de conservation des aliments (on utilise peu le sel et le sucre). Les silos peuvent être dégradés par les rats, l'humidité.
Nourriture pas variée : on mangeait ce qui était local et de saison, à tous les repas, jusqu'à ce qu'il n'y en ait plus
→ Donc carences +++

Travail physique important

Le machinisme n'est pas le nôtre, la force motrice est animale ou humaine.

Epidémies dévastatrices

/!\ Ce qu'on appelait peste à l'époque ne correspond pas à la vision de la peste que l'on a ajd *(aka la Peste Noire, cf le Moyen-Age)* .

La peste, c'était toute catastrophe épidémique, qui engendrait des désastres sociaux énormes. *(Donc s'il y avait eu la COVID à l'Antiquité, ils auraient sûrement appelé ça la peste)*

Morts violentes fréquentes

Concernent 1 squelette sur 10. (++)

Autres

→ On représentait les maladies/ difformités sans soucis

Enfants :

On les langeait serrés pour ne pas « qu'ils aient les jambes tordues/arquées » juqu'au 19e siècle
Pas de biberons en caoutchouc → on mettait un bout de tissu pour que ça soit – dur
Jouets
Mortalité infantile élevée aussi
Gynécée : quartier des femmes dans la maison

Nains :

Nanisme **thyroïdien** : dysmorphique/ disproportionné
Nanisme **hypophysaire** : proportionné

CORPS MEDICAL

EGYPTIEN	GAULOIS
Pas d'omnipraticien mais des soigneurs spécialisés dans telle ou telle maladie / organe → **Sounoun**	Influence romaine : qq dieux guérisseurs **Cures** médico-magiques Exportation ++ de **médicaments** : Collyres Plantes : (valériane, absinthe, bétoine)
GREC	**ROMAIN**
Médecine **sacerdotale (religieuse/croyante)** … Dieux guérisseurs : on allait au temple si on était malade …puis **superposition** de médecine **laïque** Périple d'étude avec plusieurs maitres Hippocrate	Médecine **traditionnelle** : Pater Familias Panthéon guérisseur très nombreux Beaucoup de médecins étrangers à Rome Les femmes exerçaient

Corps médical égyptien

L'Egypte = grand désert. La population est concentrée sur le bord du Nil

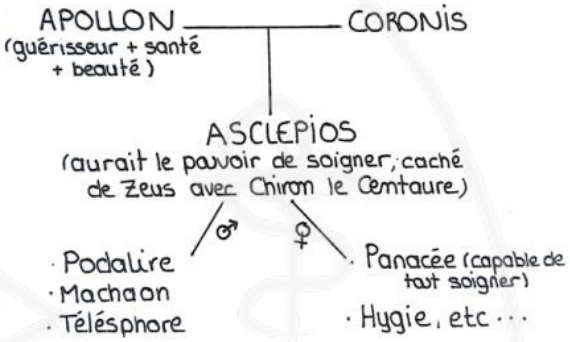
Donc, les soignants pouvaient se spécialiser sur tel ou tel organe.
En comparaison c'est comme ajd en France : à la campagne on aura surtout des med généralistes, tandis qu'en ville on aura des spécialités plus rares.

Corps médical grec = hellénique

Petite précision sur les 2 premières sources de sciences : médecine et astrologie

Médecine sacerdotale

En gros, c'est l'existence d'un Panthéon de guérisseurs, le recours aux incantations, magies, miracles, et faits religieux



Les dieux guérisseurs :

Nb : Les noms des enfants d'Asclepios ainsi que leur nombre c'est pas ultra important, toutes les sources disent des choses ≠. Pr Caubet vous fait juste un petit mix de tout ce qui se dit mais c'est pas THE détail à retenir pour l'examen ;)

Asclépios = le + important des dieux guérisseurs
Autre histoire : celle de la **Pythie** : Femme avec un Python qui donnait des oracles sur l'avenir/les maladies etc.→ c'est de la que vient le serpent du caducée.
Le serpent est vu comme un signe des Dieux à l'époque.
Amphiaraos : plus un héros militaire qu'un dieu, aurait disparu sous terre grâce à Zeus pour échapper à ses adversaires.
Ilithye *(nouveau de cette année)* : déesse des accouchements

Sur les représentations, + on est important + on est représenté en grand.

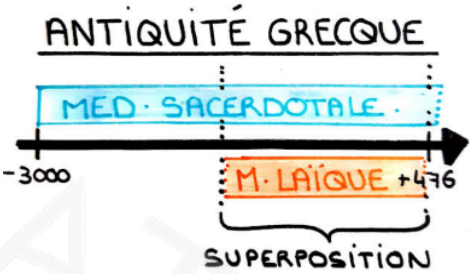
Du coup, quand on était malade :

- On allait dans la ville connue pour avoir un temple qui guérissait la maladie qu'on avait (environ 270 temples pour Asclépios)
- On faisait un don, un sacrifice d'animal quelque chose dans le genre
- On dormait sous les portiques
- Le matin, les desservants du temple venaient **interpréter vos rêves** (= oniromancie (++))

  → cette nuit de rèves = **INCUBATION** *(≠ de la signification d'aujourd'hui, où c'est la période silencieuse de la maladie) (++)*
- On laissait un petit ex-voto pour remercier les Dieux de la « guérison »

Médecine laïque/ rationnelle

Attention ! **Elle se superpose à la médecine sacerdotale mais ne la remplace pas** (++++++++) : on continuait d'avoir des temples guérisseurs etc.



Elle est de **répartition inconnue dans l'espace et irrégulière dans le temps** = il n'y en avait pas tout le temps, ni partout. Et quand il y en avait, on ne sait pas où elle s'exerçait car pas de traces.

Une ventouse géante pendue à une façade servait d'enseigne au médecin (comme la croix verte du pharmacien aujourd'hui.

Les études supposaient un **périple d'étude** : on apprend chez un maitre, puis avec un autre etc. Pas de diplôme dans le sens que nous donnons et cela durant toute l'Antiquité, formation assez brève.

Même après, le médecin peut rester itinérant (Hippocrate), et avoir des aides (accoucheuses, gardes-malades etc.) mais globalement **c'est lui qui fait tout.**

On exerce sans diplôme mais via la réputation.

Corps médical Romain

Méd traditionnelle de la *Pater familias* : l'homme le plus vieux a droit de vie et de mort sur sa famille, c'est lui qui soigne et applique les recettes.

Dieux guérisseurs : encore **+ nombreux** que chez les Grecs. En gros, ils reprennent ceux des Grecs en changeant les noms (Asclépios devient Esculape) et en rajoutent tout un tas pour tout et rien. → Hyper **pieux**/ superstitieux

Pour les Romains, le talent supérieur est celui du combat ; la médecine est subalterne dans leur échelle de valeur.
Après la conquète de la Grèce, Rome cherche à attirer **des médecins de culture grecque, en leur offrant le prestigieux et protecteur « Droit de cité »**, et exemptés du devoir de logement des gens de guerre.

- **Archagatos** : 1er médecins grec invité à exercer à Rome : on le surnomme assez vite Carnifex (le boucher)

Les femmes exerçaient la médecine à Rome

Corps médical Gaulois

Avant l'arrivée des Romains ils n'avaient pas d'écriture. => grande pauvreté documentaire.

Les villes de cures (globalement les mêmes qu'auj) sont réputées ; peut-être surtout visitées par les soldats romains pour s'y soigner.

Cachet d'oculiste en pierre : tampon permettant de graver sur les collyres (qui étaient des blocs solides de plantes médicinales desséchées) leur composition et leur usage contre telle maladie des yeux.

CONNAISSANCES MEDICALES

Anatomie

La littérature ne cite que qualques autopsies sur des condamnés et elles sont **réprouvées**. Souvent on regarde sur les animaux issus des sacrifices, et on extrapole à l'homme.

- **Seuls semble-t-il Erasistrate et Hérophile** à Alexandrie, vers – 240, ont pratiqué l'autopsie.
- On imposait une idée anatomique et tout le monde y croyait sans vérifier dans l'autopsie

Beaucoup d'erreurs (2 utérus, rete mirabile..) et des sources confuses

Médecine = discours ≠ science (++)

Physiologie

*Nb : la physiologie c'est savoir comment **fonctionne** le corps en l'absence de maladie.*

4 principes hippocratiques :

- Observation et raisonnement causal
- **Unité et interdépendance des parties**
- **Natura médicatrix**
- **Tempérament ou idiosyncrasie**

Eléments	Saisons	Humeur dominante	Tempéraments humains
FEU	Eté	Bile Jaune	Bilieux colérique tourment jeunesse
AIR	Printemps	Sang	Sanguin, mâle, plaisir
TERRE	Automne	Bile Noire	Mélancolique, vieillesse
EAU	Hiver	Lymphe, Flegme, Pituite	Flegmatique, femme, engourdissement

Disputes sectaires

En gros, 3 courants de pensées en oppositions :

- **Dogmatiques** : connaître les causes de la maladie
- **Empiriques** : on ne trouvera jamais une explication à tout. On prend les recettes qui marchent et c'est tout
- **Méthodistes** : il faut connaître les symptômes/ éléments communs des maladies

Anesthésie

Des recettes dérisoires à nos yeux. Le vin et qq plantes pouvaient être utilisées, quand on en disposait (rare)

Chirurgie externe (on ne rentre pas « dans le corps »)

Superficielle, sutures de réparation de plaies

Réduction de fractures (luxation de mâchoires, déplacement de vertèbres, luxation d'épaules)

Chirurgies Internes (on rentre dans le corps)

Trépanation

Cataracte

Accouchements :

- 1 accouchement sur 100 aboutit à la mort de la mère (++)
    - Si le bébé se présentait mal : manœuvre interne pratiquée par les plus savants et audacieux
    - Lex Régia « si la mère est morte, sauvez l'enfant » → **donc césarienne uniquement sur femmes mortes à l'antiquité (++)**

Jules César n'est pas né par Césarienne : apparemment quelqu'un dans sa famille avant lui serait né par césarienne, et ça a tellement surpris que le nom est resté dans sa branche de la famille (gens julia).
On accouchait assis ; il existe une représentation d'un accouchement sur un petit fauteuil pliable

Matériel chirurgical (pinces diverses, couteaux, etc. déjà très **élaboré/ méticuleux** → donc des artisans spécialisés et un réseau commercial ++

- Ventouse
- Scalpel
- Spéculum vaginal (disparaitra à la fin de l'Antiquité) (réutilisé sous le 1er Empire par Récamier)
- Tuyaux creux pour l'urologie, sondes métalliques très difficiles à fabriquer (restes à Pompei)
- Scies à os

Art des remèdes

Faits par le **médecin** (pas de pharmaciens à l'époque).

Remèdes simples (= 1 produit) ou complexes (càd plusieurs produit)

Nombreux recueils

Marcellus de Bordeaux
Dioscoride : cite 500 plantes (on pensait que c'était un recueil exhaustif)
Galénique déjà élaborée (pansements, bouillies, tampons etc.)

Boutiques de droguistes vendant de tout ce qui pouvait servir à cela mais aussi à la cuisine, etc.

LIEUX DE SOIN

+++ Domicile du malade (voire parfois du médecin mais exceptionnel semble-t-il)

Stations thermales

Temples des dieux guérisseurs

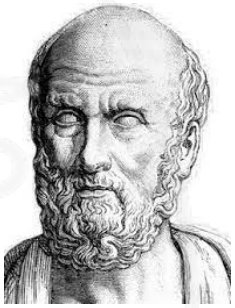
Rares *Valétudinariae* : sorte d'infirmeries, de reposoirs, d'hôpitaux pour les soldats, le long des frontières militaires du Rhin Danube. Equivalent à des infirmeries militaires

BIOGRAPHIES

Hippocrate

Biographie

IVe siècle avant JC(-460 → -375)
Issu d'une famille de desservant du culte d'Esculape
Un peu itinérant



Ecrits

Ecrits hippocratiques : tous ne sont pas de lui (très ANT ou POST donc pas lui),
Equivalent de 1400 de nos pages (mais manque environ 17 rextes cités et non trouvés)
Traduits par Emile Littré (interne en médecine à Paris) à mis de l'ordre dans tout ça

Connaissances

Mais examen soigné : maladie due au CORPS et pas à la vengeance de DIEU !

- Basé sur anamnèse, inspection, palpation *(tjrs le cas ajd)* Succussion Hippocratique : secouer qqn pour déterminer une interface gaz / liquide

Thérapeutique : découle de l'équilibre de la physiologie = les 4 humeurs
Traitement : théorie des semblables et des contraires *(cf cours de pharmaco)*
Pathologies décrites : nombreuses mais reliées à un déséquilibre humoral

- (Un signe porte encore son nom : Hippocratisme digital : dû à une insuffisance respiratoire chronique)

Aphorismes hippocratiques

Nombreuses formules à retenir et qui synthétisent une maladie ou un état. Ce recueil a été longtemps le livre de base des étudiants en médecine : les commenter permettait de tout réciter.
Nous avons encore qq phrases mais plus récentes.
Ex. : « l'accouchée se lève, crie, et meurt » = crée un caillot car longtemps alitée, donc embolie pulmonaire

Galien

Biographie



Il vit plusieurs siècles après Hippocrate, (129 – 200) vient de Pergame (donc grec aussi).
Il commence son compagnonnage à Pergame, puis devient médecin des gladiateurs impériaux, puis part à Rome.
On le connait surtout pour ses écrits : c'est un graphomane (+ de 500 ouvrages). Faisait partie de la nombreuse maison médicale de l'empereur

Connaissances

Objet de foi : si Galien l'avait dit, pendant longtemps on a considéré que c'était vrai sans chercher à vérifier
Ajoute les souffles ou pneumas à la physiologie :

- 3 élans qui lancent les organes

Galénique beaucoup plus riche que celle d'Hippocrate (il a donc laissé son nom à la pratique).
Textes à sa gloire mais interssants car raconte ses anecdotes, les détails de ses raisonnements, critique beaucoup ses confrères (Raconte les consultations, aspect de psychiatrie)

QCMS

Concernant l'Antiquité :
La population est essentiellement rurale.
Les morts violentes concernent 1 squelette sur 5.
Les ex-votos sont des résumés de campagnes des candidats politiques durant une élection.
Les scribes recopient des livres sur du papier plutôt que du papyrus pour les ouvrages particulièrement importants.
Toutes les réponses précédantes sont inexactes.

Concernant l'Antiquité :
Les humains se multiplient rapidement.
La médecine laïque remplace peu à peu la médecine sacerdotale.
La pater familia prohibe l'exercice de la médecine par les femmes.
On accouchait déjà en position gynécologique.
Toutes les réponses précédantes sont inexactes.

ANNALES

<u>22-23 :</u>

Concernant la médecine durant l'Antiquité :
Dioscoride a écrit un inventaire botanique de 500 plantes
La "peste d'Athènes" a entraîné d'importants troubles sociaux.
Galien a été un temps médecin des empereurs.
Les Anciens avaient un préjugé favorable envers les médecins grecs.
Toutes les propositions précédentes sont inexactes

Concernant la médecine durant l'Antiquité :
La mort violente ou dans les suites d'un traumatisme aurait concerné 10% des individus.
Les "sounous" égyptiens étaient omnipraticiens, et certains se spécialisaient ensuite.
Des restes archéologiques d'hôpitaux ont été retrouvés quasi partout dans l'immensité de l'empire romain.
Dès le début de notre ère, la sécurité des accouchements avait été bien améliorée.
Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

CORRECTIONS

Réponses AB
VRAI : Même si elle existe en région urbaine
FAUX : 1 sur 10
FAUX : Il s'agit d'une offrance en demande ou remerciement d'une guérison
FAUX : Le papier n'existe pas encore
FAUX

Réponse E
FAUX
FAUX
FAUX : les femmes peuvent devenir médecin dans l'empire romain
FAUX : on accouchait assise
VRAI

Réponse ABC
VRAI
VRAI
VRAI : Il s'occupait de soigner toute la cour, y compris l'empereur
VRAI : (sauf le premier à venir à Rome, Archagatos vite surnommé le boucher ou boureau : Carniflex
FAUX

Réponse A
VRAI : chiffre important du cours
FAUX : Les sounous n'étaient PAS omnipraticiens, ils ne connaissent ou ne pratiquent qu'un geste spécialisé
FAUX : il existait des *valétudinariae* (ancêtres des hôpitaux) dans l'empire romain, mais celles-ci étaient rares et surtout situés le long des frontières militaires.
FAUX : Durant l'Antiquité, 1 accouchement sur 100 aboutissait à la mort de la mère
FAUX.

LE MOYEN ÂGE

ELEMENTS DE L'HISTOIRE

Contexte politique :

Epoque **confuse** et **mouvementée** dûe aux cadres politiques complexes
Grand **recul de l'instruction** (Charlemagne sait lire mais pas écrire)
Monde violent : guerres, animaux dévorant l'homme, lésions dues aux nouvelles armes

Contexte religieux :

Occident devient **chrétien** progressivement

Contexte démographique :

Villes **encloses** après **270** et jusqu'à Richelieu
Donc déclin des villes, on préfère se rassembler dans des + petites villes, ou dans le centre ville car + simple à fortifier.
Mais, monde massivement **rural** (95 %)
Donc productions massivement agricoles

Contexte climatique et alimentaire :

Le climat est varié (c'est logique car le moyen-âge dure + de 1000 ans)
Fragilité alimentaire : **10 famines par siècle par canton. (++)**

Echanges et voyages :

/!\ malgré tous les contextes, les voyages sont **ininterrompus** mais avec des vomumes réduits.
Les routes *(qui déjà étaient difficiles à l'Antiquité)* se dégradent encore.
Beaucoup de ceux qui voyagent une fois dans leur vie sont des pélerins.
Pèlerinages : Locaux, et les sanctuaires sont nombreux, avec des réputations fluctuantes au fildes siècles

- Lointains : Jérusalem, Bari, saint-Jacques de Compostelle,le Mont-Saint-Michel

Commerce à toute distance : soie, gingembre venant d'une Asie dont on ugnore tout, via les arabes
Guerre et Croisades

DONC : Le Moyen-Age c'est assez violent, à la fois sur le plan climatique, alimentaire et politique.
Pour beucoup, l'échelle des valeurs est la chevalerie et la force au combat, pas l'érudition.
Les guerres, à bien moindre échelle que les nôtres sont endémiques.
Les croisades tendent à développer la chrétienté. Mais persistent les voies de commerce et de rencontre entre marins et marchand. Parfois davantage.

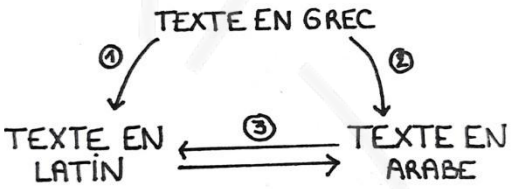
SOURCES DE L'HISTOIRE

Sources écrites

Rappel : durant l'Antiquité la langue savante est le grec, mais, après la chute de l'Empire Romain, les contacts avec le monde grec sont difficiles. On oublie assez tôt le sens des mots et la lecrure.

C'est pour ça qu'au MA, la langue savante devient le latin.

Textes antiques grecs achetés, volés, traduits avec des erreurs de traductions
Saisie des textes helléniques (car peu de textes savants arabes de base) et traduction dans **le bureau des traductions de bagdad** (++)
Retraduction de l'arabe vers le latin à l'occasion de rencontres



Les textes sont écrits à la main : donc c'est long, cher, du coup on faisait des abréviations, mauvaises traductions ; donc au fur et à mesure on perd le sens initial du texte.

<u>Les populations continuent de se rencontrer :</u>

- **Salerne** (ville italienne au Sud de Naples): ville côtière très commerçante, mais quand la mer était mauvaise, les bateaux ne pouvaient pas repartir, donc on restait habiter Salerne quelques mois, et on échangeait nos connaissances avec différents peuples/cultures. C'est ici que sera crée **la première école savant médicale de l'Occident (++)**

Autres sources

Enluminures, dessins, fresques, tableaux
Gravures : permet d'avoir beaucoup d'exemplaire
Restes divers : statues, outils etc.

ETAT DE SANTE DES POPULATIONS

Démographie

N'a pas beaucoup changé de celle de l'Antiquité, son étude était approximative.

Parfois évolution **négative** :

Des villes disparaissaient, épidémies donc les gens mourraient ou déménageaient pour ne pas mourir justement → Remodelage +++

> *Rappel de Un monde sans médecine :*
>
> *Au MA, on est toujours sur **l'espérance de vie de nature**, soit 31 ans (c'est valable jusqu'en 1870)*

Mortalité :

D'abord 30 % avant 1 an : la mortalité infantile est intense. Il est arrivé que l'on représente les enfants décédés sur les tableaux.
Puis, 3 à 5 % par an → On meurt à tout âge

Hygiène

L'hygiène personnelle est attentive, tandis que l'hygiène collective est absente (++)

Personnelle : on se lave dans des bains publics (ou étuves) ➔ beaucoup moins de pudeur qu'au XIXe.
Mais, à la fin du MA, on commence à se dire que ça n'est pas très moral : soupçon de pêcher de chair !
Les **vêtements sont simples,** donc on en change souvent parce qu'ils n'ont pas grande valeur. (++)
Il existe tout de même des **ectoparasites** comme les poux, morpions etc.

Collective : Les rues sont sales, on ne nettoie pas. Porcs et autre bétail circulent librement malgré les interdictions. Les rats sont nombreux.

Enterrements dans les églises

Le but, c'était d'être enterré le plus près possible du l'autel (++)

En priorité pour les Rois, évêques, personnalités importantes
Sinon, on était enterré plus loin : dans la nef, voire dehors, au bord de l'église.
Pourquoi ? Toujours dans cette influence chrétienne ++ : Plus on était près de l'autel plus on allait ressusciter dans la **splendeur du corps** (++)

Alimentation

Toujours une Malnutrition : (++)

Quantitativement :

Environ 10 famines par siècles par canton (++)
Dans ces cas là, le canton voisin/zone voisine moins touchée apportait un peu de provisions mais c'était difficile en raison de la peur de manquer aussi plus tard, de douanes diverses, des voies de transport impraticables (rivières gelées, routes effondrées, détours quand un pont et ruiné, etc.
L'alimentation a un impact majeur sur la santé d'une population.
Impactées ++ par le climat
Courbes de T°c reconstituées à partir des arbres et carottes glacières, de la date des vendanges etc.

Qualitativement :

Routine alimentaire : comme durant l'Antiquité, on mange toujours la même chose donc on est carencé.
On ne sait pas conserver et on n'a pas forcément ce qu'il faut (sel, sucre, silos, greniers sans rats)
Cela entraine des carences : en sels minéraux, en vitamine etc. Qui entraînent des maladies :
Par exemple : le **SCORBUT** (++): carence en vitamine **C**. *La vitamine C est essentiellement présente dans les aliments frais (fruits légumes..) Donc cela touchait surtout les marins qui se trouvaient de longs mois sur un bateau sans produits frais*

On mange alors 1 kg de pain par personne et par jour (++) : pas forcément du blé (car bcp + fragile avec le climat) mais surtout de l'orge, du seigle.
On faisait des gros pains car ils sèchent - vite et on le mélange à un bouillon pour donner du goût

Problème de la soudure (++) : avril-juin
La soudure arrive au début du printemps : c'est lorsqu'on a épuisé toutes les récoltes de l'année passée, et que celle de cette année ne sont pas encore arrivées. C'était un **enjeu sociétal important** ; on le sait car très représenté sur les tableaux (++) : Pierre Bruegel : proverbes flamand, « *rêve du pays de Cocagne* ».
C'est aussi la saison de plusieurs maladies infectieuses : quand l'hiver n'a pas été super froid, les agents pathogènes n'ont pas été « tués » par le froid et donc se multiplient abondamment au début des beaux jours

Maladie liée à l'alimentation : **l'ERGOTISME (++)**
Cause : parasite végétal qui comporte une substance, la dihydroergotamine qui est mêlé à la farine du seigle, et donc incorporé au pain. (représenté par des membres en feu sur les tableaux)
Pharmacologie : **vasoconstriction** ++ (le diamètre des vaisseaux diminue → les extrémités des membres ne reçoivent plus de sang → nécrose des extrémités
Solution pour palier cela : apporter des grains venant d'ailleurs : Les Antonins (ordre religieux mendiant) représentés avec un grand bâton, le Tau, et une cloche) : ils apportaient du grain venant d'ailleurs donc intact. Ils avaient le droit de laisser leurs cochons dans les rues.
Antonins fait référence à Saint-Antoine.

Maladies infectieuses (++)

Apprenez bien cette partie, tous les ans pratiquement il y a au moins 1 item dessus (voire +)

/!\ Il faut bien comprendre que nos maladies d'aujourd'hui existaient déjà (grippe coqueluche, scoliose etc..). Le Pr s'attarde surtout sur celles qui ont été dévastatrices.

La lèpre

1. Caractéristiques :

D'installation **lente** / torpide (plusieurs années)
2 formes : **lépromateuses et tuberculoïde** *(Ne pas confondre avec les 2 formes de la peste !)*
Origine **bactérienne**, mais **PEU contagieuse** (++) contrairement à ce que l'on croyait
Atteint les nerfs (perte de la sensation de douleur/chaleur cutanée), la peau surtout (visage léonin, mal perforant plantaire), les muscles (fonte des éminences thénars) : elle peut atteindre tous les organes !

2. Conséquences sociales :

Diagnostic approximatif (toute maladie de peau = lèpre) par qui veut bien approcher le malade : le seigneur ou le curé, etc. Les médecins sont très rares.
Peur de la contagion, on expulsait les lépreux dans des **léproseries (++)** (2000 à 3000 en France, souvent de petite dimensions ; elles accueillent souvent 8-10 personnes)

- Petites communautés où on faisait des travaux manuels, des cordes, ressources venant de la dime
- Les lépreux devaient se déplacer avec une crécelle, un grand chapeau et des chaussures.

« Mort civile » : on pouvait assister à son propre office mortuaire, le contrat de mariage était dissout etc.
Pas de ttt efficace au MA

3. Evolution de la maladie :

Diminue aux temps modernes avec l'apparition de la **tuberculose**
Défense croisée entre les 2 mycobactériums

- N'a pas disparu : aujourd'hui, 1000 nouveaux cas/ an en France et 500 000 dans le monde
- Ajd ttt = Antibiotiques
- Au 20e siècle on enfermait encore les malades au Japon ou en Roumanie par exemple.

La Peste (++)

IMPORTANT : avant qu'on isole le germe au 19e on appelait « peste » un peu toutes les pandémies :

- Première pandémie :f in de l'empire romain ➔ on n'est pas sûr que c'en était une...
- La 2e : **1348** en Occident = **Peste Noire** *(la date est à savoir)*

Le foyer initiale, le réservoir est en Mongolie. On a eu des retours de peste durant 400 ans
Dernier retour en France = Marseille 1720
Encore des cas aujourd'hui, notamment en Asie
→ **La peste n'a PAS disparu** (ex. : USA)

4. 1. Point de départ de la peste :

Guerre de siège près de la Mer Noire, on catapulte les cadavres infectés par-dessus les murs, donc en contact avec les Génois. Les Génois fuient → retour à Gênes , 60 % ne meurent pas en route et contaminent la région, puis ça s'étend à l'Europe

5. 2. Plusieurs formes

- Peste **bubonique** : bubons càd des ganglions qui gonflent, très douloureux, surtout au niveau de l'aine et de l'aisselle. Tuait en 1 semaine
- Peste **pulmonaire** : contact par les postillons → mort très rapide parfois subite = « malmort » redoutée ++ parce qu'on n'avait pas le temps de se confesser de se préparer.
- Autres formes plus rares

6. 3.Conséquences



→économiques :

1/3 de l'Europe meurt entre 1348 et 1352 (++)
Arrêt brutal du commerce car on ompose des quarantaines, donc théoriquement 40 jours d'isolement dans des « lazarets » pour débarquer hommes et marchandises → commerce ralenti
→ sociales

Rien n'est prêt pour accueillir une aussi grande mortalité → on fait des fosses, les rites mortuaires sont (-) respectés…
Pinces à cadavre
Les médecins avaient un costume caractéristique : avec un long nez contenant des aromates (tjrs dans l'idée de purifier l'air et protéger contre les mauvaises odeurs) → pas destiné à faire peur à la maladie !
→ on associait la puanteur cadavérique à la transmission de la maladie (++)

Orphelinats ++
Désorganisation totale, ↗violences



<u>On invoquait les saints : (++)</u>

- **Saint Roch :** (il a vraiment existé) : le bubon sur la cuisse, le pain, le chien

  La légende : « il avait la peste et était dans la forêt, chaque jour un chien venait lui apporter un pain »
  ➔hyper représenté en Occident

- **Saint Sébastien** : criblé de flèches

  La légende : « son martyre a été d'être couvert de flèches » les flèches symbolisent les douleurs brutales des bubons (son martyre de base n'a aucun lien avec la Peste)
  On invoque St Sébastien pour être protégé de la Peste



Traitements dérisoires :

- Percer le bubon
- Isoler les malades
- Hôpitaux organisés dans l'urgence
- Purification de l'air (grands feux dans les croisements)

Découverte du germe : *ne date pas du MA !!*

- **Alexandre Yersin :** a isolé la bactérie : c'est une maladie infectieuse
- **Simond :** a compris le mécanisme de transmission : par la puce du rat
    - Mode de transmission : Les puces portent le germe, et lorsqu'elles piquent le rat pour se nourrir, elles leur inoculent ce germe. Le rat meurt donc la puce cherche un nouvel habitant : l'Homme. De la même manière, elle pique, inocule le germe qui est transporté jusque dans les ganglions (aisselle, aine), qui gonflent, c'est ce qu'on appelle les bosses ou bubons.

FORMATION DU CORPS MEDICAL

/ !\ Ce qu'on appelle école ou université à l'époque n'a pas le même sens qu'aujourd'hui ! cela ne fait pas référence à une salle de classe/amphi mais plutôt à un rassemblement de personnes/savoirs.

Les médecins

Pendant longtemps : pas grand-chose

Formation comme durant l'Antiquité, on voit différents maîtres et on se lance quand on se sent prêt.

Durant le haut MA, l'écriture a quasi disparu ; seuls les moines, certains scribes ou copistes s'y adonnent.

Salerne : 1ère école savante → bonne réputation d'être passé par là

Après l'an 1000-1100 : début de l'Université

On (souvent le curé) enseigne aux petits enfants (parfois aux plus âgés) là lire, écrire et compter.

Ensuite, si on veut suivre une formation « universitaire » on doit passer la **maîtrise ès arts :** (++)

- **Trivium** : grammaire, rhétorique, dialectique *(mnémo : matières littéraires)*
- **Quadrivium** : arithmétique, géométrie, astronomie, musique *(mnémo : matières plutôt scientifiques)*

Enfin, université avec seulement trois branches :

- **Théologie** (les plus longues) : rapport entre l'Homme et son destin
- **Droit** : Rapport entre l'homme et les hommes ou l'homme et ses biens

- **Médecine** : études les plus courtes et les moins prestigieuses des trois : rapport entre l'Homme et son corps

Les Universités ne sont pas toutes stables : elles subissent les aléas des épidémies, des guerres de siège → niveau inégal des universités, et des réputations.
Pas forcément de bâtiment comme maintenant, parfois on enseignait à domicile, dans des chapelles etc.
Pour que cela devienne une institution un peu plus « officielle » on en sollicitait du pape une bulle *(bulle papale / pontificale = « document scellé par lequel le pape pose un acte juridique important »)*
Mais ces universités sont tout de même autonomes ce qui explique les différences de niveaux entre elles

➔ La première : Montpellier, il y en aura 18 en France à la fin du MA (++)

Globalement, l'enseignement était : (++)

- (+) court qu'aujourd'hui : bachelier en 3 ans + 1an de licence + 1 an de doctorat = 5 ans environ
- **Scolastique** : càd fondé sur le discours, avoir raison sur tout, dans le respect des écrits (venant souvent des auteurs antiques comme Galien → donc les mêmes erreurs étaient enseignées)
- **Catéchisme** : on apprend par cœur les réponses à des questions
- **Orale** : on rabâche les choses mais on n'écrit pratiquement pas, le papier et les livres étant rares et couteux (et en LATIN, ce qui gommait les incompréhensions entre les innombrables dialectes)
- **Théorique** = ex cathedra. On ne va pas au lit du malade, pas d'autopsie. Parfois un jardin botanique pour enseigner les plantes
- **Catholique** (cf influence de l'église au MA) : donc on n'y trouve que des **clercs** (donc des hommes)

  Quelques femmes médecins encore au MA, elles exercent mais sans avoir été à l'université
  Quelques non-chrétiens sur autorisation papale/royale

Résumé de la formation :

Enseignement par le curé	Maitrise ès arts : Trivium	Maitrise ès art : Quadrivium	Université : Bachelier	Université : Licence	Université : Doctorat	Médecin exerçant

Apothicaires et chirurgiens

≠ études. On parle de **formation/apprentissage/compagnonnage**
Chez un maître, on commence par des petites tâches.

Matrones

Quelques matrones royales : les seules qui doivent avoir une connaissance de la parturition.
Le reste est assuré par qui le veut bien : souvent une femme, veuve, pas de formation ; ont seulement accouché elles-mêmes, femmes dignes de confiance.

- Peu rémunérées
- Elles font aussi garde malade, garde d'enfants et les toilettes mortuaires (++)

Chirurgie dentaire

Pas de dentistes à l'époque (++) ! Les extractions de dents, vouée à faire cesser la douleur sont réalisées par ceux ayant les outils (tenailles..) ; à savoir souvent le maréchal ferrant, le forgeron etc.

POSITION SOCIALE

Médecins

Liberté d'exercice jusqu'au 14e siècle

Rares, exceptionnels → quasi pas de corps médical avant le 7e siècle

Donc exercent en **ville ++**

Les médecins, donc clercs, ne peuvent pas se marier.

Mais très vite ça pose problème donc l'église veut très vite séparer les 2 :

- Celui qui se consacre à l'apostolat religieux ne donne pas de soin.
- Donc pas de cumul des métiers : on ne peut pas être prêtre + médecin. (théoriquement)

Concile de Tours : l'église ne veut pas faire couler le sang → **séparation des métiers de médecin et de chirurgien (++)**
Représentation des minatures : le médecin porte une robe longue, et parfois bcp + grand que le patient.

Chirurgien

A la fois, chirurgien, coiffeur, barbier, étuviste, c'est lui qui fait les actes.

Apothicaires

Il n'y en a pas avant le 13e siècle, c'est le médecin qui fabrique les médicaments

Plus tard, quand il y en a, ils sont dans les **villes**.

- Difficulté à se procurer les plantes/ la marchandise.
- Confusion avec le métier d'épicier.
- Plusieurs règles leurs sont imposées au fil des années : ils doivent avoir un livre de recettes, puis doivent savoir les lire.

Matrones

Souvent **veuves**, peu rémunérées,

CONNAISSANCES MEDICALES

Globalement **pas d'évolution** par rapport à l'Antiquité (++)

Anatomie	**Quelques autopsies mais rares ++,** réalisés sous autorisation religieuse C'est vu comme une profanation, contraire à la dignité humaine
Physiologie	Toujours les 4 humeurs, avec une **influence astrale** (++) : (tel moment de l'année + favorable à tel organe) Théorie du **microcosme** : l'humain est un petit monde à lui tout seul
Médecine	On mire les urines dans les **matulas** (= pot à urine) = **uroscopie (++) :** symbolique du médecin **1ers verres correcteurs** à la fin de la période (1300) **Pas de percussion ni d'auscultation** : seulement palpation et interrogatoire. Poses de ventouses Réduction luxation d'épaule Cautérisation
Chirurgie	**Anesthésie** : par plantes et opium On perce les abcès, on brûle aux cautères, on abaisse la **cataracte, on suture** Utilisation d'outils **de + en + sophistiqués** Utilisation de sangsues pour les **saignées** : saignée = *the* geste médical de l'époque
Remèdes	**Nouvelles plantes**, sels, minéraux : on enrichit progressivement le manuel de Dioscoride **Jardins botaniques** → on décide de planter tel type de plantes, sert aussi pour la formation Début de **l'Alchimie** **Manuels** d'officine, nouvelles présentations galéniques (ex. : lavement)
Chir Dentaire	**Traces de soins peu nombreuses**, on arrachait des dents
Accouchements	Les **matrones** sont seulement là pour recevoir et tirer un le bébé et doivent l'ondoyer (baptême urgent) en cas de malheur Mais on regarde beaucoup moins (pudeur) Césarienne **uniquement sur femme morte**

→ On se réfère beaucoup aux saints protecteurs : (++) leur liste locale est interminable. Ici les principaux

Par profession :

- **Saint Côme et Saint Damien** : protecteur des chirurgiens (représenté greffant une jambe noire sur un H blanc)
- **Saint Luc** : protecteur des peintres et des médecins
- **Sainte Apolline** : protectrice des dentistes : son supplice fut d'être édentée

- **Sainte Marguerite** : protectrice des accouchements/césariennes : a été dévorée par un dragon et en est sortie en lui ouvrant le ventre avec sa croix

Par maladie/problème (rappel de ce qu'on a vu plus haut)

- **Saint Antoine** : ergotisme
- **Saint Roch / Saint Sébastien** : Peste

LIEUX DE SOINS

Le domicile (++)

On restait **le plus possible à domicile**, les voisins s'organisaient pour apporter le nécessaire.

Place importante ++ de la religion par rapport à la médecine

Errance et mendicité

On pèlerinait jusqu'à un sanctuaire toujours avec la volonté de guérison.

On allait loin (Jourdain) ou près (St Méen, Mt St Michel)

Les léproseries

Cf : la lèpre

L'Hôpital

Création seigneuriale ou monastique, avec un patrimoine légué par un puissant ou des mourants ; les biens sont dits « de main-morte », càd invendables dans l'avnir. Le parimoine est fait de petits biens dispersés.

Mais **déficit permanent** et croissant au fil du MA ; obligation de le combler par l'impôt local.

La vie y est **communautaire**, avec un rythme **religieux** ++ :

- On entend la messe chaque jour, souvent dans le dortoir lui-même
- Personnel civil rare (car doit être payé) → on trouve plutôt un curé, des sœurs

On accueille tout le monde et pas seulement des malades : malheureux, mendiants, veufs, orphelins, parfois soldats en mission, etc.→ **médicalisation sera tardive**

QCMS

Concernant le Moyen-Âge :
Les populations ont augmenté de manière constante.
On utilise en tant que langue savante principalement le grec.
Salerne est la première université uniquement dédiée à la médecine.
La profession de dentiste n'existe pas encore.
Toutes les réponses précédentes sont inexactes.

Concernant le Moyen-Âge :
Le scorbut cause la vasocontriction des extrémités.
Le scorbut est causé par une carence en vitamine K.
Les villes sont plus grandes que pendant l'Antiquité.
St Eliott est invoqué pour être protégé de la peste.
Toutes les réponses précédentes sont inexactes.

ANNALES

Concernant la médecine durant le Moyen-Âge :
En Occident, l'héritage médical antique a été méprisé dès les invasions barbares.
Le culte des reliques et les pèlerinages étaient souvent associés à une demande de guérison.
L'opium était considéré comme le meilleur remède anti-douleur.
La pratique de "mirer les urines" a duré plusieurs siècles.
Toutes les propositions précédentes sont inexactes

21-22 :

Concernant la peste :
Son foyer de départ est en Asie centrale.
La puce est un vecteur ordinaire du germe.
C'est la pastorien Yersin qui a mis en évidence le rôle d'une certaine bactérie comme cause de la peste.
La mise en quarantaine des voyageurs venant d'Orient était une procédure habituelle en temps de peste.
Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

CORRECTIONS

Réponse D

FAUX
FAUX : Le latin au Moyen-Âge
FAUX : Ce n'est qu'une école sans titre donné par la pape ; elle s'occupe uniquement de médecine
VRAI
FAUX

Réponse E

FAUX : C'est l'ergotisme
FAUX : En vitamine C
FAUX : Car elles sont encloses
FAUX : Mais votre super tuteur vous sauvera dans votre compréhension du système de santé !
VRAI

Réponse BCD

FAUX : On respectait aveuglément les textes des médecins antiques
VRAI : On faisait un pèlerinage dans le but d'implorer sa guérison ou celle d'un proche.
VRAI : Ce n'était pas considéré comme une substance dangereuse et addictive comme maintenant.
VRAI : jusqu'à la fin du 17ème siècle
FAUX

Réponse ABCD

VRAI : Originaire des steppes de Mongolie
VRAI
VRAI
VRAI
FAUX

LES TEMPS MODERNES

NOTIONS GENERALES DE L'HISTOIRE

On découvre que la Terre est ronde

L'astronomie est bouleversée. L'intuition d'Ératosthène est confirmée par la découverte de l'Amérique : la terre est une boule. Plus surprenant et contre intuitif : la terre tourne autour du soleil ; la *Genèse* se trompe donc et cette affirmation de Ptolémée était un abus. **Copernic + Kepler + Galilée** osent contredire les écrits das Antiques et les affirmations de la Bible. Savoir que ces notions n'atteignent qu'une infime minorité des populations, dont l'imaginaire ne se modifia qu'en plusieurs siècles.

C'est aussi le temps de la Réforme (notez que ce n'est pas une destruction) religieuse, tant dans le choix des textes, que leur compréhension, d'où découla une liturgie différente. Une autre institution que l'Église romaine s'installe peu à peu. C'est aussi un changement des « géostratégie ».

Evolution de la place de l'Eglise dans la société

On a d'abord eu la **réforme**, à l'origine du **protestantisme** : volonté d'un retour aux sources après s'être rendu compte que la bible comportait des erreurs → création d'université protestantes

- ↘ de l'importance de l'Eglise catholique laquelle répond par la Contre-réforme du concile de Trente. Elle développe une surveillance sérieuse du clergé et maille bien davantage sa surveillance des mœurs.

Imprimerie (1450)

Ca va modifier complètement mais **lentement** la transmission du savoir

➔ En un siècle, et malgré des lacunes corrigées aux siècles suivants, on reconstitue le catalogue des écrits grecs. Les passages des croisés avaient renoué des liens avec Bysance. Sa chute en 1453 mène à un afflux d'exilés. Donc, redécouverte de nombreux auteurs antiques, traduction en latin (et autres langues locales)

Nb : les livres imprimés avant 1500 dits « incunables » *(inclassables).*

Développement et intérêt nouveau pour les sciences

1666 : création de l'académie des sciences par Louis XIV (14) : permet la rencontre des esprits savants

Au fil des TM, création de nombreuses académies et société savantes, nationales ou de province.
Echanges nombreux entre elles → regroupement de personnes instruites où l'on fait des expériences :

- **Alchimie** : décomposition de l'air, puis de l'eau (petit rappel : à l'Antiquité et par extension au MA, l'eau et l'air était considéré comme des éléments fondamentaux (donc indivisibles))

/!\ Cet intérêt ne concerne qu'une toute petite partie de la population : on sort bien du MA, où **l'analphabétisme** était très courant et la religion au centre de la pensée : les sciences sont parfois vues comme marginales

Découverte du monde

Des voyages lointains :

On n'explorait que les **zones côtières** au départ (++)

On découvrait des **plantes** exotiques : gayac, café, chocolat, maïs, patate, quina quina (=> quinine anti-fièvre) (*cf pharmaco*) et beaucoup d'autres (fruits, légumes, fleurs décoratives, etc.)

➔ Mais on a aussi des conséquences négatives comme les chocs infectieux :

- Grippe amenée en Amérique d'où une mortalité +++
- Retours de peste dans le cas des voyages en Orient (cf fiche sur le MA)

Des pèlerinages locaux :

Aux Temps modernes la notion de frontières devient plus rigoureuse pour les individus. Les pélerinages lointains deviennet difficiles, remplacés par les locaux, toujours très actifs.

Un voyage de guérison célèbre : le **Toucher des écrouelles** (++) : à une date précise (sacre, fêtes...), on pélerinait de toute le France et même au-delà, pour s'agenouiller devant le roi et bénéficier de son pouvoir « Thaumaturgique » : il touchait les **écrouelles*** et on était censés en guérir : « je te touche, Dieu te guérit »

> ***Petit rappel d'un monde sans médecine :***
>
> *Les **écrouelles** font références aux gros ganglions gonflés que l'on retrouve dans la **tuberculose ganglionnaire** (elle-même aussi appelée **vice scrofuleux**).*
>
> *3 noms pour 1 seule maladie*

Importance de l'agriculture

Economie dépend de l'agriculture qui dépend elle-même du climat

- Petit âge glaciaire qui dutre deux cents ans : températures basses et moindres récoltes.
- Cela amènera notamment à **un exode des ruraux vers les villes** (++) avant un retour à la terre quand la famine se dissipe.

Mais, la production agricole est **insuffisante** par rapport à l'augmentation de la population : donc toujours **environ 10 famines par siècle** (++)
Du coup, ce chiffre est valable de l'Antiquité aux Temps Modernes

SOURCES DE L'HISTOIRE

Registres de mariages, baptêmes, sépultures (un peu l'ancêtre de **l'état civil***)

- Rapports des intendants
- Mémoires et correspondances privées
- Comptabilités des établissements de soin
- Presse médicale '*Journal des savants* '
    - Permet de savoir quelles étaient les préoccupations médicales du moment
    - Influencée ++ par l'imprimerie : on imprime surtout des ouvrages religieux (livres, gravures) , mais aussi un petit peu de presse médicale
    - Diffusion de divers écrits (almanach, prédictions astrologiques ou météorologiques (!) dans les lieux ruraux par des **colporteurs** (++) : ils vendent aussi des bijoux, rubans, livres, gravures

ETAT DE SANTE DES POPULATIONS

Démographie

France = Pays le + peuplé d'Europe (et de loin) (++) → 15 millions en 1500 – 28 millions sous la Révolution

C'est aussi le 1er pays à faire sa **Transition démographique** à la fin du 18e siècle

Comment ? Petit à petit dans les classes sociales élevées, on a une ↘ du nombre d'enfants :

C'est l'idée du coït interrompu, sous Louis 14 = **funestes secrets (++)**

- On fait moins d'enfants, mais on s'en occupe mieux : préoccupation de l'éducation infantile
- L'Eglise est contre cette idée

Hygiène

Hygiène corporelle (personnelle) et collective en déclin.

Pourquoi ?

- **Discours religieux** : comme à la fin du Moyen-âge, on réprouve l'indécence des bains publics ➔ donc on se lave moins
- Développement d'un **désir de paraitre** : costumes très couteux, très chargés et donc par conséquent qu'on change moins souvent, on se poudre le visage, on met des **perruques** → les cheveux étant souvent ras en dessous, on souffre moins des poux ++

Alimentation

Insuffisante et **déséquilibrée** comme auparavant (donc quantitativement et qualitativement) (++) : bcp de pain, peu de viande

A la FIN de la période : célébrité de la gastronomie française, et usages de propretés

Antoine Parmentier : il était **pharmacien des armées a promu** l'utilisation de la pomme de terre (bcp moins influencé par le climat) → 19e siècle ++ = fin des famines
Attention ! même si la pomme de terre arrive à la fin de la période (fin 18e-début 19e), on considère l'alimentation insuffisante et déséquilibrée pour la période !

Epidémies

Toujours la **lèpre**, la **Peste** (Peste de Marseille en 1720), la **grippe**, la **coqueluche**, la **tuberculose**, …

Syphilis

Syphilis : maladie bactérienne, par contact **vénérien sauf exception**

/! On pensait qu'elle venait d'Amérique, alors que non pas vraiment, c'est une coïncidence :)
On l'appelle **aussi GRANDE vérole** (alors que **Variole** = petite vérole) (++++++) : car formes et lésions « variées »
Maladies en 3 temps :

- **1er temps (syph pirmaire):** chancre = ulcérations superficielles au niveau des organes sexuels
  externe chez l'H,
  plus interne chez la F donc on le voit + tard, elle a le temps de contaminer + de personnes avant de se rendre compte qu'elle était malade.
  Puis quasi disparition des lésions / on prend moins de précautions
- **2e temps (syph secondaire)** : manifestations cutanées variées (par exemple : le « collier de Vénus ») → ttt par l'onguent gris (# pommade) (du mercure mélangé à de la graisse de porc (axonge)
- Ce ttt aux conséquences graves (perte de dents, tremblements, ou pire) est nommé : « les grands remèdes »
- **3e temps (syph tertiaire)** : phase psychiatrique ou paralytique (délire mégalo-maniaque) → annoce la fin.

Beaucoup de morts car pas de ttt réel avant les ATB

- La terreur qu'inspire cette maladie a longtemps modifié le rapport au sexe des populations.

Cf « Un monde sans médecine » : La Variole est la seule maladie éradiquée (depuis 1977). Elle est également appelée la petite vérole.

Vieillesse

Prématurée

On a toujours les mêmes chiffres de mortalité qu'au MA : **30 % avant 1an ; 3 à 5 %/ an après**

FORMATION DU CORPS MEDICAL

Formations des médecins

Mêùe schéma d'étude qu'au MA ; puis maitrise ès arts, puis université.

↗nombre de facultés (+ 8 nouvelles)

Représentations : nombreux étudiants réunis, que des hommes, peu de livres dans les bibliothèques et très peu sur la médecine

Au départ : non étatique

Comme au MA, ces université sont des créations locales, d'un prine, d'un évêque. Donc les loyens disponibles et le niveau sont inégaux.

- Certaines sont très bonnes mais chères (Montpellier domine, Paris suit (++))
- D'autres « vendent » des diplômes plus qu'autre chose (Reims)

Puis, 1696-1707 : Edit de Marly par L14 : (++)

Il constate qu'il y a des édecins +/- charlatans, ignorants
Donc il va impose : des **matières** : anatomie , pharmacie chimique et galénique, démonstrations de botanique et demande du matériel pédagogique plus développé (ça se développe tout au long de la période, et finit par devenir même une anatomie artistique)

- Tableaux / planche d'anatomie
- Cires réalistes (cher +++)

- Des moyens : autopsies pour apprendre l'anat, démonstrations de botanique
- Mais l'enseignement reste théorique. On ne va pas au lit du patient

Création du Jardin du Roy et **Collège du Roy**

En réalité ce n'est pas forcément appliqué, car cela coute très cher pour les villes d'avoir un jardin Botanique

Formation des chirurgiens

Compagnonnage ++ (déjà le cas au MA) ; ce ne sont pas des études.

Apparition tardive des cours → donnés par la communauté locale (en ville) quand il y en a une (càd quand il y a plusieurs)

Formation des Apothicaires

Même chose que pour les chirurgiens

Pour avoir la maitrise, on a des examens sous la tutelle des médecins (durera jusqu'en 1920)

En fait, pendant la WW1, la pharmacie a fait preuve de ses compétences donc ils ont un peu revendiqué d'échapper enfin à la rutelle des médecins.

Formation des Matrones

Aucun enseignement ; Souvent fait par une voisine, parente, garde-malade ou qui veut bien.

Le peu d'enseignement qui existe est fait par **catéchisme** (on apprend par cœur les réponses à des questions) car la plupart étaient analphabètes. (quelques essais timides et généreux) avant la fin fin de la période). Un nom à retenir : **Angélique du Coudray (++),** Matrone royale, s'est lancée dans l'enseignement de l'accouchement à travers la France, grâce à des mannequins d'accouchement, financée par L15

- On a donc des matrones qui INTERVIENNENT (alors qu'avant elles ne faisaient que de recueillir l'enfant)

On a aussi une intervention parfois, du **chirurgien dans l'accouchement**, avec des cires anatomiques :

- Usage des Forceps
- Rappel Si l'enfant est mort et reste in utero, ondoit le découper et l'extraire si l'uterus ne se contracte plus.)

Axiome célèbre : *« toute douleur abdominale chez une femme en âge de procréer est une grossesse extra-utérine jusqu'à preuve du contraire »*

POSITION SOCIALE

Position sociale des médecins (robe longue)

3 500 médecins en France en 1789

Le médecin est donc **rare**, coûteux et par conséquent en **ville** (++) (comme au MA finalement)

Organisation administrative **très hiérarchisée**

- Dépend du **1er médecin du Roi** : c'est lui qui nomme les médecins experts, ceux qui ditrigent les communauté de médecins dans les villes qui en disposent, qui serait un peu l'équivalent de l'ARS, du ministère de la santé etc.

Toujours une référence aux saints protecteurs, qui permettent l'organisation des professionnels en **confréries : Saint Côme et Saint Damien** pour le corps médical. (Au XIXe, ce sera la société Saint-Luc)

Position sociale des chirurgiens (robe courte)

15 000 → donc plus nombreux que les médecins

- Exercent donc en tous lieux : urbain comme rural
- Mais concurrence avec les charlatans, rebouteux
- Origine et Position sociales plutôt **modestes**

Organisation administrative :

- Peu encadrée, influence moindre du 1er chir du Roi en zone urbaine
- En zone rurale : liberté +/- complète : il est parfois aussi étuviste, barbier, coiffeur

Emancipation **lente** (au 17e siècle)

- D'abord **séparation** avec les métiers de coiffeur, barbier étuviste
- On leur impose ensuite un **examen** et on crée une **académie** approuvée par le Roi
- Puis deviennent une profession **libérale**, càd qui nécessite un diplôme (c'est grave la classe pour eux)
- Enfin, **le 1er chir du roi ne prête plus serment entre les mains du 1er médecin du Roi. Il sot émancipés de cette tutelle.**

Position sociale des dentistes

Activité **composite** : font à la fois des soins et du commerce de produits pour l'hygiène buccale

Souvent exercice **forain** : il va de ville en ville, est annoncé avec des affiches puis change d'endroit lorsqu'il a soigné tout le monde.

Concurrence ++ avec les charlatans et maréchaux-ferrants (++)

Croyance de l'époque : si on a mal aux dents il n'y a pas d'autre choix que d'**arracher**, donc avec une pince, donc pouvait être fait par ceux ayant des pinces, à la fois en ville et en campagne. Les populations ignorent que d'autres soins (encore très modestes) seraient possibles. Mais quasi toujours, on consultait trop tard.

Pierre Fauchard : rédige un ouvrage « de l'Art dentaire » : c'est un peu le fondateur de l'art dentaire tel qu'on le connait. Premier livre entièrement empli par l'art dentaire, théorisé. Mondialement connu maintenant.

C'est aussi l'époque où les réglements distinguent les « chirurgiens experts pour les dents ».

Toujours des représentations de **Sainte Apolline** (tenaille + dents)

Position sociale des apothicaires

On passe d'une petite échoppe ouverte sur la rue par un étalage, à une **véritable officine** (càd qu'on a le laboratoire où l'on fabrique + le magasin où l'on vend) (++) → On fabriquait sur demande les médicaments. Pour certains produits quand même, on en faisait des stocks de précaution, à l'avance.

Concurrence ++ avec les religieux, qui donnaient des médicaments gratuitement → donc ↘ du nombre de pharmacies au 18e siècle.

Pb des **remèdes secrets** (++): (mdts dont le fabricant ou vendeur ne divulguait pas le contenu exact) → quand le mdt était réellement intéressant, le Roi pouvait acheter le secrte, la recette, et la diffuser largement pour que tous les pharmaciens y aient accès (*ex L14 et le quinquina)*

Déclaration de 1777 : uniquement applicable à Paris → on en parle car :

- Marque la séparation avec le métier d'épiciers
- Est la 1ère utilisation du terme 'pharmacien' qui remplacera vite 'apothicaire', devenu péjoratif au temps de la Révolution.

CONNAISSANCES MEDICALES

Anatomie

La Renaissane et le 16e siècle sont LE moment où on détaille la constitution précise des organes :

André Vésale (belge) : *De Humani Corpore Fabrica*

- On commence à faire de l'anatomie **sans a priori, en contredisant Galien si nécessaire.**
- L'anatomie **passionne** : on fait des théâtres d'anatomie où on dissèque partie par partie le corps (en commençant par l'abdomen) → cf leçon d'anatomie de **Rembrandt** (les tableaux d'anatomie étaient **fréquents**)

Biologie

Découverte du microscope (optique moderne) : par **Leeuwenhoek** : il n'était PAS MEDECIN mais marchand drapier → le 1er à avoir vu des ¢ et bactéries

Ham : décrit les spermatozoïdes

Malpighi : affirme l'unité cellulaire

Physiologie

Lent et tardif déclin de l'humorisme* (++)

> ***Petit rappel de l'Antiquité :***
> *L'Humorisme c'est la théorie des 4 humeurs avec Hippocrate, Empédocle et Pythagore*

Liste des scientifiques et de leurs découvertes :

- **Harvey** : il théorise et décrit la circulation sanguine sans pouvoir la prouver car l étape capillaire ne peut encore être vue. Mais ce ne peut pas être autrement. (il dit notamment que les artères sont pleines de sang, crues auparavant pleine d'air – c'est l'étymolgie du mot artère).
- **Descartes** : le siège des sensations est dans le cerveau
- **Santorio** : se pèse et pèse tout ce qu'il mange et rejette et il y a une différence. On comprendra beaucoup plus tard.
- **De Graaf** : montre le suc pancréatique (avec les chiens)
- **Réaumur** : mécanisme de la digestion (enzymatique +++ alors qu'elle était crue musculaire par broyage (vrai pour qq d'oiseaux)
- **Spalanzani** : sucs digestifs et mécanismes de fécondation des grenouilles.
- **Lavoisier** : gaz

Bref, en gros, ce qu'il faut retenir c'est que la physiologie intéresse beaucoup. Chacun y va de sa petite expérience et de temps à autre on découvre un truc de fou donc le nom reste.

Médecine Clinique et traitements

Fracastor : syphilis → rassemble les symptômes pour décrire une maladie

Sydenham : idem pour la goutte, la scarlatine et la coqueluche

Bauhin : rage

Pott : Ostéoarthrite tuberculeuse = BK tuberculose = mal de Pott

Ce sont les premières maladies isolées par leur enchaînement inéxorable de symptôme à symptôme. Ces très rares savants expérimentateurs ont le génie de réunir les atteintes qui ont la même origine mais donnent des formes cliniques un peu différentes chez certains. Cela est hors humorisme. On peut compter ces qq synthèses aboutissant à ce que nos appelons maladies – alors qu'aujourd'hui, elles sont de milliers.

Quelques essais thérapeutiques :

- **Essais de transfusion** : avait pour but de donner du sang « apaisé » (de mouton) à un patient psy agité → mais la répétition des transfusiosns aboutit à des catastrophes. Donc c'est rapidement interdit
- **Magnétisme** : on pensait pouvoir tout guérir
- Pleins d'autres..
- Vider les ascites (ascite = liquide dans l'abdomen, ça gonfle, œdème)

Anesthésies

Toujours le fameux **opium + alcool**… → donc on a moins de 3 minutes pour opérer

…et **Paracelse** qui a remarqué que acide + alcool = éther : quelque chose qui endort les poules sauf que il n'a rien fait de ce constat.

Chirurgie

Externe

- **On immobilisait les fractures le plus dans l'axe possible, on suturait, on amputait** (++ à l'époque)
- **Saignées** : on en faisait ++, c'était vraiment courant, tout le monde savait le faire
- **Ventouses** : pour « aspirer les humeurs »
- **Cautérisation** par le fer rouge, dans les plaies trainantes, sales et torpides.
- Percer les **abcès**
- **Scamnum** hippocratique (voir photo),

Interne (limitée ++)

Trépanation, cataracte, taille périnéale pour ôter les calculs formés *in situ* dans la vessie et qui ne pouvaient sortir : aussi chez les enfants (!)

Cure de **hernie** sans castration

Césarienne : une description d'une tentaive réussie sur femme vivante : la mari, châtreur de porc, tente le tout pour le tout sur sa femme, qui a survécu : un miracle à l'époque

- Sinon, globalement pour l'obstétrique, vu que c'est physiologique, le chirurgien n'est appelé qu'en cas de difficulté
- Boules calorifères pour chauffer les mains des matrones (anecdotique)
- Déclin de l'allaitement maternel : on confie son enfant à une nourrice

Injections, trachéotomies, prothèses… donc éventail de gestes audacieux qui s'élargit.

Remèdes et plantes

Mdt très connu alors = thériaque : préparation annuelle ou bi-annuelle ➔ Théoriquement c'était censé être un médicament très efficace contre tout…

Sinon, **davantages de plantes décrites**, comme Ipecacuana, quinine (cf pharmaco), digitale, Gayac (ttt syphilis → qui ne fonctionnait pas)

Théorie des signatures : (++)

« Dieu aurait donné des indices à l'Homme pour se soigner, en utilisant des plantes/minéraux etc. se rapportant à ce que l'on veut soigner »

- ex : les fèves/haricots en forme de rein, le ginseng => donc on pensait pouvoir soigner le rein avec ça… La plupart du temps, ça ne marche pas, sauf exceptions

Le **clystère** = grosse seringue à lavements → beaucoup utilisé aussi

Apparition de ttts un peu plus scientifiques, basés sur des connaissances

Chirurgie dentaire

Pierre Fauchard

Obstétrique

Les chirurgiens intervenaient rarement

LIEUX DE SOIN

Le domicile

Comme au MA

Ville de cure

Des fois c'était vraiment de beaux endroits avec de beaux bâtiments etc, mais parfois juste de grands bains rudimentaires

L'Hôpital

La gestion des établissements devient progressivement **laïque** vers 1500 (++) → c'était le corps de ville qui gérait ça, et souvent le « conseiller municipal » devait payer les déficits avec son propre argent

1656 : Grande Réforme de l'Hôpital général (++) → Louis 14

- Quelques initiatives avant ça (enfermement des pauvres à Lyon, Bureau des pauvres à Paris)
- S'applique d'abord à Paris, puis dans toute la France
- Public accueilli très varié : enfermés par lettre de cachet (différent de la lettre patente), prostituées, mendiants, orphelins, vieillards sans feu, hébergés volontaires (peu nombeux), aliénés, militaires malades et bien sûr des **malades → mais il faut bien retenir qu'ils ne sont pas les plus nombreux.**
- Professionnels présents : principalement des bonnes-sœurs, même si la gestion devient laïque, le personnel reste essentiellement religieux… et très peu médical ! On appelle le médecin uniquement en cas de besoin, parfois.

La médicalisation des hôpitaux est très tardive (++)

Finalement, ça ne résout pas tous les problèmes, notamment financiers

Tours d'abandon pour enfants.

- On propose les enfants à des nourrices en campagne, qui, comme leurs noms l'indiquent, viennent d'avoir un enfant (donc produisent du lait) et peuvent nourrir d'autres enfants en plus du leur.

QCM

Concernant les Temps Modernes :
L'hygiène personnelle est bonne contrairement à l'hygiène collective.
L'alchimie très présente au Moyen-Âge disparaît peu à peu.
Sainte Apolline est la protectrice des chirurgiens qui traitent les hernies
Il y a 4 fois plus de chirurgiens que de médecins.
Toutes les réponses précédentes sont inexactes

Concernant les Temps Modernes :
Les hopitaux sont réservés aux malades.
Les rois avaient la réputation de soigner la tuberculose des ganglions
La connaissance de la physiologie du corps humain ne progresse plus après le Moyen-Âge.
On utilise l'éther comme méthode d'anesthésie.
Toutes les réponses précédentes sont inexactes.

ANNALES

22-23 :

Concernant la médecine aux Temps Modernes :
Les facultés de médecine étaient au nombre de trois à la veille de la Révolution.
La faculté de médecine de Montpellier était la plus prestigieuse de France.
Le premier enseignement notable pour les matrones a été organisé par Mme de Coudray.
On estime le nombre de médecins en France à 3500 au moment de la Révolution.
Toutes les propositions précédentes sont inexactes

21-22 :

Concernant les matrones de campagne et les accouchements aux Temps Modernes :
Leur instruction théorique a longtemps été quasi nulle.
Leur rôle lors de l'accouchement était le plus souvent contemplatif.
Angélique du Coudray a fait des démonstrations dans de nombreuses villes pour l'éducation des futures sages-femmes.
On invoquait la protection de sainte Apolline dans les cas difficiles.
Toutes les propositions précédentes sont inexactes

CORRECTION

Réponse BD

FAUX : C'est le contraire
VRAI :
FAUX : Elle est la protectrice des dentistes
VRAI
FAUX

Réponse B

FAUX : On y retrouve des viellards, des délinquants, des pauvres…
VRAI : « Le toucher des écrouelles »
FAUX : Elle augmente MASSIVEMENT
FAUX : Paracelse découvre l'éther sans imaginer son utiliation en tant qu'anesthésie.
FAUX

Réponse BCD

FAUX : Elles étaient au nombre de 3 juste après la Révolution, avant il y en avait bien plus.
VRAI
VRAI
VRAI
FAUX

Réponse AC

VRAI
VRAI
VRAI
FAUX : On invoquait Sainte Marguerite plutôt, patronne des femmes en couches et des matronnes.
FAUX

EPOQUE CONTEMPORAINE

PARTIE 1 : COURS MAGISTRAL

1. ELEMENTS DE L'HISTOIRE GENERALE

A. Progrès matériel

Progrès agricole :

- Multiplication des machines, amélioration des sols, sélection des plantes
- Donc : l'alimentation devient ENFIN abondante !
    - Production alimentaire multipliée par 14 depuis 1800

Progrès du PIB :

- Le PIB par tête a **augmenté** de 10 à 12 fois en 180 ans

B. Modification du travail

On travaille + de jours par an après la Révolution (180 avant, 220 ajd)

- Avant il y avait + de fêtes religieuses, et les conditions de travail étaient liées au climat ++

Pour les enfants :

- Début du travail industriel (≠ du travail agricole) : dans les usines, les mines
- Travail bcp trop important pour leur âge donc engendre des problèmes de santé

Pour les Femmes :

- Entrée dans le **salariat** → Elles ont toujours travaillé mais elles sont à présent rémunérées

C. Exode rural

Au début de la période :

- L'exode rural explique en partie les misères sociales.
- Donc : **Logements minables**
    - Plusieurs personnes (enfants) / chambre
    - Promiscuité = transmission de maladies (tuberculose ++)
    - Pauvreté

Avec le temps :

- Installation du confort (chauffage, fenêtres, aération, etc.)

D. Progrès scientifiques

Chimie : On découvre que la chimie de l'Homme, c'est de la chimie ordinaire

2. SOURCES DE L'HISTOIRE

A. Les basiques (simple)

➔ ex-voto, littérature, gravures, etc.

B. Matériel d'enseignement

CF : Un monde sans médecine

- Boite à dorer les pilules :
  - On mélangeait les pilules avec des feuilles d'or pour faire passer le mauvais goût du médicament
- Doigt en métal pour percer les membranes lors des diphtéries
- Fraise dentaire
- Dentier
- Etc…
- Littérature qui de vient surabondante, photos et films, archives de hôpitaux, délibérations des administrations,

3. ETAT DE SANTE DES POPULATIONS

A. Démographie

Pyramide des âges : globalement on vit jusqu'à 65 ans maintenant. On voit que l'introduction des ATB a provoqué un écroulement rapide de la mortalité

B. Hygiène

1) Hygiène Collective

Installations pour **l'eau** courante assez récentes

- Retenir que l'accès à l'eau c'est primordial dans une société (++) : pour se laver, laver le linge, manger, laver les légumes, les sols, ...
- Porteurs d'eau diqpraissent vers 1920

La **poubelle** (Eugène Poubelle) a permis de diminuer le nombre de rats (++)

Installation des **égouts** : travaux gigantesques

2) Hygiène personnelle

Encore une fois, cela dépend de **l'accès à l'eau (++)**

C'est à cette époque qu'on commence à se laver les dents (auparavant, seul le cure-dent était comun) on frottait les dents avec un linge pour décaper

Début de la gymnastique / sport

C. Alimentation

Le **pain** reste un aliment de base mais en Europe, les famines disparaissent. Les mauvaises récoltes font monter les prix mais il y a des ressources, contrairement aux époques passées où souvent il restait plus de grain.

La **nourriture devient « abondante »** càd qu'il n'y a plus toutes les famines d'avant. Par contre, toujours quelques **petits problèmes pour conserver la nourriture** car on n'a pas la chaîne du froid

Ex du Lait : compliqué de le garder frais longtemps. En + certains mouillaient le lait (càd qu'ils le diluaient avec de l'eau pas toujours propre)

Suite à cela : Loi de 1905 sur les **fraudes alimentaires** (++)

(Anecdote : **les arlequins** : Personnes dans la rue qui vendaient des restes de repas)

Quelques périodes de **privations**, notamment WW2 :

- Tout était rationné, les Allemands récupéraient toutes les denrées alimentaires.

D. Epidémies

1) La variole

Petite vérole, maladie infectieuse VIRALE

Son nom vient du fait que les boutons sont assez variés.

Evolution du nombre de cas :

- Disparue depuis **1977**, dernier cas en Somalie ou Afghanistan, réservoir uniquement humain
- Existe seulement dans des coffres forts de qq laboratoires (donc crainte qu'elle soit répandue par un dictateur → plus personne n'est protégé)
- L15 en est mort

Signes cliniques : boutons, lésions variées.

- *Épistaxis*
- *Lésions cutanées : touchant les paumes des mains, des pieds, le cuir chevelu etc*
- *Pustules de couleur sang/ corail - taches et lésions sur le crâne*
- *Cicatrices des muqueuses*

Variolisation : signalée en Occident à **Lady Montagu/ Hamilton**

- Lady Hamilton a défiguréepar la variole quand elle était jeune), femme d'ambassadeur, va a Istanbul (dans un sérail). Elle y voit qu'on gratte la peau des enfants pour y appliquer du pus varioleux → réaction locale, mais après les enfants ne développent pas la variole au cours de leur vie. (L'idée et la pratique viendraient de Chine, mais quand ?). Propage la recette lors de son retour en occident
- Variolisation publique de L16 et ses frères (futurs, L18 et Charles 10) dans les jours qui ont suivis la mort de L15 → forme de propagande

Vaccination : due à **Edward Jenner**

- les enfants gardant et trayant les vaches (vachers et vachères) faisaient dans l'enfance une réaction cutanée à cause du virus de la **vaccine** (très proche de la variole) et par la suite n'attrapaient jamais la variole : **immunisation croisée**
- Il tente une expérience : il prend un enfant (non vacher) et lui inocule la vaccine ce qui donne lieu à une réaction locale ; plus tard, il lui inocule la variole et il ne se passe quasi rien.

/!\ variolisation tuait parfois, mais vaccination ne tuait pas !

Divulgations et grandes campagnes de vaccination :

Certaines régions du monde ou de France étaient + réticentes

- **Prêtres** : tenus de lire un discours sur la nécessité de se faire vacciner (lettres épiscopales)
- **L'armée** : a tenu à vacciner tous ses soldats

⇨ On vaccinait dans la rue, à l'académie de médecine, à l'école, à l'armée.

Divulgation très rapide de la vaccination à travers le monde (aussi le cas des rX)

Grandes campagnes de vaccination dans les villes, avec une génisse tondue, on lui fait des entailles pour prélever sa **lymphe.** L'outil utilisé était parfois appelé « **Jenner** » ou « **vaccinostyle** ».

2) Choléra

Maladie **bactérienne contagieuse ++** due à une mauvaise hygiène de fécale et de l'eau, très contagieuse, cause de diarrhées intenses, mortelles.
Vient de « cholé » : la bile, le choléra → on pensait que c'était la bile qui avançait

Localisation :

- Vient des Indes avec des relais sur le chemin
- Contagion :
  - Lors de pélerinages à la Mecque ++
  - Commerces des Anglais
  - Arrive en France en 1832, venant de l'Est (à cause des Russes, qui l'ont choppé dans les Indes)
  - Nombreux épisodes chez nous ensuite car le germe s'y implante
  - Ajd : Somalie, Arabie Saoudite, Haïti bc soldats népalais

➔ Retenir : Paris 1832 , choléra

Signes cliniques :

Diarrhée profuse épouvantable (dite « en eau de riz ») et **afécale** (Il n'y a plus de matière fécale c'est quasi que de l'eau), l'intestin est incapable de garder son eau, accompagnés de vomissements → on coule de partout, jusqu'à 8-10 L en 2h → **Très grave parce qu'on se déshydrate ++**

Les yeux sont mous quand on appuie sur les globes oculaires, la peau reste pincée, la personne est abrutie
Mort brusque rapide violente

John Snow, Londres, médecin, sans savoir qu'il peut s'agir d'une bactérie (on ignore encore qu'elles peuvent être dangereuses) répertorie les cas sur un plan (méthode de santé publique) et déduit :

- « les Hommes tombent malades en ingérant une matière morbide ayant une structure cellulaire et ayant la capacité de se reproduire » → il affirme la contagion

/!\ on connait l'existence des bactéries à cette époque mais on n'est pas conscients que cette dernière peut tuer.

- « on peut se prémunir en purifiant les installations qui transportent l'eau »
- prémices de l'épidémiologie

(Etat de nature : 1 épisode diarrhéique par semaine)

Aujourd'hui : 1 épisode par an, si on se lave 6 fois les mains / jour on divise par 6 le risque d'attraper la diarrhée

Réactions de la population lors des grandes épidémies :

Désorganisation sociale, émeutes (les pauvres pensent que les riches ont amené la maladie) - On invoque tout ce qu'on peut

3) Grippe espagnole : 1917 - 1920

Maladie VIRALE que l'on subissait depuis toujours. Notre passé avait comporté plusieurs pandémies, mais repérées après coup. Celle qui marque l'histoire et la démographie humaine est celle de 1917 – 1920.

Réservoir massivement humain, mais expressions génomiques tellement larges qu'on ne peut pas l'éradiquer complètement (virus mute chaque année)

Elle affecte toute l'Europe : 250 000 morts en France (estimation) au moins 50 millions dans le monde.

Succède au un million de morts dûs à la guerre et tue elle aussi un million d'Européens.

Cela a impacté les courbes d'espérance de vie

La grippe espagnole a tué AUTANT que la guerre de 14 (++)

Localisation de la maladie

Originaire d'Asie : mortalité effrayante : 40/1 000 meurent à cause des conditions sanitaires, promiscuité. Chez nous, mortalité de 4 pour 1000.

« Plus il y a de densité urbaine ou de promiscuité dans les logements, plus la grippe fait des ravages »

1ère vague : USA – printemps 1918 : Se propage en Amérique, dans les milieux où il y a beaucoup de promiscuité c'est à dire les jeunes recrues de l'armée en partance pour l'Europe. Voilage autour des lits et utilisation de masques pour éviter la contamination par les postillons (= Flügges, vient du Mr du même nom)

Elle n'est pas « espagnole » mais elle à lieu pendant la 1GM et on ne va pas aller dire à ses ennemis qu'on est malade, et l'Espagne est neutre.

2e vague : entre été 1918 et hiver 1919 en France

D'autres pandémies au XXe siècle dont la grippe de Hong-Kong (1957, 1968 → ne pas retenir les dates)

E. Alcool

La France détient le record mondial de consommation d'alcool

L'alcool a toujours été un bon rapport financier (soumis à d'importantes **taxes**) et devient moins cher.

Longtemps convaincus de la nature **alimentaire et reconstituante** du vin

Pb d'alcool apparaissent courant 19ème siècle :

- Apothéose entre les 2 guerres : 180L/an/personne
- Aujourd'hui : 44L /an /personne

Tentatives pour dissuader

- Affiches, mais aucun effet car habitudes sociales trop fortes
- Après 1GM, **prévention de l'alcoolisme** auprès des enfants car cause de troubles sociaux

Pub réglementée par la Loi Evin : interdictions « l'image de l'enfant ne doit pas être associé à ces produits condamnés par la loi »

Il faut attendre le 19ème siècle pour qu'on comprenne que l'alcoolisme est une **maladie** (affection des yeux, des reins, du foie)→ Le Suédois **Magnus Huss** a rassemblé tous les signes de la maladie et crée les mot « alkoholismus chronicus».# 1850

Choses invraisemblables à propos du vin :

- **Louis Pasteur :** « le vin est la plus saine et hygiénique des boissons »
- Vin médical Mariani à la cocaïne vendu en pharmacie (même pour les enfants)

2 points négatifs avec l'alcool :

- L'ébriété
- La violence

4. FORMATION DU CORPS MEDICAL

A. Médecins

Juste après la Révolution :

- 1793 : suppression de tous les corps intermédiaires → les universités (de médecine) sont dissoutes.
- Donc pour être médecin il suffit de payer patente : on paye et on soigne

Au bout d'un an et quelques (1794) :

- C'est trop désorganisé donc on décide de recréer 3 Universités :
  - Paris car c'est la capitale
  - Montpellier car ça a toujours été une grande école (d'ailleurs la 1ère Université de médecine au MA)
  - Strasbourg car nous sommes en guerre, c'est sur le front de l'Allemagne (la Prusse pour les puristes)
- Vu qu'on a plus que 3 Universités, on a besoin de beaucoup moins de profs pour enseigner
- Très peu de médecins qui dominent tout l'enseignement → donc pouvoir prestigieux

Pas assez de médecins : on crée **les officiers de Santé** (++): études + courtes, n'a pas le droit de tout faire ni d'exercer en dehors de son département.

- Matériel pédgogique qui est dveloppé au fil du temps, de plus en plus beau et pertinent. On enseignera avec des cires anatomiques, on pratique l'autopsie, la physiologie, l'expérimentation ➔ Coûte cher
- Jusqu'au Second Empire, seuls les hommes étudient.

Développement du folklore étudiant : Monôme, Faluche

Réunion des métiers de chirurgien et médecin

Féminisation du métier :

- Première femme à accéder aux études de médecine : **Madeleine Brès**
  - Cela surpend au début ; elle n'a pas le droit de passer le recrutement des hôpitaux (internat d'alors, qui n'est pas le nôtre).
  - Aujourd'hui, profession à moitié féminisé

Formation à l'hôpital

B. Dentistes

Après la Révolution, le monopole d'exercice n'est pas établi ppour les dentistes ; soigne qui veut

C. Sages-Femmes

Pendant longtemps, formation par « catéchisme », même en amphithéâtre

D. Personnel de Soin

Début du métier d'infirmier(e) avec **Florence Nightingale**

Pendant la guerre de Crimée, elle apprend qu'il y de grandes carences dans les soins ; elle décide d'y aller, pour faire quelques soins d'hygiène, d'alimentation etc. et très vite on se rend compte que la mortalité chute.

- On se rend vite compte de la nécessité de former des infirmières → création d'écoles (IFSi maintenant)
- Un des premiers métiers avec diplôme pour les Femmes
-

5. POSITION SOCIALE

A. Médecins

Financièrement : ça dépend vraiment des médecins

On est avant la sécurité sociale : certains ne peuvent pas payer le médecin…donc beaucoup d'actes gratuits

Médecins beaucoup **moins nombreux** qu'aujourd'hui

D'innombrables biographies écrites depuis sur les médecins et pharmaciens illustres de ces deux siècles.

Deux célèbres dans leurs genres (anecdote) :

- **Dieulafoy** (décrit par Marcel Proust)

- **Dupuytren** : dont les obsèques bloquent un partie de Paris, médecin très réputé à l'époque, il soignait gratuitement les pauvres, etc.

PARTIE 2 : FICHE SUR LE POLY

I. ELEMENTS DE L'HISTOIRE GENERALE

A. Industrialisation et urbanisation

Evolution :

- Avant 1850 : Industrialisation du textile
- Puis, révolution de la chimie industrielle (caoutchouc, aluminium) et électricité
- Après WW1 : construction mécanique
  - Travail à la chaîne (Ford et Taylor)→ production des biens de consommation intense
  - Besoins de l'industrie façonnent l'organisation sociale et l'utilisation du temps

Influence :

- Rythmes ruraux et religieux
- **Multiplication de la productivité** : x20 en 2 siècles
- Véritable valeur ajoutée à l'effort humain
- Apporte une concurrence internationale (jalousie du RU, et peur de l'Allemagne)
- Permet l'embellissement et assainissement des villes (tuyauteries, égouts, ciment…) → maisons plus confortables

Urbanisation :

- Concomitante de l'enrichissement de l'Europe occidentale
- Désordonnée : pouvoirs publics passifs jusqu'à Haussmann
- Promiscuité + malnutrition relative

B. Histoire des sciences

a. Chimie

Se scinde de l'alchimie

Chimie des êtres vivants devient la chimie ordinaire : isolement puis synthèse de l'urée

WW1→ caoutchouc de synthèse

Souvent le même processus : on découvre un matériau naturel → on apprend à le synthétiser → on leur trouve une utilisation dans le domaine médical

b. Physique (newtonienne ++)

Se scinde en de nombreuses branches (photo, optique, élec…)

Apporte beaucoup à la médecine

c. Biologie

S'enrichit de l'apport des autres sciences

Génétique → bouleversement

d. Pharmacie

Tout est fait sur place : les médicaments, le matériel

Donc nécessité de beaucoup de personnel, et investissement considérable

C. Influence de l'Eglise

Déclin :

- **N'est plus la tutrice de l'Université**
- N'influence plus les Hommes de sciences

Rapport à la médecine :

- Apporte leur aide dans les propagandes de vaccination, ou dans la lutte contre l'alcoolisme
- Pour les problèmes « éthiques » elle recule beaucoup, mais donne quand même son avis (contrôle des naissances, vagabondage sexuel, suicide assisté)

Apparition de la Vierge :

- Renouveau des pélerinages ++ : foules se déplacent sur les lieux d'apparition (Lourdes)

D. Voyages

Rapides ++ grâce aux chemins de fer et automobile

- Conventions internationales sur l'hygiène fin 19e
- Pélerinages

Conséquences : les maladies exotiques nous parviennent rapidement

- Présence coloniale (+++)

La connaissance des maladies infectieuses doit beaucoup aux **expéditions et aux instituts** (Pasteur et Koch)

II. SOURCES DE L'HISTOIRE

Se multiplient, mais difficulté d'en traiter l'abondance :

- Littérature médicale (devient un commerce rentable)
- Revues médicales
- Presse médicales : langue française a grand prestige scientifique jusqu'à WW2 ; après c'est l'anglais
- Objets, illustrations facilement diffusables
- Histoire de la médecine intéresse après 1830
  -

III. ETAT DE SANTE DES POPULATIONS

Modification de la notion de bonne santé :

- Avant : absence de maladie évidente
- Maintenant : bien-être et épanouissement

A. Démographie

Très peu de morts jusqu'à **55 ans**

Quelques centenaires au début, des dizaines de milliers aujourd'hui.

B. Mortalité infantile

- amélioration grâce à **l'hygiène**
- l'amélioration de la mortalité précède les médicaments efficaces (1940 : antibiotiques)
- pics de mortalité infantile aux moments des GM

➔ aujourd'hui en zone de guerre il y a plus de décès du côté des enfants que des soldats.

C. Hygiène

1) Hygiène collective

S'améliore lentement.

Dès le début du 19ème siècle, devient une discipline importante/ influente

Arrivée des chiffres.

2) Hygiène individuelle

Longtemps mauvaise car **coût de l'eau**

D. Nourriture

De + en + variée

Devient **quantitativement** suffisante dès la Restauration

- Souvenir encore marqué des privations de la dernière guerre même si celles-ci était beaucoup MOINS importantes qu'aux siècles précédents.

E. Epidémies

- **Paludisme :** disparait de métropole au 19ème, sauf qq isolats
- **Poliomyélite :** (paralysie infantile) atrophie musculaire + trouble de croissance. Epidémies fréquentes : d'où nécessité d'équiper les Hôpitaux d'appareils d'assistance respiratoire→ ébauche de la réa
- **Syphilis :** peur disparaît suite à l'apparition des sulfamides et les ATB
- **SIDA :** ravive la peur des MST
- **Charbon infectieux :** peur encore présente des attaques terroristes (idem Variole)
- **Tuberculose** : virulente ++ au 19ème puis recule aprs WW2
- **Grippe, choléra, variole**

IV. CORPS MEDICAL- FORMATION

A. Formation des médecins

1) Formation à la faculté

Pendant 18 mois après la Révolution française :

- La Révolution supprime les facultés, les corps de l'Ancien Régime, les académies, les sociétés savantes
- 18 mois durant lesquels il suffit de payer patente pour pouvoir exercer, plus de diplôme etc

Puis, reprise en main nationale :

- Reconstitution de l'enseignement avec 3 facultés
  - **Paris**
  - **Montpellier**
  - **Strasbourg** (car guerres napoléoniennes pas loin = 1million de morts)

Médecine + chirurgie enseignées ensemble en 4 ans (avec derniere année≠).

Mais, manque de médecin : création de **l'officiat de Santé** :

- Diplôme de second ordre : formation très rapide
- Dure jusqu'à la Loi Chevandier (1892)

Progressivement :

- **Ecoles primaires** deviennent écoles de plein exercice, deviennent *(après la guerre)* faculté
- Passent de 4 à 9 ans minimum
- **Introduction du NC en 1973** → diminution drastique du nb de médecins formés, nombre qui réaugmentera par la suite (8500 → 3500→ 8000) On annoce 11 000 prochainement

Matériel d'éducation

- **Cires** anatomiques
- Fonds d'œil et boîtes anatomiques
- Matériel d'origine humaine : nombreuses autopsies pratiquées, connaissance fine de l'anatomie nécessaire, car peu de médecins donc pratiquaient des actes complexes.
- Etudes de physiologie sur les animaux

2) Formation à l'hôpital

Le système français est le premier à accorder une place précoce (19e siècle), de principe et importante à l'étudiant en médecine à l'hôpital, ce qui attire des étudiants de toute l'Europe à Paris avant la révolution de 1848, qui les fait fuir.

Présentation de malades : on déplace le lit du malade dans un amphithéâtre, où viennent des étudiants et des médecins, ils peuvent alors échanger sur leurs hésitations diagnostiques, etc.

3) Concours de l'internat

Créé sous napoléon 1802 (consulat)

B. Formation des pharmaciens

D'abord, création de **3 écoles supérieures de pharmacie** : Paris, Montpellier, Strasbourg (les mêmes villes que pour les écoles de médecine)

S'émancipent lentement de la tutelle des médecins (jusqu'en 1920)

C. Formation des dentistes

Pas de reconnaissance de diplôme car lacune de la loi ➔ La France prend donc un retard considérable

D. Formation des sages femmes

Les formations étaient **intermittentes** dans le temps (on donnait un cours de telle date à telle date) et commencent dès la Révolution à Paris.

V. PERSONNEL DE SOINS

Transformation lente

Florence Rossignol

- Dame instruite de la de bonne société
- Avec elle débute le **métier d'infirmière** lors d'une guerre de Crimée : mortalité effrayante, elle part avec quelques autres femmes pour la Mer Noire. Là-bas elle ouvre une infirmerie
- Elle finit par ouvrir une école pour former les infirmières à Londres, aujourd'hui c'est un musée. → Le métier d'infirmière nait de son initiative privée.

Formation : (ne pas retenir les dates)

- Réfléchie et programmée qu'à la fin du 19esiècle

- **Uniforme et coté presque militaire** pour que ca passe mieux auprès des parents des jeunes filles qui vont voir des hommes déshabillés
  - 1899 : il doit y avoir une école dans chaque ville ayant une fac de méd
  - **1922 : reconnaissance officielle du métier : 60 écoles**
    - Etudes durent 2 ans
    - Création de 3 diplômes
      - Infirmière hospitalière
      - Infirmière visiteuse de la tuberculose
      - Infirmière visiteuse de l'enfance
    - Mais création d'un examen de validation pour les personnes exerçant déjà
  - 1960 : espérance d'utilisation du diplôme d'infirmière est de 3 ans

Valorisation du métier d'infirmière après la guerre de 1914
Les salaires sont très très bas, et ne reviennet vers la normale qu'à partir des année 60's

VI. POSITION SOCIALE

A. Position sociale des médecins

7. 1.Démographie

- **3500** lors de la Révolution
- lente progression / **30 000** praticiens dans les années 50
- **199 000** praticiens en 2024
- Les villes de province postent des annonces lorsqu'elles cherchent des médecins

8. 2. Situation financière :

- Inférieure à celle du notaire : le médecin a un **diplôme** mais ne fait pas fortune (salaire moyen de 6000 ou 7000 francs par an, soit 24 000€, sauf quelques exceptions)
- Difficultés pécuniaires du médecin
- On fait souvent des actes gratuitement

Le médecin « **ne s'appartient pas** » : il peut être dérangé à toute heure
Souvent on n'ose le dérangerr qu'à l'article de la mort

9. 3.Féminisation ++ du métier

Débute avec **Madeleine Brès en 1875**

- lente jusqu'à la 1GM
- plus nette ensuite
- mais reste une faible minorité jusque dans les années 60
- aujourd'hui 47 % des médecins en activité régulière

10. Spécialisation

Instauration des **spécialités en 1944 à la Libération**, avant le médecin était censé savoir faire tout type d'actes

- Mais pb de PEC par les assurances sociales

11. Organisation de la profession :

Au 19e siècle (1800 à 1900)

- Création de l'Association générale des médecins de France
- 1er syndicat (créé illégalement)
- **Loi Chevandier** (30 nov 1892) : reconnaissance des Syndicats

Au 20e siècle :

- Ordre : ébauché et instauré par le régime de l'Etat français *(NB : cf le cours de Droit)*

12. Morale professionnelle débattue : (existent encore)

- Parfois débat réglé par le code de Déontologie
- Souvent divisé entre les courants conservateur et moderniste

B. Position sociale des pharmaciens

13. 1. Démographie :

Avant les années 50- 60

- **Pharmaciens** de + en + nombreux : le titulaire emploie de nombreuses personnes pour fabriquer les mdts
- MAIS ! le nombre **d'officines** diminue aux 18e et 19esiècles.

Après la WW2 voire après la création de la SS dans les 60's :

- Nombre d'officines ↗ car disparition de la réticence aux mdts

➔ Ordonnances dites **magistrales = (faire selon le maître)**.
➔ Vie rythmée par les jours de marché, le médecin allait chercher les ingrédients et fabriquait son médicament dans la journée (aujourd'hui : tout est déjà prêt)
➔ On fabrique jusque dans le années 1990 (ex. :vaselines salicylées, etc.)

14. 2. L'officine :

Au 19e et début 20e: bocaux et étagères nombreuses

A partir 1970 : développement des « spécialités » (= mdt industriel) donc l'officine devient celle qu'on connait aujourd'hui.

15. 3. Concurrents des pharmaciens :

- **Charlatans**
- **Religieuses** (entre 50 000 et 60 000) car savent fabriquer elles aussi et vendent les médicaments sans grand bénéfice, au prix coutant.

16. 4. Mise en place de la pharmacie industrielle :

19e: pharmaciens préparaient les mdts et les proposaient à leurs confrères

Ex. : Laboratoires Houdé et Nativelle formés ainsi, après la découverte d'un principe actif

17. 5. Recours au médicament :

Assurances sociales allègent le prix des mdts : accès + facile pour la population

Après 1960 : France consomme de plus en plus ++ des mdts

Après 1980 : remboursement systématique est suspendu et réduit à certains mdts : permet de limiter la consommation déraisonnable de mdts

C. Position sociale du personnel de soin

18. 1. Considération :

Très déconsidéré sous l'Ancien Régime, ne s'arrange pas au 19e siècle

Pendant et après la WW1 : devient valorisé ++ : type romanesque/ héroïque

19. 2. Salaires et recrutement :

Salaires très bas pendant longtemps. Ne devient normal que dans les années 60.

Les personnes sont recrutées dans les couches basses de la population. Elles ne savent pas forcément lire, sont mal logées, mal nourries donc dès qu'elles trouvent un autre métier elles partent

VII. CONNAISSANCES MEDICALES

Connaissances du normal

Début du 19esiècle marqué par le goût des **classements** (influencé par ceux déjà réalisé + par la volonté de garder un savoir universel) ⇨ Donc inventaire systématique de ce qui nous compose

Problème : perfectionnements techniques, chgt d'échelle → il devient impossible de tout connaitre, d'où le développement d'équipe : une découverte n'est plus attribuée à 1 personne comme avant, mais à un groupe.

Anatomie macroscopique

Au 18e déjà, l'anatomie macroscopique est presque entièrement connue

Au 19e: On détaille les variantes+ quelques structures non individualisées (qlq nerfs/ lymphas)

- Utilité des glandes
- Utilité de certains circuits vasculaires
- Grande période de l'anatomie fonctionnelle du système nerveux

Au 20e:

- L'école anatomique française s'illustre brillamment
- Arrivée des rayons X 1895, diffusion des scanners 1980 à 1990, et de la RMN (2000) → nécessité d'enseigner l'anatomie autrement que par l'autopsie car coupe et pas projection

Anatomie microscopique : histologie / cytologie

Les tissus :

- Notion de tissu avec des fonctions/organisations différentes au début du 19e (Bichat → aka la boule graisseuse de Bichat)
- Puis cellule = unité de base de construction et de fonctionnement des êtres vivants
- Depuis, les savants s'évertuent à décrire les structures µscopiques des ≠ tissus

La génétique :

- Description des Xomes longtemps imparfaite
- Gregor mendel : lien noyau/Xomes/hérédité prouvé fin 19e mais lentement admis
- Grosse évolution : double hélice = nature chimique

Physiologie

Début du 19esiècle : avec **Claude Bernard** (élève de Magendie) et ses élèves, qui apporteront une méthodologie + rigoureuse

La chimie

Inspire la biochimie

Inventaire biochimique qu'on croyait bientôt terminé ne l'est ajd toujours pas

Fin du 20e: méthodes physiques s'imposent sur la colorimétrie

Grandes avancées d'analyse :

- Enzymes, les métabolismes sont décodés, mis en //
- **1836 : Appareil de Marsh** : détecte l'arsenic dans les viscères : criminologie + méd légale
- **Composés urinaires** pour le dosage (diabète ++) → compris depuis le 2nd Empire mais vraiment appliqué couramment au début du 20e
- **Dosages sanguins** + tardifs (entre 2 guerres) car plus difficiles à réaliser (par la technicienne de laboratoire elle-même jusque dans les 60's, puis robotisation et fréquence très accélérée.
-

Immunologie

Nait en **1902** avec la découverte de l'anaphylaxie… Puis :

- Mécanisme intime de la vaccination
- Sérum d'animaux injecté
- Compréhension des mécanismes de réaction pas cool après multiple transfusion
- Sérodiagnostic
- Gp sanguins
- Greffes

Microbiologie

Elle se développe pendant la **deuxième partie du 19e**

On isole pour la première fois une bactérie

MAIS problème : car la croyance ancestrale de **la génération spontanée** *(tous les maux, vers, puce, souris, serpent… naissent spontanément)* est largement répandue parmi les meilleures esprits (d'ailleurs polémique avec Pasteur VS un naturaliste sur le sujet)

A partir de là on se passionne pour les germes = peur insensée

L'école de **PASTEUR** isole :

- Staphylocoques, streptocoques, peste, coqueluche, typhus…

Puis l'allemand **Robert Koch** :

- Tuberculose, cholera…

Leurs élèves sont aussi brillants (**YERSIN, SIMOND, ROUX,** …)

TOUS les virologues et microbiologistes d'avant 1914 sont issus de ces 2 équipes

MAIS certains gestes ou méthodes arrive plus tard… Ex GRAM en 1885

PASTEUR (1822-1895) et le **vaccin contre la rage : 1885**

Biologie

Les laboratoires de biologie sont encombrés de verrerie. (Becs bunsen, four, tubes, pipette , etc.

- **Pénicilline :** décembre 1945 – janvier 1946
  - Arrivée des ATB : nombreuses découvertes successives.

B. Connaissance du pathologique

Méthode anatomoclinique

La méthode anatomo-clinique s'impose en France aux temps de la Révolution (= pdt un siècle on autopsie tous les décès à l'hôpital = on comprend les corrélations entre plaintes, signes cliniques et les lésions.)

Méthode appliquée par **tous les médecins**

Spécificité

- **La définition de maladie change** : on passe de dérèglement des humeurs→ maladie
- On pose la notion de **spécificité** : UNE cause provoque UNE maladie (surtout applicable pour maladie infectieuse)
- Nouveau DOGME

Notion de terrain

MAIS le dogme de la spécificité n'explique pas tout :

- Les **maladies auto-immunes**
  - Ce n'est pas l'allergène qui explique les lésions mais l'état de sensibilisation préalable du patient

Donc **avec** le temps la notion de « **terrain** », de singularité, de tempérament retrouve du crédit .

Anatomie pathologique microscopique

Les lésions des tissus et des cellules sont de bons indices de la nature et de l'origine des maladies

IX. EXPLORATION DU CORPS

A l'époque contemporaine cette timidité s'envole, on fait plein de nouvelles choses :

- La percussion dès le Premier Empire.
- L'auscultation est due à **LAENNEC 1819**
  - Invente le stéthoscope (à l'époque juste tube de bois)
  - Crée toute la sémiologie auscultatoire (correspondance entre bruit et lésion)
  - Décrit la tuberculose dans ses formes complexes

WILTHELM ROENTGEN : Rayon X→ prix Nobel en 1901

XI. THERAPEUTIQUE

Au 18e on savait faire beaucoup de choses en chirurgie externe mais pas d'anesthésie efficace

Anesthésie

Découverte en **1844 – 1848**

Protoxyde d'azote: gaz hilarant

Appareil de Morton : appareil avec une éponge imbibée d'éther

⇨ On essaye pleins de produits en quelques mois

Chirurgie

⇨ **Après 1850** : période brillante

- On peut enfin intervenir hors situation de la « main forcée », on programme les interventions
- Pdt plus de 10min
- MAIS souvent hyper invasive et mortalité post op +++ (infection post op ou pb d'hémostase), pb de germe en salle d'op

Ignac J. SEMMELWEIS accoucheur à Budapest publie en 1847 sur l'infection obstétrique et l'intérêt de se laver les mains (ajd référence)

Puis **Joseph Lister** tient compte des écrits de **PASTEUR** change son protocole op pour éviter la contamination bactérienne : antiseptie

PASTEUR propose d'utiliser uniquement du matériel stérile = c'est **l'asepsie**(entre 886-1892)

La Chirurgie : 4 étapes

< 3 mn	**Anesthésie** ***1844-48***	Plus de douleurs *Napoléon 3*	**Antisepsie** ***1890***	Plus de germe *Début de la 3ème république*	**Asepsie** ***1895***	Stérile Salles modernes

Avant l'anesthésie	La majorité de la mortalité est infectieuse à la suite des opérations Opérations en moins de 3 mn • **Larrey** : amputation d'épaule • On n'est attentif qu'à la propreté apparente du champ opératoire
Après l'anesthésie et avant l'antisepsie : entre 1850 et 1867 – 1874 (Napoléon 3)	Aucune précaution particulière par rapport à l'hygiène : pas de gants etc
Après l'antisepsie et avant l'asepsie : 1890, début de la 3ème république	On lutte contre les germes, instruments propres mais non stériles **Lister** : pionnier et vulgarisateur de l'antisepsie en chirurgie • On pulvérise de l'acide phénqiue sur le champ opératoire
Après l'asepsie : 1895	Salles d'opérations modernes bâties à ce moment, il y a une vraie gestuelle pour que AUCUN germe puisse rentrer et ne se développes Investissement ++

Les médicaments

- Les médicaments restent très longtemps sous forme magistrale
- L'extraction des PA des plantes permet de diminuer les effets indésirables provoqués par la plantes entière
- La pharmacopée = renouvellement complet en 30 ans

L'homéopathie

Introduite en France en **1832** et reprend la vieille idée hippocratique = séduit de suite

Les 13 vitamines

Lutte contre les maladies carentielles

Les vaccins

C'est la première date des mesures préventives vraiment efficaces à grande échelle

Rappel : Jenner et sa vaccine proche de la variole en 1799) ➔ *MAIS pas la moindre idée du mécanisme !!!* - Puis **PASTEUR**

- Vaccination des brebis contre le charbon (1881)
- Rage (1885) en qql semaines un retentissement mondial et espoir extraordinaire
- Institut pasteur en **1888**

- BCG (1921)

⇨ MAIS des gens militent encore contre

⇨ **Vaccin contre la rage : 1885**

La rage

- Due à un virus en forme d'obus
- Inoculé par **morsures** ++
- Plus la morsure est près du cerveau, plus la maladie sera brève avnat l'atteinte du cerveau
- Grande peur des chiens et encore plus des chiens errants

Joseph Meister : on lui injecte un broyat de masse cérébrale de chien mort de la rage ayant été dans du formol (qui détruit l'aspect vivant du virus)

Production industrielle du traitement car tout le monde en veut, **création de l'institut Pasteur**

Nb : Il ne sait pas que les virus existent mais il voit les bactéries. Les virus ne sont que des suppositions, on ne les voit pas à l'époque. Ce sont les microscopes électroniques qui n'apparaîtront que 50 ans plus tard qui permettront de voir les virus. Par raisonnement, il dit qu'il y a un agent infectieux, on ne sait pas vraiment quoi à l'époque mais on sait qu'il y a quelque chose.

Transfusion

Rappel : sous L14/15 on avait essayé de transfuser du sang d'agneau à un homme agité, mort lors de la troisième fois →**interdiction**

L'idée de transfuser est une évidence

- La première transfusion marche, mais pas les suivantes car immunisation
- Très risqué, beaucoup de germes
- Matériel = verre

Les sérums

➔ Protection temporaire contre maladie infectieuse

- 1ersuccès = sérum antitétanique par Behring en 1890
- Puis sérum antidiphtérique par **EMILE ROUX** successeur de Pasteur à l'institut (1894)

Opothérapie

On donne à un homme en insuffisance glandulaire des extraits de la même glande mais prélevée chez l'animal, après **Brown-Séquard** (élève de Claude Bernard) plein d'essais.

Les rayonnements ionisants

Utilisés dès leur découverte à la Belle Epoque car **↘ inflammation et ↘ volume de la tumeur**

- MAIS pas au point et dégats +++ chez patient et médecins
- Méthode sûre dès l'entre 2 guerres

XVI. LES HOPITAUX

Organisation du système hospitalier

Dans un premier temps on a un désastre révolutionnaire :

- Le **23 Messidor an II** ordonne la mise en vente des biens des hôpitaux
- Les locaux hospitaliers souvent réquisitionnés par l'Armée ou administration
- Les hébergés habituels (vieux, malade chronique,enfants, déments… etc etc) furent expulsés

Après 3-5 ans de souffrance :

La loi du **16 Vendémiaire an V** ordonne la réquisition des bien non vendu (dura 13ans)

- A nouveau l'hôpital accueille les pauvres et les malades pauvres

Loi du 7 aout 1851 : distinction hôpital/hospice

- La municipalité était devenue responsable financièrement de l'assistance MAIS situation économique est inchangée
- 200 000 hectares possédés par les hôpitaux en 1850 MAIS vendus pour équilibrer les budgets car les particuliers donnent moins
- **Secours à domicile** pour éviter les admissions à l'hôpital (qui avait la charge des soins en dehors de ses murs)
- **L'hôpital reste réservé aux pauvres jusqu'à 1941** (4,6% de lit payant en 1848)
- Donc création de **cliniques privées** bien équipées +++ car religieuses progressivement expulsées des hôpitaux

XVIII. LA VIE DES HOPITAUX

Irréversible médicalisation

➔ Dernières années du règne de Louis 16 :

- **Desault** (chirurgien à l'Hôtel-Dieu) lutte contre l'emprise des religieuse sur la vie à l'hôpital
  - Ex : savoir qui choisit le régime alimentaire des malades
    - Les médecins commencent à croire à la diète
    - Les sœurs nourrissent le plus possible

➔ **Avec la Révolution** : pouvoir au médecin et l'hospitalisation se médicalise

- Ils partageaient leur temps entre hôpital et médecine de ville
- **Loi Debré** : crée un corps médical uniquement **hospitalier** ; période de transition, avec un lissage par le secteur privé
- **1981** : secteur **privé** menacée puis encadré
- **1984** : statut de **PH**

Personnel des hôpitaux

Les sœurs :

- Refusent de s'occuper : des femmes enceintes, des prostituées, des vénériens
- Très très mal payées
- On leur reproche leur **manque de formation** (15% ne savent pas écrire) et plus tard le prosélytisme religieux
- Leur monopole (depuis le 1er empire) combattu des 1879 avec le succès électoral des républicains
  - Expulsées finalement de tous les hôpitaux de Paris
  - MAIS elles vont renforcer leurs sœurs en province donc leur nombre augmente

Lente humanisation des hôpitaux

Depuis Louis 16 on souhaite un lit par patient

- MAIS effectif qu'au milieu du **19e siècle**
- **1840-1860** plus de bois mais fer, porcelaine et faïence
- **1870** premier lit mécanique
- **1973** : ¼ des lits en salle commune
- Établissements et salles se spécialisent

QCM

Concernant l'Epoque Contemporaine :
A. Le nombre de jours travaillés augmente
B. Au fil des deux derniers siècles, les pénuries alimentaires disparaissent
C. On peine à conserver la nourriture.
D. Madeleine Brès a révolutionné la pratique infirmière.
E. Toutes les réponses précédantes sont inexactes.

Concernant l'Epoque Contemporaine :
A. Pasteur a inventé la vaccination contre la variole.
B. Comme la variole, le choléra et la grippe espagnole sont virales.
C. La grippe espagnole a tué autant voire davantage que la Première Guerre Mondiale.
D. Le choléra provoque des diarrhés dites en « eau de roche ».
E. Toutes les réponses précédantes sont inexactes.

ANNALES

Concernant la santé durant l'époque contemporaine :
A. Grâce à la variolisation puis la vaccination, la variole est maintenant déclarée éradiquée.
B. La consommation annuelle d'alcool par adulte en France a connu son maximum entre les deux guerres.
C. La grippe espagnole s'est abattue sur le monde à partir de la région de Madrid en 1944.
D. La Covid a fait revivre aux populations des limitations de liberté autrefois assez fréquentes.
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

Concernant l'état de santé des populations durant l'époque contemporaine :
A. L'extension du réseau de chemin de fer a modifié les habitudes de consommation des Français.
B. La variolisation puis la vaccination ont amené l'éradication de la variole en France dès 1850.
C. Le choléra en 1832 se manifesta comme une grippe sévère avec éruption cutanée.
D. La grippe espagnole a duré de 1895 à 1899.
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

CORRECTION

Réponses AC

A. VRAI
B. VRAI :
C. VRAI : La chaîne du froid n'existe pas
D. FAUX : C'est la première femme médecin
E. FAUX

Réponse C

A. FAUX
B. FAUX : Le choléra n'est pas viral
C. VRAI
D. FAUX : En « eau de riz »
E. FAUX

Réponses ABD

A. VRAI : Il s'agit de la seule maladie officiellement éradiquée.
B. VRAI : Depuis elle n'a fait que redescendre.
C. FAUX : Elle a commencé en 1918 aux USA.
D. VRAI
E. FAUX

Réponse A

A. VRAI
B. FAUX : éradication en 1977
C. FAUX : diarrhées ++ donc déshydratation massive
D. FAUX : Elle a débuté à la fin de la première guerre mondiale
E. FAUX

TABLEAU RECAPITULATIF A COMPLETER

PÉRIODES	**Antiquité** **-3000 à + 476**	**Moyen-âge** **476 à 1492**	**Temps Modernes** **1492 à 1789**	**Epoque contemporaine** **1789 à aujourd'hui**
Histoire				
Sources				
Etats de santé des populations				

Corps médical	Médecin				
	Chirurgien				
	Matrone				
	Apothicaire				
	Autres				

Connaissances médicales	Anatomie				
	Physiologie et biologie				
	Anesthésie				
	Actes médicaux				
	Remèdes				
Lieux de soins					

TABLEAU RECAPITULATIF A COMPLETER

PÉRIODES	**Antiquité** **-3000 à + 476**	**Moyen-âge** **476 à 1492**	**Temps Modernes** **1492 à 1789**	**Epoque contemporaine** **1789 à aujourd'hui**
Histoire				
Sources				
Etats de santé des populations				

Corps médical	Médecin				
	Chirurgien				
	Matrone				
	Apothicaire				
	Autres				

Connaissances médicales	Anatomie				
	Physiologie et biologie				
	Anesthésie				
	Actes médicaux				
	Remèdes				
Lieux de soins					

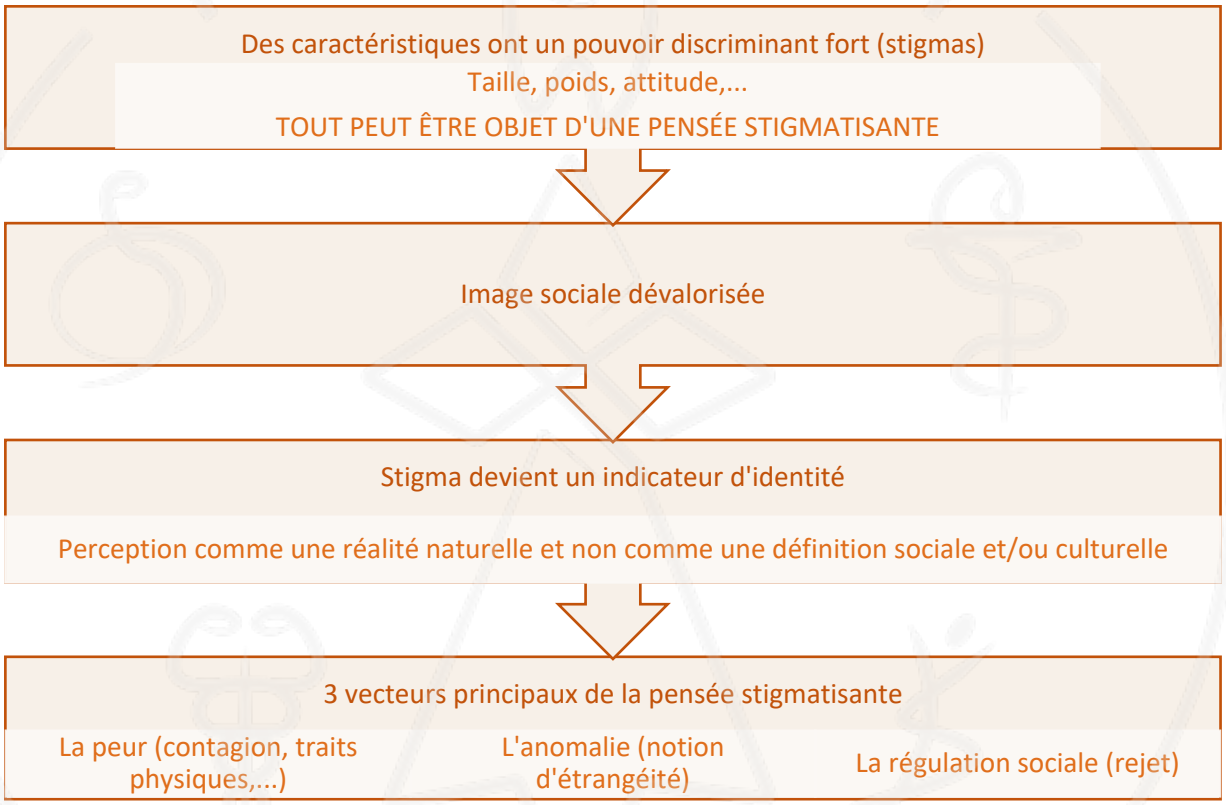
STIGMATISATION ET SANTÉ MENTALE

Chapitre nouveau de l'année dernière. Ptit message + perso et - à par cœur : prenez soin de vous ❤️‍🩹

ETHYMOLOGIE DE LA STIGMATISATION

Historiquement parlant cela correspond à une opération consistant à marquer d'une façon indélébile le corps d'une personne pour lui imprimer un signe distinctif d'une marque d'infamie.

LA LOGIQUE DE LA PENSEE STIGMATISANTE



LA STIGMATISATION EN FRANCE

Pour les **femmes**, le motif sexiste est devenu la principale source de discrimination, devant les origines (22%).

L'état de santé reste un facteur de discrimination et de façon assez stable dans le temps.

LA SANTE MENTALE

Définition de la santé mentale	La santé mentale en France et dans le monde
"état de bien-être qui permet chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté" **(OMS)**	1/8 voire 1/5 personnes présentent un trouble psychique ➔ **300 millions** de personnes dans le monde Ces pathologies sont **sous diagnostiquées**, **sous traitées**, et synonymes de **stigmatisation**

Les besoins en santé mentale sont **importants**, mais les réponses sont **insuffisantes** et **inadaptées**. ➔ 2% des budgets nationaux alloués aux soins de santé vont à la santé mentale Le trouble psychique est un facteur de risque de stigmatisation	Le trouble dépressif est le trouble le + fréquent (suicide = enjeu de santé public majeur) Les troubles psychiques sont la principale cause d'années de vie vécues avec incapacité.

LA SANTE MENTALE DANS LE MILIEU MEDICAL

La santé mentale des médecins et des étudiants en médecine

- Peu d'aides proposées à ce sujet
- **Auto-stigmatisation** et peur d'être stigmatisé par ses collègues

La stigmatisation subie dans l'environnement médical

La gynécologie obstétricale, la psychiatrie, la chirurgie et les spécialités médicales ainsi qu'une formation initiale de mauvaise qualité étaient associées à un risque + élevé de harcèlements.

➔ Discrimination liée à l'orientation sexuelle :

- Très fréquente chez les participants souffrant de tb anxieux et dépressifs
- Le **trouble anxieux actuel** était significativement associé au fait d'être une femme et à la DOS

LA DISCRIMINATION DANS LE SYSTEME DE SOINS

Les facteurs associés à la stigmatisation dans le système de soins dans le monde et en France

Enquêtes menées dans ≠ établissements font ressortir que les discriminations **raciale ethnique et sur le sexe** sont les plus fréquentes.

Les connaissances très pures et certaines enseignées en Occident ne font qu'accroitre cette tendance à la stigmatisation typiquement sur le trouble dépressif où la défintion donnée dans les livres « manque » de relativité.

Les croyances autour des causes de dépression chez des médecins non-psychiatres

➔ Etude pakistanaise : 98% des médecins non psychiatres ont le modèle biopsychosocial (vulnérabilité biologique + évènements de vie sont à la base du risque de déclarer un tb dépressif) en tête

➔ L'accès aux connaissances est déterminant dans la lutte contre la discrimination

Auto- stigmatisation chez les personnes atteintes de schizophrénie

Autostigmatisation des personnes schizophréniques : ils perçoivent leurs stigmates, qu'on les catégorise comme "bizarres", ils en ont conscience.

La perte d'autonomie a également été spécifiquement associée à l'auto-stigmatisation.

L'inégalité dans les soins chez les patients

➔ Mortalité à 30jrs augmentée quand tb psychiatrique

➔ - d'admissions en soins intensifs *(pour les personnes atteintes de schizophrénie, - vrai dans le cas des tn bipolaires)*

LES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION

La lutte contre la stigmatisation passe par l'information et la connaissance.

Exemple d'un enquête téléphonique sur la dépression où la capacité à citer les causes de la dépression était corrélée au degré de stigmatisation

Le programme COP (Coming Out Proud) : effets bénéfiques sur le stress liée à la stigmatisation VS pas d'effet sur l'auto-stigmatisation et l'autonomisation.

Recommandations de l'OMS pour la lutte contre la stigmatisation en santé mentale

- Lutter contre la faible valorisation et prise en compte de la santé mentale.
- Lutter contre les discriminations.
- Améliorer le financement des services spécialisés.
- Programmes de promotion et de prévention.
- Modèles de représentation biopsychosocial
- Améliorer les soins de santé mentale dispensés.
- Faire la promotion de la prise en charge en santé mentale dans les soins de santé primaires
- Développer des soinscommunautaires

➔ Promotion de **l'insertion sociale**

QCMS

1. A propos de la stigmatisation et de la santé mentale :

A. Toute caractéristique peut être sujette à stigmatisation.
B. Un des vecteurs de la pensée stigmatisante est la peur.
C. Il existe un paradoxe entre les besoins de santé mentale et les réponses qui y sont apportées.
D. L'auto- stigmatisation n'épargne pas les professionnels de santé.
E. Toutes les réponses précédentes sont inexactes.

2. A propos de la stigmatisation et de la santé mentale :

A. L'apport de connaissances relatives à la santé mentale vise à accroitre les stigmatisations.
B. L'OMS se mobilise afin de lutter contre les stigmatisations.
C. Les discriminations raciales, ethniques et sur le sexe sont les plus fréquentes.
D. La promotion de l'insertion sociale est une des recommandations de l'OMS pour lutter contre la stigmatisation.
E. Toutes les réponses précédentes sont inexactes.

CORRECTION

1. Réponses ABCD

A. VRAI

B. VRAI

C. VRAI

D. VRAI

E. FAUX

2. Réponses BCD

A. FAUX : au contraire ! Cela permet de diminuer les stigmatisations.

B. VRAI

C. VRAI

D. VRAI

E. FAUX

INTRODUCTION A LA PSYCHOLOGIE MEDICALE

LA PSYCHOLOGIE

= sciences des faits psychiques, étude des fonctionnements psychiques

- Comportement = façon d'être vu par l'observateur
- Notion de conduite = notion de pensées, d'intentions

Différentes déclinaisons :

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

LA PSYCHOLOGIE MEDICALE

- Science observable et mesurable
- Dualité technicité (quantifiable) /vision humaine de la médecine = complémentarité des deux
- Adaptation au patient

Attention, 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 ! ⚠

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 • Réaction persécutive, paranoïaque
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

LE ROLE DE SOIGNANT

- Apaisant
- Réorganisant
- Adapté

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

- compétence Technique
- vertus Ethique
- qualités Relationnelles

QCMS

1. A propos de la psychologie médicale :

A. La psychiatrie est équivalente à la psychologie médicale
B. La psychologie médicale est le fait de différents professionnels de santé
C. La psychologie médicale a pour visée de s'adapter au patient
D. Psychologie clinique et psychologie médicale sont synonymes
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

2. A propos des conséquences psychiques d'une pathologie, et des réactions associées :

A. Le déni fait partie des réactions attendues à l'annonce d'une maladie
B. L'annonce d'une maladie suppose des réaménagements parfois conséquents dans la vie du malade
C. Le rôle du soignant dans ce cadre est uniquement technique
D. Le soignant doit avoir une attitude rassurante et adaptée
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

ANNALES

21/22

3. A propos de la psychologie médicale :

A. C'est le domaine réservé des psychiatres
B. C'est le domaine réservé des psychologues
C. C'est une discipline qui a un impact sur la relation médecin / malade.
D. Elle se superpose à la psychologie clinique.
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

4. La psychologie médicale n'est pas :

A. La psychanalyse
B. La psychiatrie
C. La psychosociologie
D. La médecine psychosomatique
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

CORRECTIONS

1. Réponses BC

A. FAUX
B. VRAI
C. VRAI
D. FAUX
E. FAUX

2. Réponses ABD

A. VRAI
B. VRAI
C. FAUX : + vertus éthiques, + qualités relationnelles (TER)
D. VRAI
E. FAUX

3. Réponse C

A. FAUX
B. FAUX
C. VRAI
D. FAUX
E. FAUX

4. Réponses ABCD

A. VRAI
B. VRAI
C. VRAI
D. VRAI
E. FAUX

APPLICATION A LA RELATION MEDECIN MALADE

REPRESENTATIONS CULTURELLES DE LA MEDECINE

Elles entrent en compte dans la première rencontre médecin/patient

Conception chamanistique	Conception sacerdotale	Conception actuelle
• Maladie = châtiment • Médecin = rétablit ordre initial par magie non accessible au patient • Souffrance = passage obligé vers guérison	• Médecin = prêtre • Science inaccessible • Vision idéaliste de la médecine	• Relation de + en + ambivalente • Demandes de justifications +++ • Perte de la toute puissance du médecin

MOTIVATIONS A EXERCER DANS LE MILIEU MEDICAL

Motivations claires	Motivations +/- conscientes	Motivations propres à chacun
• humanitaire • scientifique • socio économique	• désir de voir ou de savoir • désir de réparation • désir de toute puissance	• désir familial • désir de soigner un proche malade • désir d'identification • désir de reconnaissance

IDENTIFICATIONS AU MILIEU MEDICAL PAR LE MEDECIN

1er cycle : identification au malade
2ème cycle : constitution de l'identité du médecin

Il faut à la fois :

- s'identifier au malade (empathie suffisante, comprendre ce que peut représenter l'état de maladie
- s'identifier au médecin (position de soignant, décisions objectives

MISE EN RELATION D'UN MEDECIN ET D'UN PATIENT

Confrontation de 2 systèmes : ≠ représentations, ≠ modes de fonctionnements

- Notion de *transfert* (psychanalyse freudienne) : positif ou négatif = ce que le patient pense selon comment est le médecin par rapport à ce qu'il imaginait
- Notion de *contre transfert* = le médecin pense toujours quelque chose de son patient
- **En pratique :** *métaréflexion* (réflexion sur soi-même) et *gestion des affects*

QCMS

1.A propos de la relation médecin- malade :

A. La conception chamanistique considère le médecin comme un prêtre
B. La conception actuelle place le médecin dans une position de toute puissance
C. Les motivations à exercer dans le milieu médical sont toujours conscientes et claires
D. La constitution de l'identité du médecin n'est pas immédiate lors du cursus universitaire
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

2.A propos de la relation médecin- malade :

A. La notion de transfert est développée par le patient
B. La notion de contre- transfert est développée par le médecin
C. La gestion des affects est primordiale dans la mise en relation d'un médecin et d'un patient
D. L'identification au patient n'est pas suffisante dans la pratique médicale
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

3.À propos du transfert et du contre-transfert dans la relation médecin-patient :

A. Le transfert est uniquement un phénomène pathologique
B. Le contre-transfert peut être positif ou négatif
C. Le médecin doit ignorer ses ressentis pour rester professionnel
D. Le contre-transfert peut nuire à la qualité des soins
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

CORRECTIONS

1. Réponse D

A. FAUX : c'est la conception sacerdotale
B. FAUX : le médecin perd sa toute puissance
C. FAUX
D. VRAI
E. FAUX

2. Réponses ABCD

A. VRAI
B. VRAI
C. VRAI
D. VRAI, il faut également s'identifier en temps que médecin
E. FAUX

3. Réponses BD

A. FAUX

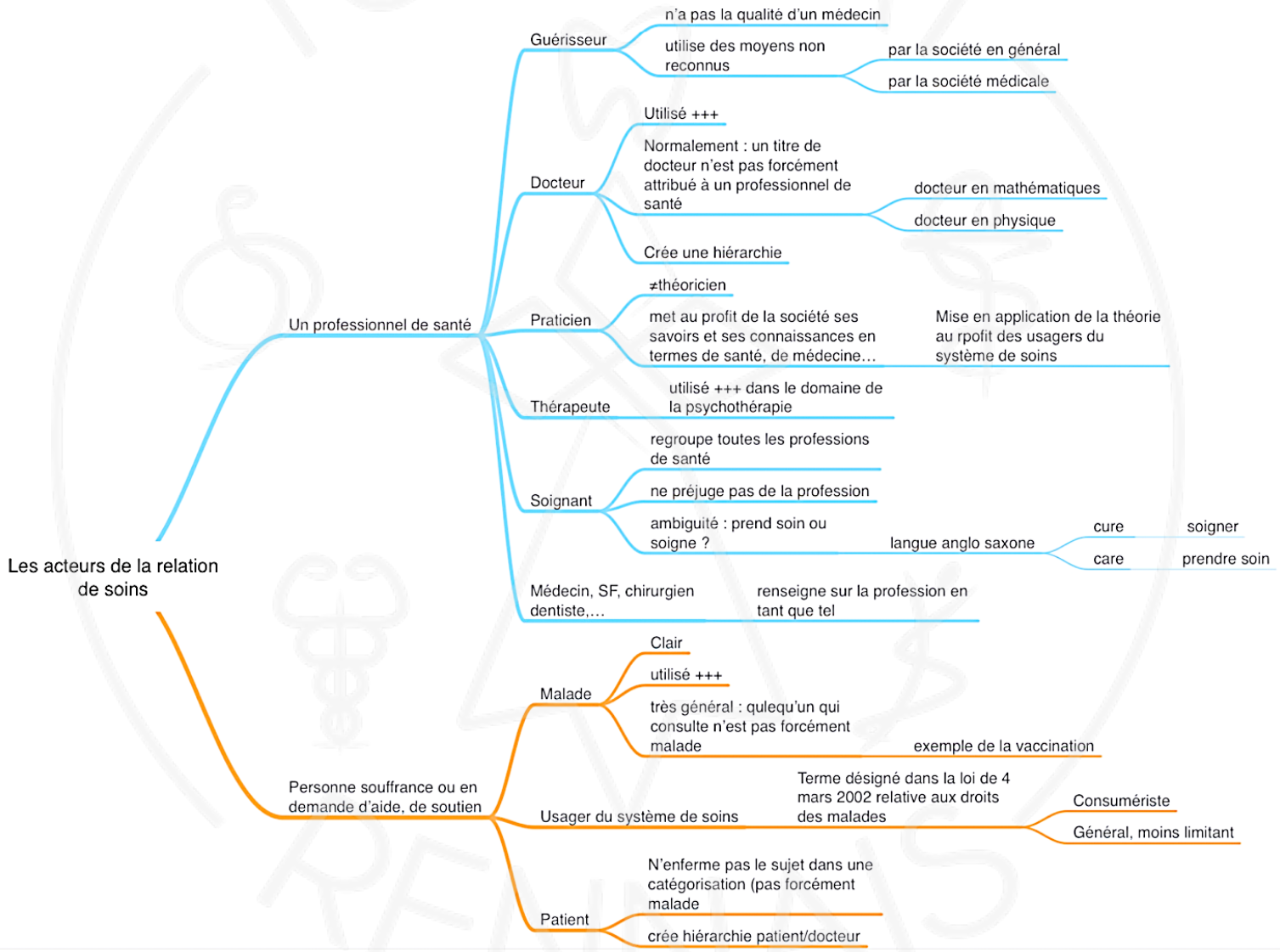
B. VRAI

C. FAUX : le médecin ne doit pas ignorer mais prendre du recul sur ses émotions

D. VRAI

E. FAUX

DIFFERENTS MODELES DE RELATION



QCMS

1. A propos des différents modèles de relation :

A. Un guérisseur a toutes les qualités d'un médecin
B. Un soignant désigne obligatoirement un médecin
C. Le terme docteur est spécifique au domaine médical
D. Un thérapeute désigne obligatoirement un psychologue
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

2. A propos des différents modèles de relation :

A. Le terme « usager du système de soins » a été désigné dans la loi relative aux droits des malades
B. Le terme « patient » vise à réduire la hiérarchie patient/docteur
C. Le terme « malade» est le plus clair et toujours le plus justifié
D. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

CORRECTIONS

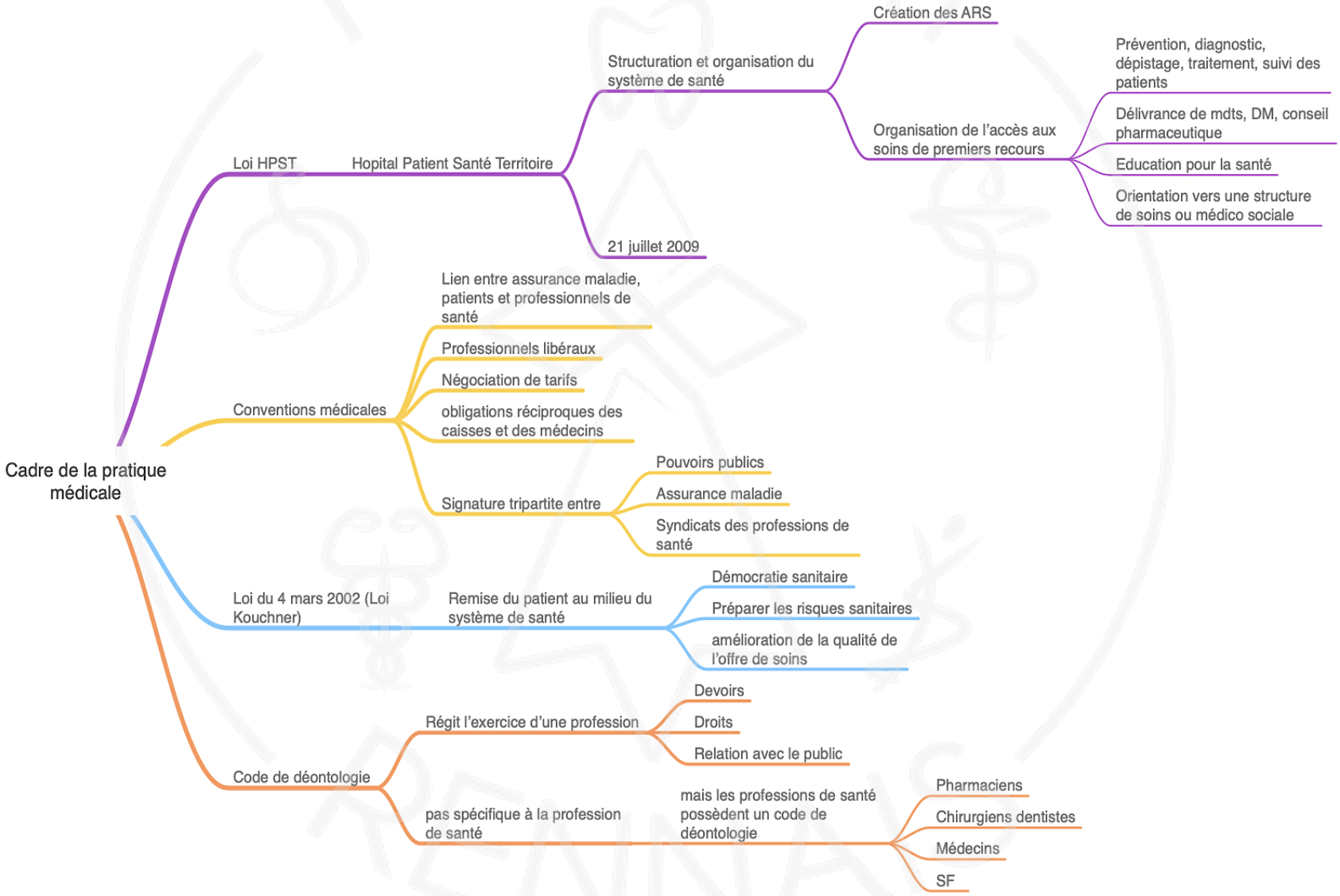
1. Réponse E

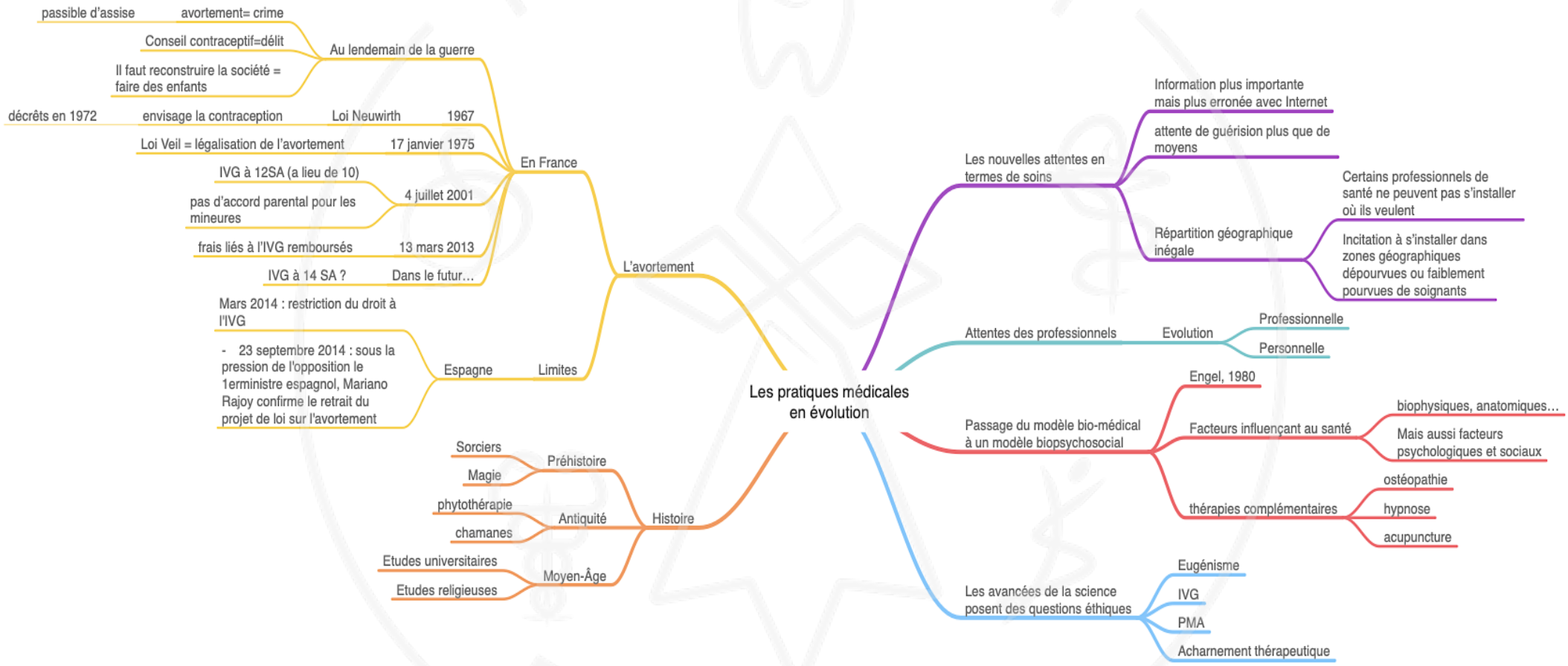
A. FAUX
B. FAUX : ne préjuge pas de la profession
C. FAUX
D. FAUX
E. VRAI *(n'ayez pas peur de mettre les E ou F les loulous, ça arrive ++)*

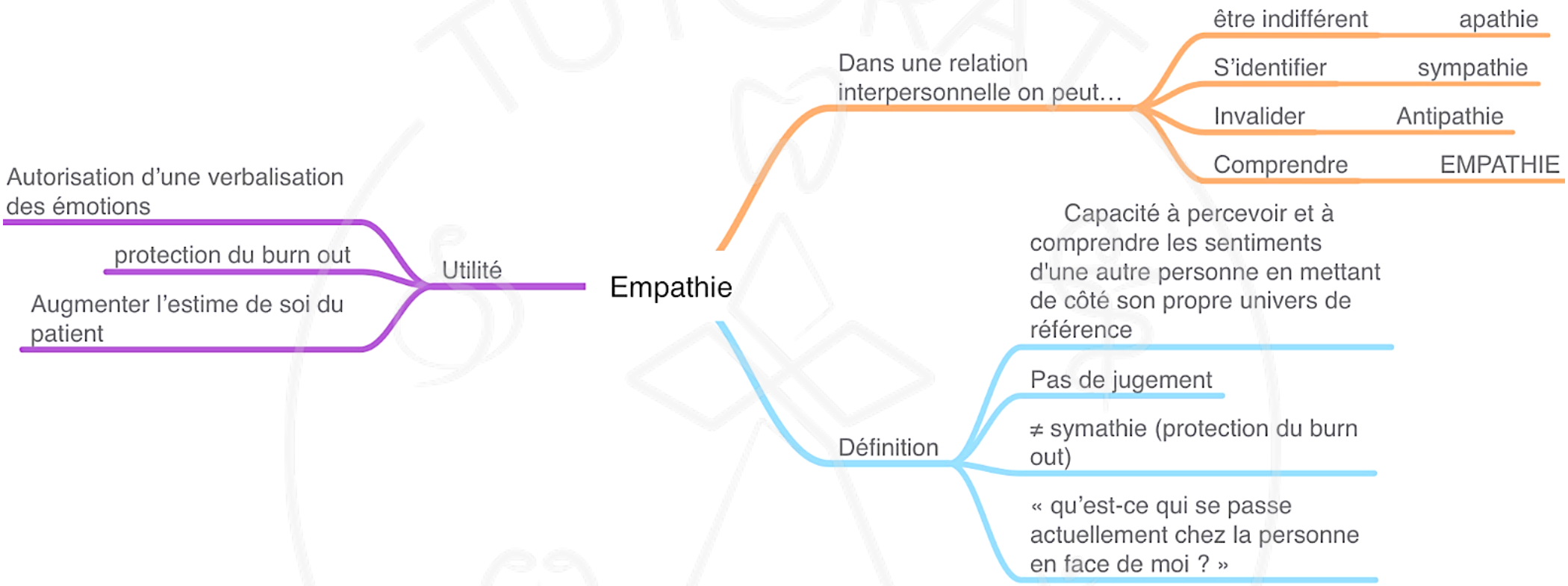
2. Réponse A

A. VRAI
B. FAUX : il l'accroît
C. FAUX : typiquement quand on se fait vacciner, nous ne sommes pas malades à proprement parler
D. FAUX
E. FAUX

PRATIQUE MEDICALE




Les pratiques médicales en évolution
L'avortement
En France
Au lendemain de la guerre
passible d'assise
avortement= crime
Conseil contraceptif=délit
Il faut reconstruire la société = faire des enfants
décrêts en 1972
envisage la contraception
Loi Neuwirth
1967
Loi Veil = légalisation de l'avortement
17 janvier 1975
IVG à 12SA (a lieu de 10)
pas d'accord parental pour les mineures
4 juillet 2001
frais liés à l'IVG remboursés
13 mars 2013
IVG à 14 SA ?
Dans le futur…
Limites
Espagne
Mars 2014 : restriction du droit à l'IVG
- 23 septembre 2014 : sous la pression de l'opposition le 1erministre espagnol, Mariano Rajoy confirme le retrait du projet de loi sur l'avortement
Histoire
Préhistoire
Sorciers
Magie
Antiquité
phytothérapie
chamanes
Moyen-Âge
Etudes universitaires
Etudes religieuses
Les nouvelles attentes en termes de soins
Information plus importante mais plus erronée avec Internet
attente de guérison plus que de moyens
Répartition géographique inégale
Certains professionnels de santé ne peuvent pas s'installer où ils veulent
Incitation à s'installer dans zones géographiques dépourvues ou faiblement pourvues de soignants
Attentes des professionnels
Evolution
Professionnelle
Personnelle
Passage du modèle bio-médical à un modèle biopsychosocial
Engel, 1980
Facteurs influençant au santé
biophysiques, anatomiques…
Mais aussi facteurs psychologiques et sociaux
thérapies complémentaires
ostéopathie
hypnose
acupuncture
Les avancées de la science posent des questions éthiques
Eugénisme
IVG
PMA
Acharnement thérapeutique


Empathie
Dans une relation interpersonnelle on peut…
être indifférent
apathie
S'identifier
sympathie
Invalider
Antipathie
Comprendre
EMPATHIE
Définition
Capacité à percevoir et à comprendre les sentiments d'une autre personne en mettant de côté son propre univers de référence
Pas de jugement
≠ symathie (protection du burn out)
« qu'est-ce qui se passe actuellement chez la personne en face de moi ? »
Utilité
Autorisation d'une verbalisation des émotions
protection du burn out
Augmenter l'estime de soi du patient

QCMS

1. A propos de la pratique médicale :

A. La loi HPST introduit la notion de démocratie sanitaire
B. Les conventions médicales consistent en une signature tripartite
C. La loi du 4 mars 2002 aboutit à la création des ARS
D. Le code de déontologie n'est pas spécifique aux métiers de la santé
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

2. A propos de la pratique médicale :

A. L'empathie est synonyme de sympathie
B. La pratique médicale se basait anciennement sur un modèle bio psycho social
C. Faire preuve d'empathie permet d'augmenter l'estime de soi du patient
D. Une des problématiques actuelles du système de soins est l'inégalité géographique de répartition des médecins
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

CORRECTIONS

1. Réponses BD

A. FAUX : démocratie sanitaire ➔ loi du 4 mars 2002 VS création des ARS ➔ loi HPST
B. VRAI
C. FAUX
D. VRAI
E. FAUX

2. Réponses CD

A. FAUX
B. FAUX, anciennement sur un modèle biomédical qui tend à se transformer en modèle bio psycho social
C. VRAI
D. VRAI
E. FAUX

LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE

INTRODUCTION

Comportement = ensemble des actions et réactions d'un individu dans une situation donnée

- Le comportement est en étroite relation avec le système nerveux et le système endocrinien

Principaux comportements fondamentaux :

- Alimentaire
- Sexuel
- Maternel
- Social
- D'agression
- De défense ou fuite

Application à la médecine : quand est-ce qu'un comportement est considéré comme pathologique?

NORMAL ET PATHOLOGIQUE

Auguste Comte, Claude Bernard, et Georges Canghilhem ont décrit ce concept.

Georges Canguilhem : dans sa thèse de 1**943** il dit que « ***l'état pathologique est une variation quantitative et qualitative de l'état normal*** ».

- L'état pathologique obéit lui aussi à une forme de normalité ! (=évolution classique de la maladie)

Normalité

Normalité statistique	Normalité idéale	Normalité fonctionnelle	Normalité subjective
• La + simple à définir • Association du comportement normal à la fréquence	• Idéal auquel on aspire • Critères élaborés par la société • Difficile à définir • Société exigeante face à la science	• En miroir de la normalité idéale • Se rapproche du fonctionnement optimum d'une personne • Dépend du milieu social et des expériences	• Strictement individuelle
Fonctions cognitives : QI Biologie : glycémie Comportements : cannabis (mais pas si évident !)	Transsexualisme Pédophilie	Conso de cannabis : "j'en prends, ça ne me fait rien : c'est normal !" (erroné !)	Dépression : souffrance très subjective, le médecin peut minimiser

QCMS

1. A propos du normal et du pathologique :

A. Le comportement est en relation avec le système endocrinien
B. L'état pathologique est une variation quantitative de l'état normal
C. La normalité idéale est la plus simple à définir
D. Auguste Comte a contribué à décrire le concept de normal et de pathologique
E. Toutes les réponses précédentes sont inexactes

2. Les normes de fréquence cardiaque correspondent à des normes :

A. Statistiques
B. Idéales
C. Fonctionnelles
D. Subjectives

3. Quels éléments sont considérés comme des comportements fondamentaux chez l'être humain selon le document ?

F. Le comportement d'apprentissage scolaire
G. Le comportement alimentaire
H. Le comportement sexuel
I. Le comportement de défense ou de fuite
J. Toutes les réponses précédentes sont inexactes

Annales

<u>22- 23 :</u>

4. **Concernant la définition du Normal et du Pathologique :**

A. L'un des auteurs principaux en est Georges Canguilhem.
B. Il n'y à pas de normalité dans l'évolution pathologique.
C. Les critères de la « Normalité Idéale » sont élaborés par la société.
D. La « Normalité Statistique » s'applique toujours facilement.
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

CORRECTIONS

1. Réponses ABD

A. VRAI
B. VRAI, et qualitative (l'item aurait été faux s'il avait été stipulé « UNIQUEMENT quantitatif »)
C. FAUX, c'est la normalité statistique
D. VRAI
E. FAUX

2. Réponse A

3. Réponses GHI

4. Réponses AC

A. VRAI, tout comme Claude Bernard et Auguste Comte
B. FAUX
C. VRAI
D. FAUX, pour les comportements cela n'est pas évident par exemple
E. FAUX

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE

Obsessionnelle	Dépendante	Istrionique	Paranoiaque	Evitante
≠ TOC Longues à la tache car **perfectionnisme** **Investissement excessif dans le travail** au détriment des loisirs	Besoin excessif d'être PEC Comportement **soumis** **Peur de la séparation** **Difficulté de prendre des décisions/de s'affirmer**	**Se met en avant, a du mal à rester en retrait/neutre** Comportement séducteur (parfois érotisé) Expression émotionnelle exagérée	**Rancunière, procédurière, méfiance** exacerbée	**Crainte des contacts sociaux** VS pas de problème pour échanges brefs Peur du ridicule, de l'échec, du jugement Estime de soi fragile Hypersensibilité à toute forme de refroidissement du lien
Antisociale = dyssociale = psychopathe	**Borderline**	**Schizoide**	**Narcissique**	**Pervers narcissique**
Actes transgressifs **Mépris** de la loi **Instabilité** des relations Intolérance à la **frustration** Ø empathie	**Emotionnellement labile** Etat limite Instabilité des relations Impulsivité	**Tendance au détachement envers la vie et les obligations sociales** ➔ Indifférence, isolement, Ø émotions, froideur Schyzotypique : • Excentricité • Halluciations/délires, croyances, pensées magiques, illusion, langage et comportement bizarres, distrorsions cognitives et perceptuelles	**Amour de soi** Dédain des autres Besoin de se mettre en avant Ø empathie Soin de l'apparence Intolérance à la frsutration	**Manipulation, emprise** DSM (troubles paraphiliques) Ø d'empathie et de culpabilité Séducteur/victime Souci de l'apparence Mimétisme Valorisation de soi et dévalorisation de l'autre Fausse modestie Aurosité Induction Calomnies et insinuations Cloisonnement des relations Mensonges

QCMS

1. Dans la personnalité évitante, on retrouve :

A. Une crainte des contacts sociaux
B. Une difficulté dans les échanges brefs
C. Un comportement soumis
D. Une peur du ridicule et de l'échec
E. Une estime de soi fragile

2. Dans la personnalité antisociale, on retrouve :

A. Des actes transgressifs
B. Un dédain des autres
C. Une instabilité des relations
D. Une attitude de mimétisme
E. Une intolérance à la frustration

Annales

22 23

3. Concernant la classification catégorielle du DSM V :

A. Le groupe A correspond aux personnalités bizarres-excentriques.
B. Le groupe C correspond aux personnalités anxieuses-créatives.
C. Le groupe D correspond aux personnalités psychotiques-anankastiques.
D. Le nombre de troubles de la personnalité décrites a été augmenté par rapport à l'édition précédente du DSM.
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

4. Dans la personnalité borderline on retrouve :

A. Une rigidité de la pensée.
B. Des relations personnelles instables.
C. Une méfiance excessive et inadaptée.
D. Une instabilité émotionnelle.
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

CORRECTIONS

1. Réponses ADE

A. VRAI
B. FAUX
C. FAUX, personnalité dépendante
D. VRAI
E. VRAI

2. Réponses ACE

A. VRAI
B. FAUX, personnalité narcissique
C. VRAI
D. FAUX, personnalité pervers narcissique
E. VRAI

3. Réponses BD

A. FAUX, retrouvée dans chez la personnalité obsessionnelle et paranoïaque notamment
B. VRAI
C. FAUX, retrouvée chez la personnalité paranoïaque
D. VRAI
E. FAUX

4. **Réponses AB**

A. VRAI
B. VRAI
C. FAUX : N'existe pas
D. FAUX Info non retrouvée dans le cours , plutôt définition de nouveaux critères plus que de nombres de troubles de la personnalité
E. FAUX

FIN DE VIE

	Limitation de traitement	Sédation profonde et continue	Euthanasie	Assistance au suicide
Intention	Ne plus chercher à prolonger artificiellement la vie Refus acharnement thérapeutique	Dormir pour ne pas souffrir	Provoquer le décès	Provoquer le décès
Procédure	Lorsque les traitements sont inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient	Administrer un sédatif avec des doses graduées jusqu'à obtention d'un endormissement	Administrer un produit à dose létale	Prendre un produit à dose létale
Intervention principale	Médecine	Médecine	Médecine (expertise/décision/mise en œuvre)	Médecine : expertise Individu : décision, mise en œuvre
Cause du décès	Evolution de la maladie	Evolution de la maladie	L'injection du produit	L'absorption orale du produit
Période d'agonie	Variable	Variable	Quelques secondes à minutes	Quelques secondes à minutes
Repères psychiques	Retrait de la technique et démaîtrise	Maitrise de l'endormissement	Demande de maîtrise du patient	Maitrise absolue par le patient
Ethique	Construction d'un rapport à la technique par la proportionnalité des traitements	Ne pas souffrir	Autodétermination	Autodétermination autonomie

CONCEPTIONS DE LA DIGNITÉ	
Bourgeoise	Dignitomètre : critères partagés : on est ± digne
Religieuse	La dignité est une valeur indéniable, intrinsèque, en lien avec Dieu
Kantienne	Chacun possède une dignité, il n'y a pas de lien avec Dieu Dignité universelle, laïque, démocratique, il n'y a pas de degrés de dignités
Hegelienne	La dignité est aussi reconnue par autrui sans qu'elle joue directement sur celle-ci : le regard des autres permet de **passer de la dignité en puissance (rose non éclose) à la dignité en acte (rose éclose)** = le sentiment de dignité peut varier mais la dignité étant intrinsèque, cela ne change rien en soit.
Conception moderne	(par ADMD) : dignité jugée par des critères personnels, définis par chacun. Dignité= autonomie= maîtrise Retour du dignitomètre à partir de ses propres repères
Déclaration des droits de l'Homme	La dignité passe avant le droit ≠ convenance personnelle Il n'est au pouvoir de PERSONNE de remettre en cause cette dignité. Dignité = affirmation que l'Homme est reconnu comme ayant une valeur absolue

Le patient est en capacité de s'exprimer

- Donne sa décision qu'il réitère dans un délai raisonnable
- Respect de sa volonté
- Informé des conséquences
- Peut faire appel à un autre soignant
- Respect de sa volonté

Le patient n'est pas en capacité de s'exprimer

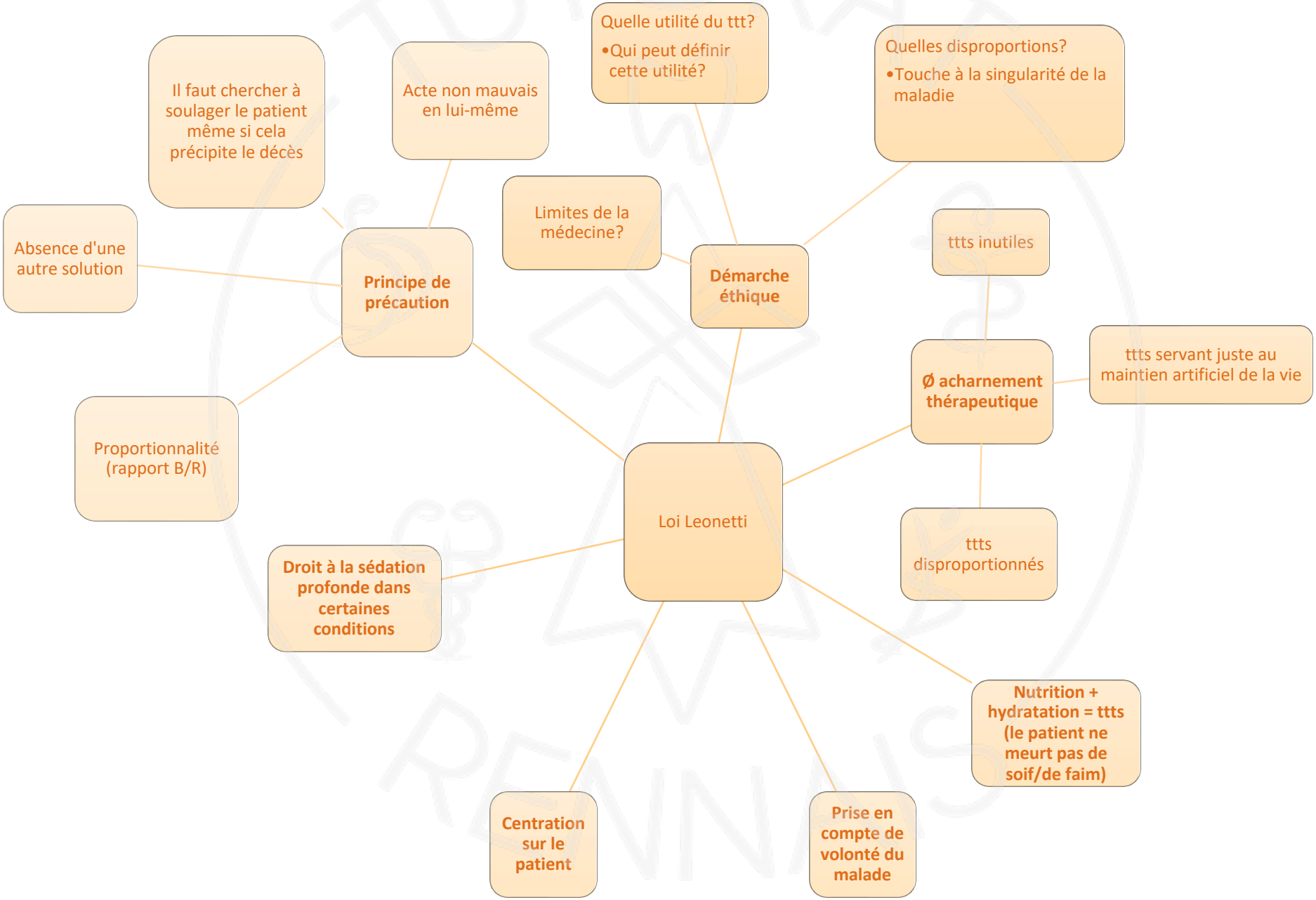
DIRECTIVES ANTICIPÉES :

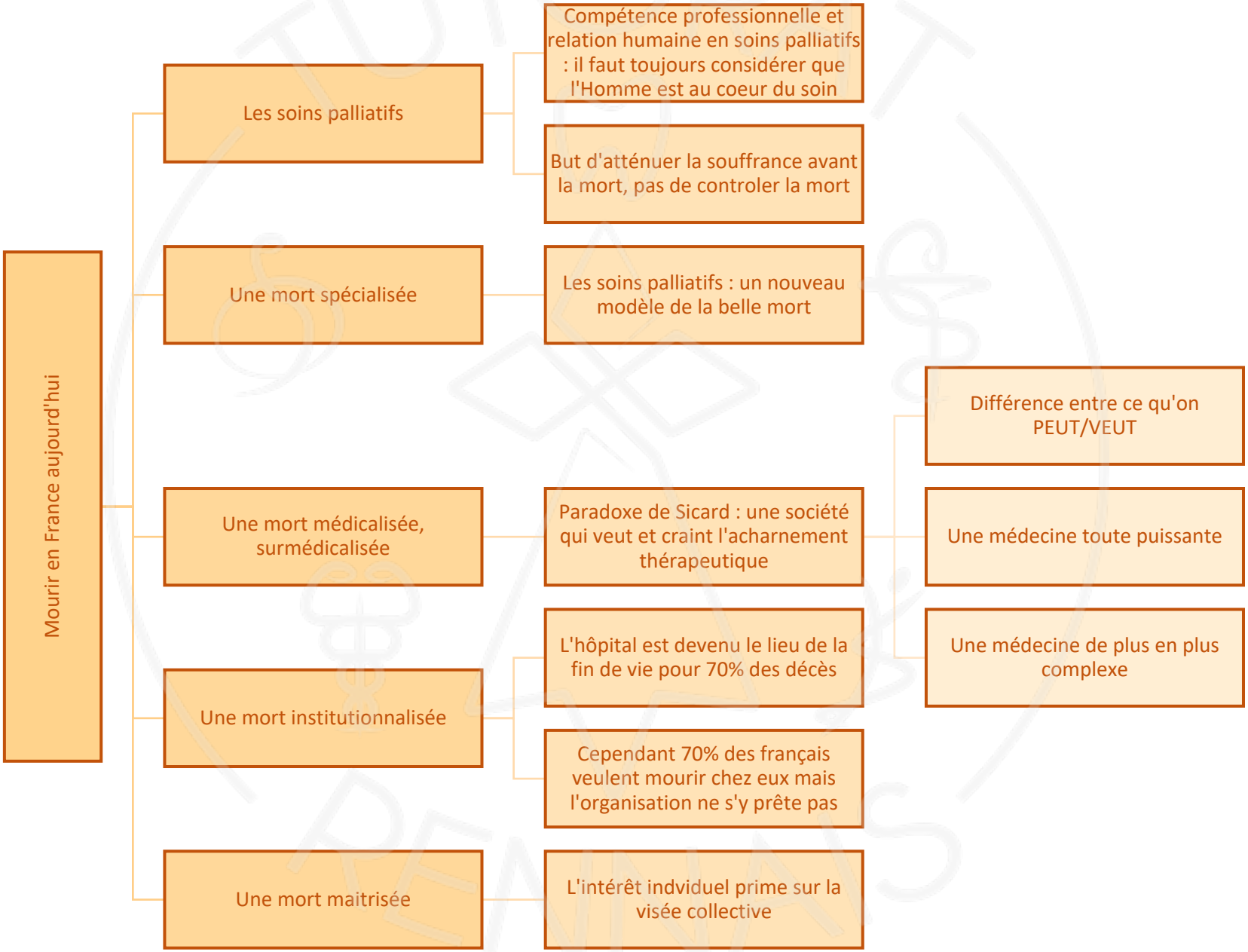
- Révocables à tout moment
- Papier libre signé, daté
- Ø mineurs
- Personne sous tutelle peut avec accord du juge/conseil des familles
- Expression des souhaits : poursuite/limitation/arrêt de ttt
- S'imposent au médecin sauf : manifestement inappropriées / situation avec nécessité d'éclaircissement (urgence vitale)
- Si refus : procédure collégiale par médecin/famille/personne de confiance
  - un consultant voire 2
  - famille/personne de confiance, personnel soignant
  - prise de décision finale par le médecin : motivée, transmise à la PdC/famille, notée dans le dossier médical

PERSONNE DE CONFIANCE

- parent/proche, médecin traitant
- révisable/révocable
- doit être co signée par la personne désignée
- si patient ne peut pas s'exprimer/ne peut pas recevoir info donnée
- proposée lors de chaque hospit pour la durée du séjour
- décision finale prise par le médecin

PROCHES (témoignages ++)


Loi Leonetti
Principe de précaution
Il faut chercher à soulager le patient même si cela précipite le décès
Acte non mauvais en lui-même
Absence d'une autre solution
Proportionnalité (rapport B/R)
Démarche éthique
Quelle utilité du ttt?
•Qui peut définir cette utilité?
Limites de la médecine?
Quelles disproportions?
•Touche à la singularité de la maladie
Ø acharnement thérapeutique
ttts inutiles
ttts servant juste au maintien artificiel de la vie
ttts disproportionnés
Droit à la sédation profonde dans certaines conditions
Centration sur le patient
Prise en compte de volonté du malade
Nutrition + hydratation = ttts (le patient ne meurt pas de soif/de faim)


Mourir en France aujourd'hui
Les soins palliatifs
Compétence professionnelle et relation humaine en soins palliatifs : il faut toujours considérer que l'Homme est au coeur du soin
But d'atténuer la souffrance avant la mort, pas de controler la mort
Une mort spécialisée
Les soins palliatifs : un nouveau modèle de la belle mort
Une mort médicalisée, surmédicalisée
Paradoxe de Sicard : une société qui veut et craint l'acharnement thérapeutique
Différence entre ce qu'on PEUT/VEUT
Une médecine toute puissante
Une mort institutionnalisée
L'hôpital est devenu le lieu de la fin de vie pour 70% des décès
Une médecine de plus en plus complexe
Cependant 70% des français veulent mourir chez eux mais l'organisation ne s'y prête pas
Une mort maitrisée
L'intérêt indviduel prime sur la visée collective

QCMS

1. A propos de la fin de vie :

A. Quand un patient n'est pas en capacité de s'exprimer, on va d'abord s'adresser à la personne de confiance
B. Les directives anticipées sont irrévocables *(comme la sentence à Koh Lanta)*
C. La prise de décision finale revient au psychologue du service
D. La personne de confiance peut être le médecin traitant du patient
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

2. A propos de la loi Leonetti, quelles sont les assertions vraies :

A. Démarche éthique
B. Recherche de l'acharnement thérapeutique
C. Principe de prévention
D. Prise en compte de la volonté du malade
E. Centration sur la thérapeutique médicamenteuse

Annales

21 22

3. Vous envisagez la possibilité de suspendre un traitement chez un homme de 50 ans (marié, un frère, deux enfants) dont vous avez la responsabilité médicale et qui ne peut plus s'exprimer. Son épouse a été désignée comme personne de confiance. Vous décidez d'organiser la procédure collégiale prévue par la loi. Qui devez-vous obligatoirement consulter lors de cette procédure collégiale ?

A. Un médecin consultant.
B. Les deux enfants du patient.
C. La personne de confiance du patient.
D. Le frère du patient.
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

4. Concernant la sédation profonde et continue en soins palliatifs :

A. L'intention du geste est d'endormir le patient pour qu'il ne souffre pas alors qu'il va mourir.
B. Elle vise à donner délibérément la mort à un patient, à sa demande, afin de le soulager de souffrances qu'il juge insupportable.
C. Elle consiste à suspendre, ou à ne pas mettre en oeuvre un traitement qui maintient un patient en vie.
D. Elle doit être mise en œuvre systématiquement chez tous les patients qui vont décéder dans les 48 heures.
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

CORRECTIONS

1. Réponse D

A. FAUX : on consulte en 1er temps les directives anticipées !
B. FAUX : révocables à tout moment
C. FAUX : au médecin
D. VRAI
E. FAUX

2. Réponses AD

A. VRAI
B. FAUX
C. FAUX : de précaution
D. VRAI
E. FAUX : centration sur le patient

3. Réponse C

4. Réponse A

A. VRAI
B. FAUX : euthanasie
C. FAUX : limitation de ttt
D. FAUX
E. FAUX

BIOETHIQUE ET DEBUT DE VIE

INTRODUCTION

Vouloir un enfant est le désir le plus légitime du monde

Cette légitimité n'existe et ne doit être prise en compte que :

- si l'enfant est voulu pour lui-même
- si son intérêt prime sur le seul désir de s'assurer une filiation génétique

FIV

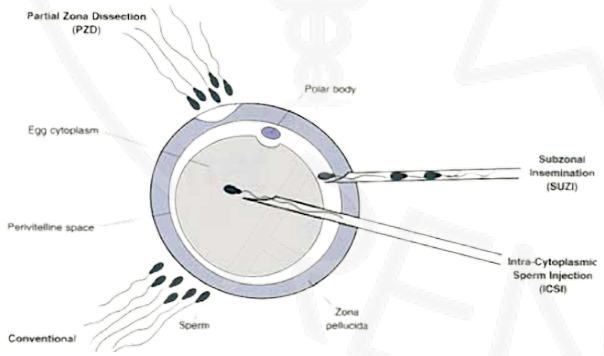
FIV

1. Stimulation ovarienne
2. Ponction des ovocytes
3. Culture de l'embryon humain en labo
4. Transfert de l'embryon

Première FIV

1978 : Louise Brown est le 1er bébé issue d'une FIV (Grande Bretagne). Acteurs = Dr Edwards et Steptoe

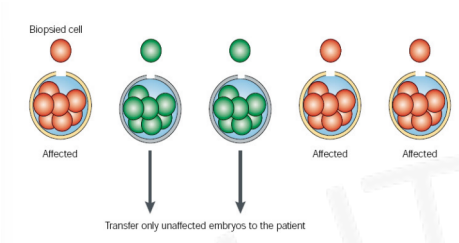
Exemple de l'ICSI : injection d'un spermatozoïde dans l'ovocyte



- Pas de travaux préliminaires chez l'animal
- PEC des hommes ayant une spermatogénèse altérée VS risques d'anomalies génétiques (30% des cas d'infertilité masculine)

La stérilité est devenue héréditaire

Diagnostic pré implantatoire



Double DPI

- Fabrication du bébé médicament
- Pour les couples se sachant porteurs d'une maladie génétique
- Questions éthiques (eugénisme?)

Chronologie des évènements	Lois de bioéthique
• **1974 :** don de spermatozoïdes (CECOS). • **1978 :** premier bébé FIV au monde (Angleterre). • **1982 :** Amandine premier bébé FIV en France. • **1983 :** première naissance après congélation d'embryon. • **1984 :** première naissance après don d'ovocytes. • **1992 :** ICSI. • **1999 :** première naissance après vitrification ovocytaire. • **2011 :** autorisation de vitrification ovocytaire en France. • **2018 :** 40 ans de Louise Brown et elle a eu 2 enfants. • **2021 :** possibilité pour les couples de femmes, femmes non mariées d'avoir accès au don d'ovocytes + l'autoconservation ovocytaire possible.	• **1ère loi : 1994** → encadre les chercheurs VS souple pour permettre l'innovation. La première loi de bioéthique date de 1994, et elle a été revue en 2004, 2011 et 2021

CONGELATION EMBRYONNAIRE

Cryoconservation

- Congélation (-196°C) en azote liquide
- Conservation au long cours des gamètes et embryons

Devenir des embryons congelés

- Gardés par le couple
- Détruits
- Donnés à un autre couple
- Données à la recherche

DON DE GAMETES ET MITOCHONDRIES

Don de gamètes

- De SPZ ou ovocytes
- Gratuit et anonyme en France
- Don direct = INTERDIT en France
- Limites d'âge des donneurs : 37 ans (femmes) et 45 ans (hommes)

Don de MTC

INTERDIT en France et aux USA

AUTORISÉ en Angleterre

L'enfant né a alors 3 parents (ADN) :

*La **mère** :* porteuse de mutation de l'ADN mitochondrial (lot de 23K)

*La **donneuse*** : cytoplasme ovocytaire

*Le **père** :* SPZ

Toujours rapporter ces démarches aux questions éthiques et humanistes qu'elles soulèvent.

Quel avenir pour le don de gamètes ?

Don anonyme au moment de l'attribution des gamètes.

Possibilité de l'enfant majeur de retrouver l'identité du donneur (registre national).

NOUVELLE LOI DE BIOETHIQUE, CE QUI CHANGE CONCERNANT L'AMP

AMP avec ou sans don accessible pour TOUTES les femmes	• En couple avec un homme, une femme ou célibataires • En âge de procréer
Autoconservation des gamètes non soumise à indication médicale	• Congélation et conservation de ses propres gamètes pour les utiliser + tard • Femmes : 29 → 37 ans • Hommes : 29→ 45 ans
Utilisation des gamètes autoconservées	• Jusqu'à 45 ans chez les femmes • Jusqu'à 60 ans chez les hommes
Identification du donneur	• Données strictement personnelles • Données identifiantes ou non • 2022 : consentement systématique des donneurs que l'enfant à sa majorité puisse retrouver leur identité

TRANSFERTS D'EMBRYONS POST MORTEM

Pose question : enfant orphelin de son père

Consentement du compagnon/conjoint avant transfert

RUPTURE AVEC LES LIMITES NATURELLES

⇒ Age, conservation, procréer au delà de la mort

GPA

- Via une mère porteuse :
  - mère génétique : FIV → mère porteuse
  - père génétique : recours au don d'ovocyte → mère porteuse
- Alternative : greffe d'utérus

Définition et cadre juridique

≠ de la procréation pour autrui : auquel cas la mère porteuse est également la mère génétique

En France = INTERDIT

- Sanctions pénales : délit (3 ans prison + 45000€)

Questions posées par la GPA

- **Liens** entre la femme enceinte et l'enfant qu'elle porte
- **Compréhension** des enfants
- **Non-attachement à l'enfant** exigé à la mère gestatrice
- **Malformations** foetales ?

Principes : Respect d'autrui, principe de non-aliénation de la personne humaine, non marchandisation

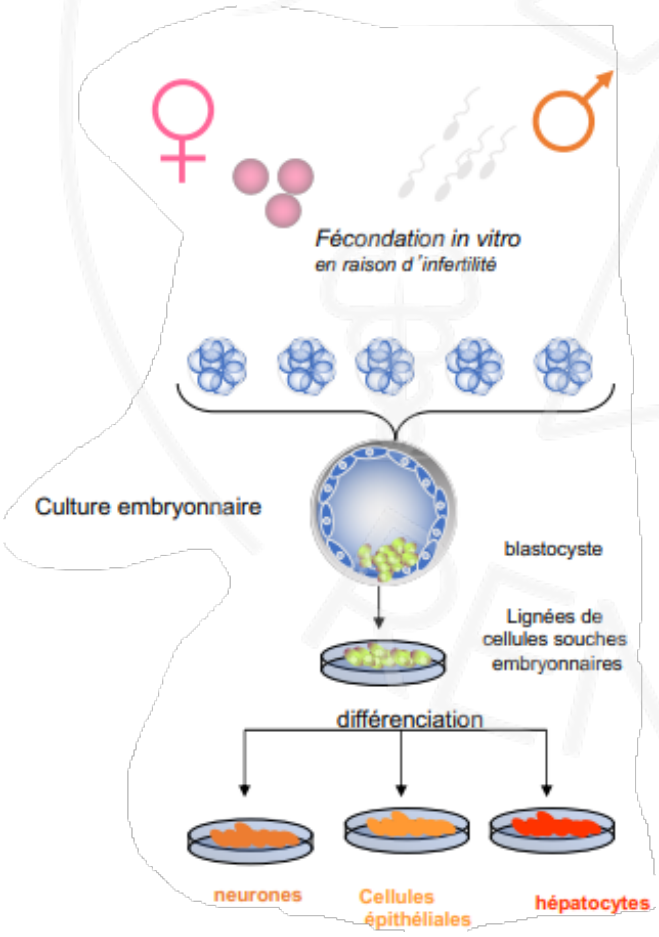
Evolution de notre société

Mariage pour tous

Modifications des conditions d'accès à l'AMP

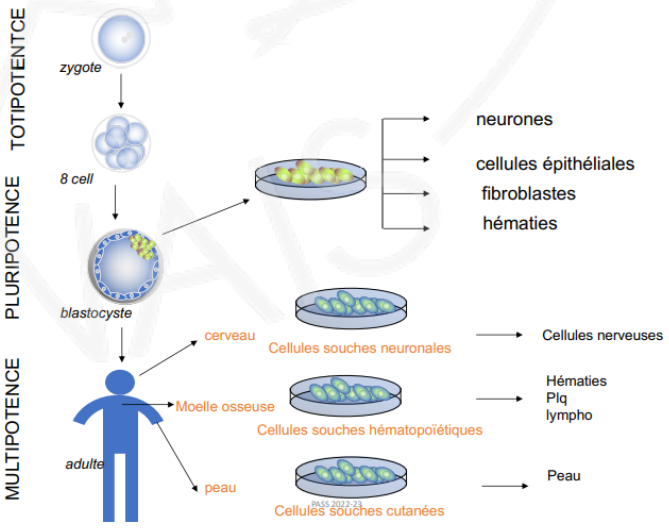
EMBRYON PREIMPLANTATOIRE

Production de ¢ souches embryonnaires



Petite partie rappel sur le début du développement embryonnaire : cf cours n°1 d'embryo ;)

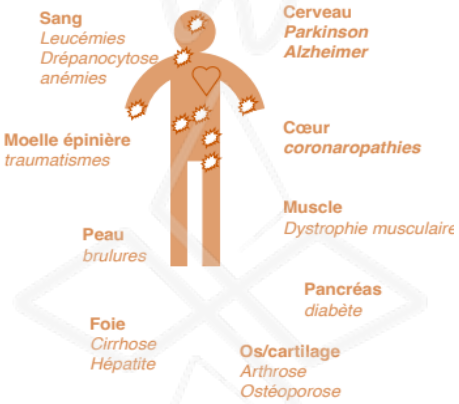
= **médecine régénérative** : permet de restaurer et régénérer les organes



Applications actuelles de la médecine régénérative

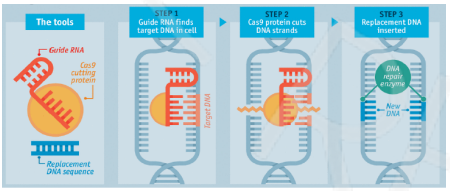
1. Thérapies anti cancéreuses
2. Maladies du SN, rétine
3. Maladies neurodégénératives
4. Lésions de la ME
5. AVC
6. Lésions myocardiques

Applications possible



Recherche sur l'embryon et les CS embryonnaires

- Progrès thérapeutiques majeurs
- Respect des principes éthiques
- Autorisation obligatoire
- ***Aucun embryon humain ne pourra être conçu pour la recherche***



Techniques CRISPR-CAS9 : modification du génome

Exemple de la modification du gène de la ß globine

Modifications retrouvées dans les cellules sexuelles = transmission à la descendance

Manipulation de l'embryon humain

Chercheur chinois ayant proposé à 3 couples porteurs du VIH de concevoir des enfants résistants au VIH (par une mutation du CCR5)

- *CCR5 : augmente les capacités de mémoire + meilleure récupération cognitive*
- → Polémiqué : **human enhancement**

QCMS

1. A propos de la nouvelle loi de bioéthique :

A. L'AMP est accessible à toutes les femmes en couple avec un homme, une femme ou célibataires
B. L'autoconservation des gamètes reste soumis à indication médicale
C. Un enfant de 14 ans peut retrouver l'identité de son donneur
D. Les gamètes autoconservées peuvent être utilisées à 45 ans chez les hommes
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

2. A propos de la médecine régénérative :

A. Elle peut être utilisée dans le cadre de la thérapie anti cancéreuse
B. Elle peut être utilisée dans le cadre des maladies dégénératives
C. Elle consiste en la production de cellules souches embryonnaires
D. Le traitement de l'arthrose représente une application actuelle
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

Annales

20- 21 :

3. Concernant le don de gamètes en France :

A. Il est interdit.
B. Le don direct est autorisé.
C. Le don de spermatozoïdes est autorisé.
D. La promotion du don de gamètes est une des missions de l'Agence de Biomédecine.
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

4. Concernant les donneurs de spermatozoïdes :

A. Ils sont rémunérés financièrement pour ce don.
B. L'âge limite pour un donneur de spermatozoïde est de 35 ans.
C. L'âge limite pour un donneur de spermatozoïde est de 40 ans.
D. L'âge limite pour un donneur de spermatozoïde est de 45 ans.
E. L'âge limite pour un donneur de spermatozoïde est de 50 ans.
F. Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

22- 23 :

Question 35 - Les techniques d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP):

A) Peuvent favoriser la transmission d'une stérilité à la descendance.
B) Permettent d'obtenir des cellules souches embryonnaires humaines.
C) Sont autorisées pour les couples de femmes.
D) Sont interdites aux femmes seules non mariées.
E) Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

Question 36 - Concernant le don de spermatozoïdes :
A) Un homme âgé de 25 ans peut être donneur de gamètes.
B) Un homme âgé de 55 ans peut être donneur de gamètes.
C) Il n'est possible que si le couple receveur est marié.
D) Il permet d'éviter à l'enfant une maladie transmise par la mère.
E) Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

CORRECTIONS

1. Réponses AD

A. VRAI
B. FAUX
C. FAUX, il faut qu'il soit majeur !
D. VRAI, jusqu'à 60 ans
E. FAUX

2. Réponses ABC

A. VRAI
B. VRAI
C. VRAI
D. FAUX, application possible
E. FAUX

3. Réponses CD

A. FAUX
B. FAUX
C. VRAI
D. VRAI
E. FAUX

4. Réponse D

A. FAUX
B. FAUX
C. FAUX
D. VRAI
E. FAUX
F. FAUX

35. Réponse C

36. Réponse A

ADDICTOLOGIE

INTRODUCTION

Comportement qui vise à **produire du plaisir** & écarter ou atténuer une sensation de **malaise interne**.

Caractéristiques :

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

Les addictions sont aujourd'hui regroupées car :

- Lorsqu'il y a dépendance, le **comportement est identique quelque-soit la substance**
- **Nombreuses poly-consommations (concommitantes et séquentielles)**
- **Voies de neurotransmissions communes, mêmes voies cérébrales**

Les addictions peuvent concerner des substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis etc…) mais également des comportements (jeu).

Tous les individus ne sont pas égaux face au risque d'addiction :

- Vulnérabilité variable
- Facteurs de risque multifactoriels
- Addiction dépend de l'interaction **P x I x E**
    - **P : produit** → potentiel addictif et intensité de l'addiction différents en fonction du produit
    - **I : individu** → tempérament, maladies psychiatriques, interactions génétiques
    - **E : environnement** → environnement familial, pairs, stress

	ALCOOL	TABAC	CANNABIS	OPIACES	COCAINE
Probabilité de dépendance	Faible (10%)	**Forte**	Faible (5-10%)	**Forte**	**Forte**
Intensité de dépendance	**Forte**	**Forte**	Faible	**Forte**	**Forte**

Statut	Licite Valorisé culturellement ++ Lobby important Coût social de l'alcool > tabac 1% du PIB	Licite Valorisation différentes selon les âges (actuellement en déclin) Influence du lobby++ (films, séries)	Illicite (délit) Tests positifs longtemps Valorisé dans certaines cultures Tendance internationale à la dépénalisation	Illicite : Héroïne (sniffée, fumée, injectée++) Licite : opium – morphine – codéine →Drogues sédatives	Illicite : sniffée, fumée, injectée →Drogue stimulante puis anxiété et état dépressif
Faible risque	Max 2 verre/j, 10v/sem et au – 1j/sem sans alcool	Toxicité majeure dès la première prise - Dose dépendant - Proportionnelle au carré du temps	Même toxicité que le tabac 1 pétard = 4-5 cigarettes en termes de produits nocifs	Très addictogène Risque de surdose	Toxique en aiguë Risque ++ de devenir dépendant
Usage à risque	**Aiguë** : >6 verres/occasion (risques : accidents, violences) **Chronique** : risque exponentiel - 4v/j : cirrhose x3 - 6v/j : cirrhose x6 - 14v/j : cirrhose x650 - 1 verre par jour : x 1 .1 cancer du sein	Concerne tout fumeur quotidien ! <u>Csq somatiques :</u> Cardiovasculaires, cancer, respiratoire <u>Csq psycho :</u> dP° Nocivité sociale : - Au niveau financier - Tabagisme passif 77 000 décès par an	**Aiguë** : risques de bad trip, psychose cannabique, légaux, routiers **Chronique** : - Somatique - Psychiatrique - Cognitifs - Social/légal - Syndrome amotivationnel /!\ à l'association avec les troubles schizophréniques	Complications <u>somatiques</u> rares : Décès par surdose Risques liés à l'injection : - Destruction des veines - Hépatites B, C, VIH Csq <u>sociales</u> : - Illégal - Troubles du comportement lié au manque, ou par intox aiguë	<u>Somatique</u> : - Vasoconstriction - Troubles du rythme cardiaque - Transmission VIH et hépatite <u>Psychologique</u> : - Instabilité de l'humeur - Délire paranoïaque - Panique, amnésie - Alternance, abbatement/excitation <u>Sociale</u> : - Lié à l'excitation
Usage nocif	Conséquences : - <u>Somato-traumatiques</u> - <u>Sociales</u> - <u>Psychologiques</u> (dP°, anxiété, suicides)				

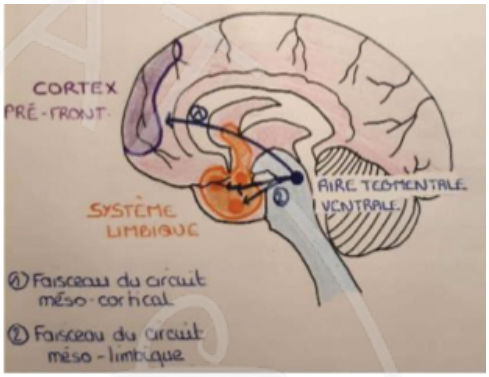
Dépendance	**Physique** (30% des dépendants) - Sevrage matinal ++ - Delirium tremens Seule drogue où l'arrêt brutal peut entrainer le décès	Addictogène ++ : 100 cigarettes suffisent ! **Physique** : sevrage matinal **Psychique**	**Physique** : Sevrage, Anorexie, Irritabilité (retardée) **Psychique** : faible	**Très fréquente, très rapide :** **Physique** : fq++ (85%), syndrome de sevrage caractéristiques : (algies diffuses, crampes, mydriase, rhinorrhées, diarrhée, coliques abdominales en qlq heures) **Psychique** : craving très fort ++ Traitement par substitution	**Fortement addictogène +++++** Dépendance **physique rare** **Psychique** : forte ++
Chiffres	1 unité = 10g d'alcool éthylique Psychoactif le + consommé en France Mésusage (3.8 millions de personnes) : - ½ usage à risque /nocif - ½ dépendance	30% de la population fume 80% des addicts au tabac est aussi alcoolo-dépendants - de consommateurs que l'alcool Dépendance la + fréquente	La France est en tête des consommations Forte augmentation depuis qlq dizaines d'années	45% des usagers de drogues IV ont fait de la prison Risque élevé de rechute si arrêt de la consommation	Consommation en hausse

PHYSIOPATHOLOGIE

Addiction = problème neurobiologique du système dopaminergique méso-cortico-limbique

- « *Dopaminergique* » : ça libère de la dopamine : molécule qui procure le plaisir dans le cerveau
- « *Méso-cortico-limbique* » : les neurones partent de **l'Aire tegmentale ventrale** (dans le mésencéphale) pour aller soit dans le limbique soit dans le cortex via des « circuits » (en gros) :

Le circuit méso-limbique : joue un rôle dans les émotions et donc dans la dépendance :



- *Noyau accubens* : sert au renforcement : favorise la répétition du comportement
- *Amygdale* : réponse conditionnée : « quand je fais une pause dans mes révisions, je fume »
- *Hippocampe* : mémoire

Le circuit mésocortical :

- Cortex pré-frontal : décision (envie d'alcool entraine une recherche de la substance)
- Cortex orbito-frontal : conséquences cognitives
- Cortex Cingulaire antérieur : recherches compulsives

1. Conduites de consommation

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 Dépendance psychique : - Craving - Perte de contrôle - Continue la conso malgré les csq négatives - Centration Dépendance physique : - Sd de sevrage - Tolérance - /!\ Dépendance physique n'est pas obligatoire ! ➔ *Abstinence et PEC pluridisciplinaire*

QCMS

1. A propos de l'addictologie :

A. La probabilité de dépendance à l'alcool est équivalente à celle des opiacés
B. La cocaïne est une drogue sédative
C. L'arrêt brutal de la consommation d'alcool peut être fatal
D. La dépendance physique au cannabis est très forte
E. Toutes les réponses précédentes sont inexactes

2. A propos de la physiopathologie de l'addiction :

A. Le neurotransmetteur impliqué dans les mécanismes de dépendance est l'acétylcholine
B. Le circuit méso limbique joue un rôle dans les émotions
C. L'addiction est uniquement un problème psychique
D. La tolérance est un signe de dépendance physique
E. Toutes les réponses précédentes sont inexactes

3. A propos des opiacés :

A. Leur consommation est parfois licite
B. Le syndrome de sevrage caractéristique contient un myosis
C. Les complications somatiques sont fréquentes et notamment liées à l'injection (VIH, hépatite)
D. Le risque de rechute est élevé
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

Annales

21- 22 :

4. Concernant l'usage à faible risque de substances psychoactives :

A. La consommation quotidienne d'un verre standard d'alcool n'entraîne aucun risque pour la santé.
B. Il est bien défini pour l'ensemble des substances psychoactives.
C. Il est recommandé en France de ne pas dépasser 10 verres standards par semaine.
D. Un verre standard contient 10 g d'alcool éthylique.
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

5. Concernant l'addiction :

A. Le jeu pathologique fait partie des addictions comportementales.
B. La consommation concomitante de cocaïne et d'héroïne est la plus fréquente des polytoxicomanies en France.
C. Addiction et usage nocif pour la santé se recoupent.
D. Le comportement addictif vise uniquement à produire du plaisir.
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

NB : ce même qcm est tombé en 22/23

CORRECTIONS

1. Réponse C

A. FAUX : proba de dépendance OH < proba de dépendance opiacés
B. FAUX : drogue stimulante
C. VRAI
D. FAUX : quasiment pas de dépendance physique *(c'est par pour ça qu'il faut en fumer, je vous voir venir…)*
E. FAUX

2. Réponses BD

A. FAUX : la dopamine
B. VRAI
C. FAUX : problème aussi neurobiologique
D. VRAI
E. FAUX

3. Réponses AD

A. VRAI : L'opium ou la codéine par exemple
B. FAUX : C'est une mydriase (élargissement de la pupille) et non un myosis (rétrécissement de la pupille)
C. FAUX : Les complications somatiques sont rares. Le reste de la phrase est vrai
D. VRAI
E. FAUX

4. Réponses CD

A. FAUX
B. FAUX
C. VRAI
D. VRAI
E. FAUX

5. Réponse A

A. VRAI
B. FAUX : La polytoxicomanie la plus fréquente est celle de l'alcool/tabac
C. FAUX : L'usage nocif n'atteint pas les critères de la dépendance à ce stade
D. FAUX : Le comportement addictif vise également à retrouver les soulagements de la souffrance psychique et éviter la sensation de malaise psychique quand manque le produit.
E. FAUX

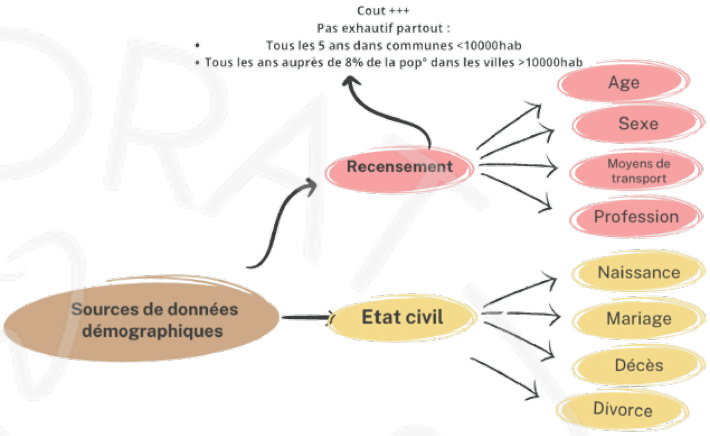
CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

INTRODUCTION

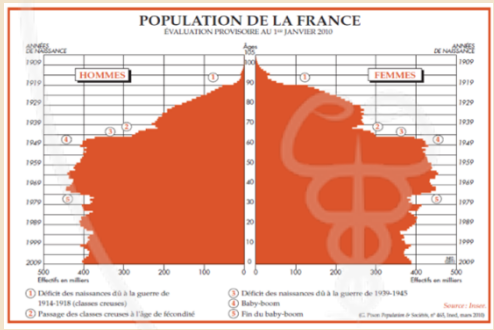
Démographie : étude à la fois quantitative et qualitative des populations et de leurs dynamiques

- Étude *statique* : état de la population
- Étude *dynamique* : mouvements de la population

Indicateur de santé : TOUJOURS PARTIEL (ne définit pas lui seul l'état de la population)



LES INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES D'ETAT

Pyramide des âges 	1er indicateur démographique Observations : ● Actuellement, aux âges moyens la pyramide est large = vieillissement de la population ● Dans le futur : on tend vers le losange. ○ Vieillissement de la population ○ Diminution de nombre d'actifs ○ Problème de retraite/baisse de la natatlité (baisse de natalité + augmentation de la longévité avec l'amélioration des soins) ■ Ce sont des tendances présentes dans les pays industrialisés ● On peut retracer des évènements historiques (guerres mondiales) avec la modification de la pyramide des âges à une année/période donnée
Rapport de dépendance démographique	$\frac{nombre\ d'enfants\ de\ moins\ de\ 15\ ans\ et\ du\ nombre\ de\ personnes\ de\ 65\ ans\ et\ plus\ (non\ actifs)}{nombre\ d'adultes\ de\ 15\ à\ 64\ ans\ (actifs)} = \frac{Non\ actifs}{Actifs}$
Indice de vieillissement	Nombre de personnes de 65 ans et + pour 100 personnes de moins de 20 ans.

LES INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES DE MOUVEMENT, DE DYNAMIQUE

Natalité/fécondité

Nombre de naissances : 738000 en 2021 ➔ fécondité une année donnée

- Tendance générale à la baisse depuis 2010

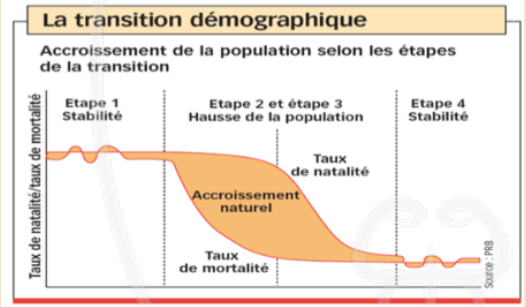
Taux brut de natalité : 10,9‰ en 2020

$$\frac{nombre\ de\ naissances}{population\ moyenne\ d'une\ zone\ géographique\ pour\ une\ période\ donnée,\ ramené\ à\ 1000\ habitants}$$

Taux brut de fécondité : 1,83 en 2021

$$\frac{nombre\ de\ naissances\ vivantes}{nombre\ de\ femmes\ en\ âge\ de\ procréer\ (15-49\ ans)}$$

++++ : Transistion démographqiue :



Déterminants :

- Hygiène, alimentation, médecine, développement économique : baisse de la mortalité
- Evolution familiale, développement économique : baisse de la natalité

Mortalité

Mortalité en général

Décès : + anciennes données sanitaires, maintenant fiables VS causes des décès parfois mal identifiées

- Gérés par le CépiDC
- Certificat de décès
  - Partie supérieure : nominative mais sans données médicales
  - Partie inférieure : anonyme VS avec cause du décès

Indicateurs de mortalité

- Taux brut de mortalité

$$\frac{nombre\ de\ personnes\ décédées\ au\ cours\ d'unepériode\ de\ temps}{effectif\ moyen\ de\ la\ population\ exposée}$$

- Taux spécifique de mortalité
- Taux de mortalité prématurée

$$\frac{nombre\ de\ décès,\ \ au\ cours\ de\ l'année,\ \ d'individus\ < 65\ ans}{population\ totale\ des\ < 65\ ans\ de\ la\ même\ année}$$

  - 9,7‰ en 2021

Causes de décès :

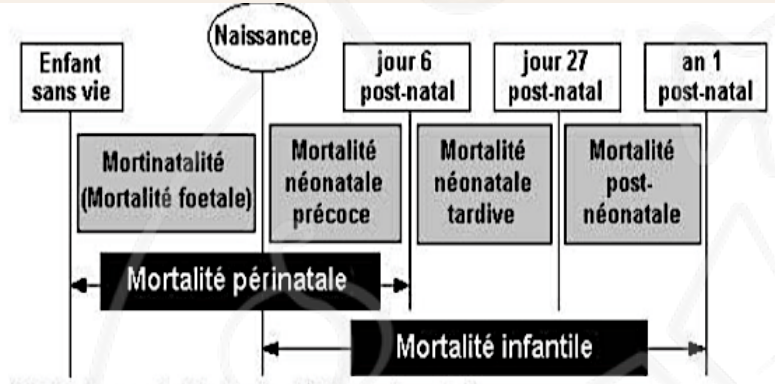
- 1/3 : cancers
- ¼ : maladies cardiovasculaires
- Morts violentes : 6,6%
- Maladies de l'appareil respiratoire : 7,3%
  - Pour les pays en développement, les maladies infectieuses sont + importantes que les autres causes de décès
  - Variations géographiques

Paradoxe français : faible taux de mortalité VS taux de mortalité prématurée élevée ➔ comportements à risque

Mortalité évitable :

- Décès dus à des causes dont la maitrise ne nécessite ni connaissance médicale et équipement supplémentaire
- Chez <65ans évitables par prévention primaire
- Chez <65 ans évitables par système de soins

Mortalité dans l'enfance et autour de la naissance



- Mortinatalité

$$\frac{nombre\ de\ morts\ foetales\ enregistrées\ après\ 22\ SA\ ou\ si\ l'enfant pèse\ plus\ de\ 500g\ à\ la\ naissance}{nombre\ de\ naissances\ totales\ (vivantes\ et\ mort-nés)}$$

- Mortalité néo-natale :
  - Précoce : liés aux PEC de la naissance (naissance-6jrs révolus)
  - Tardive : liés à des facteurs endogènes (6-28jrs)
- Mortalité périnatale
- Mortalité post néonatale : liés à des facteurs exogènes
- Mortalité infantile : $\frac{nombre\ d'enfants\ qui\ décèdent\ avant\ l'âge\ d'1an}{1000\ naissances\ vivantes}$
- Taux de mortalité infantile : $\frac{nombre\ d'enfants décédés\ à\ moins\ d'1\ an}{ensemble\ des\ enfants\ nés\ vivants}$

Espérance de vie

- Indicateur VIRTUEL
- Synthèse des conditions de vie de l'année
- Espérance de vie à la naissance F > H (VS écart diminue) **H = 79,3 ans** et **F = 85,4 ans**
- Espérance de vie à 60 ans : relativement stable **H = 23 ans** et **F = 27,5 ans**

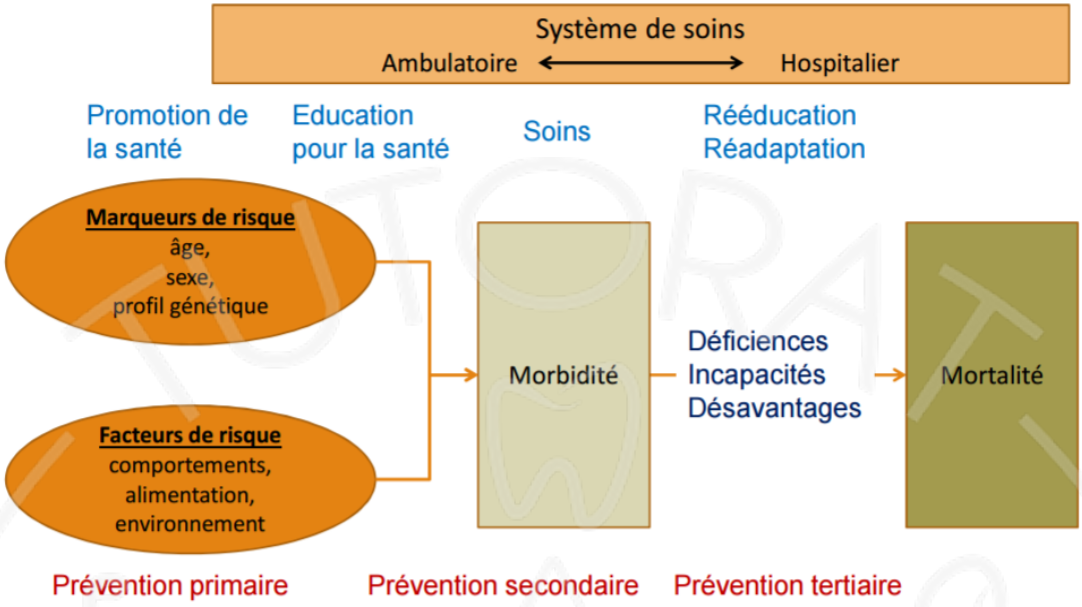
Espérance de vie sans incapacité = espérance de vie en bonne santé

- Homme : 62,7 ans.
- Femme : 64,1 ans.

Évolution historique :

- Au 18ème siècle :
  - Espérance de vie: **25** ans VS **80** ajd.
  - ½ des enfants mouraient avant **10** ans.
  - En 1810, elle a fait un bon à **37** ans (vaccination contre la variole)
- XXe : Hors des guerres, la hausse se poursuit

INDICATEUR DE SANTE



Exposition

- En amont de la maladie
- **Prévention primaire :** en AMONT de la maladie
  - Suppression/protection de l'exposition
  - *Exemples : préservatifs, vaccination, suppression de l'exposition à l'amiante…*

Facteurs intrinsèques = marqueurs de risque	Facteurs extrinsèques = facteurs de risque
Caractéristiques démographiques Caractéristiques génétiques	Comportements individuels Environnement
On ne peut pas y faire grand-chose	*On peut faire des choix*

Morbidité

= Nombre de personnes souffrant d'une maladie donnée pendant un temps donné.

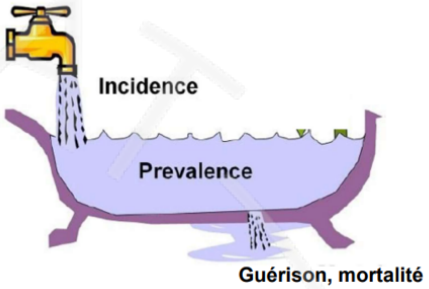
- Difficultés :
  - ≠ points de vue,
  - Classification précise des maladies,
  - Sources d'informations,
  - Vision réductrice,
  - Sensibilité faible
- Accessible à la prévention secondaire = déceler la maladie le + tôt possible
  - *Exemple : tests de dépistage*

Types de morbidités			
Objective : Critères standardisés et objectifs	*Ressentie :* Perception subjective	*Exprimée :* Recours au SDS	*Diagnostiquée :* Vision du médecin

Sources de données de *morbidité* :

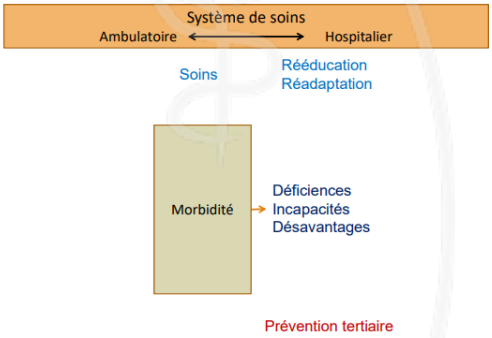
- Maladies à déclaration obligatoire : tuberculose, VIH
- Données hospitalières : PMSI
- Enquêtes
- Recueil de données
- Surveillance

P ≈ I x d avec d : durée moyenne de la maladie



MORBIDITE ETENDUE

- Prise en compte des conséquences des problèmes de santé
- Appréciation de l'état de santé + global
- Prise en compte du point de vue du patient



QUALITE DE VIE

Etat de santé mais pas seulement ! C'est aussi : **Réussite** des actions entreprises, **ressources** de la personne, **connaissances**, **valeurs**

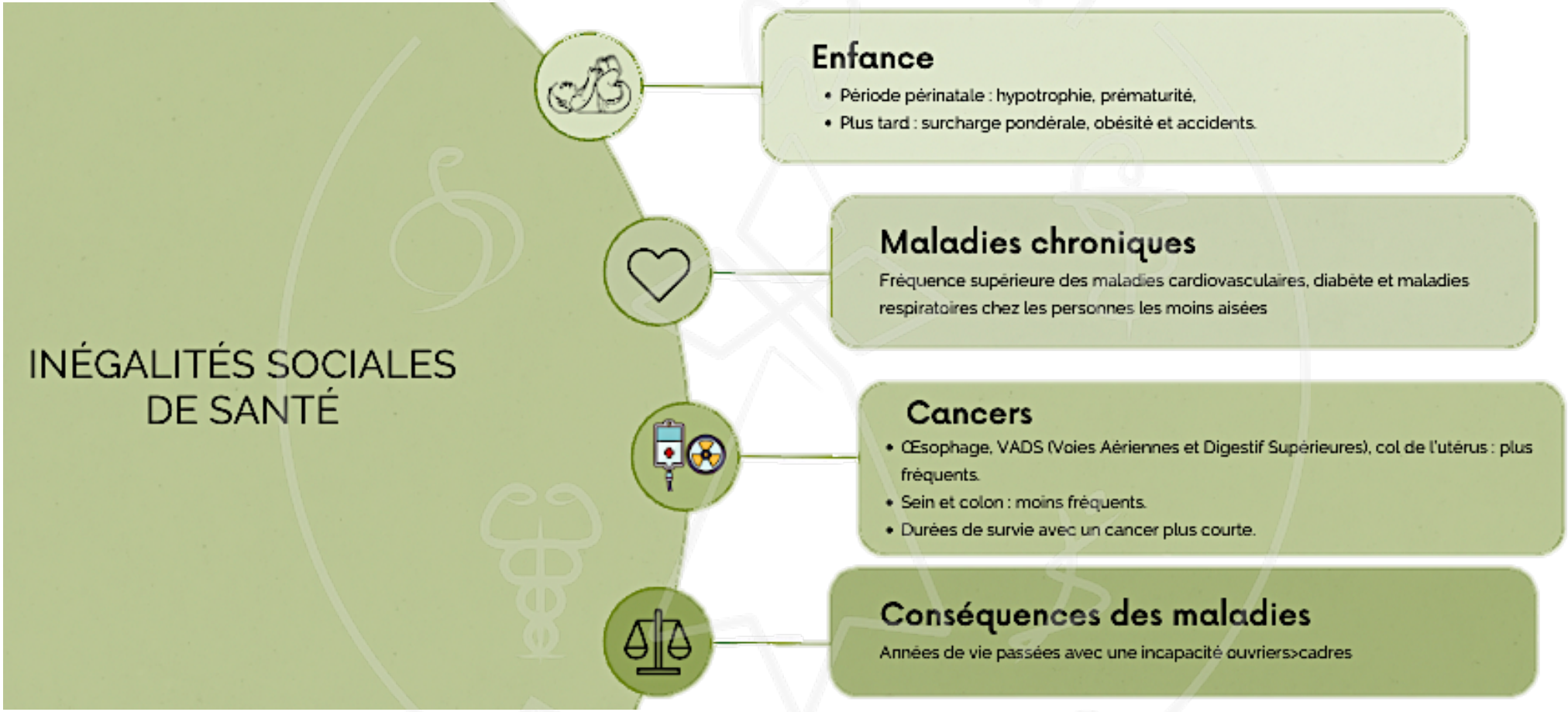
➔ **Instruments de mesure : questionnaires** *(exemple : SF36)*

INEGALITES SOCIALES DE SANTE

Paradoxe français (cf ci-dessus) : SDS très performant VS mortalité prématurée +++

- 10000 décès prématurés par an évitables si la mortalité des ouvriers était équivalente à celle des cadres
- + de consommation d'alcool et de tabac chez les ouvriers que chez les cadres
- Recours aux soins ≠ chez les ouvriers ou chez les cadres

Ouvriers	Cadres
Soins hospitaliers (+ 13 % / aux cadres) Médecin généraliste plutôt que spécialiste Recours plus tardif	Soins ambulatoires (+ 15 % / aux ouvriers) Médecin spécialiste Recours plus précoce


INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ
Enfance
• Période périnatale : hypotrophie, prématurité,
• Plus tard : surcharge pondérale, obésité et accidents.
Maladies chroniques
Fréquence supérieure des maladies cardiovasculaires, diabète et maladies respiratoires chez les personnes les moins aisées
Cancers
• Œsophage, VADS (Voies Aériennes et Digestif Supérieures), col de l'utérus : plus fréquents.
• Sein et colon : moins fréquents.
• Durées de survie avec un cancer plus courte.
Conséquences des maladies
Années de vie passées avec une incapacité ouvriers>cadres

QCMS

3. A propos des indicateurs démographiques de mouvement :

B. L'indice de vieillissement en fait partie
C. La mortalité en fait partie
D. Dans la 4ème étape de la transition démographique, les taux de natalité et de mortalité sont stables
E. La mortalité néo natale précoce comprend le 1er au 6ème jour de vie
F. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

1. A propos des indicateurs de santé et des inégalités de santé :

A. Les tests de dépistage constituent une action de prévention secondaire
B. L'âge est un facteur extrinsèque : on ne peut pas « jouer » dessus vis-à-vis des maladies
C. Chez la population la plus défavorisée tous types de cancers sont plus fréquents
D. Les cadres ont un nombre d'années de vie sans incapacité plus élevé que les ouvriers
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

Annales

17- 18 :

3. Une pyramide des âges :

A. A vraiment une forme de pyramide en cas de fortes natalité et mortalité.
B. Ne peut être établie que pour l'année en cours.
C. Présente des irrégularités dues à des faits historiques.
D. A une base d'autant plus large que la mortalité est importante.
E. Est exactement symétrique selon son axe vertical.
F. Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

4. Quel est (ou quels sont) ci-dessous le (ou les) indicateur(s) démographique(s) de mouvement ?

A. Espérance de vie.
B. Taux de fécondité.
C. Taux de natalité.
D. Taux de prématurité (à la naissance).
E. Taux de mortinatalité.
F. Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

CORRECTIONS

1. Réponses BCD

A. FAUX
B. VRAI
C. VRAI
D. VRAI
E. FAUX

2. Réponses ABD

A. VRAI
B. VRAI
C. FAUX
D. VRAI
E. FAUX

3. Réponses AC

A. VRAI, c'est le cas dans les pays en développement
B. FAUX, on a des informations qui remontent jusqu'à 100 ans, et on peut aussi faire des projections
C. VRAI, exemples : les guerres mondiales
D. FAUX, la base est d'autant plus large que la natalité est importante
E. FAUX, varie en fonction du sexe. Exemple : les centenaires sont surtout des femmes.
F. FAUX

4. Réponses ABCE

A. VRAI
B. VRAI
C. VRAI
D. FAUX, cet indicateur n'est pas évoqué dans le cours. (mais plutôt indicateur de santé)
E. VRAI
F. FAUX

EPIDEMIOLOGIE

ETUDES EPIDEMIOLOGIQUES

= mesurer (descriptive)/ identifier (analytique)/ évaluer (évaluative)

OBSERVATIONNELLE

→ + Fréquente, Ø intervention de l'observateur/investigateur, Ø recours au tirage au sort (Ø randomisées)

Descriptives (Niveau 4) = **Mesurer** l'état de santé

Vise à déterminer : fréquence + répartition + exposition-Triade épidémiologique = ou, quand, qui ?

- *Résultats* = taux → indicateurs de santé
- *But* : contrôle sanitaire, estimation des besoins, formulation des hypothèses
- *Sources* : Registre (incidence), Hospitalisation (fréquence), Certificats de décès (mortalité), Enquêtes ou sondages (prévalence)
- *Classement* : Durée = transversale / longitudinale ou Population = exhaustive / échantillons

4 étapes :

1. Choix du type d'enquête (durée et pop),
2. Constitution du groupe (Ø de groupe de référence),
3. Mesure de l'indicateur,
4. Interprétation des résultats / biais

Ecologiques = **Géographique**

Transversale

Cohorte *(Niveau 2)*

Analytiques = Ethologique = Explicative = **Identifier** les causes

Etude des causes des maladies → ↑ des connaissances sur l'étiologie

- *1 ou pls groupes comparatifs dont groupe de référence /témoin*

- *Objectif* : tester l'**association** entre 1 évènement de santé et des facteurs de risques
- *Déterminant* : **intrinsèques** = marqueur de risque / **extrinsèques** = facteur de risque
- *Facteurs de confusion* : Facteurs de risque lié simultanément à la **maladie ET** à l'**expo** → Nbeux potentiellement : il faut les ajuster

4 étapes :

1. Choix du type d'enquête (positionnement dans le tps),
2. Constitution **des** groupes (dont grp de ref),
3. Mesure des association mdie/facteur,
4. Interpréta°/ biais

Cohorte = Longitudinale = Expo-Non-expo *(N 2)*

Cas-témoins *(Niveau 3)*

<table>
<tr>
<th><u>Ecologiques</u> = <u>Géographique</u></th>
<th><u>Transversale</u></th>
<th><u>Cohorte</u> (Niveau 2)</th>
<th><u>Cohorte = Longitudinale = Expo-Non-expo</u> (N 2)</th>
<th><u>Cas-témoins</u> (Niveau 3)</th>
</tr>
<tr>
<td>Description : variations conjointes d'1 exposition et d'1 maladie = superposition
Niveau d'analyse :
○ Temporel ou spatial
○ <u>Etude de la population</u> = zone géo VS Ø individu !!
○ Exposition supposée = pour tous les idv de la pop

⊕ : Données faciles, pas chère, étude de grandes pop : détection de risques faibles amplitude, + gd contraste des expo qu'au niv indiv ⊖ : Effet de migration + erreur écologique</td>
<td>→ Photo/ instantané
Rétrospectif - <u>Mesure</u> :
○ Etat de santé
○ Exposition / facteurs de risques
○ Perception (sondage)
Questions simples ou multiples
Pls groupes

⊕ : Rapide et peu couteux
⊖ : Ø séquence temporelle = Ø lien maladie / exposition + biais survie sélective
→ Prévalence

<u>Semi longitudinale</u>
→ Pls transversales répétées
Au niveau d'1 population VS pas les mêmes sujets
→ <u>Dynamique temporelle</u> VS /!\ : Ø de calcul d'incidence</td>
<td>→ Période de temps (suivi)
<u>Suivi</u> : prospectif d'1 même groupe au cours du temps jusqu'à la survenue d'1 évènement d'intérêt

Extrapolation à la France entière possible
→ Incidence</td>
<td>Prospective : l'exposition est recueillie <u>avant</u> l'évènement de santé

<u>2 groupes</u> :
● Exposés
● Non exposés

→ Comparaison porte sur l'incidence

<u>Mesure</u> :
● Risque relatif (RR) = côte des incidences (I expo / I non-expo)
● Risque / incidence : Nvx cas / effectif

⊕ : Pas de biais de mémorisation, la + convaincante en termes de causalité, 1 ou pls maladies, maladies fréquentes

⊖ : Long + couteux, suivi d'1 grand nb sujets, biais (sélection/classement/confusion) = perdus de vue

→ Incidence</td>
<td>+ utilisé / Rétrospectif

<u>2 groupes</u> (issus de la même pop) :
● Cas : Possible cas hospitalisés VS cas incidents préférables
● Témoins : Hospitalier ou de pop°

→ Comparaison qui porte sur la fréquence de l'exposition au facteur de risque.

<u>Mesure</u> : Odds ratio (OR) = rapports des côtes d'exposition (= Expo/ Non-expo)
● (Si OR > 1 = association)

⊕ : Rapide, pas cher, longues périodes de latence et maladies rares, plusieurs facteurs de risques, pls témoins pour ↑ la puissance statistique.

⊖ : <u>1</u> seule maladie à la fois, biais : sélection,

Mémorisation (sur (C) /sous (T)-déclaration)

→ Risque</td>
</tr>
<tr>
<td colspan="3"><u>EXPÉRIMENTALE</u>
→ + Rare, exposition à un facteur via la volonté de l'expérimentateur, recours au tirage au sort
→ Facteurs de confusion : tirage au sort répartie les facteurs de risques → F pas lié à E</td>
<td colspan="2">QUASI-EXPÉRMENTALE
→ Rare +++ (: trop descriptive), intervention de l'investigateur VS <u>Ø randomisé</u></td>
</tr>
<tr>
<td colspan="3"><u>Evaluative</u> = Evaluer les <u>soins</u>

Niveau de l'<u>individu</u> : Stratégie médicale (diagnostique ou préventive), épidémiologie clinique = ↑ de l'état de santé de l'individu
Niveau de la <u>population</u> : Impact d'une intervention (dépistage, prévention, éducation),
Efficacité d'une structure ou organisation sanitaire = ↑ de l'état de santé de la population

<u>Essais randomisés</u> (tirage au sort)</td>
<td colspan="2">Chercher des <u>constrastes</u>, des changements

<u>Avant-après</u> : fréquence de la maladie, même individus au cours du temps
<u>Ici-ailleurs</u> : répartition spatiale quand législation ≠ (EX : cannabis)
≈ Enquête écologique VS faite par la SP, pas un épidémiologiste</td>
</tr>
</table>

Épidémiologie = science de ce qui affecte la population → C'est l'étude de la **fréquence** (taux) et de la **répartition** dans le **temps** et l'**espace** des évènements de santé et des facteurs qui les détermine.

Objectifs :

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

A SAVOIR :

♂ : cancer Prostate > Poumons (incidence ≈ mortalité) > Côlon/rectum

♀ : cancer Sein > Côlon/rectum > Poumons

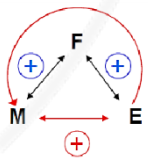
→ **Quand incidence = mortalité → durée de survie = 1 an**

- Survie sélective = surreprésentation des cas les + longs
- Erreur écologique = relation santé/ exposition ≠ entre l'échelle de l'idv et l'échelle de population
- **5% des patients hospitalisés ont une infection nosocomiale = urinaire, pneumonie, site opératoire = 60 %**
- Etude de cohorte = Longitudinal = Prospective = Exposés/ Non-Exposés = On est capable d'extrapoler ces informations à la France entière.
- Biais = erreur systématique
- Echantillon représentatif = tirage sort
- Tjrs interpréter avec prudence les résultats d'une enquête épidémiologique

Facteurs de confusions : Autre facteur = tiers facteur (QCM)

→ Un facteur de risque (F) est un facteur de confusion s'il est lié simultanément à :

La maladie (M)
L'exposition (E)



Soit : est-ce que la pathologie est liée à l'exposition ou est-elle uniquement liée à un facteur de risque.

→ En épidémiologie : *multidimensionnel* → tenir compte de tous les facteurs de confusions

- En situation expérimentale : le tirage au sort équilibre en moyenne la répartition des facteurs de risque entre les groupes comparés : *F n'est pas lié à E*
- Par contre en situation observationnelle : de nombreux facteurs de risque sont potentiellement facteurs de confusion : âge, niveau socio-économique, tabagisme… (dans la vraie vie pas de tirage au sort)

→ Il faut « ajuster » sur ces facteurs, et donc les recueillir préalablement, dans des analyses multivariées

CONCLUSION

Niveau 1	*(Le + convaincant)*	• Essai comparatif randomisé de forte puissance (sur de nombreux patients) • Et / ou méta-analyse d'essai comparatif randomisés. Cela concerne le médicament…
Niveau 2 :	**Etudes de cohorte**, (épidémiologie évaluative)	• Essais comparatifs randomisés de faible puissance • Etudes comparatives non randomisés bien menées,
Niveau 3 :	**Etudes cas-témoins**	
Niveau 4 :	**Etudes d'épidémiologie descriptive**	• Etudes comparatives comportant des biais importants • Etudes rétrospectives • Série de cas

QCMS

2. A propos de l'épidémiologie :

A. Les études observationnelles comprennent les études expérimentales et les études descriptives
B. Les études analytiques visent à étudier les causes des maladies
C. Les études de cohorte utilisent comme méthode de mesure l'odds ratio
D. Les études transversales visent à calculer une prévalence
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

3. A propos de l'épidémiologie :

A. Les études semi longitudinales consistent à répéter plusieurs études transversales
B. Les études d'épidémiologie descriptive sont à plus haut niveau de preuve
C. Un facteur de confusion est un facteur de risque lié simultanément à la maladie et à l'exposition
D. Les études expérimentales sont évaluatives
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

ANNALES

14- 15 :

3. En ce qui concerne les études épidémiologiques :

A. Elles sont majoritairement expérimentales.
B. Elles peuvent porter sur des techniques diagnostiques ou de dépistage.
C. Des biais peuvent compliquer leur interprétation.
D. Leur objectif peut être descriptif, étiologique ou évaluatif.
E. Leur schéma d'étude est toujours prospectif.
F. Toutes les propositions sont inexactes.

4. En ce qui concerne les études épidémiologiques semi-longitudinales:

A. Elles font partie des études descriptives.
B. Les mêmes sujets sont concernés à chaque recueil de données.
C. Une dynamique temporelle est recherchée à l'aide d'études transversales répétées.
D. Le calcul d'une incidence peut être effectué.
E. On peut aussi les appeler "études de cohorte".
F. Toutes les propositions sont inexactes.

CORRECTIONS

1. Réponses AD

A. FAUX : études analytiques et descriptives
B. VRAI
C. FAUX : le risque relative. OR c'est pour les études cas/témoins
D. VRAI, VS incidence pour cohorte
E. FAUX

2. Réponses ACD

A. VRAI
B. FAUX
C. VRAI
D. VRAI
E. FAUX

3. Réponses BCD

A. Faux. Les plus fréquentes sont les études observationnelles.
B. Vrai
C. Vrai
D. Vrai
E. Faux

4. Réponses AC

A. Vrai
B. Faux c'est le cas des études de cohorte
C. Vrai
D. Faux car il ne s'agit pas des mêmes sujets !
E. Faux

SYSTEME DE SANTE

INTRODUCTION

- Système de santé très diversifié, efficace et réactif VS fragile sur le plan économique
- Défaut de coordination, régulation difficile
- Besoins de la population en augmentation ⇒ dépenses de + en + importantes

Définitions

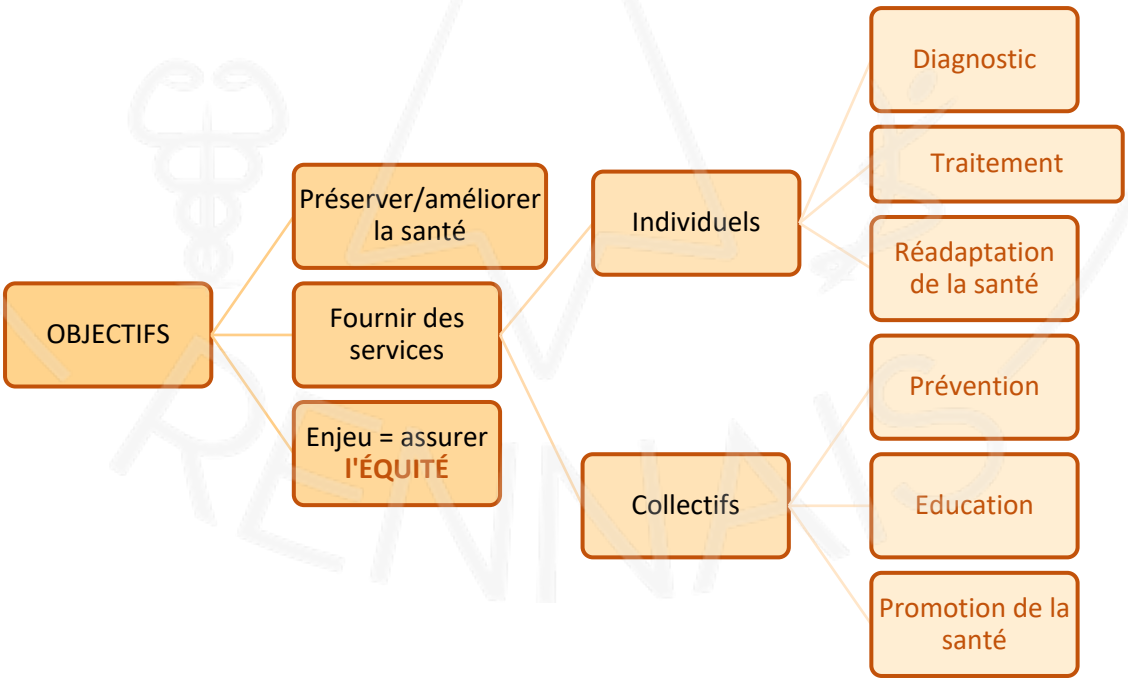
Haut conseil de santé publique (HCSP) : Système de santé = ensemble des moyens et des activités dont la fonction est la production de la santé

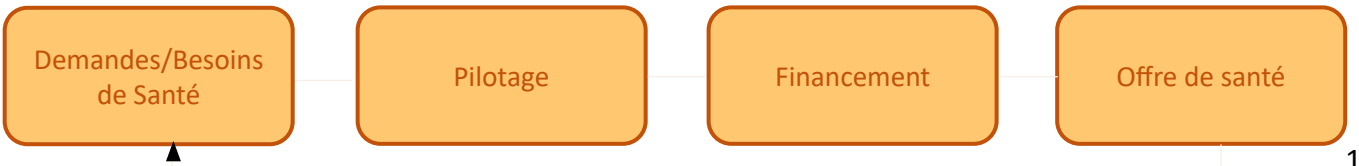
OMS : Système de santé = ensemble des organisations, institutions, acteurs, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer et préserver la santé

Inclut les démarches

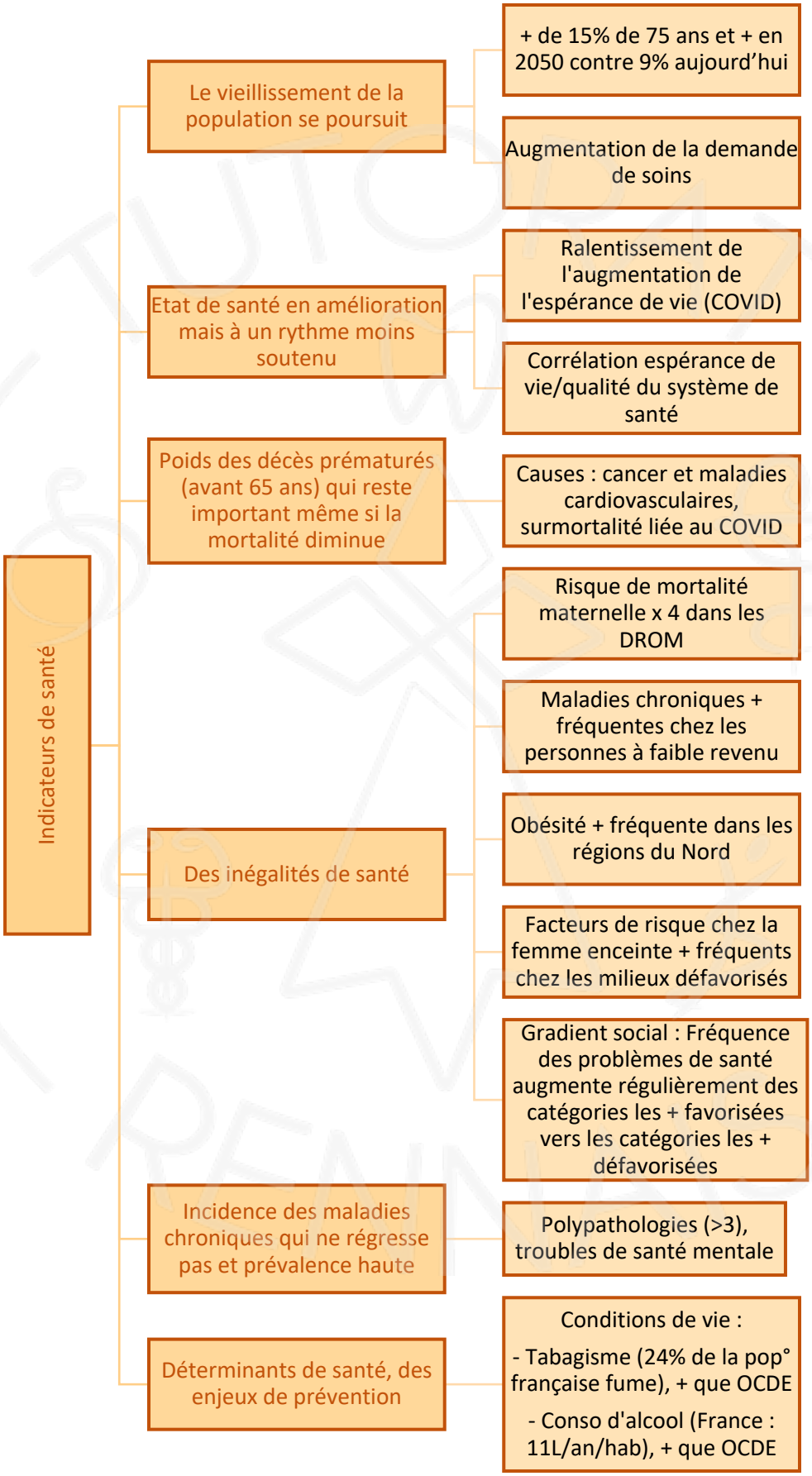
- ***Curatives***
- ***Préventives***
- ***Educatives***
- ***Palliatives***

Objectifs d'un système de santé





DEMANDES/BESOINS EN SANTE



PILOTAGE

Pilotage national

Le Gouvernement

Propose une façon de piloter le SDS sous forme de loi
Garant de l'intérêt public et de la protection de la santé

Stratégie nationale de santé :

- Fixe priorités du gouvernement en matière de santé publique
- Cohérence des ministère face aux sujets de santé
- Déclinée au niveau régional avec les PRS de 3ème génération

Ministère de la Santé et de l'accès aux soins	Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et de l'égalité entre les femmes et les hommes
• Politique de santé publique et organisation du SDS • S'appuie sur des agences sanitaires • Tutelle de la protection sociale (PLFSS) • Formation conditions d'exercice des professionnels de santé	• Prévention et lutte contre pauvreté • Insertion sociale • Accompagnement personnes handicapées, famille, petite enfance, personnes âgées • Gestion des prestations familiales et du soutien à l'autonomie • Formation, conditions d'exercice des professionnels sociaux

Le Parlement

Vote la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) qui fixe ONDAM et d'autres lois (ex : loi Kouchner)

Les agences

ANSM : accès aux produits de santé et leur sécurité	HAS : Recommandations Qualité et Efficience

Santé Publique France : instance d'expertise en santé public. 3 axes : anticiper, comprendre, agir

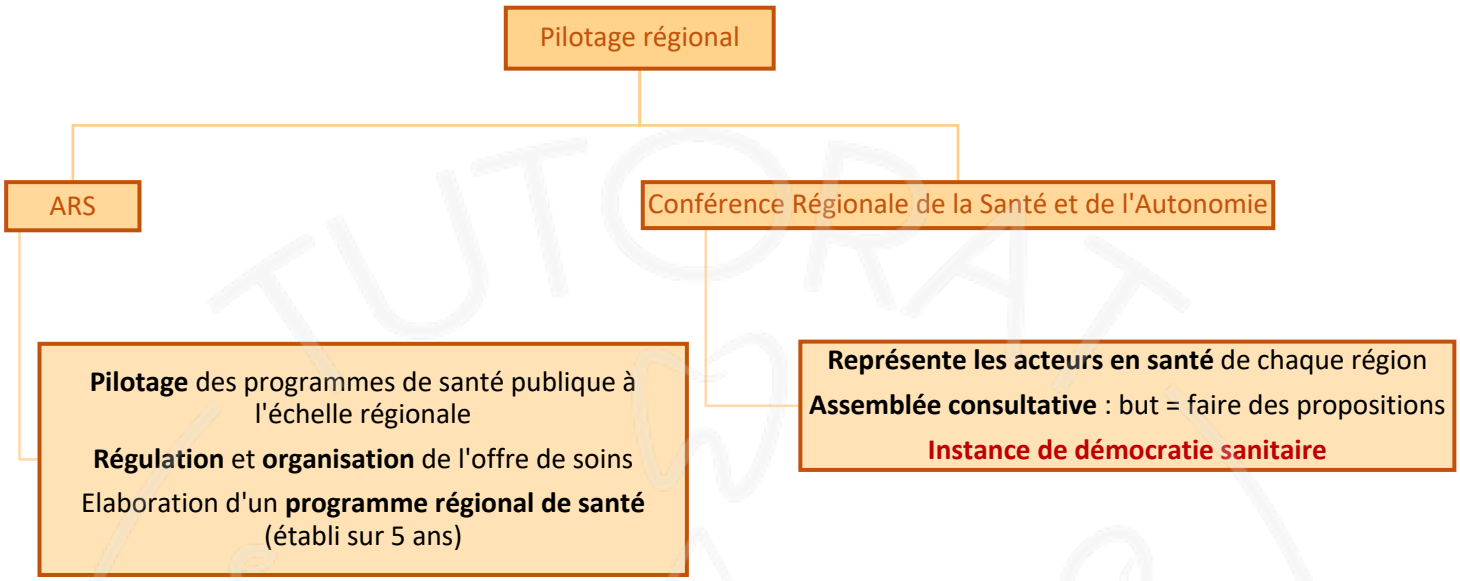
HCSP

- Analyse des données sur l'état de santé
- Aide à l'élaboration des lois en santé publique
- Suivi et évaluation de la stratégie nationale de santé

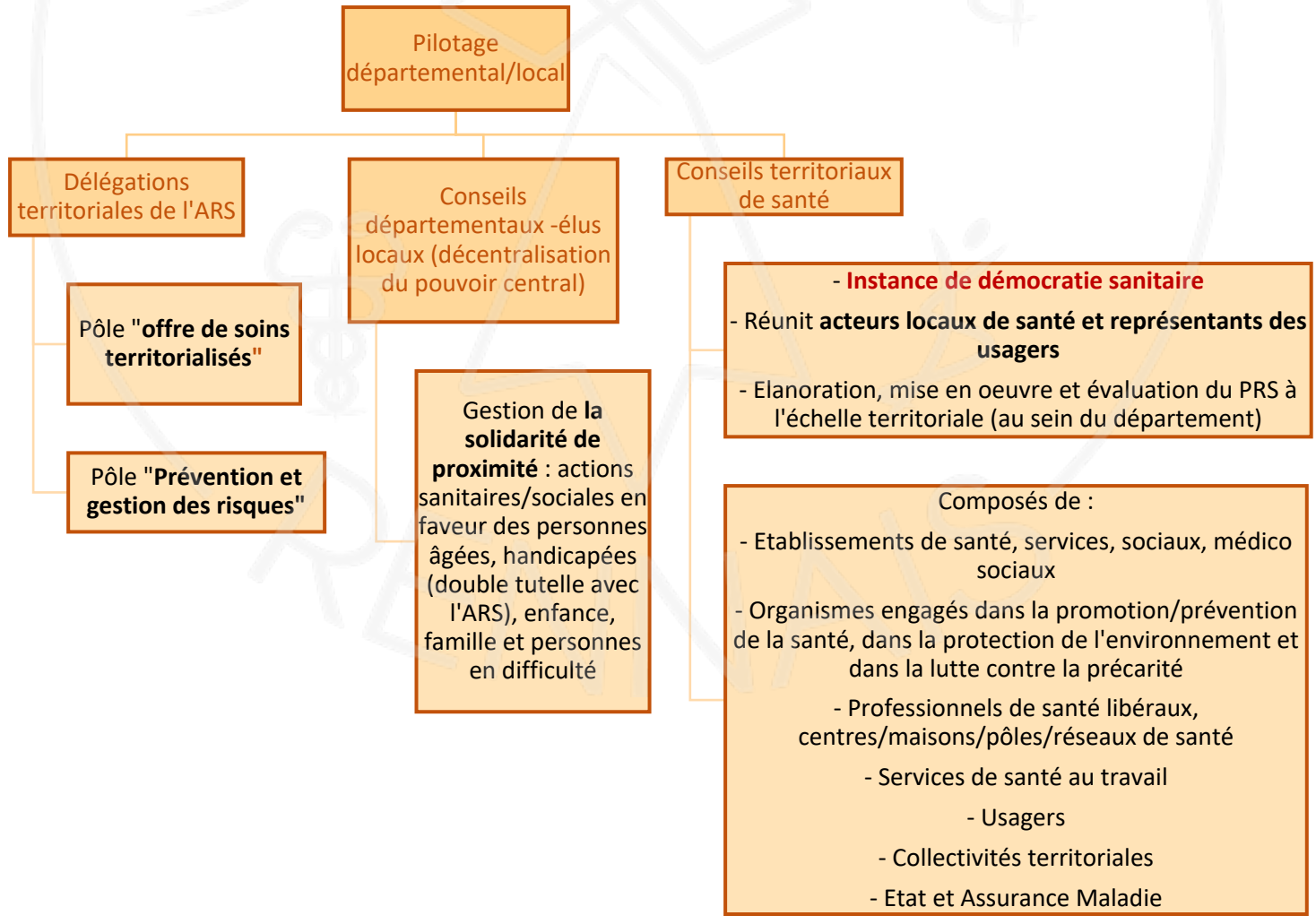
Conférence nationale de santé

- **Instance de démocratie sanitaire**
- Avis sur amélioration du SDS
- Débats publics

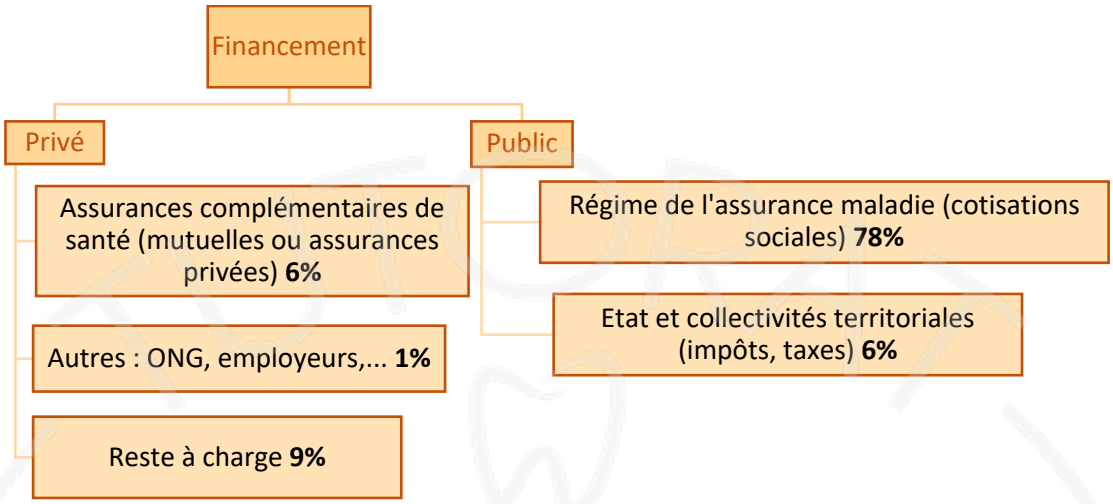
Pilotage régional



Pilotage départemental/local



FINANCEMENT



Principes généraux

Depuis 1996 : Ordonnance Juppé ➔ LFSS votée par le Parlement chaque année

On fixe pour l'année n+1 un objectif national des dépenses d'assurance maladie ONDAM (264 milliards € pour 2025) pour contenir les dépenses de santé.

- 6 catégories :
  - Dépenses de soins de ville
  - Dépenses hospitalières tarifiées à l'activité (T2A)
  - Autres dépenses des hôpitaux
  - Contribution aux dépenses des établissements pour personnes agées
  - Contribution aux dépenses des établissements pour personnes handicapées
  - Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge

Répartition des principaux postes de dépenses de santé

Dépenses de santé = 11% du PIB, plus que la moyenne de l'OCDE

- **Soins hospitaliers : 45%**
- **Soins de ville et transports : 27%**
- **Médicaments : 20%**

Déterminants de la croissance de dépenses de santé

- Amélioration de l'accès aux soins
- Innovations médicales
- Vieillissement de la population

OFFRE DE SANTE

4 acteurs :

- Établissements de santé.
- Professionnels de santé.
- Services de prévention.
- Producteurs de biens et de services de santé = industrie pharmaceutique

Établissements de santé

Offre de soins :

- Soins hospitaliers
- Soins ambulatoires : communautaires ou hospitaliers

Hiérarchisation des soins :

Primaire	Cabinet privé, centre de santé, maison de santé, domicile	Premiers recours Infrastructures légères
Secondaire	Centre hospitalier	Infrastructure + lourde *Bloc opératoire*
Tertiaire	CHU	Expertise *Neurochir, réa, néonat*
Quaternaire	Certains établissements	Interventions/traitements expérimentaux

Différentes activités : MCO/SMR/SLD/HAD

	Nombre d'établissements	Part de la capacité totale en lits/places
Secteur public	1300	65%
Secteur privé à but non lucratif (ESPIC)	700	15%
Secteur privé à but lucratif	1000	20%

Axes de transformation du SDS (pas de rapport avec le tableau) :

1. Raccourcissement des séjours hospitaliers
2. Développement de l'HAD
3. Développement de la chirurgie ambulatoire
4. Coopération entre établissements publics (GHT)
5. Concentration des cliniques
6. Parcours de soins, de santé, de vie
7. Donner du temps médical en s'appuyant sur d'autres professionnels de santé

Professionnels de santé

Quelques chiffres de 2021 (/1000 habitants) :

- **3.2 médecins** → en dessous de l'OCDE (stable)
- **9.7 infirmiers** → similaire à l'OCDE (en augmentation)
- **0.92 pharmaciens** → similaire à l'OCDE (stable)

Enjeux actuels :

- Répartition des professionnels de santé
- Demandes > offre

Mise en place de nouveautés pour pallier ce manque :

Les maisons de santé

- Pluriprofessionnelles
- Dans les zones déficitaires
- Pour un meilleur accès aux soins

Transfert de tâches/compétences :

- IPA
- Vaccinations par les pharmaciens

Incitation des médecins à exercer en désert médical

- Bourses
- Stages
- Aide financière à l'installation

Autre axe de transformation du SDS : CPTS

- Professionnels de santé des secteurs sanitaire, social et médicosocial
- Contrat tripartite avec ARS et assurance maladie
- 500000€/CPTS

Donner du temps médical :

- Développement des IPA
- Assistant médical pour la pré consultation + administratif
- Délégation des tâches

Services de prévention

PMI : dépend des conseils départementaux

Médecine scolaire et universitaire : dépend de l'éducation nationale

Médecine du travail : dépend des entreprises

QCMS

1. Concernant le système de santé, quelles propositions sont exactes ?

A. Le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources, des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé (OMS).
B. Le système de santé inclut les démarches curatives et préventives, mais n'inclut pas les démarches éducatives.
C. Un des objectifs est de préserver et améliorer la santé.
D. L'enjeu d'un système de santé est d'assurer l'égalité.
E. En France, la population est vieillissante, modifiant donc les demandes/besoins en santé dans le futur.
F. Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

2. Concernant le système de santé, quelles propositions sont exactes ?

A. L'ANSM et la HAS sont des agences appartenant au pilotage régional de notre système de santé français.
B. L'ARS est une agence appartenant au pilotage national de notre système de santé français.
C. Le système de santé français est financé par des sources publiques (régime de l'assurance maladie…) et privées (assurances complémentaires de santé…).
D. Il existe 4 groupes d'acteurs concernant l'offre de santé.
E. Le secteur public représente 65% de la part de la capacité totale en lits/places.
F. Toutes les propositions sont inexactes.

Annales

22- 23 :

3. Parmi des axes de transformation du système de santé en France, développés au cours des dernières décennies, on retrouve :

A. Une augmentation du nombre de lits en soins critiques.
B. Le développement de l'hospitalisation complète.
C. Le développement de la chirurgie ambulatoire.
D. L'augmentation de la durée moyenne de séjour hospitalier.
E. Le développement de l'hospitalisation à domicile.
F. Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

4. À propos du financement du système de santé français, on peut dire que :

A. L'État contribue à plus de 75 % à ce financement.
B. La part financée par les ménages (ou "reste à charge") est supérieure à 10%.
C. Les soins hospitaliers représentent le poste principal des dépenses de santé.
D. L'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) permet de contenir les dépenses de santé de l'année n+1.
E. Les changements de pratiques de soins en termes d'innovation expliquent la croissance des dépenses de santé.
F. Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

CORRECTIONS

1. Réponse : ACE

A. VRAI : c'est la définition du cours.
B. FAUX : il inclut les démarches préventives, curatives, éducatives et palliatives.
C. VRAI
D. FAUX : Assurer **l'équité** (et non l'égalité !!) dans l'accès aux services publics de santé, notamment en supprimant/limitant la barrière financière.
E. VRAI :
F. FAUX

2. Réponse : CDE

A. FAUX : elles appartiennent au pilotage national !
B. FAUX : l'ARS fait partie du pilotage régional !
C. VRAI : texto du cours
D. VRAI : 4 acteurs : les établissements de santé, les professionnels de santé, les services de prévention et les producteurs de biens et de services de santé (industrie pharmaceutique).
E. VRAI : secteur public = 65%, secteur privé à but non lucratif = 15%, secteur privé à but lucratif = 20%
F. FAUX

3. Réponse : CE

A. FAUX: ca diminue mais en France ca reste quand même plus élevé que la moyenne OCDE
B. FAUX
C. VRAI
D. FAUX: l'inverse, la durée moyenne baisse
E. VRAI
F. FAUX

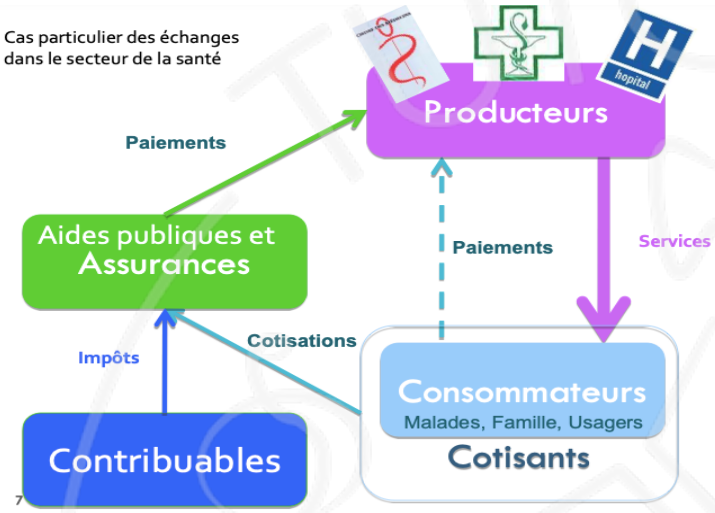
4. Réponse : CDE

A. FAUX, l'état représente environ 6%, c'est l'assurance maladie qui représente 78%
B. FAUX, c'est 9%
C. VRAI, 45%
D. VRAI
E. VRAI
F. FAUX

PROTECTION SOCIALE EN FRANCE

INTRODUCTION

Protection sociale = tous les mécanismes de prévoyance collective qui permettent aux individus de faire face aux conséquences financières des risques sociaux





Quelques définitions

Assurance : **contrat** par lequel un assureur garantit à l'assuré le paiement d'une somme convenue à l'avance en cas de réalisation d'un risque déterminé et théoriquement incertain

Assistance : **entraide** par laquelle un groupe vient au secours d'individus qui ne sont pas assurés et sont dans le besoin

Mutuelle : **prévoyance** volontaire, par laquelle les membres d'un groupement à but non lucratif s'assurent réciproquement contre certains risques

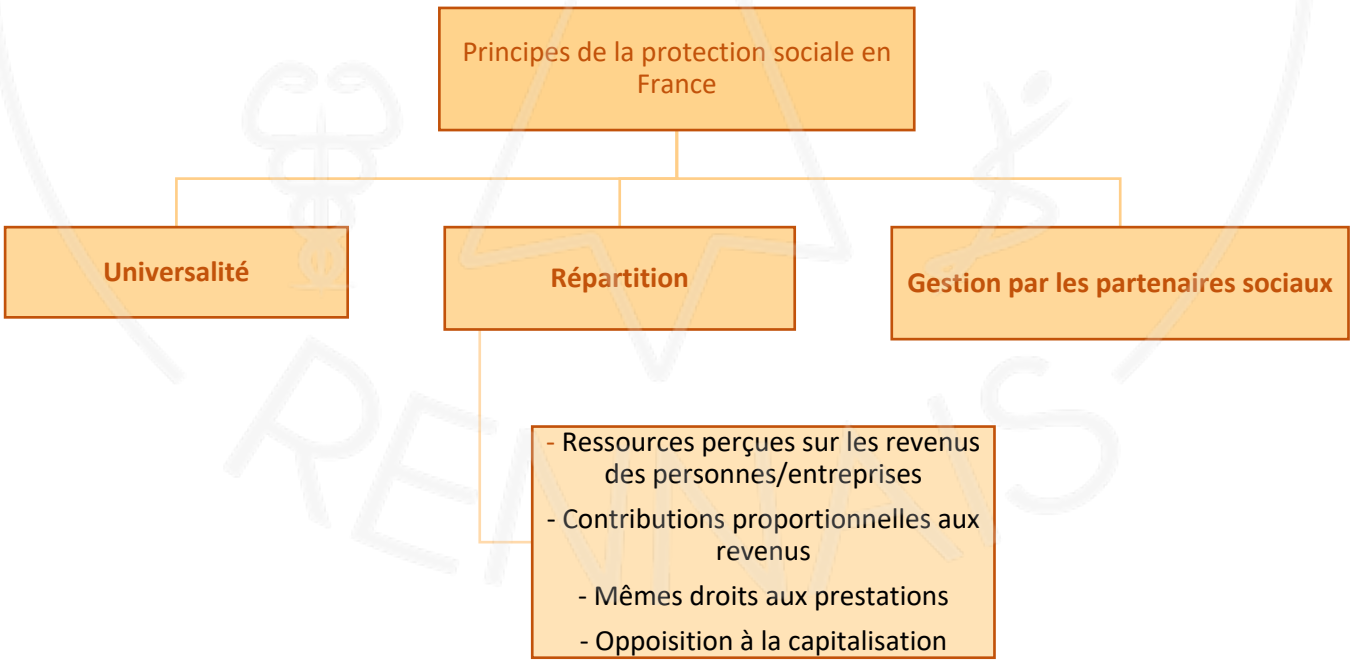
La protection sociale comprend la Sécurité Sociale, laquelle comprend l'Assurance Maladie.

• **Protection Sociale**	• **Sécurité Sociale**	• **Assurance Maladie**
- Emploi - Pauvreté - Logement	- Branche vieillesse - Branche Famille - Risque autonomie des personnes âgées et handicapées (5ème branche depuis le 1er janvier 2021)	- Branche Maladie (comprend maternité, invalidité, décès) - Branche Accidents du Travail et Maladies Professionelles

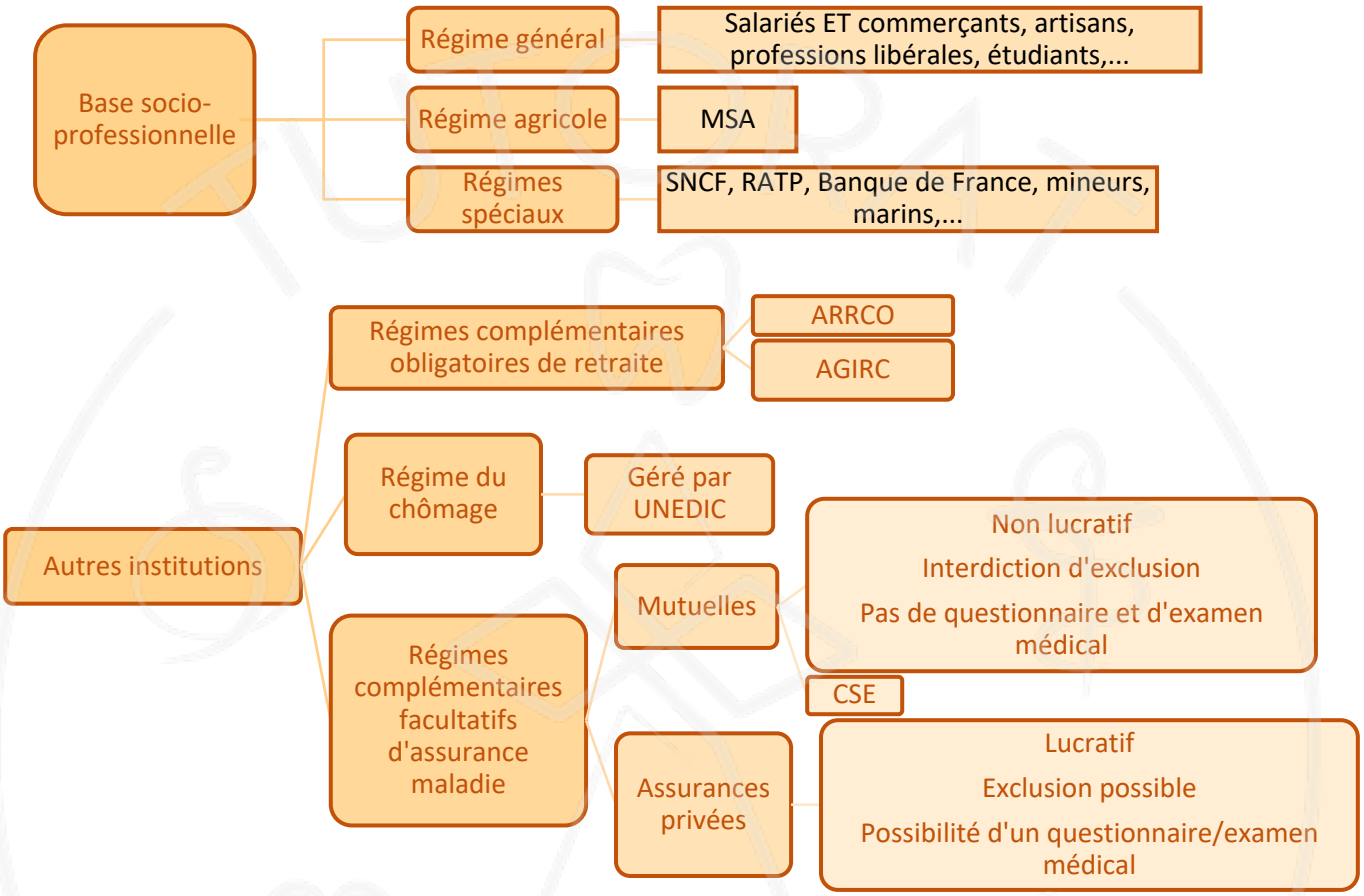
Sécurité Sociale/Aide sociale/Action sociale

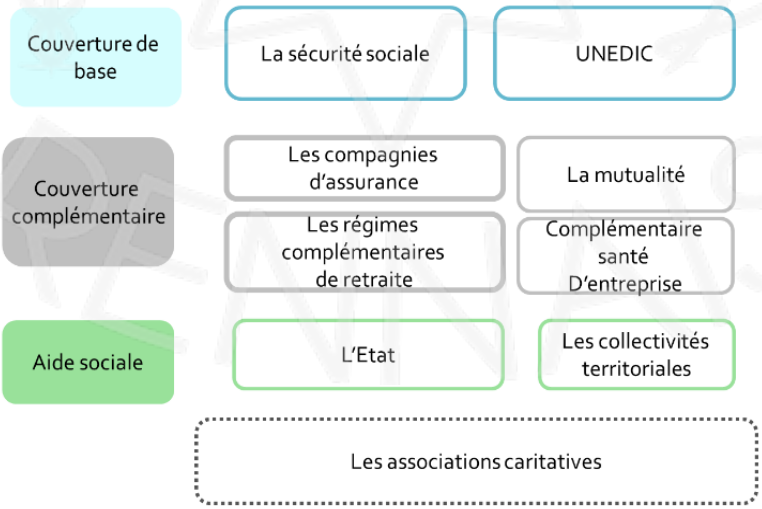
Sécurité Sociale	Aide sociale	Action sociale
•organisme clé de voûte du système de protection sociale français •verse essentiellement des prestations en espèces •Couvre différents « risques » : maladie, accidents du travail, maternité, vieillesse, famille --->MAIS PAS LE CHÔMAGE	•**Légale** et **obligatoire** •Prestations en **espèces** ou en **nature** •Aide sociale (=départements) spécialisée par champ •Droit alimentaire à caractère complémentaire	•Aide **extra légale** •Ressources **privées** ou **publiques**

Principes de la protection sociale en France



ORGANISATION





FINANCEMENT

CSG : Porte sur presque l'ensemble des revenus, taux à 9,2% depuis 2018

CRDS : porte sur tous les revenus, sauf exceptions :

- Minima sociaux
- Rentes d'accident du travail
- Pensions militaires d'invalidité

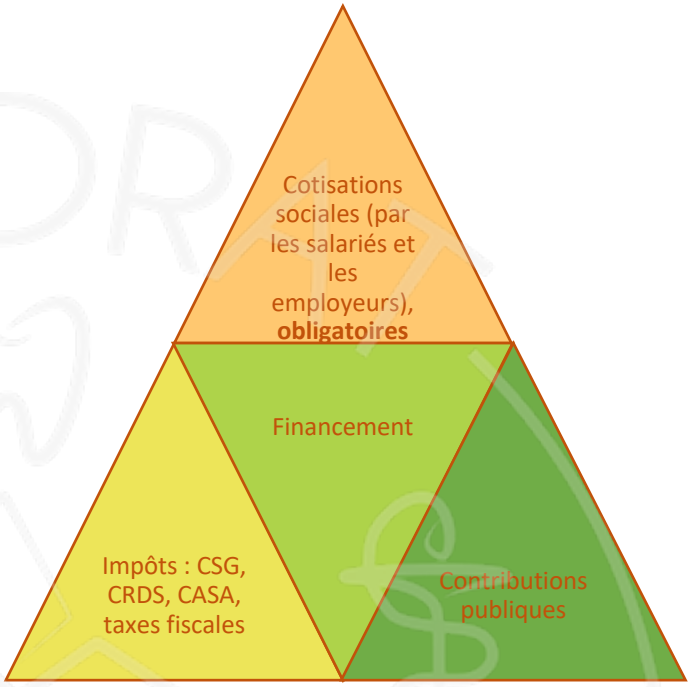
CASA : due par tous les emplyeurs du secteur privé ou public redevables de la cotisation patronale

- 0,3%

S'applique aux revenus : retraites, pensions d'invalidité, allocations de préretraite

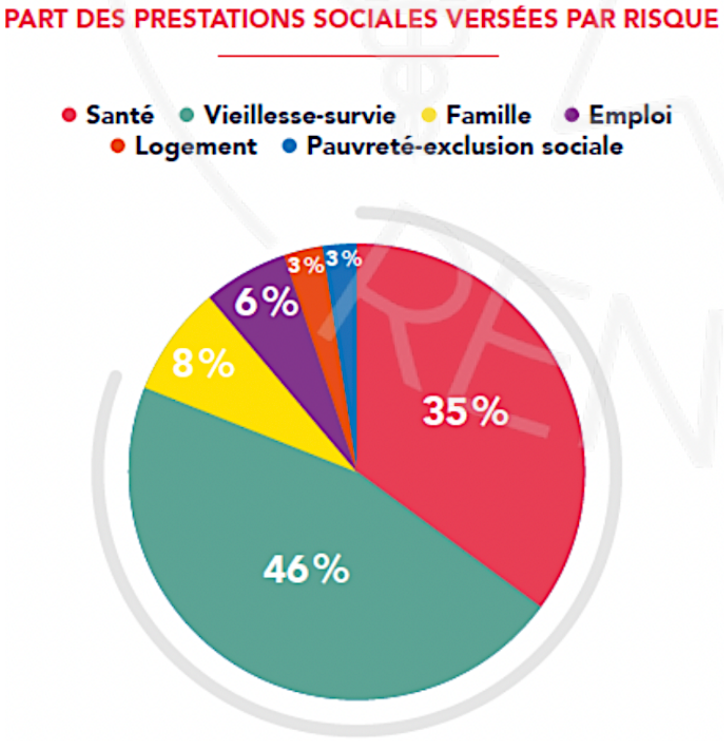
Taxes fiscales : Alcool, tabac, médicaments et leur promotion, assurances automobiles, boissons non alcoolisées

Contributions publiques : subventions de l'Etat aux régimes en déséquilibre, ou versements correspondant à la prise en charge par l'Etat de certaines prestations.



PRESTATIONS SOCIALES OFFERTES

Prise en charge du risque maladie

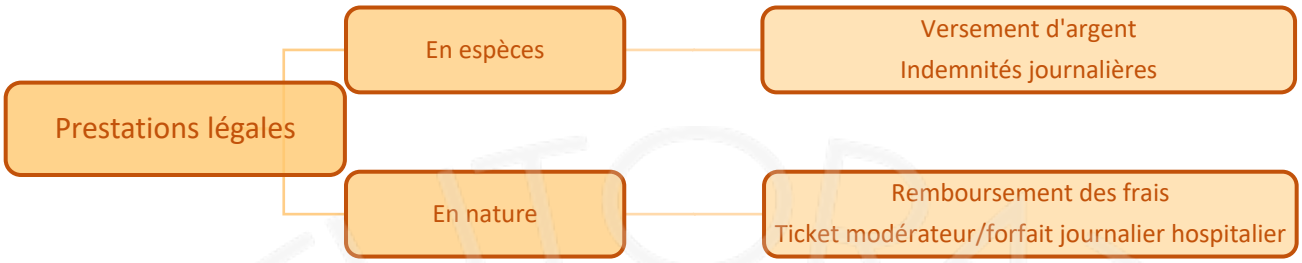


Prise en charge du risque maladie

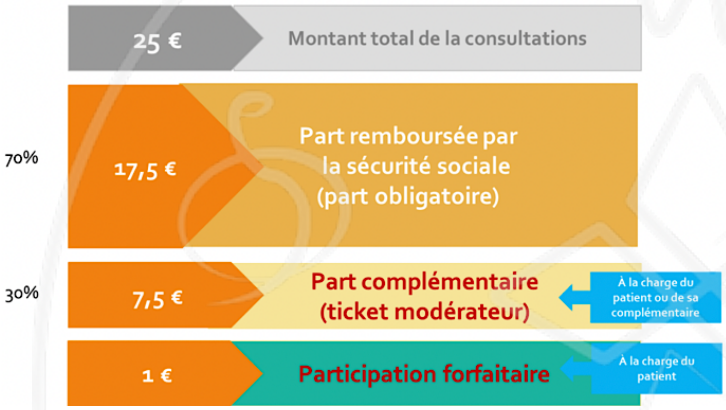
Bénéficiaires = l'assuré et ses ayants droits

Ayants droits :

- famille
- jeunes à la rechercher d'un 1er emploi (<27ans)
- ayant droit après décès de l'assuré
- Personnes séparées de droit ou de fait
- Détenus en milieu pénitentiaire



Exemple d'une consultation chez le médecin



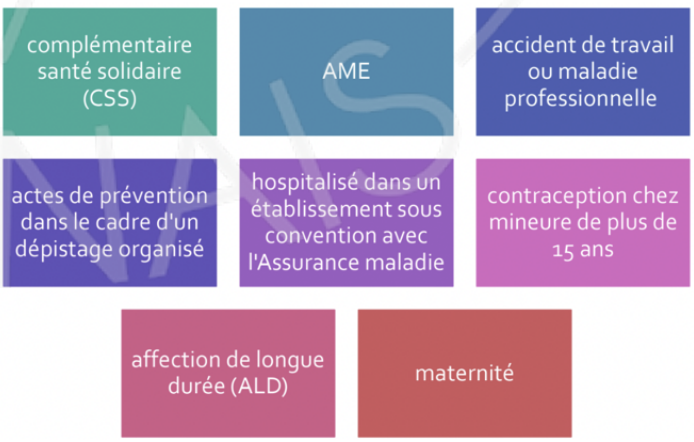
A savoir : si Affection de Longue durée, maladies et accidents du travail : PEC de 100% des soins et médicaments

Tiers payant

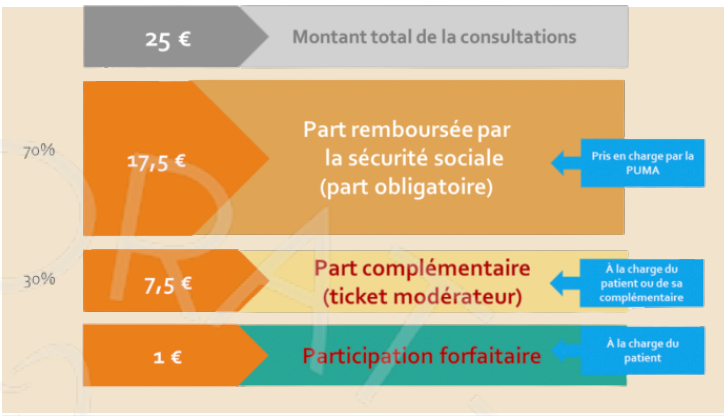
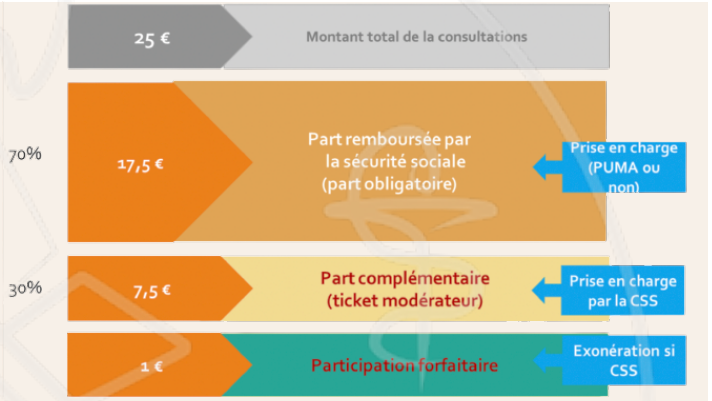
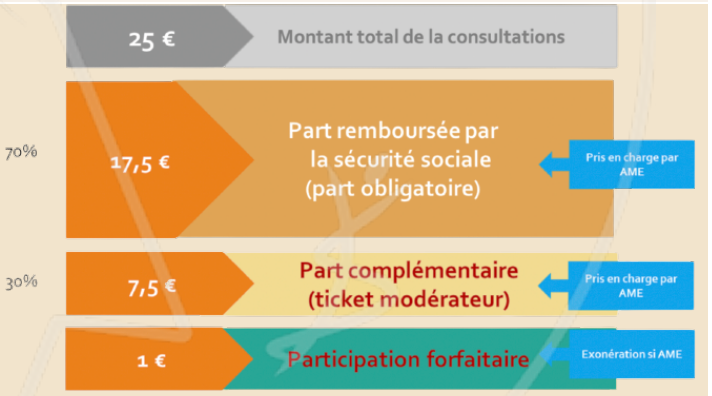
But = Le patient n'a pas à avancer des frais remboursables lors d'une consultation chez le médecin. L'assurance verse directement les montants dus aux professionnels de santé

Seulement pour la part obligatoire ➔ tiers payant partiel

Dans le cas des exemples ci-contres, le tiers payant s'applique de droit (à 100%).



PUMA, CSS, AME

PUMA	Résidant en France depuis au moins 3 mois, situation régulière	Affiliation à un régime de base de sécurité sociale Ouvre le bénéfice de la CSS ***Tiers payant partiel***	
CSS	Même condition que PUMA + sous conditions de ressources, entièrement gratuite, accordée pour 1 an	Prend en charge le ticket modérateur et la participation forfaitaire ***Tiers payant total***	
AME	Résidant en France sans titre de séjour>3 mois, sous conditions de ressources	PEC à 100% des soins médicaux et d'hospitalisation ***Tiers payant total***	

Autres dispositifs pour les plus vulnérables : fonds pour les soins urgents et vitaux , dispositifs de soins non payants

Le renoncement aux soins : un risque d'inégalités sociales de santé

Il concerne 1 français sur 4 (++ sans complémentaire santé). Les causes majoritaires sont l'avancement du montant de la consult, et les dépassements d'honoraires, mais aussi :

- Défaut d'offre de soins, zone de résidence
- Refus de PEC par les médecins (CSS),
- Représentations, perceptions de l'état de santé, revenus
- Absence de complémentaire santé ou CSS
- Isolement social

DIFFERENTS MODELES DE PROTECTION SOCIALE

	Système Bismarckien	Système Beveridgien	Système français
Principe/technique	Assurance	Universelle	Assurance ET assistance (CMU-C)
Couverture	Base socioprofessionnelle	Universelle	Universelle depuis CMU de base et PUMA
Financement	Cotisations sociales	Impôt	Cotisations sociales ET impôts (CSG)
Prestations	Proportionnelles	Uniformes	Proportionnelles ET uniformes
Gestion	Paritarisme (représentants salariés et employeurs)	État	État ET partenaires sociaux

Avantages et inconvénient

Systèmes de Santé Nationaux (Royaume Uni)	Systèmes d'assurance maladie (Allemagne)	Systèmes libéraux (Etats-Unis)
- Grande égalité d'accès aux soins - Niveaux de dépenses de santé relativement bas - Qualité des soins indiscutable - Délais longs pour accès aux soins spécialisés	- Garantie du choix du patient - Qualité des soins bonne - Dépenses de santé élevées	- Accès aux meilleurs soins pour les plus aisés - Niveaux de dépenses de santé très élevés - Très fortes inégalités de santé (accès et état de santé)

QCMS

1. Concernant la protection sociale, quelles sont les propositions exactes ?

A. L'Assurance est une entraide tandis que l'assistance est un contrat.
B. La protection sociale couvre tous les risques, même le chômage.
C. La protection sociale en France comprend trois principes.
D. Un des principes de la protection sociale en France est l'universalité.
E. Un des principes de la protection sociale en France est la répartition.
F. Toutes les réponses sont inexactes.

2. Concernant les prestations sociales offertes par la protection sociale, quelles sont les propositions exactes ?

A. Les 2 catégories qui entraînent le plus de dépenses sont les secteurs de la vieillesse et de la santé.
B. Les prestations légales ne peuvent être payées qu'en nature.
C. Les ayants droit sont des personnes qui peuvent bénéficier de prestations, non pas à titre personnel, mais du fait de leur lien avec l'assuré.
D. Le Tiers-Payant est un dispositif permettant à un patient de ne pas avoir à avancer de frais remboursables lors d'une consultation chez un médecin.
E. Hormis l'assurance maladie, il n'existe pas d'autres dispositifs de tiers payant.
F. Toutes les réponses sont inexactes.

Annales

20- 21 :

3. Concernant les dispositifs de protection sociale en France :

A. La protection universelle maladie (PUMA) est mise en place depuis 1996.
B. Toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière depuis plus de 3 mois peut bénéficier de la protection universelle maladie (PUMA)
C. La mise en place de la protection universelle maladie (PUMA) a supprimé l'aide médicale d'Etat (AME)
D. La mise en place de la protection universelle maladie (PUMA) a supprimé la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc)
E. En France métropolitaine, 20 % de la population n'est pas couverte par une complémentaire santé.
F. Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

19- 20 :

4. Concernant les modèles de protection sociale :

A. Le modèle bismarckien est basé sur un système d'assurance sociale obligatoire, conditionnée à l'exercice d'une activité professionnelle.
B. En France, les complémentaires Santé peuvent prendre en charge le ticket modérateur.
C. Le système de santé français, initialement créé sur le modèle anglais bévéridgien, tend progressivement à évoluer vers un modèle américain, plus libéral.
D. En France, la branche « Assurance-Maladie » du régime général couvre les risques maladie, vieillesse et logement.
E. L'aide médicale d'État (AME) est destinée aux étrangers en situation régulière sur le territoire français.
F. Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

CORRECTIONS

1. Réponses BCDE

A. FAUX : c'est l'inverse !
B. VRAI : C'EST LA SECURITE SOCIALE QUI NE COUVRE PAS LE CHOMAGE (ni le logement et la pauvreté)
C. VRAI : l'universalité (Tout individu résidant en France a droit à la protection sociale), la répartition (Les ressources sont perçues sur les revenus des personnes et des entreprises…) et la gestion par les partenaires sociaux (syndicat et patronat)
D. VRAI
E. VRAI
F. FAUX

2. Réponse : ACD

A. VRAI
B. FAUX : en espèces ou en nature
C. VRAI : c'est la définition du cours
D. VRAI : c'est la définition du cours
E. FAUX : il existe la Protection universelle maladie (PUMA), le Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ou encore l'Aide médicale d'État (AME)
F. FAUX

3. Réponse : B

A. FAUX : Le dispositif de PUMA date de 2016
B. VRAI :
C. FAUX : L'AME existe toujours et est destinée aux personnes résidantes en France depuis PLUS de 3 mois mais en situation IRRÉGULIÈRE
D. FAUX : la CMUc fait partie des complémentaires, elle correspond à la CSS. A ne pas confondre avec la CMU qui a bien été supprimée au profit de la PUMA
E. FAUX : 5%
F FAUX

4. Réponse : AB

A. VRAI
B. VRAI
C. FAUX : Le système de santé français est initialement basé sur le modèle Bismarckien
D. FAUX : Ne couvre pas « vieillesse »
E. FAUX : AME = étrangers en situation IRRÉGULIÈRE

LA BIOETHIQUE

NAISSANCE DE LA BIOETHQIUE

Petite intro : Cf chapitre précédent

Procès de Nuremberg (1947)

Il s'inscrit dans les suites de la seconde guerre mondiale, où la dignité humaine a été bafouée. Ce procès vient réaffirmer et défendre cette dernière.

➔ Question de l'information et du consentement

Introduction de nombreux nouveaux termes bioéthiques

Déontologie = Morale d'une profession

Morale = Sens + large que déontologie

Bioéthique

Code de Nuremberg : premier code de déontologie médicale (+++)

1er code de déontologie médicale, mais peu de force juridique.

- Importance de la dignité humaine

Apparition de la notion de *consentement libre et éclairé* et de *responsabilité de l'expérimentateur*

Questions éthiques : 10 articles sur expérimentations humaines :

1. Consentement volontaire et éclairé
2. Résultats utiles à la société
3. Précédées d'expérimentations animales
4. Sans effets indésirables
5. Interdites si risque létal ou d'infirmité sauf si le sujet est expérimentateur lui-même
6. Risque individuel pondéré par bénéfice humain
7. Eviter les EI même tardifs
8. Nécessité d'un directeur de recherche reconnu
9. Liberté d'arrêter
10. Interruption immédiate de la recherche si risque

La dignité

= ce qu'il y a d'humain dans l'Homme

- Inhérente à l'Homme : ne peut pas se perdre
- Mais peut être menacée, dégradée, porter atteinte MAIS pas détruite
- Devoir d'en prendre soin, de la défendre

SENTIMENT de dignité VS Dignité

Kant : Je suis digne car je suis un Homme ➔ L'Homme est une fin en soi

Dignité ontologique

Ontos = être

DDHC 1948 = dignité humaine ne dépend pas du statut social, … = car appartenance à la famille humaine DONC par def digne.

Dignité de l'acte VS dignité ontologique

- Rend possible soin aux prisonniers
- Interdiction de la torture, de la peine de mort

1945/1946 : textes sur la dignité selon principes Kantiens

UNESCO : acte constitutif	Dignité = idéal démocratique Fondement justice, égalité et paix

1948 : Déclaration universelle des droits de l'Homme et du citoyen

« Considérant que la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde [...)

Article premier :

Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité ⚠ et en droits.

Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité ».

La bioéthique

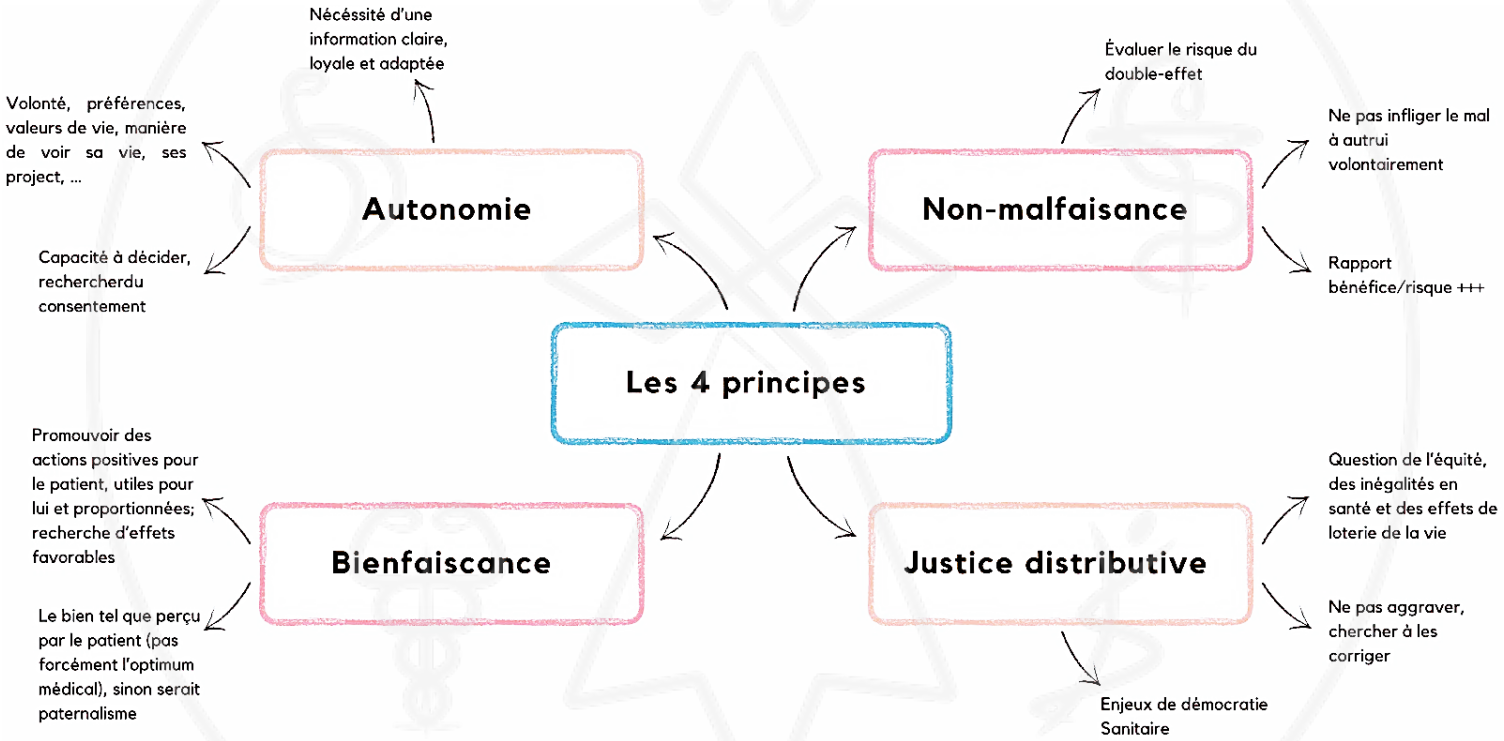
Son apparition fait suite aux expérimentations humaines des années 1950-60 *(sacrifiés de l'Alabama, Aborigènes, Chine, pays de l'Est…)* et du procès de Nuremberg.

Van Potter (années 70) la définit comme l'éthique des sciences de la vie et de la recherche biomédicale.

POURQUOI ? La médecine ne peut pas résoudre seule, en son sein, les problèmes qu'elle a générés par l'usage des sciences et des techniques = **ouverture à des disciplines hors champ médical**

Les 4 principes de Beauchamp et Childness

Beauchamp et Childness se sont penchés sur les sacrifices de l'Alabama et ont établi un rapport (le rapport Belmont) qui recense 4 principes orientant la réflxeion bioéthique



ORGANISATION DE L'ETHIQUE EN FRANCE : DE LA BIOETHIQUE A L'ETHIQUE CLINIQUE

L'éthique

CCNE, 2000 :

*« le **dilemme** est lui même source d'éthique; l'éthique naît et vit moins de certitudes péremptoires que de **tensions** et du **refus de clore de façon définitive** des **questions** dont le caractère **récurrent** et **lancinant** exprime un aspect **fondamental** de la **condition humaine** »*

Les situations analysées par l'éthique ne sont JAMAIS closes

Les comités d'éthique

Création des CCNE	*1983*	Sous F. Mitterrand • Avis sur les « problèmes éthiques et les questions de société soulevés par les progrès de la science » *Article du CSP* • Les avis sont consultatifs mais peuvent avoir un impact sociétal et/ou législatif • Organisation de débats publics lors du projet d'une révision de loi de bioéthique • Etats généraux de bioéthique au moins une fois tous les 5 ans
Espaces éthiques régionaux	*2004*	EREB en Bretagne
Comités d'éthique institutionnels	*Institués par la loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner)*	Rôle de conseil éthique en parallèle du CCNE Indépendants ou au sein des établissements
Comités d'éthique de la recherche		Avis sur les protocoles de recherches hors loi Jardé
Comités de protection des personnes		Autorisation ou non des recherches sur les personnes lorsque l'objectif de la recherche est biologique et médical.

CCNE + ERER : *démocratie participative*

Importance de l'éthique

Reconnue dans la démarche de certification des établissements.

Développement dans le secteur médico-social.

QCMS

1. A propos de la bioéthique, quelles sont les propositions exactes ?

A. La nécessité d'une information claire, loyale et adaptée fait partie du principe d'autonomie
B. La dignité de l'acte permet le soin aux prisonniers
C. Les 4 principes ont été établis par Beauchamp et Childress
D. Son apparition fait suite à des évènements historiques posant des questions éthiques
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

2. A propos de la bioéthique, quelles sont les propositions exactes ?

A. Le code de Nuremberg se définit comme le premier code de déontologie médicale
B. Concevoir le bien comme le patient l'entend, c'est s'éloigner du paternalisme
C. On peut perdre notre dignité en agissant mal
D. L'éthique naît d'une situation où un dilemme se pose à nous
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

Annales

22- 23 :

3. Selon le principisme de Beauchamp et Childress, qu'est-ce que respecter l'autonomie ?

A. C'est respecter l'expression des volontés, des préférences et des valeurs de vie du patient.
B. C'est exclure les autres principes de l'analyse des situations.
C. Respecter l'autonomie peut donner lieu à des dilemmes s'il entre en tension avec un ou plusieurs principes définis par Beauchamp et Childress.
D. C'est toujours porter préjudice au respect de l'équité.
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

4. Concernant les structures de la réflexion éthique en France ?

A. Elles partagent une conception exigeante du bien commun.
B. Elles partagent le respect de valeurs comme l'être humain, la justice et la paix.
C. Elles partagent le souci du pluralisme des convictions.
D. Elles peuvent s'interroger sur les perspectives ouvertes par les nouvelles technologies.
E. Elles peuvent questionner l'évolution des pratiques de soin.
F. Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

CORRECTIONS

1. Réponses ACD

A. VRAI
B. FAUX : dignité ontologique
C. VRAI
D. VRAI
E. FAUX

2. Réponses ABD

A. VRAI
B. VRAI
C. FAUX
D. VRAI
E. FAUX

3. Réponses CD

A. Faux
B. Faux, L'éthique ne s'oppose a priori ni à la déontologie ni à la morale : elle s'en distingue sans s'opposer à elle. L'éthique est **distincte** de la déontologie et de la morale **sans s'oppose**r à l'une ni à l'autre. Il y a une distinction dans les manières d'aborder les problèmes.
C. Vrai
D. Vrai
E. Faux
F. Faux

4. Réponses ABCDE

A. VRAI
B. VRAI
C. VRAI
D. VRAI
E. VRAI
F. FAUX

L'ETHIQUE CLINIQUE

DEFINITIONS PREALABLES

Le droit

Ensemble de règles de nature juridique fixées par la loi définissant obligations et interdits pour tous les habitants d'un pays, citoyens ou étrangers.

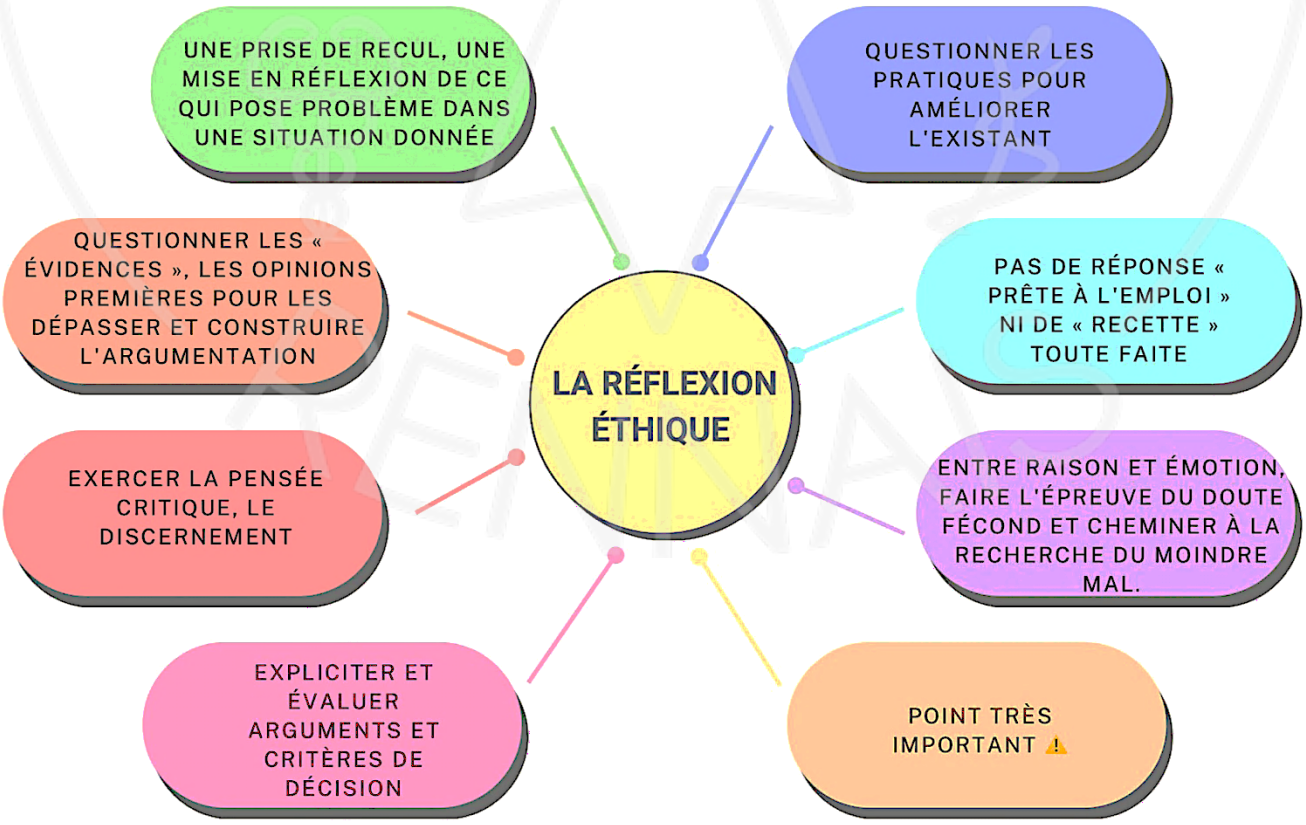
La déontologie

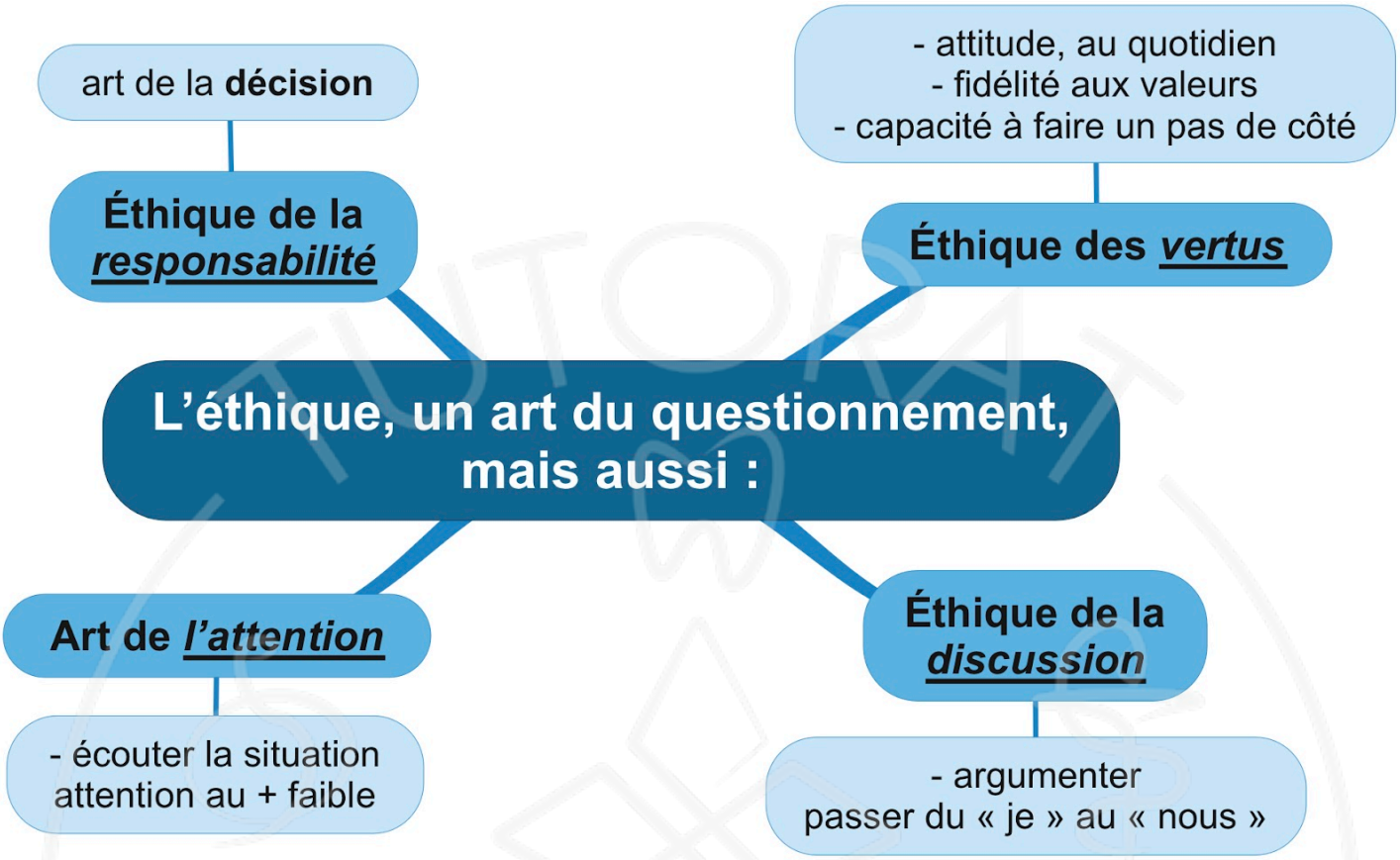
Du grec ancien déôn = devoir

Il ne faut pas confondre :

- Le courant de l'éthique :
  - Éthique déontologique (déontique) ou éthique des devoirs (accent mis sur les obligations et les intentions)
  - Par opposition à l'éthique conséquentialiste (accent mis sur les conséquences, les effets des décisions)
- La déontologie professionnelle : plus proche de la morale et du droit que de l'éthique.

L'ETHIQUE : NOTIONS ESSENTIELLES





L'éthique en santé est un mélange entre éthique clinique et bioéthique.

➔ *Articulation du cure et du care*

➔ *Articulation des enjeux individuels et collectifs*

L'éthique en santé repose sur 3 points :

- *Connaissance approfondie des faits*
- *Recherche et respect de la dignité*
- *Respect de l'altérité, de l'existence de l'autre, la reconnaissance de la différence*

Choisir et décider : un enjeu crucial dans l'exercice de la médecine

En médecine, les choix sont faits sur un fond **d'incertitude** fort et dans des contextes **émotionnellement** complexes. Des **conflits de valeurs** peuvent interférer également.

Mais aussi des enjeux relationnels, et d'accompagnement

- Ajustement au contexte singulier du patient
- Partir de ses besoins
- Prise en compte des temporalités

2 grandes questions en éthique

- Comment ?
- Jusqu'où aller ? = art du discernement

… Le but étant l'amélioration des pratiques par la réflexion éthique.

Ethique à froid/à chaud

A chaud	A froid
+ compliqué : cas de conscience Sollicitation d'une autre équipe pour recul	Recul du temps - d'émotions fortes

L'éthique recommande mais ne commande pas : elle aide à la réflexion et non pas à la décision.
« Là où la morale commande, l'éthique recommande » André Comte Sponville

LA VULNERABILITE

= diminution des forces mais aussi capacité à répondre à une situation difficile

Différence avec la fragilité : reconnaître la vulnérabilité d'un patient plutôt que sa fragilité suppose de reconnaître qu'il a la capacité de faire avec la difficulté

LA REFLEXION ETHIQUE SURGIT LORSQUE…

- *un cas de conscience (dilemme) se pose*
- *des valeurs semblent non respectées (conflit intérieur)*
- *pas de consensus sur ce qui est bon pour le patient*

La réflexion éthique est le chemin entre :

- *incertitude et décision*
- *question et action*

➔ L'éthique au quotidien c'est un art de questionnement et une réflexion sur la responsabilité.

L'ETHIQUE AU QUOTIDIEN

Le raisonnement éthique se situe ***entre raison et émotion.***

Ethique de la responsabilité	Art de la décision
Ethique des vertus	Courant aristotélien : disposition à se comporter de telle ou telle manière envers les patients ● Fidélité aux valeurs ● Capacité à se remettre en question : autocritique ● MAIS PAS DE JUGEMENT OU DE SANCTION
Ethique de la discussion	Production de la rationalité par la discussion et dégagement d'un consensus ● Ø objectivité parfaite mais on cherche à objectiver le raisonnement ● Passage du « je » au « nous »
Art de l'attention	● Ecoute ● Attention au plus faibles (vulnérabilité)

RECAPITULATIF SUR LA REFLEXION ETHIQUE

La réflexion éthique :

- **Prise de recul**, mise en réflexion de ce qui pose problème dans une situation donnée
  - (JAMAIS en général)
- **Questionnement des évidences**, des opinions premières
- **Exercer la pensée critique**, le discernement
- **Expliciter et évaluer les critères de décision**
- ***Questionner les pratiques pour améliorer l'existant***
- Pas de réponse prête à l'emploi = **art de l'inconfort**
- Entre **raison et émotion**
- Epreuve du **doute fécond**
- Recherche du **moindre mal**

ÉTHIQUE : DISTINCTIONS

<table>
<tr><td>Ethique/légalité</td><td>Ethique = principe d'autolimitation de son agir, normalisation du bien
Conformité INTRINSÈQUE : intériorisation du bien
* mouvement spontané : on le fait parce qu'on doit le faire (=éthique) mais pas incompatible avec responsabilité juridique (ne pas le faire = non assistance à personne en danger)

Loi : prescription d'un comportement VS éthique = csc morale</td></tr>
<tr><td>Légal/légitime</td><td>Regret <u>légitime</u> de ne pas avoir les sujets de QCM avant l'exam, MAIS illégal
Les désirs légitimes ne rencontrent pas tjrs la légalité</td></tr>
<tr><td>Ethique/morale</td><td>En tant qu'adj : similaires
En tant que substantifs : ≠ (éthique côté indiv VS morale pour groupe)
MAIS distinction difficile car éthique prend ses sources dans philo morale
<table>
<tr><th>Ethique</th><th>Morale</th></tr>
<tr><td>Réflexion pour chercher la meilleur manière d'agir (intention de l'action)

Quel est le bien visé ? Moyen pour y parvenir ?

→ ce qui est estimé bon (cf Aristote)
Tenir compte de la particularité de la situation (circonstance, singularité...)</td><td>Réflexion à des valeurs, des règles (permis/défendu, Bien/Mal)

- Devoirs, obligation intérieure

→ ce qui s'impose comme obligation à ma conscience (cf Kant : recherche et préservation du lien morale, que personne mente, ne tue... pour permettre la confiance envers les autres)

- Dimension universelle : ne pas tuer, ne pas voler, ne pas mentir...
→ teste d'universalisation : "est ce que si tout le monde fait ....., vivre en société est toujours possible ?"
si repond oui = moral, sinon pas moral)</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

QCMS

1. A propos de l'éthique clinique :

A. Elle se distingue de la morale qui, elle, commande
B. Les comités d'éthique visent à conseiller sur une décision à prendre plus qu'à l'imposer
C. La réflexion éthique nécessite une prise de recul
D. L'éthique se veut jugeante et sanctionnante
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

2. A propos de l'éthique clinique :

A. Dans un service d'hospitalisation, l'éthique « à chaud » est suffisante
B. L'éthique ne rejoint pas la morale sur tous les cas de figure
C. La vulnérabilité suppose aussi une capacité à surmonter une épreuve
D. Le raisonnement éthique nait de la balance entre raison et émotions
E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

Annales

21-22 :

3. L'éthique en santé, en tant que réflexion appliquée :

A. Est dogmatique.
B. S'oppose toujours à la déontologie et quelque fois à la morale.
C. Est l'épreuve du doute fécond.
D. Aborde la question du « pourquoi" bien moins volontiers que la question du « comment ».
E. Renvoie, comme la morale, à la permanence des principes et des valeurs.
F. Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

4. Dans la réflexion éthique :

A. On applique des algorithmes décisionnels construits à partir de résultats reproductibles.
B. On évalue les situations pour proposer des pistes d'amélioration de l'existant.
C. On prend du recul par rapport aux évidences.
D. On exerce une pensée critique.
E. On juge et on sanctionne.
F. Toutes les propositions précédentes sont inexactes.

CORRECTIONS

1. Réponses ABC

A. VRAI
B. VRAI
C. VRAI
D. FAUX
E. FAUX

2. Réponses BCD

A. FAUX
B. VRAI
C. VRAI
D. VRAI
E. FAUX

3. Réponses CD

A. FAUX
B. FAUX, L'éthique ne s'oppose a priori ni à la déontologie ni à la morale : elle s'en distingue sans s'opposer à elle. L'éthique est **distincte** de la déontologie et de la morale **sans s'oppose**r à l'une ni à l'autre. Il y a une distinction dans les manières d'aborder les problèmes.
C. VRAI
D. VRAI
E. FAUX
F. FAUX

4. Réponses BCD

A. FAUX, chaque situation est singulière
B. VRAI
C. VRAI
D. VRAI
E. FAUX, le but n'est PAS d'être moralisateur! Aucune réponse n'est évidente en éthique donc on n'est pas dans le reproche
F. FAUX

PRINCIPALES LOIS EN SANTE

17 janvier 1975	*Loi **Veil*** relative à l'IVG (dépénalisation)
20 décembre 1988	*Loi **Huriet-Sérusclat*** relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales. • Distinction entre recherche avec et sans bénéfice individuel direct
29 juillet 1994	*Loi de bioéthique* relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'AMP et au diagnostic prénatal
4 mars 2002	*Loi **Kouchner*** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : • « Usager du système de soin » • Solidarité envers les personnes handicapées • Obligation d'information • Développer la démocratie sanitaire (droits, responsabilité et participation des usagers, orientation et organisation, accès au dossier) • Améliorer la qualité du système de santé (vigilance, prévention, plans nationaux et régionaux de santé, éducation et promotion) • Mieux réparer les risques sanitaires (ONIAM)
6 août 2004	Loi relative à la bioéthique
9 août 2004	Loi relative à la politique de santé publique Modulation de la protection de la recherche selon le rapport bénéfice/risque
13 août 2004	Loi relative aux libertés et responsabilités locales et à l'assurance maladie : • Création de l'HAS • HONcode
22 avril 2005	*Loi **Léonetti*** relative aux droits des malades et à la fin de vie • Lutter contre l'acharnement thérapeutique • Reconnaître de nouveaux droits (procédures collégiale, DA, personne de confiance) • Améliorer la prise en charge (soins palliatifs)
21 juillet 2009	*Loi **Bachelot*** «Hôpital, patient, santé et territoire»: • Création des ARS (accès aux soins de 1er recours, prise en charge continue, permanence, parcours de soin, liberté d'installation) • DPC (FMC + EPP) obligatoire pour les médecins

29 décembre 2011	Loi relative au renforcement de la **sécurité sanitaire** du médicament et des produits de santé ● Création de l'ANSM ● Objectif double sanitaire protection des populations et financier ● Prescription conforme à son AMM ou ATU avec dérogation (RTU ou jugé indispensable par le prescripteur)
26 janvier 2016	*Loi **Jardé*** de **modernisation du système de santé** : ● Simplification de l'encadrement des essais thérapeutiques ● Investigateur de recherche clinique étendu aux dentistes, sages-femmes, kinésithérapeutes, ... en fonction de la rechercher ● Création de Santé publique France (InVS, INPES, EPRUS) ● Groupement hospitalier de territoires ● Elargissement du tiers payant
2 février 2016	*Loi **Claeys-Leonetti*** créant de nouveaux **droits en faveur des malades** et des personnes en **fin de vie** ● Renforcer le droit des malades (DA qui s'impose, droit à la sédation), les devoirs des médecins ● Améliorer l'expression de la volonté du malade (hiérarchie des avis) et la prise en charge
2 aout 2021	*Révision de la loi de la **bioéthique*** : ● **Ouverture de l'AMP** aux **femmes célibataires et aux couples de femmes** ● Meilleure régulation du **don de gamètes** (levée de l'anonymat sur demande à la majorité de l'enfant)

NB : la loi sur la fin de vie, prévoyant une aide à mourir sous conditions strictes, annoncée par Emmanuel Macron est en cours d'adoption en 2025 et est sujet à de nombreux débats éthiques.

FIN.

Ça y est, vous arrivez au bout de ce livret d'SHS ! Félicitations pour votre implication ce premier semestre de PASS. Vous pouvez être très fiers de vous quelqu'en soit l'issue : la PASS c'est aussi une aventure de laquelle vous sortez grandi. Toute la Tut'team pensera bien fort à vous pendant la période d'examen ! Faites de votre mieux, et faites-vous confiance.

Un grand merci au travail des tuteurs d'SHS des années précédentes pour la confection de fiches que nous avons pu rééditer dans ce livret.

Ce super livret a vu le jour pour la première fois l'année 2023-2024, toute la team SHS (Marie, Emmanuelle, Léane, Eliot et Anna) est fière de vous présenter ce projet, porté par nos supers pilotes.

On espère que cela aura pu vous servir, et on a hâte que ce projet perpétue dans le temps, *peut-être grâce à toi, lecteur de ce livret, qui sait ?*

Des bisous <3

Léane Gerard, Tutrice SHS (2022-2024)

Ex-tutrice pas dynamique ❤️

Marie Pecchia, Tutrice SHS (2023-2025)



Emmanuelle Carré, Tutrice SHS (2023-2025)



Eliot Delvart, Tuteur SHS (2023-2025)

Anna Mally-Tanguy, Tutrice SHS (2024-2026)



Arthur Morel, Tuteur SHS (2025-2026)



Pierre Bourel, Tuteur SHS (2025-2026)



Sarah-Julie Barbas, Tutrice SHS (2025-2026)

